

Implementering av tidlig støttet utskrivning i en
kommunal rehabiliteringstjeneste.
Innsatsteamets erfaringer.



HØGSKOLEN I BERGEN

Merethe Hustoft

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Senter for kunnskapsbasert praksis

Avdeling for helse- og sosialfag

Innleveringsdato 16.05.2012

Mastergradsoppgave

Implementering av ”tidlig støttet utskrivning” i en
kommunal rehabiliteringstjeneste.
Innsatsteamets erfaringer.

Tittel (norsk)

Implementation of ”early supported discharge” in
rehabilitation services.
Experiences from an interprofessional care team.

Tittel (engelsk)

Merethe Hustoft

Forfatter

Veileder: Milka Satinovic
Grete Oline Hole

Innleveringsdato: 16.05.2012

Antall sider: 102

Forord

Mastergradsoppgavens tema er hvordan et kvalitetsforbedringstiltak blir innført i kommunehelsetjenesten. Oppmerksomheten har vært rettet mot hvordan et tverrprofesjonelt team har utviklet tidlig støttet utskrivning i rehabiliteringstjenesten. Hovedveileder for mastergradsoppgaven har vært førsteamanuensis Milka Satinovic, Institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiograf ved Høgskolen i Bergen. Biveileder har vært førstelektor Grete Oline Hole, Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

Det har vært en inspirerende og lærerik prosess å jobbe med prosjektet. Takket være gode støttespillere har oppturene vært mange og nedturene vært få.

Først vil jeg gjerne få takke både Milka og Grete Oline for konstruktive og inspirerende tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. En spesiell varm takk til min veileder Milka. Takk for alle oppmuntrende ord, inspirasjon og din entusiasme, du har motivert meg til å stå løpet ut og strekke meg litt lenger. Din kunnskap om og evne til å formidle Grounded theory har vært avgjørende for at jeg kom i mål med mitt prosjekt.

En takk til min leder i Bergen kommune som har gitt med tid gjennom hele mastergradsstudiet.

Til deltakerne som entusiastisk og velvillig delte sine erfaringer med meg fortjener en stor takk!

Til kollokviegruppen vil jeg rette en stor takk til Marianne, Cecilie og Lena for samarbeidet, kunnskapsutvekslingen og støtten gjennom tre herlige år. Et vennskap for livet har blitt til!

Min familie fortjener noe mer enn bare tusen takk. Tusen takk for at dere har vist så stor forståelse for min prioritering av studiet. Erik og Solveig, dere har vært veldig tålmodige og flinke, mamma gleder seg til å være mamma igjen!

Og Christian, tusen takk for din støtte og din tålmodighet. Takk for alle de timene du har korrekturlest og hjulpet meg med språk og språkvask.

Bergen, mai 2012

Merethe Hustoft

Sammendrag

Hvert år får omtrent 15000 mennesker i Norge et hjerneslag. Hjerneslag er en av våre største og alvorligste folkesykdommer, den tredje hyppigste dødsårsak og er dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming. En utfordring i norsk helsevesen er å dekke pasientens behov for koordinerte tjenester. Utfordringen er ikke møtt selv om det de siste årene har blitt jobbet med ulike tiltak for forbedring. Tidlig støttet utskrivning blir implementert som et kvalitetsforbedringsprosjekt i kommunen. Implementeringen av tidlig støttet utskrivning viser en reduksjon i risiko for død og alvorlige funksjonshemninger for pasienter med mildt til moderat slag. I denne studien undersøkes innsatsteamets utfordringer i utviklingen av tidlig støttet utskrivning i kommunal rehabiliteringstjeneste.

For datainnsamling og dataanalyse er klassisk Grounded Theory metodologi benyttet. Det ble foretatt én observasjon, seks kvalitative forskningsintervjuer og to fokusgruppeintervjuer til datainnsamlingen og dataanalysen. For denne studien deltok 14 deltakere i innsatsteam fra tre ulike kommuner i Norge. Deltakergruppen besto av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere og aktivitetører.

Innsatsteamets hovedutfordring var identifisert til å være hvordan kan tidlig støttet utskrivning bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten i kommunen. Den substansielle teorien; Skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten, består av strategier som ser ut til å forklare hvordan innsatsteamet håndterer sin hovedutfordring. Innsatsteamets utviklet seg til å bli et tverrprofesjonelt team hvor brukermedvirkning og samhandling står sentralt. Teorien kan gi verdifull informasjon til implementeringsarbeid knyttet til utvikling av en tidlig støttet utskrivningstjeneste i kommunen. Det anbefales å forske videre på hvilke konsekvenser tverrprofesjonelle team kan ha.

Nøkkelord: Grounded theory, kvalitativ, tidlig støttet utskrivning, tverrprofesjonelt team, innsatsteam, kommunehelsetjeneste.

Abstract

Each year, approximately 15000 people in Norway are diagnosed with a stroke. Stroke is one of the major and most serious common cause of decease, the third most frequent cause of death and is the dominating cause of severe disability. The health care challenge regarding patients' needs for coordinated clinical pathways is not met, even though measures for improving the services have been embarked on in recent years. The dissemination of early supported discharge is an attempt to improve the quality of the rehabilitation services in the community.

For mild to moderate stroke patients the dissemination of "Early supported discharge" shows a reduced risk of death and severe functional inability. However, there are few studies showing the effect of team involvement. This study shows the challenges an interprofessional rehabilitation team encounter when disseminating early supported discharge services in the community.

A classic Grounded Theory methodology was used in data sampling and data analysis. A total of 14 participants were included. They were purposely sampled from three different communities. For the purpose of data collection and data analysis an observation, six qualitative individual interviews and two focus group interviews were conducted.

The main concern identified in this study was how could an early supported discharge service become an equal part of the rehabilitation services in the community. The grounded theory: Earn the services a place in the rehabilitation services, complies of strategies that explain how the interprofessional team solves their main concern. Each strategy clarifies the related conditions and consequences for how the team develops into an interprofessional team in the dissemination of early supported discharge.

The theory may give valuable information related to the work needed for dissemination of early supported discharge in the community. More research is needed for conclusive purposes.

Keywords: Grounded theory, qualitative, early supported discharge, interprofessional team, and community health services.

1	INNLEDNING	10
1.1	Bakgrunn	11
1.2	Hensikt og problemstilling	12
2	TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK FORANKRING	13
2.1	Tidlig støttet utskrivning	13
2.2	Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring	14
3	FORSKNINGSMETODE	14
3.1	Grounded Theory metodologi	15
3.2	Datainnsamling	16
3.2.1	Inklusjonskriterier	17
3.2.2	Deltakere og materiale	17
3.2.3	Observasjon	18
3.2.4	Kvalitativt forskningsintervju	18
3.2.5	Fokusgruppeintervju	19
3.2.6	Datainnsamling gjennom andre metoder	21
3.3	Analyse av data	21
3.4	Trinn i utviklingen fra data til substansiell teori	22
3.4.1	Den åpne fasen	22
3.4.1.1	Kjernekategori	25
3.4.2	Den selektive fasen	25
3.4.2.1	Notatskrivning	26
3.4.2.2	Metning	27
3.4.3	Den teoretiske fasen	27
3.5	Etiske overveielser	27
4	FUNN	28
4.1	Hvordan kan tidlig støttet utskrivning bli en synlig og integrert del av rehabiliteringstjenesten i kommunen: SKAFFE TILBUDET EN Plass I REHABILITERINGSTJENESTEN	29

4.2	Gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen	30
4.2.1	Utfordringer med å gjøre seg kjent	31
4.2.2	Strategier for å gjøre tilbudet kjent	32
4.2.3	Konsekvenser av å bli kjent med tilbud og målgruppe	34
4.3	Utvikler tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud	35
4.3.1	Utfordringer i utviklingsfasen	35
4.3.2	Utviklingsstrategier	38
4.3.3	Konsekvenser av tverrprofesjonell utvikling	42
4.4	Konsolidere tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud	43
4.4.1	Utfordringer i konsolideringsfasen	43
4.4.2	Konsolideringsstrategier	44
4.4.3	Konsekvenser av konsolideringen	46
4.5	Oppsummering	46
5	DISKUSJON	46
5.1	Skaffe tjenesten plass i rehabiliteringstjenesten	47
5.1.1	Tverrprofesjonelle team og tidlig støttet utskrivning	47
5.1.2	Tverrprofesjonelle team og kvalitet på tjenesten	48
5.1.3	Tverrprofesjonelle team og brukermedvirkning	50
5.2	Metodekritikk	51
5.2.1	Vurdering av den substansielle teorien	51
5.2.2	Metodiske styrker og svakhet	52
5.3	Implikasjoner for praksis	53
6	KONKLUSJON	53
7	REFERANSER	55

ARTIKKEL

VEDLEGG

Liste over vedlegg

Vedlegg I	Semistrukturert intervjuguide I
Vedlegg II	Semistrukturert intervjuguide II
Vedlegg III	Semistrukturert intervjuguide III
Vedlegg IV	Dokumentasjon av litteratursøk CINAHL
Vedlegg V	Dokumentasjon av litteratursøk PsycINFO
Vedlegg VI	Dokumentasjon av litteratursøk MEDLINE
Vedlegg VII	Regional Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk
Vedlegg VIII	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
Vedlegg IX	Forespørsel om gjennomføring til leder
Vedlegg X	Godkjenning fra leder
Vedlegg XI	Forespørsel om deltakelse
Vedlegg XII	Samtykkeerklæring

Liste over Figurer og Tabeller

- Figur 1 Illustrasjon av parallell dataanalyseprosessen i Grounded Theory
- Figur 2 Eksempel på bruk av begrepsindikatormodellen
- Figur 3 Eksempel på ulike kodetyper
- Figur 4 Skaffe tilbudet plass i rehabiliteringstjenesten

- Tabell I Eksempel på åpen koding av intervju. Hentet fra datamaterialet

1 Innledning

Hvert år får omtrent 15000 mennesker i Norge et hjerneslag. Av disse er omtrent 13000 nye slagtilfeller, mens resterende er hjerneslag hos allerede slagrammede pasienter (Helsedirektoratet, 2010). Hjerneslag er *”en av våre største og alvorligste folkesykdommer, den tredje hyppigste dødsårsak og er dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming”* (Helsedirektoratet, 2010, s. 20). En utfordring i norsk helsevesen er å dekke pasientens behov for koordinerte tjenester. Utfordringen er ikke møtt selv om det de siste årene har blitt jobbet med ulike tiltak for forbedring.

God kvalitet på rehabiliteringstjenesten forutsetter god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet og involvering av brukere (Sosial - og helsedirektoratet, 2005). Innsatsteam i kommunal rehabiliteringstjeneste ble implementert som et ledd i kommunens kvalitetssatsning. Målet var å forbedre kvalitet på behandling og rehabilitering av pasienter med slag i kommunen. Rehabilitering blir i Stortingsmelding nr. 21(1998) definert som *”tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking i samfunnet”*. Det kreves systematisk samarbeid mellom flere aktører med et klart mål. God kvalitet på tjenesten fordrer at brukere er involvert i sin rehabilitering og at deres synspunkter og meninger blir hørt og tatt hensyn til. Den beste rehabiliteringen er den brukeren står for selv med bistand fra helsepersonell og andre nødvendige yrkesgrupper. En involvert bruker har større sannsynlighet for å få et bedre resultat av behandlingen enn den som ikke er aktiv (Frain, Tschopp & Bishop, 2009 ; Helse - og omsorgsdepartementet, 2007).

Samhandlingen mellom tjenestene fra sykehus til hjem har jeg, som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten erfart kan være utfordrende. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er to store organisasjoner hvor det kreves gode systemer og rutiner for å sikre trygg overføring av pasienter og forutsigbare behandlingsforløp. Målet med å utvikle kommunalt innsatsteam og implementere tidlig støttet utskrivning har vært, og er, å sikre en god samhandling og kvalitet på tjenesten, samt sikre kontinuitet i tjenesten hvor bruker har innflytelse i sin egen rehabiliteringsprosess.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015 har definert fem innsatsområder for god kvalitet i helsetjenesten (Sosial - og helsedirektoratet, 2005). Ett av innsatsområdene forutsetter en mulighet til evaluering for å følge effekt av de endringer som implementeres over tid. En slik evaluering vil kunne gi tjenesten viktig informasjon som kan benyttes til *”å forbedre tjenesten, justere kursen underveis og vurdere om endring faktisk fører til forbedring”* (Sosial - og helsedirektoratet, 2005, s. 39).

Evaluering i kunnskapsbasert praksis vil si å måle det som faktisk skjer i praksis for deretter å sammenlikne dette mot en standart (Polit & Beck, 2008). Denne mastergradsoppgaven har rettet oppmerksomheten mot implementeringen av tidlig støttet utskrivning etter anbefalingene i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag.

Mastergradsoppgaven bygger på min artikkel: *Tidlig støttet utskrivning. En strategi for bedre kvalitet i rehabiliteringstjenesten. En grounded theory studie av et tverrprofesjonelt innsatsteamets erfaringer*. Artikkelen vil bli søkt publisert i Ergoterapeuten, og følger derav oppsatt mal for publisering. I denne kappen er det lagt vekt på å beskrive metodologien grounded theory. I tillegg er min utviklede teori grundigere beskrevet.

1.1 Bakgrunn

Fremtidens omsorgsutfordringer krever at det gjøres endringer i helsetjenesten for å utnytte ressursene bedre. Endringene må gjøres på bakgrunn av at det for fremtiden vil være en mangel på helsepersonell som kan ta seg av brukers behov. Det vil bli en økning i antall syke med kroniske lidelser som vil trenge koordinerte tjenester. Endringer i hvordan og på hvilket tidspunkt tjenestene blir levert blir viktig (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen legger føringer for hvordan ressursutnyttelsen i helsetjenesten skal bli bedre samt hvordan den bør organiseres for å møte brukers behov for koordinerte tjenester. For at bruker skal kunne ha mulighet til å oppnå et godt funksjonsnivå og god livskvalitet er organiseringen av behandlingstilbudet for slagpasienter av stor betydning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010). Tidlig støttet utskrivning er således en strategi for å sikre god

overføringen av brukerne fra sykehus til hjem. Strategien øker sannsynligheten for at bruker får bedre livskvalitet og kan derav bo hjemme i egen bolig lenger enn ved å motta tradisjonell slagrehabilitering.

I en vestlandskommunen ble innsatsteam implementert som en del av gjennomføringen av en randomisert kontrollert studie om effekt av tidlig støttet utskrivning for pasienter med slag. Innsatsteam blir organisert etter prinsippene for tidlig støttet utskrivning, som innebærer at pasienter får en *”rask tilbakeføring til et aktivt liv i hjemlige og kjente omgivelser”* (Helsedirektoratet, 2010, s. 95). I kommunehelsetjenesten er rehabilitering i hjemmet en hyppig brukt metode. Tiltakene som utføres påvirkes i stor grad av hvordan innsatsteamet er organisert og hvem som deltar. Etter en implementering av tidlig støttet utskrivning i kommunehelsetjenesten anbefaler Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring en evaluering av kvalitetsforbedringsstrategien (Sosial - og helsedirektoratet, 2005). Implementering innebærer endringer i praksis. Det var behov for å studere innsatsteamets prosesser fra deres ståsted. En slik evaluering gir informasjon om hvordan innsatsteamet opplever tidlig støttet utskrivning og det å være et tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam i kommunehelsetjenesten. Resultatet av en slik evaluering kan bidra til å sikre kvalitet på rehabiliteringstjenesten (Sosial - og helsedirektoratet, 2005). På bakgrunn av dette var det mest nærliggende å ha en kvalitativ tilnærming for å få innsikt i innsatsteamets opplevelser. I tillegg var det viktig å få kunnskap om hvilke utfordringer innsatsteamet møter ved tjenesteutførelsen.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å bidra til en kvalitetsutvikling i profesjonsutøvelsen for terapeuter og sykepleiere organisert i innsatsteam i kommunehelsetjenesten. Studien handler om å få innsikt i hva som er hovedutfordringen til innsatsteam i kommunehelsetjenesten ut fra en Grounded Theory (GT) metodologi (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978). Videre har den til hensikt å utvikle begrep og teori for hvordan innsatsteamet handler for å løse sin hovedutfordring. Med dette som bakgrunn er hovedproblemstillingen for studien todelt:

- Hva opplever innsatsteam i kommunehelsetjenesten som sin hovedutfordring i sitt arbeid med pasienter med slag?
- Hvordan håndterer innsatsteamet disse utfordringene?

2 Tidligere forskning og teoretisk forankring

I de senere årene har det vært stor interesse for hvordan man best mulig skal effektivisere helsevesenet for å møte utfordringer som vil komme i fremtiden. Ett av tiltakene som foreslås er implementering av tidlig støttet utskrivning med et ambulerende team i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

2.1 Tidlig støttet utskrivning

Hovedsakelig gis akuttbehandlingen av hjerneslag på sykehus. Deretter følger et rehabiliteringsopphold, gjerne ved en lokal institusjon. Fremtidig forventet økning i antall slagtilfeller har gjort det nødvendig å finne alternative metoder for behandling og rehabilitering (Langhorne et al., 2005).

Et hovedfokus i forskningen om tidlig støttet utskrivning har vært å se på mulighetene for å redusere kostnader ved behandling og rehabilitering, samt reduksjon i antall liggedøgn på sykehus (Early Supported Discharge Trialists, 2005 ; Langhorne et al., 2005) . Tidlig støttet utskrivning vil i følge Early Supported Discharge Trialists (2005) inneholde et team sammensatt av terapeuter, sykepleiere og leger. Tjenestens mål er å gi rehabilitering hjemme hos pasienter med slag, som har blitt utskrevet fra sykehuset tidligere enn hva som er vanlig praksis. Tanken er at pasienten i overføringen mellom sykehus og hjem skal få tett oppfølging fra et ambulerende team. Det blir viktig med et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å få dette til. Tidlig støttet utskrivning vil kunne bidra til å sikre en mer effektiv behandlingsskjede og gi større sannsynlighet for bedret funksjon hos pasienten.

Forskningen viser positive resultater for innføringen av tidlig støttet utskrivning i behandling og rehabilitering for pasienter med mildt til moderat slag (Early Supported Discharge Trialists, 2005 ; Indredavik et al., 2000 ; Langhorne et al., 2005 ; Langhorne & Widén Holmqvist, 2007). En Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag støtter seg til resultatene i forskningen og anbefaler tidlig støttet utskrivning (Helsedirektoratet, 2010, s. 96). Forskningen viser at implementeringen av innsatsteam i store og mellomstore kommuner har redusert antall liggedøgn på sykehus, samt bedret funksjon hos pasienter med mildt til moderat slag (Indredavik et al., 2000 ; Fjærtøft, Indredavik & Lydersen, 2003). Til tross for disse

anbefalingene i forskningen er det mangel på studier som belyser teaminvolveringen når de skal prøve å etablere et nytt rehabiliteringstilbud i en etablert kommunehelsetjeneste (Fisher et al., 2011 ; Walker, 2007).

2.2 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring

Kunnskapsbasert praksis har hatt et spesielt fokus innen helse- og sosialsektoren i forskningspolitiske og faglige debatter. Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i en gitt situasjon (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005 ; Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2003). Hensikten med kunnskapsbasert praksis er å gi de som jobber i helsesektoren et styrket beslutningsgrunnlag basert på best tilgjengelig kunnskap og derav forbedre kvaliteten på helsetjenester som tilbys.

En forutsetning for å kunne øke kvaliteten på tjenesten som ytes etter prinsippene for tidlig støttet utskrivning, er økt forståelse for hva rehabiliteringstjenesten i kommunen innebærer for terapeutene og sykepleierne organisert i innsatsteamet.

Mastergradsprosjektets relevans til kunnskapsbasert praksis består i å utforske kvalitetsforbedringstiltaket tidlig støttet utskrivning ved å undersøke innsatsteamets utfordringer i praksis. Videre å identifisere de betingelser som enten muliggjør eller hindrer innsatsteamet i praksisutførelse i samsvar med anbefalingen.

3 Forskningsmetode

Valg av relevant vitenskapelig metode er avgjørende for å kunne besvare problemstillingen. Grounded theory (GT) er velegnet for å avdekke deltakernes utfordringer i et praksisområde, samt utvikling av en teori som gjør rede for håndteringen av hovedproblemet i det praksisfeltet deltakerne befinner seg i (Glaser, 1998, s. 11). GT er en generell metodologi som benytter en systematisk fremgangsmåte for å generere en induktiv teori på et substansielt område (Glaser, 1992, s.16).

3.1 Grounded Theory metodologi

Jeg har anvendt klassisk grounded theory som metodologi i mastergradsprosjektet (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978). I følge Glaser er hovedhensikten for grounded theory ”to generate a theory that accounts for a pattern of behavior which is relevant and problematic for those involved” (1978, s. 93). Grounded theory skiller seg fra tradisjonell vitenskap hvor man som regel opprettholder et skarpt skille mellom en oppdagende kontekst og en kontekst som er opptatt av å rettferdiggjøre eller bevise hypoteser (Lomborg, 2005, s. 5).

GT ble utviklet tidlig på 1960 tallet av Barney G. Glaser (f. 1930) og Anselm Strauss (1916-1996). Felles var at de var misfornøyde med tradisjonelle induktive og deduktive metoder (Hartman, 2001, s. 29). De mente at verifisering fikk for stor plass i forskningen. De ønsket å redusere avstanden mellom empiri og teori ved å la teorien fremkomme av empirien gjennom en systematisk metode for datainnsamling og dataanalyse. I 1965 publiserte Glaser og Strauss studien ”*Awareness of dying*”. Metodologien i studien blir beskrevet i boken ”*The Discovery of Grounded Theory*”, som ble publisert i 1967.

Siden starten på 1960 tallet har det blitt utviklet ulike retninger innen GT. Den klassiske GT retningen utvikles videre av Glaser. Strauss gikk inn i samarbeid med sykepleier Corbin. En tredje retning er utviklet av Charmaz (Lomborg, 2005 ; Hjälmhult, 2007).

Metodologien har til hensikt å forankre teorien i det praktiske feltet. Målet i GT er ”to generate a conceptual theory that accounts for a pattern of behavior which is relevant and problematic for those involved. The goal is not voluminous description, nor clever verification” (Glaser, 1978, s. 93). Metodologien sies å være en kombinasjon av induktiv og deduktiv forskningsmetode (Glaser & Strauss, 1967). Hartman (2001) forklarer dette enkelt ved at en først samler inn data fra et utvalg og analyserer datamaterialet induktivt. Deretter gjør man et nytt utvalg deduktivt basert på analysen (s. 36). Teorigenereringen skjer rundt en kjernekategori. Kjerne kategorien handler om grunnleggende sosiale prosesser i det undersøkte praksisområdet (Glaser, 1978).

Sentralt for metodologien er forskerens teoretiske sensitivitet. Teoretisk sensitivitet omhandler forskerens kunnskaper, erfaringer og evne til å oppfatte mening i data. I tillegg er teoretisk sensitivitet knyttet til forskerens analytiske evner (Satinovic, 2007, s. 46). Behovet for at forsker forblir åpen og tro til det som fremkommer i datamaterialet er viktig (Glaser, 1978). Man skal ha så få forutbestemte ideer som mulig og være sensitiv til nyanser og meninger i dataene og forbli åpen til hva som faktisk skjer (Glaser, 1978, s. 3). Kun det som fremkommer i datamaterialet er grunnlaget for hva som skal benyttes i teorigenereringen (Glaser & Holton, 2004). Med det menes at dersom det ikke får støtte av empirien kan det heller ikke bli en del av den genererte teorien.

Teorien utvikles gjennom en systematisk konstant sammenliknende analyse av empiriske data. Datainnsamling, dataanalysen og notatskriving foregår parallelt gjennom åpen, selektiv og teoretisk fase (Glaser & Strauss, 1967, s. 71). I dette mastergradsprosjektet undersøkes et rehabiliteringsteam. Et rehabiliteringsteam som innsatsteam i kommunehelsetjenesten er en sosial gruppe som deler et grunnleggende problemområde som de må håndtere. Teorien som utvikles retter søkelys på håndteringen og hvilke konsekvenser dette vil ha for praksis.

3.2 Datainnsamling

I GT kan både kvalitative og kvantitative datainnsamlingsmetoder benyttes (Glaser & Strauss, 1967). Glaser (1998) sier at "*all is data*" som hentyder at man kan benytte seg av alt fra avisutklipp, dokumenter, observasjoner til fokusgruppeintervjuer (s. 8). I den første og åpne fasen i GT er observasjon i feltet og intervju de mest brukte datainnsamlingsmetodene i utviklingen av en substansiell teori (Glaser, 1978 ; 1992 ; 1998).

Datainnsamlingen har til hensikt å skaffe data som kan tjene til å utvikle en GT. Det vil si å finne kategorier, egenskaper og relasjoner mellom kategoriene (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978 ; 1992 ; 1998 ; 2001). Datainnsamlingen og analysen åpner opp for å gi forskeren mulighet til å velge den eller de metodene som best besvarer hovedproblemet. I GT er det ikke oppgitt optimalt antall deltakere for inklusjon i

studien. Man samler inn data til det er oppnådd metning og som da gir en fullstendig og velintegrert GT (Glaser, 1998, s. 159).

Datainnsamlingen og analysen foregår i tre faser, åpen, selektiv og teoretisk fase. I åpen fase innsamles og analyseres data med hovedvekt på sosiale prosesser som skjer i det substansielle området som utforskes (Glaser, 1978). Datainnsamlingen som følger, i selektiv og teoretisk fase, styres av et teoretisk utvalg. Det vil si at datainnsamlingen styres av den substansielle teorien som fremkommer i datamaterialet (Glaser & Strauss, 1967, s. 45). I GT foregår datainnsamlingen og dataanalysen parallelt (Glaser, 1978, s. 16).

3.2.1 Inklusjonskriterier

Forskningsintervjuet bygger på en profesjonell samtale. Det er et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 22). Sentrale inklusjonskriterier for studien var deltakernes villighet og evne til å formidle og dele sine erfaringer. Deltakerne hadde tilegnet seg erfaringer med tidlig støttet utskrivning og det å være medlem av et tverprofesjonelt innsatsteam. I tillegg hadde deltakerne erfaringer med å utvikle innsatsteam i kommunehelsetjenesten.

3.2.2 Deltakere og materiale

I dette studiet ble det rekruttert deltakere fra innsatsteam ved tre mellomstore og store kommuner i Norge. Totalt 14 deltakere ble intervjuet. Teamene besto av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere og aktivitører. Erfaringsgrunnlaget i innsatsteamene varierte fra tre og ti år.

Totalt åtte timer intervjumateriale ble transkribert og analysert. I tillegg ble notat og en erfaringsrapport fra ett av innsatsteamene inkludert i datamaterialet.

3.2.3 Observasjon

Observasjon er en nærliggende og egnet metode dersom man ønsker å studere fenomener i sine naturlige sammenhenger (Halvorsen, 2008). I GT er observasjoner en utbredt metode for å observere deltakerne i deres naturlige omgivelser og derav kunne identifiserer de ulike prosesser som foregår. Av hensyn til mastergradsoppgavens omfang var det ikke mulig for meg å forholde meg til kun observasjoner da dette er en tidkrevende prosess som går utover de tidsrammer prosjektet tillater. Av den grunn ble det kun foretatt én observasjon av en behandlingssituasjon mellom terapeut og bruker på dagrehabiliteringsavdelingen. Terapeut og bruker ble informert om mitt formål med observasjonen.

Observasjonen tjente to formål i prosjektet. For det første ga observasjonen innsikt i de handlinger og latente mønstre som skjer i praksis når brukerne kommer til innsatsteamet på dagrehabiliteringen. Samhandlingen og samspillet mellom terapeut og bruker kom tydelig frem under observasjonen. For det andre ga feltobservasjonen et grunnlag for utviklingen av en semistrukturert intervjuguide. Det ble foretatt en prøveobservasjon av en trimgruppe for eldre som ble ledet av en terapeut. Dette ble gjort for å prøve ut metoden ved å være en observatør. Her ble gjort mindre justeringer i forhold til plasseringen av meg som observatør.

Det er ikke alltid at det man observerer samsvarer med det deltakerne forteller, med andre ord det de sier er ulikt det de faktisk gjør (Halvorsen, 2008, s. 133). For å få nødvendig innsikt i innsatsteamets individuelle, relasjonelle og strukturelle handlinger valgte jeg individuelle og fokusgruppeintervjuer i den videre datainnsamlingen.

3.2.4 Kvalitativt forskningsintervju

Den primære datainnsamlingsmetoden benyttet i dette studiet var det kvalitative forskningsintervjuet. De seks først intervjuene ble gjennomført fra desember 2011 til mars 2012 etter at nødvendig tillatelse var innhentet fra enhetsleder for ergo og fysioterapitjenesten og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. I henhold til det teoretiske utvalget ble ytterligere to fokusgruppeintervjuer foretatt i perioden mars 2012 til april 2012 med henblikk på teoretisk koding.

Det er i utgangspunktet ikke mulig å fastsette et nøyaktig antall informanter det er behov for. Glaser presiserer at rekrutteringen skal resultere i produksjon av begreper som støtter kjerne kategorien. Datametning, det vil si at dataen ikke fører til ny informasjon, bestemmer utvalgets størrelse fremfor det å ha et representativt utvalg (Glaser, 1998, s. 163).

Et kvalitativt forskningsintervju egner seg dersom man ønsker deltakerens egne ord til å fortelle om sine erfaringer og holdninger. Det kvalitative forskningsintervjuet er ”*en forskningsmetode som gir privilegert tilgang til menneskers grunnleggende opplevelser av livsverdenen*” (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 49). Videre er det kvalitative forskningsintervju en egnet metode dersom man vil beskrive og analysere de prosesser eller forløp mennesker går igjennom enten alene eller i grupper (Christiansen, Nielsen & Schmeidt, 2011, s. 61). I GT er det viktig å fange opp innsatsteamets erfaringer og opplevelser. Ulikt fenomenologien skal man i GT ikke analysere og tolke deltakerens perspektiver og meninger. Hvordan deltakerne håndterer sine utfordringer i praksis er hva som analyseres i GT.

Glaser er tydelig på at man ikke skal ta opp intervjuer på bånd (Glaser, 1998). Han mener det vil bidra til at forsker får for store mengder data og at det dermed vil ta for lang tid (Glaser, 1998). Jeg valgte allikevel å ta opp intervjuene med innsatsteamet på lydfil. Dette ble valgt for å sikre datamaterialet og ha det lett tilgjengelig for analysen. Videre var det fordi jeg da kunne fokusere på den eller de jeg intervjuet og ha min fulle oppmerksomhet på dem fremfor en notatbok. Intervjuene ble foretatt på innsatsteamenes kontorlokaler. Det ble satt av eget rom for intervjuet slik at vi kunne sitte uforstyrret i perioden intervjuet pågikk. Deltakerne fikk selv bestemme tidspunkt for intervjuet slik at vi unngikk de mest travle tidene. Intervjuene ble transkribert verbatim. Det ble foretatt et prøveintervju for å prøve ut teknisk utstyr og intervjuguidens tema. Det ble gjort mindre justeringer på intervjuguide.

3.2.5 Fokusgruppeintervju

I den teoretiske fasen i utviklingen av en GT gjennomføres to fokusgruppeintervjuer som et ledd i det teoretiske utvalget. Hensikten med fokusgruppeintervjuene var å undersøke om metning var nådd i det innsamlede datamaterialet.

Fokusgruppeintervjuer er velegnet til eksplorative undersøkelser på et nytt område. Et slikt intervju kan frembringe spontane synspunkter og en kollektiv ordveksling ettersom deltakerne kan støtte seg til hverandre og kan bli påminnet om viktige hendelser som derav fremkommer under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 162). Fokusgrupper er ofte benyttet i kvalitetsforbedringsarbeid både for å involvere de ansatte i endringsprosessen, og for å evaluere implementerte forbedringstiltak (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007, s. 17).

Antall deltakere for et fokusgruppeintervju varierer fra fire til tolv deltakere (Kvale & Brinkmann, 2010 ; Polit & Beck, 2008 ; Krueger & Casey, 2000 ; Stewart, Shamdasani & Rook, 2007). For mastergradsoppgaven var det naturlig å inkludere de medlemmene som var i de ulike innsatsteamene. De innsatsteamene hvor jeg valgte å benytte fokusgruppeintervju hadde fire medlemmer hver.

En fokusgruppe skal være så homogen som mulig for å sannsynliggjøre muligheten for at deltakerne føler seg komfortable nok til å dele sine erfaringer og opplevelser i en gruppe (Polit & Beck, 2008, s. 395). Å uttrykke meninger er lettere i grupper hvor deltakerne har relativ lik bakgrunn. Dersom det ikke er mulig å samle en homogen gruppe er det beste å samle en gruppe som har for eksempel lik erfaring (Polit & Beck, 2008, s. 395). Fokusgruppene var like i så måte at teammedlemmene hadde jobbet mot det samme målet over flere år. De har et felles mål for behandlingen og rehabiliteringen de tilbyr. Sentralt hos deltakerne var villigheten til å fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Kravet om homogenitet syntes derfor å være oppfylt.

Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuer krever god planlegging. Når en gruppe kommer sammen er det viktig å ha en moderator som bidrar med å skape en velvillig og åpen atmosfære (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 162). På denne måten får man frem ulike synspunkter på tema som står sentralt for intervjuet.

På grunn av tidligere erfaring med gjennomføring av intervju ble det ikke foretatt noen test av fokusgruppeintervju. Selve utførelsen av disse fokusgruppeintervjuene var ulike. For den ene gruppen møtte jeg gruppen på deres kontorlokaler. Et møterom var gjort disponibelt for formålet. Intervjuet foregikk i kjente og trygge omgivelser. Gruppen fikk selv velge tidspunkt for intervjuet og unngikk derav de mest travle tidspunktene.

Rommet hadde god akustikk som var en fordel siden intervjuet ble tatt opp på lydfil. Det andre fokusgruppeintervjuet ble foretatt over konferansetelefon. Intervju over konferansetelefon er ikke ideelt verken for gruppen eller for meg som moderator. Muligheten til å skape gode rammer rundt intervjusituasjonen ble redusert. Det var i tillegg krevende å følge godt med når man ikke kunne ha øyekontakt med dem man intervjuet. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på tross av at personlig oppmøte ikke lot seg gjennomføre. Det ble gjort opptak på lydfil. Kvaliteten på lydfilen ble redusert på grunn av gjennomføringsmetoden.

3.2.6 Datainnsamling gjennom andre metoder

I tillegg til intervjuene observerte jeg innsatsteamet på utvalgte møter. Her benyttet innsatsteamet anledning til å komme med reflekterende kommentarer, samt at jeg kunne få tilbakemeldinger ved behov. Jeg har også benyttet skriftlig materiale bestående av en rapport hvor innsatsteamet har samlet sine erfaringer. Rapporten ble benyttet først i teoretisk fase av datainnsamlingen med formål om å undersøke metning i datamaterialet.

3.3 Analyse av data

GT er en stringent, kompleks metodologi med helt klare regler for hvordan datainnsamling og dataanalyse skal foregå, samtidig som metodologien opprettholder en fleksibilitet og åpenhet mot hvordan datamaterialet samles inn og lar resultatene fremkomme.

I GT er det slik at empirien setter en grense for hva teorien skal inneholde. Med det menes at dersom det ikke kommer frem av datamaterialet vil det heller ikke være en legitim del av teorien (Glaser & Holton, 2004). Analysen av det innsamlede datamaterialet starter umiddelbart etter at man har startet datainnsamlingen. Intervjuene ble transkribert verbatim. Fordelen med å transkribere alle intervjuene selv er at det gir en nærhet og kjennskap til materialet du skal analysere senere. Transkriberingen er ikke en passiv og teknisk handling, men er starten på analysearbeidet (Malterud, 2011, s. 78). Etter hvert intervju ble det skrevet notat med refleksjoner over intervjuet og ideer om eventuelle sammenhenger eller nye kategorier eller begreper. En slik koding stimulerer kontinuerlig nye ideer. Den tvinger forsker til å mette og verifisere kategorier. I tillegg

sikrer forsker at viktige kategorier blir inkludert, noe som gir en rikholdig teori hvor ingenting er utelatt (Glaser & Holton, 2004). Kontinuerlig sammenliknende metode er grunnleggende i dataanalysearbeidet, se Figur 1.



Figur 1. Illustrasjon av parallell dataanalyseprosess i grounded theory ¹

3.4 Trinn i utviklingen fra data til substansiell teori

Datainnsamlingen og analysen foregår på tre ulike nivåer innen GT. Jeg vil herunder beskrive fremgangsmåten i datainnsamlingen og analysen i de ulike fasene.

3.4.1 Den åpne fasen

I den åpne og innledende fasen av datainnsamlingen observerte jeg en behandlingssituasjon mellom en terapeut og en bruker. Observasjonsnotatene ble skrevet ned og analysert. Analysen av observasjonene ga grunnlaget for et semistrukturert intervjuguide, se vedlegg I.

¹ Lomborg (2003)

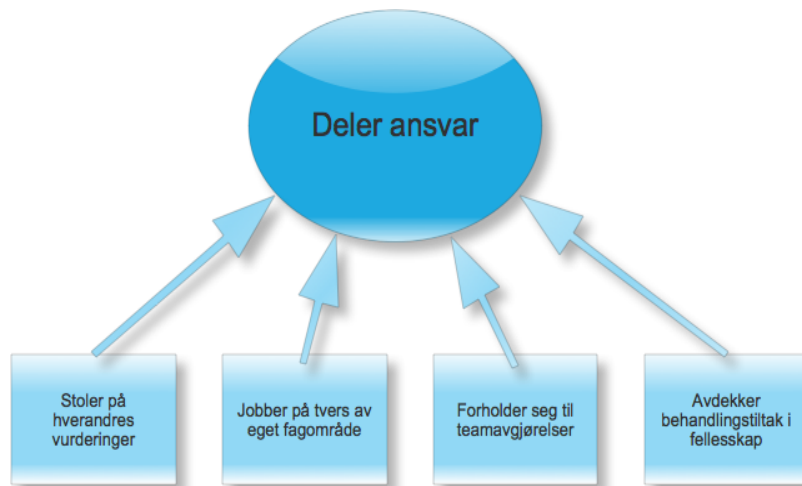
I åpen fase ble det foretatt fire intervjuer med medlemmer av et innsatsteam. Disse ble analysert linje-for-linje. I følge Glaser (1978 ; 1992 ; 1998) begrenser slik analyse faren for å overse viktige kategorier som er en forutsetning for utviklingen av en fyldig teori. Teoretisk sensitivitet ble opprettholdt ved at jeg hele tiden under kodingen av datamaterialet stilte meg følgende spørsmål (Glaser, 1978, s. 57):

- Hva er dette en studie av?
- Hva er det som foregår i feltet, hvilke hendelser forekommer?
- Hvilken kategori indikerer den enkelte hendelsen?
- Hvilken egenskap ved hvilken kategori indikerer denne hendelsen?

Gjennom å kode dataene ut fra disse spørsmålene ble det sammenfattet hva som foregår i det valgte praksisfeltet og hva som var de viktigste drivkreftene for atferden som ble observert. I Tabell I vises et eksempel på åpen og substantiv koding. Kategorien representerer begrep på et høyere nivå enn egenskapene. Kategoriene fanger opp de underliggende mønstre i datamaterialet. Egenskapene er begrep til kategoriene (Hjälmhult, 2007, s. 54). Utviklingen av et begrep gjennomføres ved kontinuerlig sammenlikning. Dataene sammenliknes til et begrep utvikles. Dette gjøres ved å benytte en *begrepsindikatormodell* (Glaser, 1978, s. 62). Det vil si at hendelser (indikatorer) som fremkommer i materialet blir analysert opp mot hendelser som har fremkommet tidligere for å finne likheter eller en tilhørighet. Et eksempel på bruken av begrepsindikatormodellen vises i Figur 2 på et begrep der fire indikatorer er tatt med for å danne begrepet "*deler ansvar*".

Tabell I: Eksempel på åpen koding av intervju. Hentet fra datamaterialet.

Indikatorer i data	Hendelser i data	Egenskaper til kategorier	Kategorier som substantiv kode
<p>Vi har rett og slett gitt ut, gått ut med informasjon om oss. Det er så mange fagpersoner rundt pasienten, sant, det er det at informasjonsflyten når ikke alle, sant... at noen har fått med seg noe og noen knapt vet at pasienten er i prosjekt, sant.</p> <p>Det at det er fokus på det her tidlig støttet utskrivning, alle gode fagpersoner vil jo holde på pasient før de ser, ok, nå kan jeg slippe de trygt ut, sant.</p> <p>Det er mitt ansvarsområde sant, det... og det er jo det å slippe taket på de pasienter som en holder på med, og stole på andre tjenester som kan ivareta pasient like bra.</p>	<p>Prøver å være tilgjengelige.</p> <p>Opplever svikt i informasjonsflyt.</p> <p>Opplever utfordring å sende pasienter videre.</p> <p>Opplever motstand mot ny tjeneste.</p> <p>Verner om sitt område.</p> <p>Er usikker på ny tjeneste.</p>	<p>Innsatsteam opplever ikke tjenesten som en integrert del av kommunehelsetjenesten.</p> <p>Erkjenner usikkerhet til ny tjeneste i kommunen.</p> <p>Erkjenner at brukere blir holdt tilbake.</p>	<p>Etterspør en tydeligere organisatorisk plassering.</p> <p>Etterlyser tydelige henvisningsrutiner</p>



Figur 2. Eksempel på bruk av begrepsindikatormodellen

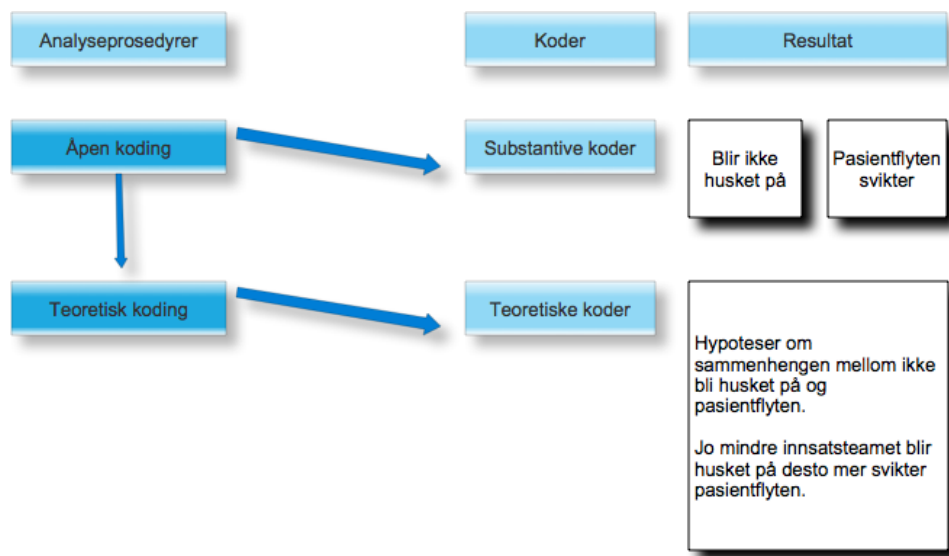
3.4.1.1 Kjernekategori

I GT er det slik at man i den åpne fasen skal finne kjernekategori. Denne kjernekategori driver prosessen videre i selektiv og teoretisk fase. Glaser påpeker at man i enkelte tilfeller kan se konturen av en kjernekategori uten å kunne sette et fullverdig begrep på den. Glaser sier videre at det er helt greit å sette et midlertidig navn på kjernekategori frem til et bedre begrep fremkommer (Glaser, 1978, s. 94). Etter å ha gjennomført de fire første intervjuene i åpen fase fremkom kjernekategori i datamaterialet. I analysearbeidet ble et begrep som *posisjonering* forsøkt som tentativ kjernekategori i studien. Kravene til en kjernekategori er at denne skal relateres til de fleste variasjoner i dataene som fremkommer i det området studien utføres. I tillegg organiserer og forklarer kjernekategori de fleste variasjoner for hvordan hovedproblemet håndteres (Glaser, 2001, s. 199). *Posisjonering* viste seg å ikke tilfredsstillende kravene til en kjernekategori i denne studien da strategien oppfattes som mer dominerende enn indikatorene i datamaterialet indikerte. *Posisjonering* ble allikevel stående til et bedre navn på kjernekategori fremkom.

3.4.2 Den selektive fasen

I den selektive fasen er søken etter data relatert til kjernekategori som fremkom under den åpne fasen. Den semistrukturerte intervjuguiden ble modifisert til formålet om å hente ut selekterte data, se vedlegg II. I denne fasen ble det gjennomført to individuelle intervjuer. Hvert intervju hadde en varighet på omtrent en time.

Kodearbeidet er en viktig prosess i GT. Det er to typer koder i GT, substansielle og teoretiske koder. Substansielle koder fremkommer i datamaterialet i både åpen og selektiv fase og relateres til hendelser i området hvor studien foregår. Teoretiske koder er den begrepsmessige kodingen som binder substansielle koder sammen som hypoteser som så blir integrert i en teori (Glaser, 1978, s. 72). Figur 3 gir et eksempel på utvikling fra substansielle koder til teoretiske koder fra datamaterialet.



Figur 3. Eksempel på ulike kodetyper².

3.4.2.1 Notatskrivning

Et notat eller en "memo" defineres som "the theorizing write-up of ideas as they emerge, while coding for categories, their properties and their theoretical codes" (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978 ; 1992 ; 2001 ; 2002). Notatskrivning regnes som en kjerneprosess, "the bedrock of theory generation", i GT (Glaser, 1978, s. 72). Det ble skrevet notat gjennom hele analyseprosessen og lagret i en egen "notatbank" for senere analyse. Notaene inneholder tanker og ideer om data, koder og eventuelle sammenhenger.

² Inspirert av Satinovic (2007)

3.4.2.2 Metning

Kodene og begrepene ble hele tiden sammenliknet med hverandre for på best mulig måte begrepsfeste det som foregikk i feltet. Denne prosessen pågikk til metning ble nådd (Glaser & Holton, 2004), det vil si at det ikke kom frem nye momenter i datamaterialet.

3.4.3 Den teoretiske fasen

Oppmerksomheten her har vært rettet mot å hente ut materialet som gir best informasjon om kjerne kategorien. Det ble foretatt to fokusgruppeintervjuer for å undersøke om nye elementer fremkom, se vedlegg III. I tillegg ble en erfaringsrapport fra et kommunalt innsatsteam inkludert.

I denne fasen knyttes de utviklede begrepene sammen til en substansiell teori. Teoretisk koding ”*conceptualize how the substantive may relate to each other as hypothesis to be integrated into a theory, they like substantive codes, are emergent, they waved fractured story together again*” (Glaser, 1978, s. 72). Teoretisk kode fremkommer i datamaterialet på lik linje som substansielle koder i åpen og selektiv fase.

Søk etter litteratur skjer først etter at teorien er utviklet. Teorien skal stå på egne ben og det som eventuelt fremkommer i litteraturen kan enten berike teorien eller representere nye data som samles inn i teorien (Glaser, 1998, s. 76). For å berike den utviklede teorien og diskusjonen ble det foretatt søk i aktuelle databaser. Søkestrategien som ble benyttet inneholdt nøkkelord relatert til blant annet tidlig støttet utskrivning, utvikling av tverrprofesjonelt team, slagrehabilitering og kommunehelsetjenesten (vedlegg IV, V og VI).

3.5 Etiske overveielser

Helsinki deklarasjonen (1964-2000) definerer medisinsk forskning som forskning på identifiserbart humant materiale og identifiserbare data (Ruyter, Førde & Solbakk, 2008).

En forespørsel om framleggingsplikt ble sendt til Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig forskningsetikk Vest-Norge (REK Vest). Prosjektet var ikke

fremleggingspliktig ovenfor REK da dette er et kvalitetsforbedringsprosjekt, se vedlegg VII. Prosjektet ble meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), se vedlegg VIII. Det ble her presisert behovet for innhenting av informert samtykke fra bruker som ville være involvert i observasjonen.

Informert samtykke innebærer at deltakerne får tilstrekkelig informasjon om studiets overordnede formål og hovedtrekkene i designet. Deltakerne får informasjon om eventuelle ulemper og ubehag for den som deltar. Det blir gitt informasjon om hvordan datamaterialet skal innhentes og oppbevares for å sikre en fortrolig behandling av datamaterialet. Personopplysningsloven (2000) inneholder vilkår for å behandling av personopplysninger og behandling av sensitive personopplysninger. I denne undersøkelsen blir intervjuene tatt opp på lydfil og transkribert. Datamaterialet er anonymisert og kodet slik at det ikke er mulig å identifisere deltakerne.

I tillegg sikrer informert samtykke at deltakerne deltar på frivillig basis og gir dem mulighet til å trekke seg når som helst under studien. Forespørsel om deltakelse i prosjektet ble sendt til enhetsleder for ergo- og fysioterapitjenesten i kommunen for godkjenning av gjennomføringen av undersøkelsen i det substansielle området, se vedlegg IX og X. Etter godkjenning om gjennomføring var gitt ble forespørsel om deltakelse i prosjektet sendt til mulige deltakere til prosjektet, se vedlegg XI. Når deltakerne hadde gitt sitt samtykke, se vedlegg XII, tok jeg telefonisk kontakt for å avtale tid og sted for intervju.

Ved gjennomføringen av observasjonen ble det innhentet et skriftlig samtykke fra bruker. Bruker ble informert om at det ikke ville bli tatt opp lydfil eller video under observasjonen.

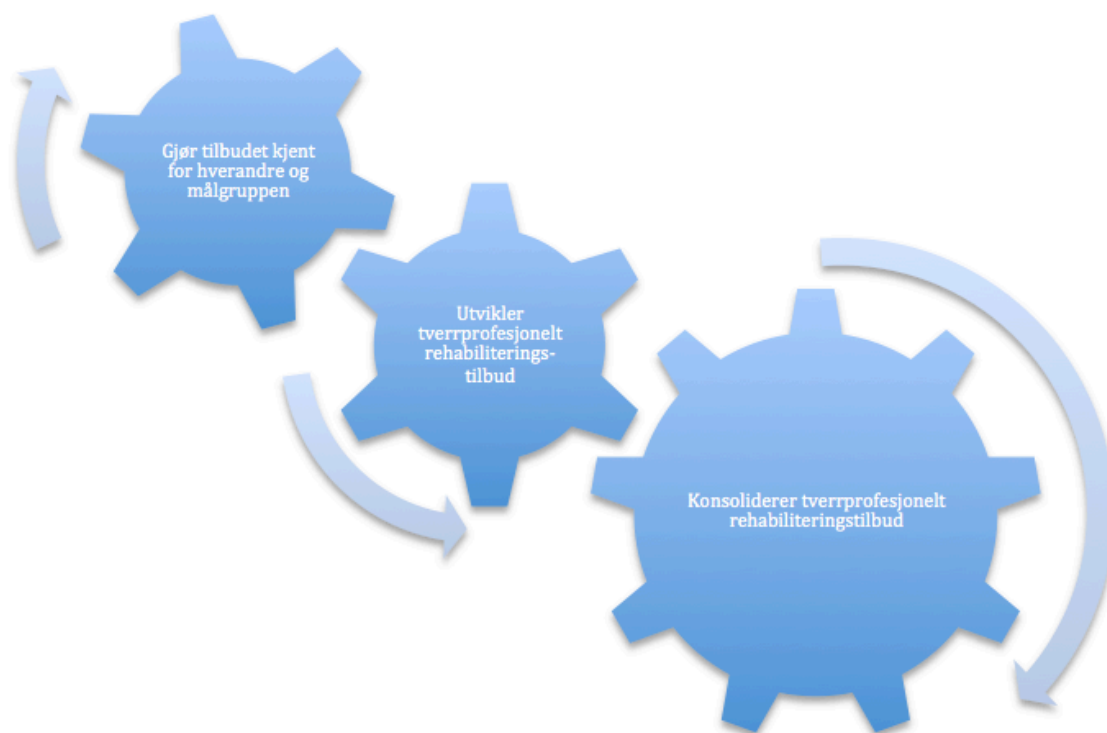
4 Funn

Hovedutfordringen til innsatsteamet i kommunehelsetjenesten syntes først å være relatert til innsatsteamets manglende organisatoriske tilhørighet. Studien identifiserte hovedutfordringen snarere til å være: *hvordan kan tidlig støttet utskrivning i kommunehelsetjenesten bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten i kommunen?* Handlingene som innsatsteamet foretok for å prøve og håndtere hovedutfordringen genererte den substansielle teorien om *Å skaffe tilbudet en plass i*

rehabiliteringstjenesten. I løpet av analyseprosessen ble det klart at de ulike kategoriene i datamaterialet presenterte innsatsteamets interaktivitet eller samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

4.1 Hvordan kan tidlig støttet utskrivning bli en synlig og integrert del av rehabiliteringstjenesten i kommunen: SKAFFE TILBUDET EN Plass I REHABILITERINGSTJENESTEN

En primær utfordring for innsatsteamet fremkom i empirien. Dette var hvordan tidlig støttet utskrivning kunne bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten i kommunen. Utfordringen håndteres av innsatsteamet gjennom tre faser når de: *gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen i rehabiliteringstjenesten, utvikle tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud og konsolidere tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud*, se Figur 4. Teorien beskriver samhandling innad i teamet, med bruker og med sine samarbeidspartnere. Fasene overlapper hverandre og det er mulig å gå tilbake i fasene for å møte eventuelle endringer som oppstår. Utfordringen så ut til å være gjeldende i det daglige virket hos innsatsteamet. Kontekstuelle forhold påvirker håndteringen av utfordringen. De handlingene som innsatsteamet utførte bevisst, eller ubevisst, for å prøve få tidlig støttet utskrivning til å bli del av rehabiliteringstjenesten, var preget av hvordan de innad jobbet mot å innordne seg som et tverrprofesjonelt team. Handlingene var i tillegg preget av hva innsatsteamet kunne yte utad mot brukerne og samarbeidspartnerne de møtte.



Figur 4. Skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten

Å skaffe seg en plass betyr å få innpass inn i et område som ikke har vært åpent og tilgjengelig, det vil si å bli gitt en mulighet til å ta del i et området. For innsatsteamet betyr dette å få tidlig støttet utskrivning til å bli en del av rehabiliteringstjenesten i kommunen. Jeg vil videre i denne fremstillingen beskrive den substansielle teoriens faser for hvordan innsatsteamet oppnår å skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten. Fasene vil bli illustrert med sitat hentet fra datamaterialet. Hvert sitat inneholder en henvisning til deltaker i form av en kode. I hver fase beskrives de utfordringene innsatsteamet møtte, deretter blir strategiene for hvordan disse blir håndtert fremstilt. Til sist i fremstillingen redegjøres de ulike konsekvensene en slik håndtering har for praksisfeltet.

4.2 Gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen

I denne fasen beskrives de utfordringene innsatsteamet møtte når de skulle gjøre seg kjent med tilbudet og målgruppen i rehabiliteringstjenesten. Utfordringene oppsto innad i teamet, i møte med bruker og i møte med samarbeidspartnere. Strategiene de valgte

fikk konsekvenser for hva slags type team de utviklet seg til å bli, og for hvordan de møtte brukerne og samarbeidspartnerne.

4.2.1 Utfordringer med å gjøre seg kjent

Å bli satt sammen i et tverrprofesjonelt team som har til hensikt å utvikle en tjeneste ga utfordringer på ulike plan når man ikke kjente hverandre fra før. Hvert medlem tok med seg sine erfaringer, verdier, holdninger og roller. Disse aspektene preget dem og definerte dem profesjonelt og personlig. En deltaker beskriver dette slik:

Vi har brukt tid på å bli kjent med hverandre, på godt og vondt, for vi er jo så veldig forskjellige. Uten at vi kanskje merker så mye til det, men vi har veldig forskjellige interesser selyfølgelig...(#5)

Utfordringen lå i å kople menneskene i innsatsteamet sammen slik at teamet kunne planlegge en felles utvikling i en samstemt retning. Fasen var preget av at mange nye prosesser foregikk samtidig, og førte til at en hadde en mangel på oversikt.

Prosjektstart var preget av mye usikkerhet og det ble oppfattet som vanskelig å kommunisere hva de faktisk skulle gjøre da usikkerheten rundt innholdet i deres del av prosjektet var stor. Innsatsteamets medlemmer etterlyste tydeligere retningslinjer for hva slags tjeneste det var meningen de skulle utvikle. Retningslinjen de fikk fra kommunen stadfestet utviklingen av en tjeneste rette mot pasienter med slag hvor behandlingen skulle foregå enten på en dagrehabiliteringsavdeling eller i brukers hjem. Innsatsteamet sto heretter fritt til å utvikle innholdet i en kommunal tjeneste for tidlig støttet utskrivning. En deltaker beskriver dette slik:

Det var vanskelig, vi satt med mye ansvar, men lite myndighet på enkelte områder. For vi har ikke visst om alle andre prosesser som pågår. Vi har ikke visst hvor fort vi kan gå fram, hvor mye kan vi ta ansvar selv for å gripe fatt i prosessen...(#2)

Samhandlingen mellom teammedlemmene var begrenset da de ikke kjente hverandre godt. De visste ikke om hverandres kompetanse, og kjente heller ikke hverandres sterke

og svake sider. Hver for seg var teammedlemmene mest vant med å jobbe med eget fag, ”men vi har egentlig jobbet veldig særfgelig, og så av og til kommet sammen”(#1). Teammedlemmene forholdt seg til sin profesjon uten særlig involvering fra andre. De jobbet ved siden av andre profesjoner uten at noen andre tok de oppgavene som er spesifisert til eget fag. Man står selv ansvarlig for den tjenesten man yter til sine brukere og man informerer eventuelt andre som har behov for å vite noe om hva en har gjort slik at de kan fortsette jobben.

Innsatsteamet hadde forventninger om å møte ”klassiske” utfall etter slag hos pasientene de møtte. Brukergruppen som kom presenterte andre typer utfall enn hva som var forventet. En av deltakerne beskriver at den ”første bruker vi traff, var en yrkesaktiv kvinne som kom kjørende til dagrehabilitering, tilsynelatende helt uten utfall etter hjerneslaget” (#2). Det var usikkerhet rundt hvilke tiltak som skulle tilbys brukergruppen. Innsatsteamet manglet erfaring på flere av områdene de nå møtte i praksis.

Kommunen er stor og uoversiktlig og gir mange ulike tilbud til brukere. Innsatsteamet manglet oversikt over hvilke tilbud kommune kunne gi. Innsatsteamet etterlyste også en oversikt over samarbeidspartnerne de skulle ha kontakt med i forbindelse med utvikling av tjenesten.

4.2.2 Strategier for å gjøre tilbudet kjent

Teammedlemmene søkte å håndtere sine utfordringer gjennom ulike strategier, *bli kjent med hverandre, bli kjent med bruker og bli kjent med samarbeidspartnerne.*

Samhandlingen mellom teammedlemmene var preget av en forsiktig fremtoning til hverandre på et personlige og profesjonelt plan. Kartlegging av kompetansen som befant seg blant teammedlemmene syntes å være viktig for å *bli bedre kjent med hverandre* på det profesjonelle området. En deltaker beskriver dette slik:

Fordelen med at du får kompetansen samlet er at du får flere å spille på i det daglige, både i forhold til fagutvikling og personlig utvikling og ”backe” opp for hverandre... (#1)

Samhandlingen var begrenset og man opprettholdt en viss distanse til de andre teammedlemmene. Det ble viktig for dem å finne et felles ståsted. Behovet for å ha en forventningsavklaring syntes å være viktig. På den måten oppsto en dialog dem imellom som stimulerte til videre søken om å bli bedre kjent. Det var viktig å bruke tilstrekkelig med tid for å bli kjent med hverandre. En deltaker beskriver dette slik:

Vi har brukt mye tid på å bli kjent med hverandre, på godt og vondt, for vi er så forskjellige, vi har forskjellige interesser, vi må bruke tid på å lære oss hvem som er gode på hva, sånn at vi kan utnytte ressursene på en god måte (#6).

Parallelt med å bli kjent med hverandre foregikk tildelingen av brukerne til behandling og rehabilitering enten på dagrehabiliteringen eller i brukers hjem. Innsatsteamet benyttet ulike strategier for å bli bedre kjent med brukerne. Innsatsteamet var avhengig av å vite noe om brukergruppen som kom til dem for å kunne utvikle tiltak. Det ble viktig for dem å møte brukers behov. Fasen var preget av usikkerhet for hvordan dette skulle foregå. Det ble viktig for innsatsteamet å ”laget en ramme for hvordan vi skulle ta imot pasientene, hvilke samtaler, tester, undersøkelser vi skulle gjøre og hvordan vi skulle sy sammen en pakke...”(#1). Det å finne ut hva som skulle gjøres for hver enkelte pasient har vært en krevende prosess. En deltaker beskriver dette slik:

Det er en læringsprosess både for deg som terapeut og den du treffer. Fordi alle er så forskjellige, det var ingen som var like rett og slett... det viser seg i forhold til en med hjerneslag så har du forskjellige utfordringer i hverdagen, så det ble ikke noen oppskrift for hvordan du skal gjøre det...(#5).

Erfaringene teamet hadde om ulike kartleggingsverktøy ble samlet for å danne grunnlag om hvilke av disse som best møtte brukers behov og som kunne ivareta brukermedvirkningen. Teammedlemmene hadde erfaringer for hvordan man skulle møte bruker, hvordan ivareta bruker, hvordan lytte til bruker og hvordan kommunisere med bruker. Det ble viktig å avdekke hva som manglet av kunnskap, slik at en plan for kompetanseheving innad i innsatsteamet kunne utformes.

Det ble viktig for innsatsteamet å reise rundt til mulige samarbeidspartnere i kommunen for å bli bedre kjent med samarbeidspartnerne. Utfordringen for innsatsteamet lå i kommunens størrelse og utstrekningen av tjenester. En av deltakerne beskriver dette slik:

Det var mange aktører i prosjektet som vi måtte bli kjent med for å forstå deres funksjon. Det har vært et komplekst system og har til tider vært krevende å finne gode samarbeidsrutiner med alle samarbeidspartnere... (#6)

Det ble viktig å bli sikker på hva slags tjeneste de skulle tilby slik at den informasjonen som skulle ut til samarbeidspartnere ble riktig. For at innsatsteamet skulle kunne starte en aktiv relasjon til sine samarbeidspartnere bygde innsatsteamet opp en strategi for hvordan de skulle møte dem. Dette ble gjort ved at innsatsteamet bestemte seg for en felles begrepsforståelse på ulike begrep som for eksempel ”ICF”³ og ”rehabilitering”. En av deltakerne beskriver dette slik:

Vi har jobbet mye under utviklingen for å avklare, forklare og vise felles forståelse for begrepet, for eksempel, rehabilitering. Hva er rehabilitering og hvor finnes den hen. Hvordan er rehabilitering formulert i stortingsmelding og kanskje inne i hjemmet... er det kun tidsavgrensa... så da får vi iallfall forståelse for begrepet, vi har jobbet så mye med dette, det å forstå ordet rehabilitering, hva er det vi driver med... (#6)

4.2.3 Konsekvenser av å bli kjent med tilbud og målgruppe

Hvor godt tilbudet ble kjent innad i teamet og hos målgruppen kunne få positive og negative konsekvenser i utviklingen av tidlig støttet utskrivning i kommunen. At teammedlemmene ble valgt til å utvikle tilbudet for kommunehelsetjenesten bidro til entusiasme hos teammedlemmene i utviklingsarbeidet. En felles forståelse for ulike

³ Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Verdens Helseorganisasjon (2001)

begreper, som teammedlemmene hadde ulike oppfatninger om, bidro til samhörighet innad i teamet.

Medlemmene i teamet hadde ulike holdninger og forventninger til praksis, noe som kunne forhindre dem i å bli kjent med hverandre. Det var ulike oppfatninger om hva som burde ha blitt forventet av teamet. Det oppsto en konflikt mellom det å skape noe nytt og det som alltid hadde vært. Usikkerheten rundt hva som faktisk kom til å møte dem gjorde at teammedlemmene søkte det som ga dem et trygt holdepunkt.

Teammedlemmene valgte derfor å beholde sin faglige posisjon i møte med bruker, hvor rehabiliteringen var mer rettet mot fysiske sykdomsutfall hos pasienter med slag.

Spenningen ved å starte noe nytt motiverte teamet til å introdusere tidlig støttet utskrivning for mulige samarbeidspartnere i kommunen. Introduseringen bidro til å skape en relasjon mellom teamet og tilhørende samarbeidspartnere.

4.3 Utvikler tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud

Innsatsteamet har utarbeidet felles forståelse for sentrale begreper for tidlig støttet utskrivning, samt blitt introdusert for mulige samarbeidspartnere. Teamet ser en antydning til hva som må til for å møte brukers behov. Innsatsteamet går fra å *gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen* til å *utvikle et tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud*. I denne forbindelse møter teamet utfordringer innad i teamet, med bruker og med samarbeidspartnerne. I den videre fremstillingen vil utfordringene i fasen bli beskrevet. Strategiene for hvordan teamet velger å håndtere utfordringene i utviklingen av et tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud bli beskrevet, samt de ulike konsekvensene dette får.

4.3.1 Utfordringer i utviklingsfasen

Innsatsteamet etterlyste rammer for hvordan de skulle enes om en tverrprofesjonell plattform for utviklingen av tidlig støttet utskrivning i kommunen. Rammene ville ha konsekvenser for hvordan innsatsteamet skulle fungere, hvordan de møtte brukernes behov og hvordan de møtte sine samarbeidspartnere. Ikke alle faggrupper var likt definert inn i rehabiliteringstjenesten. Teammedlemmer opplevde å ikke bli likeverdige

inkludert i innsatsteamet i møte med bruker. Rehabiliteringen opplevdes å være ”eid” av ergoterapeuten og fysioterapeuten. En deltaker beskriver dette slik:

Når to stykker har begynt så har ofte bruker kommet i deres tankegang, og da ser men ikke nødvendigheten for tredjemann. Det blir vanskelig å komme inn... gi en lik start for alle yrkesgrupper... Det er en utfordring for sykepleierne som er minst definerte som en del av rehabilitering. Rehabilitering er på en måte, hvis vi kan si i hermetegn ”eid av fysioterapeuten, ergoterapeut og logoped”... (#2)

I denne fasen forelå det usikkerhet rundt hvordan de skulle organisere seg innad i tjenesten for å møte brukers behov. I fasen der innsatsteamet gjør tilbudet kjent for hverandre og målgruppen, hvor innsatsteamet ikke kjente hverandre eller hverandres kompetanse, videreføres her i denne fasen. Det var vanskelig å gi slipp på egen særegne faglige fremgangsmåte. Vanene holdt teammedlemmene tilbake. En deltaker beskriver dette slik:

Får jeg aldri behandle pasienten som har sakte gangfunksjon, fordi det bare er gangfunksjon vi snakker om... og da er det litt sånn... i rehabiliteringen, skal ikke jeg kunne gi kun fysio på sikt hvis en snakker om bare det. Det blir alltid ett dilemma... (#6)

Brukerne som kom til innsatsteamet presenterte ulike behov. Innsatsteamet etterlyste strategier for hvordan de skulle sikre god brukermedvirkning og møte brukers behov. Innsatsteamet opplevde at brukerne hadde ulik oppfatning av hva som ble forventet av dem i egen rehabilitering. Det var et skille mellom brukere som kom til dagrehabiliteringen og de som fikk rehabiliteringen hjemme for hvor godt bruker var motivert til trening. En deltaker beskriver dette slik:

Vi har mange som har sagt at ”hvis ikke dere hadde vært tilstede så hadde jeg blitt sittende i sofaen og syns synd på meg selv”... det har jeg hørt mange ganger. Det å måtte ut å få et tilbud og det å møte andre som er i samme situasjon, det tror jeg er veldig nyttig i forhold

til dagrehabiliteringen. Du får jo ikke det samme i forhold til de du møter hjemme da... (#1)

Enkelte brukere oppfattet ikke eget behov, mens andre mente at rehabilitering bestod kun av fysisk trening. En deltaker beskriver dette slik:

Å bli litt sjefen i eget liv igjen er viktig... akseptere det at de trenger tid til å komme der. Noen kommer aldri dit, og noen står med åpne armer og "gi meg jeg tar imot", det er ulike erfaringer på akkurat det der... (#4)

Innsatsteamet opplevde å ikke tilhøre kommunehelsetjenesten på lik linje som andre. At innsatsteamet ble opprettet som en del av et prosjekt så ut til å være forklaringen på opplevelsen av manglende tilhørighet i kommunen. Samarbeidspartnere ble usikre på hva innsatsteamet kunne tilby i rehabiliteringstjenesten. Innsatsteamet "ble ikke husket på" av andre henvisende instanser. Når innsatsteamet tok kontakt med institusjonene lenger ut i rehabiliteringsforløpet for brukeren var de usikre på hvilke funksjoner innsatsteamet hadde. Samarbeidspartnere var usikre på hva som skulle henvises til innsatsteamet, og henviste på samme måte som det alltid var blitt gjort. En deltaker beskriver dette slik:

Tjenesten trenger en forståelse for måten vi jobber på og hva som er litt hva vi ser er unikt med den... gjøre den kjent i forhold til disse andre samarbeidspartnerne innad i organisasjonen... når du ringer en måned eller to etterpå, så er du like ukjent som forrige gang du ringte angående en pasient. Det er en stor utfordring du møter til dagen... (#4)

Kontaktflaten for innsatsteamet var stor. Det kunne gå lang tid mellom hver gang samarbeidspartnere så en bruker. Brukerne fikk lengre institusjonsopphold fordi de ikke visste nok om tilbudet innsatsteamet kunne gi brukerne. Det ble ikke vist tillit til nye og ukjente tilbud. En deltaker beskriver dette slik:

Men i begynnelsen var det nok mer at man ikke kjente til tilbudet og visste ikke hvordan dette var og det var utrygt og lite tillit til kommunen kanskje, kan man tolke det sånn? At det var skummelt å sende folk tidlig ut! (#1)

Manglende kunnskap fordret tanken om at det tilbudet som ble gitt på institusjon var det beste, det var hva de alltid hadde gjort, de holdt på sin faglige kompetanse. Brukere fikk forlenget institusjonsopphold frem til det var trygt å sende dem ut til andre tjenester i kommunen, og når de visste at brukerne ville bli ivaretatt av andre tjenester.

Lederstrukturen i innsatsteamet var utydelig. Det var relativt stor avstand til beslutningstakerne. Avstanden til beslutningstakerne opplevdes som en ”propp” i systemet slik at flyten i beslutninger som skulle tas ble forhindret. Innsatsteamet savnet en prosjektleder som kunne hatt et overordnet blikk. Endringer skjedde raskt og beslutninger ble tatt fort. En deltaker beskriver dette slik:

Vi begynner å se gode rammer rundt tilbudet vårt og da ville vi ha respons og dialog mye tettere med dem som sitter med myndighet til å gi siste ordet for hva som skjer videre. Ressursgruppen har myndighet til å bringe det videre, men igjen, de må bringe det videre til de som skal avgjøre... (#3)

4.3.2 Utviklingsstrategier

Fasen, utvikler rehabiliteringstilbudet, ble håndtert gjennom følgende strategier: *utvikle tverrprofesjonell plattform, skreddersy brukertilbud og spille på lag med samarbeidspartnere.*

Sentralt for fasen var innsatsteamets behov for å bli likeverdige parter på tross av at de var ulikt definert inn i rehabiliteringstjenesten. For at innsatsteamet skulle få en *tverrprofesjonell plattform* var det viktig at innsatsteamet ble godt kjent med hverandre. Teammedlemmene skulle tåle å bli satt på sidelinjen og se at andre teammedlemmer utførte tiltak som en ville ha definert som eget fagområde. Det å ha en tverrprofesjonell plattform ville for innsatsteamet si å ”gå på kryss og tvers” (#4) av hverandre for å

møte brukers behov. Det var brukers behov som sto i sentrum av tildelingen av tiltak, ikke hvilke yrkesgruppe som hadde rett til å behandle eller rehabilitere. En deltaker beskriver dette slik:

Her jobber vi litt på kryss og tvers, vi ser på behovet og brukers sitt mål og fokus, det sier noe til meg om hva jeg skal gjøre, og kanskje av og til må du holde tilbake, selv om din intensjon som fagperson er den beste, av og til må du gå på kompromiss med deg selv... (#4)

En ekstern veilederen hjalp teammedlemmene til å håndtere utfordringer som fremkom av dialogen innad i innsatsteamet. Det ble viktig for innsatsteamet å bli oppmerksom på at dialogen ikke var knyttet til personene i teamet, men til hvordan de skulle oppnå et godt arbeidsmiljø og hvordan de skulle struktureres som team. Det ble viktig å bearbeide hvordan man skulle ta vare på seg selv og sine kollegaer. Veilederen rettet oppmerksomheten mot de faktorer som fremmer et godt teamarbeid. Det ble fokusert på ulike aspekter ved å være et tverrprofesjonelt team. Teammedlemmene fikk hjelp til å lære om endringene, og måtte jobbe mye seg selv. Sårbarheten var stor i denne fasen hvor mye var nytt og ukjent. Teammedlemmene var redde for å miste sitt faglige ståsted og sin faglige integritet. Det ble ”prøvd og feilet mye” (#3) før teammedlemmene fant sine plasser i innsatsteamet. Dialogen mellom teammedlemmene ble brukt som en strategi for å bli likeverdige kollegaer og bli sett av hverandre. En deltaker beskriver dette slik:

Vi kommuniserer på en annen måte og utveksler informasjon mellom hverandre på en annen måte enn før. Vi hadde input fra en veileder, en som kom eksternt og snakket med oss, om hvordan vi kunne håndtere og kommunisere med hverandre, og at vi skal ha en bedre hverdag og være et team i fremtiden... (#6)

Innsatsteamet jobbet mye med seg selv, da det var krevende å sette seg selv på sidelinjen til fordel for å jobbe tverrprofesjonelt. Det å tillate at andre skulle inn i et område av en tjeneste som en selv var vant med å utføre var vanskelig å akseptere. En deltaker beskriver dette slik:

Å lære og jobbe tverrfaglig har krevd mest. For det er ikke enkelt, det er enkelt på papiret, men ikke så enkelt i praksis. Og så tror jeg vi skal fremdeles ha noen diskusjoner og uoverensstemmelser så lenge vi lever, det er liksom en kontinuerlig prosess... (#3)

Behovet til bruker var styrende for hvilke type tiltak innsatsteamet skulle utvikle. Hvem som skulle gjøre hva i innsatsteamet var ikke like viktig så lenge brukerne fikk det de hadde behov for ut ifra de problemene som fremkom. Brukerne innsatsteamet møtte i sin daglige praksis presenterte store variasjoner. Innsatsteamet ble, som kjent, presentert for en ukjent brukergruppe. I utviklingen av rehabiliteringstjenesten ble en viktig strategi å *skreddersy tilbudet for brukerne*. En deltaker beskriver dette slik:

Du må møte brukeren der han er og du må ta en ting av gangen, selv om du kunne tenkt deg å gjort så mye mer, du må på en måte, det har jeg lært, du må være tålmodig og det er ikke vits i å gå på for mye... (#4)

Ulike kartleggingsverktøy ble benyttet for å undersøke brukers behov. Det ble viktig for innsatsteamet å sikre en god brukermedvirkning. På den måten kunne bruker selv *”eie sin rehabiliteringsprosess”* (#1). Innsatsteamet ga råd og veiledning til bruker slik at bruker lettere kunne ta stilling til sin egen progresjon i rehabiliteringen. Teamet opplevde at det var enklere å sikre en tverrprofesjonell plattform innad i teamet for de brukerne som kom til dagrehabiliteringssenteret. Innsatsteamet opplevde at når de gikk hjem til brukerne var teamet på *”besøk”*. Brukerne de møtte hjemme medvirket i større grad i rehabiliteringsprosessen enn de som kom til dagrehabiliteringssenteret. Brukerne her hadde derimot større forventninger til behandlingen som innsatsteamet kunne tilby. En deltaker beskriver dette slik:

Tilbud om behandling ved dagrehabiliteringen hadde en ramme på tre til fire timer, to til tre dager i uken. Denne rammen stilte andre krav til struktur, program og intensitet. Brukere fikk en timeplan eller et program som gikk over flere timer og de forventer å bli presentert et opplegg fra fagpersonene... (#1)

Innsatsteamet hadde behov for å bli kjent i og en del av rehabiliteringstjenesten for å bidra med et tilbud om tidlig støttet utskrivning. Innsatsteamet forsøkte å løse utfordringen ved å *spille på lag med samarbeidspartnerne*. Innsatsteamet drev oppsøkende virksomhet hvor samarbeidspartnere hadde mulighet til å høre hva innsatsteamet kunne tilby brukerne i den nye rehabiliteringstjenesten. Brukere ble oppsøkt på ulike avdelinger slik at de ble klar over at teamet skulle følge dem videre i behandlingsforløpet, det vil si at *”innsatsteamet ikke bare ble noe som står på et papir”* (#4). Innsatsteamet møtte opp på ulike institusjoner, deltok på konferanser og kurs som ble avholdt i kommunen. Innsatsteamet inviterte seg selv ut for å fortelle om hva de kunne tilby pasienter med slag. En deltaker forteller at *”det å gi informasjon om hvordan vi jobber tar TID! Lang tid. I begynnelsen var det veldig vanskelig. Det var ingen som visste om innsatsteamet”* (#10).

Innsatsteamet bygget samarbeidet *”stein på stein”* (3#). Det ble laget ulike planer for hvordan samarbeidet skulle foregå på best mulig måte. En viktig strategi for å formidle hvilke typer henvisninger innsatsteamet kunne få, var å ha dialog med tjenesten og bruker samtidig. På den måten ble det fremmet at rett bruker kom til rett sted og tid. En deltaker beskriver dette slik:

Med en gang du har vært i en situasjon eller løst en oppgave sammen, så er det kanskje mye lettere neste gang. For da har en på en måte en annen oppfatning om hva det er vi kan bidra med, hva er det de kan bidra med... (#3)

Innsatsteamet fikk også hjelp fra et ambulerende team i spesialisthelsetjenesten til å fremme teamets funksjon i rehabiliteringstjenesten for kommunen. Det ambulante teamet opptrådte som et bindeledd mellom samarbeidspartnerne, brukere og innsatsteam. Bruker ble guidet i retning av innsatsteam, noe som var spesielt viktig i de situasjoner hvor bruker selv ikke var bevisst eget rehabiliteringsbehov. En deltaker beskriver dette slik:

De har vært en god trygghet for pasienten, for de har hjulpet dem å koordinere overgangen fra sykehuset til kommunen eller en annen rehabiliteringsinstitusjon... de har vært en god ambassadør for oss og

gjort oss kjent i spesialisthelsetjenesten...de har tatt pasient i hånden og ført de til oss, og det tror jeg, for veldig mange, er avgjørende for at de skal i det hele tatt ta imot tilbudet... (#4)

4.3.3 Konsekvenser av tverrprofesjonell utvikling

Strategiene teamet benyttet kunne få positive og negative konsekvenser for tverrprofesjonell utvikling av tidlig støttet utskrivning i kommunehelsetjenesten. Innsatsteamet lærte å jobbe tett sammen og opplevde å få god støtte i hverandre. Det ble skapt en tillit mellom teammedlemmene som bidro til en god utvikling og en felles forståelse for gode brukerrettede tiltak. Innsatsteamet utviklet seg til å bli et tverrprofesjonelt team hvor medlemmene jobbet på tvers av hverandre. Tillit og selvtillit ble gradvis bygget opp for dem seg selv og mot de andre teammedlemmene. Med dette som utgangspunkt kunne innsatsteamet se bruker og i tillegg tillate tid for at bruker definerte egne problemområder og egne mål. Brukermedvirkningen hadde større sannsynlighet for å opprettholdes dersom teamet ble godt kjent med brukergruppen. Brukermedvirkningen var avhengig av hvor bruker mottok rehabiliteringen. Brukere våget å sette mål for behandlingen i eget hjem fremfor når de mottok rehabiliteringen på dagrehabiliteringssenteret. Hjemme hos bruker blir gjerne pårørende inkludert i utviklingen av tiltak og mål, noe som kan påvirke brukermedvirkningen både positivt og negativt. I dagrehabiliteringssenteret var ikke involvering fra pårørende like mye tilstede. En deltaker beskriver dette slik:

Brukermedvirkningen var viktig... hvordan du som terapeut skal formulere mål og plan sammen med bruker... hvordan skal vi få det til, og å formulere noe sammen, hva som skal til... uten at jeg har sett på hele mennesket så tenker jeg brukermedvirkning... (#6)

Det store spekteret av samarbeidspartnere utfordret innsatsteamet i å implementere tidlig støttet utskrivning til å bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten i kommunen. Innsatsteamets oppsøkende virksomhet førte til at flere og flere samarbeidspartnere ble klar over tidlig støttet utskrivning og ble mer kjent med hva innsatsteamet kunne tilby brukerne. Dette ledet til at flere henvisninger kom til rett sted og tidspunkt. Involvering fra ambulant team bidro til en mer forutsigbar samhandling

mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tillegg bidro det ambulante teamet til at tidlig støttet utskrivning ble mer synlig i rehabiliteringstjenesten i kommunen.

4.4 Konsolidere tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud

I denne fasen var innsatsteamet motiverte. Det opplevdes som meningsfylt å jobbe i et innsatsteam i en kommunal rehabiliteringstjeneste, ”arbeidsmåten er både bra og unik” (#6). Tilbakemeldinger som ble gitt var positive og innsatsteamet så at mange har hatt utbytte av tidlig støttet utskrivning. Innsatsteamet opplevde at de kunne spare ressurser ved å gå tidlig inn til brukerne. Innsatsteam ble anerkjent som nødvendige i kommunal rehabiliteringstjeneste. I det videre vil utfordringene innsatsteamet møte i konsolideringen av tilbudet bli presentert. Strategiene de valgte i håndteringen av disse beskrives, samt hvilke konsekvenser dette får for teamet, for bruker og for samarbeidspartnere.

4.4.1 Utfordringer i konsolideringsfasen

Innsatsteamet var opptatt av den gode dialogen dem i mellom. Teamet erfarte at god kommunikasjon var en forutsetning for å kunne jobbe tverrprofesjonelt. Teamet opplever utfordringer ved å opprettholde sin nye rolle i det tverrprofesjonelle teamet. En deltaker beskriver dette slik:

Vi er ikke vant med å jobbe så tett og så tverrfaglig. Det blir en helt annen måte å jobbe på som krever en del av en som person og som fagperson ... og det tar tid å bygge opp en god tverrfaglighet... å så gir det noen utfordringer... i noen tilfeller så har vi opplevd at det kan det være litt sånn at man fortsatt lurer på om det var godt nok...(#5)

Innsatsteamet så gode rammer rundt tilbudet de hadde utviklet, samt effekten av synergien mellom teamet og bruker. ”Mye falt på plass, vi begynner å bli mer etablert som fagfolk, og vi begynner å se gode rammer rundt vårt tilbud... (#6)”.

Teamet opplevde fordelene ved å ha god samhandlingen mellom bruker og samarbeidspartnere. Utfordringen i her ligger i at teamet vil til enhver tid møte brukere med ulike problemstillinger som teamet må forholde seg til.

Det var stor takhøyde, og rammene rundt teamet opplevdes til å være trygge. Innsatsteamet var trygge på hverandre og ville hverandre vel. I de foregående fasene hadde mye falt på plass på grunn av innsatsteamets innsats i utviklingsarbeidet. Det var en stor utfordring for teamet å gjøre tidlig støttet utskrivning synlig og likeverdig i rehabiliteringstjenesten. Utfordringen i denne fasen så ut til å være muligheten til å opprettholde den kontakten med samarbeidspartnere som nå var opparbeidet. Det var fremdeles behov for å oppsøke samarbeidspartnere. En deltaker beskriver dette slik:

Jeg føler vi er fremdeles ikke godt nok kjent for samarbeidspartnerne. Ikke alle som forstår seg helt på vårt tilbud, for de har sett på oss som utenom, utenforstående prosjektvirksomhet... gradvis har vi bygget opp ett nytt tilbud som forhåpentligvis nå videreføres, ut ifra de erfaringene som vi har gjort... (#5)

4.4.2 Konsolideringsstrategier

Innsatsteamet konsoliderte det tverrprofesjonelle rehabiliteringstilbudet gjennom strategiene: *å jobbe tverrprofesjonelt, jobbe brukernært og samhandle med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.*

At innsatsteamet *jobbet tverrprofesjonelt* innebar at de delte ansvaret i teamet. De kjente hverandres arbeidsfelt og visste om hverandres kompetanse. I møte med bruker var det tydelig for teammedlemmene hvilke kompetanse som var nødvendig for å sette i verk tiltak. Behandlingstiltakene ble utarbeidet i felleskap. Det var god kommunikasjon mellom teammedlemmene. De hadde en er åpen diskusjon hvor det var rom for å være både enig og uenig. ”*Trygg og åpen kommunikasjon er ofte en forutsetning for å lykkes (#1)*”. Tverrprofesjonelt arbeid fordret at teammedlemmene kjente hverandre godt både profesjonelt og på et personlig plan. Det var aksept for å jobbe på tvers av hverandre. En deltaker beskriver dette slik:

Vi har fått det ganske bra til. Vi er på god vei til å både kommunisere godt med hverandre, og å slippe taket på det ansvaret som mange vil holde på... i noen tilfeller er det jo ganske tydelige hvem som skal ta hovedansvaret for enkelte problemstillinger. Det er jo alt etter hvilke kompetanse vi trenger og hva har vi av kompetanse på rent fagspesifikt. Men det å jobbe såpass tett, i et team rundt hver pasient, har vært veldig givende prosess. Det oppleves som veldig godt... (#2)

Innsatsteamet satt gjennom hele prosessen brukermedvirkningen høyt og *jobbet nært bruker*. Innsatsteamet jobbet med ulike verktøy og tiltak for å sikre at brukermedvirkningen ble reell i behandling og rehabilitering av pasienter med slag. Utviklingen av tiltakene for økt brukermedvirkning var en kontinuerlig prosess da de møtte brukere med forskjellige problemer som håndteres ulikt av brukerne. Innsatsteamet fant en arbeidsmåte som i stor grad møtte bruker der bruker var. Målet for innsatsteamet var å møte brukers behov slik at de sto bedre rustet i hverdagen. Innsatsteamet tok hensyn til brukers kapasitet og påså at intensiteten var balansert mellom hvile og aktivitet. Det ble gjort forsøk på å ”skolere” brukerne i innsatsteamets måte å tenke rehabilitering. Tanken var å gjøre det enklere for bruker å forstå hensikten bak tiltakene som ble tilbudt, samt unngå misforståelser. En deltaker beskriver dette slik:

Vi må skjønne hva vi driver med og det har vi fått til: ha en overføringsverdi til hva brukeren tenker og tette det gapet mellom brukers forutsetning og oss, at det må være en felles forståelse fra begge parter, både faglige og den tiltakene er rettet mot... (#6)

Innsatsteamet opparbeidet samarbeidsavtaler for å sikre samhandlingen mellom tjenestene og en sammenhengende behandlingsskjede. Det var fremdeles behov for å gjøre tilbudet om tidlig støttet utskrivning og innsatsteamet mer kjent med samarbeidspartnere i kommunen. En deltaker beskriver dette slik:

Det har vært så mange samarbeidspartnere. Og det har vært ... jeg vil nesten si umulig å etablere godt samarbeid med alle sonene, det er så mange samarbeidspartnere, og personer... (#4)

Oppsøkende virksomhet fortsatte i fasen hvor innsatsteamet konsoliderte en tverrprofesjonell rehabiliteringstjeneste. Dette for å opprettholde kontakten som allerede var etablert og for å sikre at tidlig støttet utskrivning ville bli husket. ”*Vi ser det er behov for å fremdeles gi ut informasjon og markedsføre oss i tjenesten, selv om mange vet, må det jobbes med hele tiden*” (#12).

4.4.3 Konsekvenser av konsolideringen

Innsatsteamet utviklet en tverrprofesjonell tjeneste i kommunehelsetjenesten som tilbyr tidlig støttet utskrivning. Konsekvensene av en slik utvikling vil kunne bidra til økt kvalitet i kommunal rehabiliteringstjeneste. Dette fordrer at innsatsteamet, bruker og deres samarbeidspartnere forstår hva tidlig støttet utskrivning vil si. Arbeidet teamet har gjort i utviklingsfasen har bidratt til at tidlig støttet utskrivning har blitt et delvis integrert begrep for mange, men arbeid gjenstår for at dette skal bli fullstendig integrert i praksis. Utviklingen av brukerrettede tiltak, brukermedvirkning og samhandling har bidratt til økt kvalitet i den kommunale rehabiliteringstjenesten.

4.5 Oppsummering

Funnene beskriver hvordan tidlig støttet utskrivning skaffer seg en plass i rehabiliteringstjenesten i kommunen. Videre beskrives utfordringene et tverrprofesjonelt innsatsteam hadde i utviklingen av tilbudet for pasienter med slag i rehabiliteringstjenesten. Gjennom beskrivelsen av de ulike fasene i utviklingen har jeg forsøkt å gi eksempler på ulike handlingsmønstre i utviklingen mot en tverrprofesjonell tjeneste i kommunen. Teorien *Skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten* beskriver strategiene innsatsteamet benyttet for å løse utfordringene på veien til at tidlig støttet utskrivning ble en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten.

5 Diskusjon

Denne studien viser at prosessen med implementering av et kunnskapsbasert tiltak, som tidlig støttet utskrivning, krever stor innsats fra innsatsteamet. Innsatsteamet som skulle iverksette det nye tilbudet strevde med å gjøre det synlig og likeverdig i kommunens rehabiliteringstilbud. Innsatsteamets erfaringer danner grunnlag for begrepsliggjøring

av de prosesser teamet måtte gjennom for å gjøre tidlig støttet utskrivning til en del rehabiliteringstjenesten i kommunen.

I dette kapittelet vil jeg først diskutere hva som er likheter og forskjeller i funnene sammenlignet med annen forskning og teori. Så vil metodens styrke og svakheter diskuteres. Til slutt vil jeg si noe om hvilke praktiske implikasjoner studiens funn kan har for rehabiliteringstjenesten i kommunen.

5.1 Skaffe tjenesten plass i rehabiliteringstjenesten

Handlingene som innsatsteamet foretok for å håndtere sin hovedutfordring genererte den substansielle teorien. Teorien *Skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten* består av tre handlingsmønstre, *gjør tilbudet kjent for hverandre og målgruppen, utvikle tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud og konsolidere tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud*. Teammedlemmene benyttet ulike strategier i handlingsmønstrene for å bli en del av rehabiliteringstjenesten. Involveringen vekslet mellom individuelle, strukturelle og relasjonelle prosesser hos teammedlemmene. Strategiene i teorien reflekterer innsatsteamets samhandling i de ulike.

5.1.1 Tverrprofesjonelle team og tidlig støttet utskrivning

Forskning viser at kvaliteten på rehabiliteringen blir høyere ved av at tverrprofesjonelle team utfører rehabiliteringen, sammenliknet med rehabiliteringen som utføres av hver profesjonsutøver for seg (Sinclair, Lingard & Mohabeer, 2009). Tidlig støttet utskrivning betyr at et tverrprofesjonelt team har tett oppfølging av pasienter med slag når de blir skrevet ut fra sykehus. Tidlig støttet utskrivning betyr at pasientene kommer raskere hjem fra sykehus enn vanlig (Early Supported Discharge Trialists, 2005 ; Fisher et al., 2011). Rehabiliteringen som teamet utførte var intensiv og i en begrenset periode. Pasientene som ble henvist til innsatsteamet fikk tett oppfølging enten hjemme eller på et dagrehabiliteringssenter. Innsatsteamet hadde ulik erfaring med hvordan tilbudet for tidlig støttet utskrivning fungerte i disse kontekstene. Hjemme hos bruker opplevde innsatsteamet at det var vanskeligere å fungere som et tverrprofesjonelt team. Dette kom av forventinger til bruker, logistiske utfordringer og tidsbruk. For brukerne som kom til dem på dagrehabiliteringssenteret erfarte innsatsteamet at det var enklere å fungere som et tverrprofesjonelt team.

I den første perioden opplevde innsatsteamet at ikke alle pasienter kom rask hjem. Det kunne gå opp til seks måneder før en pasient ble henvist til dem. Dette var det ulike grunner for. Det er mange barrierer i en implementeringsfase som har innvirkning på at en ny tjeneste skal bli synlig og likeverdig i en tjeneste. Det var mye usikkerhet om hva innsatsteamet kunne tilby, samt det var vanskelig å stole på noe nytt og fremmed tilbud. Det var enklere å beholde rehabiliteringen slik den alltid har vært fordi oppfatningen var at dette fungerer i kommunehelsetjenesten. I følge Langhorne, Bernhardt and Kwakkel (2011) er implementeringen av tidlig støttet utskrivning komplisert fordi teamet blir implementert i en etablert helsetjeneste. Innsatsteamet utfører en tjeneste som helsepersonell i kommunen ser på som tilhørende til en kommunal rehabiliteringsinstitusjon.

Forskningen viser at et tidlig støttet utskrivning team bør være plassert i spesialisthelsetjenesten. Teamet skal ha ansvar for overføringen mellom sykehus til hjem, samt intensiv rehabilitering i en avgrenset periode, før et kommunalt rehabiliteringsteam tar over (Fisher et al., 2011). Innsatsteamet er basert i kommunehelsetjenesten. Utfordringene de møter kan sees i sammenheng med hva forskningen sier om behovet for at et slikt team bør være basert i spesialisthelsetjenesten fremfor i kommunen. Innsatsteamet har ikke like god oversikt over de pasientene som kommer inn til sykehus da de har ulike datajournalsystemer, som de ikke har tilgang til. Innsatsteamet er ikke direkte involvert i den behandlingen og rehabiliteringen som foregår i spesialisthelsetjenesten, og er avhengig av at de blir husket på for at henvisningene skal komme til dem.

5.1.2 Tverrprofesjonelle team og kvalitet på tjenesten

Å være et tverrprofesjonelt team innebærer kontinuerlig samhandling, åpen kommunikasjon og kunnskapsutveksling teammedlemmene imellom. Det er behov for teammedlemmene å ha en forståelse for de ulike profesjonelle rollene og evne å utvikle felles brukertiltak (Légaré & Stacey, 2009). Innsatsteamets intensjon i utviklingen av et tverrprofesjonelt team var sålede begrunnet med et ønske om å bli likeverdig inkludert i rehabiliteringstjenesten. I tillegg var det et behov om å kunne enes om en struktur hvor de kunne jobbe tett sammen mot et felles mål for dem selv, for bruker og for rehabiliteringstjenesten. Innsatsteamet utviklet seg til et team hvor kommunikasjon og

samhandlingen var viktige forutsetninger for å lykkes. Kravene til et tverrprofesjonelt team innebærer at teammedlemmene har en spesiell evne til å kommunisere med hverandre og samarbeide på tvers av nivåer og sektorer (Kunnskapsdepartementet, 2012).

Innsatsteamet opplevde flere utfordringer i forbindelse med utviklingen og implementeringen av en tverrprofesjonell plattform. Det var vanskelig for dem å bevare sin faglige integritet samtidig som de utviklet et team hvor de skulle dele ansvaret, ta felles beslutninger og gå over i hverandres oppgaver. En studie støtter innsatsteamets opplevelse om hvor vanskelig det er å beholde sin identitet i et tverrprofesjonelt team. (McKellar et al., 2011).

Forskning viser at en leder bør være synlig og involvert i utviklingsprosessen av et tverrprofesjonelt team. En leder vil kunne bidra med å optimalisere prosessene som skjer innad i teamet og kunne fremme mulighetene for et effektivt samarbeid i praksis som resulterer i bedre utfall hos pasientene (McKellar et al., 2011). Erfaringene innsatsteamet har tilsier at det er viktig med en leder som gjør struktur og behov tydelig. Startfasen opplevdes som usikker og innsatsteamet var preget av at det var lite informasjon om hva som faktisk skulle utvikles.

Verdens Helseorganisasjon (2010) sier, i sitt rammeverk for tverrprofesjonell undervisning og praksis, at utviklingen av tverrprofesjonelle team er en egnet metode som vil kunne bidra til å sikre gode helsetjenester. Forskningen viser til at rehabiliteringen av pasienter med slag bør behandles av et godt trent tverrfaglige team (Langhorne & Widén Holmqvist, 2007). Innsatsteamet har utviklet en tjenesten hvor tverrprofesjonalitet, brukermedvirkningen og samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har vært et mål. For å møte brukers behov har innsatsteamet kartlagt kompetansen som finnes i teamet, samt opparbeide ny kompetanse for å imøtekomme de problemområdene bruker presenterer for dem. Det ble viktig å benytte seg av ressursene som fantes innad i teamet. I tillegg var det viktig å veilede bruker til å ta rette avgjørelser i deres egen rehabiliteringsprosess. Studier viser at innføring av tverrprofesjonelle team kan bidra til økt sikkerhet for bruker, samt øke kvalitet på tjenestetilbudet (Dubouloz et al., 2010 ; Sinclair, Lingard & Mohabeer, 2009).

5.1.3 Tverrprofesjonelle team og brukermedvirkning

Et velfungerende tverrprofesjonelt team kan øke kvaliteten på de avgjørelser som tas sammen med bruker (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009 ; Légaré & Stacey, 2009). Det vil si at bruker kan få større utbytte av rehabiliteringen. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er brukermedvirkning en nedfelt rettighet. Loven sier at tjenestetilbudet skal tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten i så lang utstrekning som mulig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Innsatsteamet jobbet nært bruker og brukermedvirkningen ble høyt prioritert. Måten et tverrprofesjonelt team samhandler med bruker kan ha innvirkning på hvor god kvalitet det er på tjenestene som gis. Tverrprofesjonell tilnærming til pasienter med slag har positiv effekt på rehabiliteringsutfall (Cheung et al., 2012).

Brukere vil i større grad stille krav til medvirkning i fremtiden da sosial medier gir dem tilgang til mye informasjon (Légaré & Stacey, 2009). Det blir viktig å bli oppmerksom på at enkelte brukere stiller ingen krav, mens andre har høye krav. Det blir viktig å gi tilstrekkelig informasjon til brukere for at de kan ta rette beslutninger for sin rehabiliteringsprosess. Den viktigste rollen en pasient har i å medvirke er å formidle mål for treningen i egen rehabilitering (Stacey, Légaré & Kryworuchko, 2009). Det er viktig for innsatsteamet at bruker forstår grunnene for hvorfor de ulike tiltakene blir gitt. Ved at brukerne bidrar og setter sine egen mål økes forståelsen for tiltakene, samt brukerne motiveres til aktivitet i rehabiliteringsprosessen.

Innsatsteamet møter brukere både i eget hjem og på dagrehabiliteringssenteret. Når bruker kommer til dagrehabiliteringen opplever teamet at bruker ønsker et ferdig treningsopplegg hvor de blir fortalt hva som skal gjøres. Brukere forventer at helsepersonell er tilstede og at de er tilgjengelige for dem. Brukerne de møter i eget hjem er derimot mer opptatt av at de skal medvirke til hvilket behandlingsopplegg som skal planlegges, samt pårørende er oftere mer aktive i prosessen. Innsatsteamet er på ”besøk” i deres hjem og kan ikke bestemme hvordan og når treningen skal foregå. Innsatsteamet opplever at det er enklere å opprettholde en reell brukermedvirkning til brukerne de møter hjemme. Mens det er enklere for teamet å opprettholde den tverrprofesjonelle plattformen på dagrehabiliteringssenteret. Det er viktig for teamet at brukerne forstår hvorfor rehabiliteringstiltakene blir gitt. Å veilede brukerne i å delta i

sin egen rehabiliteringsprosess ble derfor viktig. Dette innebærer at bruker og terapeut må forstå hverandre, samt forstå hverandres intensjoner og ønsker.

Det finnes lite bevis for at brukermedvirkningen i seg selv bidrar til økt kvalitet på tjenesten (Légaré et al., 2010). Stacey, Légaré and Kryworuchko (2009) mener at ved å involvere brukere i utviklingen av mål i rehabiliteringen, sammen med helsepersonell, øker sannsynligheten for at bruker er mer motiverte og at målene nås. Det var viktig for innsatsteamet at bruker "eide" sin rehabiliteringsprosess så lang det lot seg gjøre. De erfarte at brukere som var motiverte og involverte i rehabiliteringsprosessen opplevde en mestringsfølelse og fikk utbytte av treningen.

5.2 Metodekritikk

Først vil jeg i dette kapitlet gi en vurdering av den substansielle teorien etter kriterier for god GT kvalitet. Deretter vil jeg si noe om de metodiske styrkene og svakhetene ved dette studiet.

5.2.1 Vurdering av den substansielle teorien

Teorien beskriver det som skjer i et avgrenset område. Ved hjelp av fire kriterier for GT undersøkes teoriens kvalitet:

- Teorien må samsvare med dataene som fremkommer.
- Dersom teorien fungerer forklarer den adferd i det substansielle området i undersøkelsen.
- Den er relevant for de menneskene som befinner seg i dette substansielle området.
- Teorien skal kunne modifiseres når nytt materiale fremkommer

(Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978 ; 1998).

Jeg har forholdt meg åpen og latt teorien tre frem fra datamaterialet. På den måten har jeg sikret at teorien samsvarer med det substansielle området. Med andre ord jeg har forholdt meg til å analysere dataene og utviklet begreper ut fra datamaterialet gjennom

kontinuerlig sammenlikning. På denne måten har jeg sørget for at begrepene kommer naturlig fra datamaterialet (Glaser, 1998, s. 81). Teorien samsvarer således med de dataene som undersøkelsen har gitt.

Teorien forklarer deltakernes hovedutfordring som handlet om hvordan tidlig støttet utskrivning kunne bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstilbudet i kommunen. Teorien beskriver de handlinger innsatsteamet gjør for å håndtere utfordringen. I denne studien har innsatsteamets hovedproblem med å bli en del av rehabiliteringstjenesten kommet til uttrykk gjennom følelse av å ikke være synlig og likeverdige parter i helsetilbudet. Innsatsteamet håndterer sin hovedbekymring ved å skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten.

Glaser sier at deltakerne i det substansielle område skal få en "wow" følelse. Det som fremkommer skal virke kjent og de skal tenke at "ja, det er slik det er". Jeg har presentert materialet på ulike mastergradseminarer. På disse seminarene har jeg fått tilbakemelding om at deltakerne her kjenner seg igjen i det som presenteres. I tillegg er teoriens relevans sikret gjennom datainnsamlingen i den teoretiske fasen.

Det er viktig at teorien er modifiserbar. Det vil si at dersom nye data implementering av et kunnskapsbasert tilbud, som tidlig støttet utskrivning, og om utvikling av tverrprofesjonelle team i rehabiliteringstjenesten kommer frem så skal disse kunne tas inn i den eksisterende teori og berike den videre.

5.2.2 Metodiske styrker og svakhet

GT er en krevende og kompleks metodologi. I følge GT litteratur skal forsker ikke hoppe over steg i datainnsamling og analysearbeidet. Dersom forsker hopper over steg kan man ikke kalle metoden en grounded theory. Det er i tillegg en prosess som krever at man er fokusert og konsentrert på det en holder på med. Det er lett for å drukne i data og miste oversikten. Glaser anbefaler å stå løpet ut, tillate kaos og følelse av usikkerhet. Glaser påpeker at den beste måten å lære metodologien på er "å bare gjøre det". Mastergradsprosjektets tidsramme og omfang har utfordret forskeren til å strekke seg enda lenger i utviklingen av den substansielle teorien.

Det er en styrke for studien å anvende en metode hvor forskeren tvinges til å være åpen. Deltakerne får mulighet til å fortelle fritt og tvinges ikke inn i et bestemt mønster. Glaser anbefaler, som tidligere nevnt, å ikke transkribere intervjuene. Jeg valgte å gjøre dette for å sikre at jeg kunne rette min oppmerksomhet på deltakerne samt sikre datamaterialet for analysen. Samtidig har transkriberingen gjort det enklere å avdekke hva innsatsteamet opplever som sin hovedutfordring og finne strategiene for hvordan de håndterer den.

Å stille så forutsetningsløst som mulig er krevende. Man har lett for å legge mer mening i det man hører dersom dette passer med hva du selv tenker burde være et problem eller et viktig område. Det var viktig å være bevisst på dette gjennom hele datainnsamling og dataanalyse prosessen. Glaser advarer mot å tvinge dataene, og sier at mønstrene skal fremkomme av seg selv (1998). Jeg måtte frigjøre meg fra en potensiell ”tvangstrøye” da jeg forsøkte å skjematiskere en oppsummering av resultatene for teorien. Jeg fikk behov for å trekke meg litt tilbake for på den måten få et nytt perspektiv på materialet. Å la datamaterialet snakke for seg selv forhindret nye tvangstrøyer.

5.3 Implikasjoner for praksis

Det finnes få empiriske studier som bidrar til innsikt i hvordan implementeringen av tverrprofesjonelle team bidrar til økt kvalitet på helsetjenesten (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009). Teorien, *Skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten*, bidrar til å rette søkelys mot hvordan man kan implementere en kunnskapsbasert rehabiliteringstjeneste i kommunen fra innsatsteamets ståsted. Teorien beskriver forholdene som påvirker innsatsteamet i implementeringen av tidlig støttet utskrivning i rehabiliteringstjenesten. I tillegg gir teorien en beskrivelse på de ulike strategiene innsatsteamet benytter seg av for å håndtere sine utfordringer. Teorien kan derfor ha overføringsverdi i implementeringsarbeid knyttet til utviklingen av tverrprofesjonelle team i kommunehelsetjenesten.

6 Konklusjon

Jeg har i dette kvalitetsforbedringsprosjektet undersøkt hvilke erfaringer et tverrprofesjonelt innsatsteam har i implementeringen av et nytt rehabiliteringstilbud i kommunen. Her er en kort oppsummering av disse funn:

Hovedutfordringen for innsatsteamet var hvordan tidlig støttet utskrivning kunne bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten i kommunen. Teamet håndterer utfordringen ved å skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten gjennom tre faser:

1. Å gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen gjennom strategiene: bli kjent med hverandre, bli kjent med bruker og bli kjent med samarbeidspartnere.
2. Å utvikle rehabiliteringstilbudet gjennom strategiene: utvikle tverrprofesjonell plattform, skreddersy brukertilbud og spille på lag med rehabiliteringstjenesten.
3. Å konsolidere rehabiliteringstilbudet gjennom strategiene: jobbe tverrprofesjonelt, jobbe brukernært og samhandle med spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Funnene i denne empiriske studien kan ha overføringsverdi og bidra med nyttig kunnskap om implementering av andre tverrprofesjonelle team i rehabiliteringstjenesten i en kommune. Det blir anbefalt å forske videre på hvilke konsekvenser tverrprofesjonelle team her kan ha.

7 Referanser

Cheung, D., McKellar, J., Parson, J., Lowe, M., Willems, J., Heus, L. & Reeves, S. (2012) Community re-engagement and interprofessional education: the impact on health care providers and persons living with stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 19 (1), s. 63-74.

Christiansen, U., Nielsen, A. & Schmeidt, L. (2011) Det kvalitative forskningsinterview. i: Vallgård, S. & Koch, L. red. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. i 4. utg. København, Munksgaard Danmark, s. 61-89.

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005) *Evidence-Based Nursing. A guide to clinical practice*. St.Louise, Elsevier Mosby.

Dubouloz, C. J., Savard, J., Burnett, D. & Guitard, P. (2010) An interprofessional rehabilitation university clinic in primary health care: A collaborative learning model for physical therapist students in clinical placement. *Journal of physical education*, 24 (1), s. 19-24.

Early Supported Discharge Trialists (2005) Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (2). Tilgjengelig fra:
<<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000443/frame.html>> [Nedlastet 17.01.2011].

Fisher, R. J., Gaynor, C., Kerr, M., Langhorne, P., Anderson, C., Bautz-Holter, E., Indredavik, B., Mayo, N. E., Power, M., Rodgers, H., Rønning, O. M., Widén Holmqvist, L., Wolfe, C. D. A. & Walker, M. F. (2011) A consensus on stroke. Early supported discharge. *Stroke*, 42, s. 1392-1397.

Fjærtøft, H., Indredavik, B. & Lydersen, S. (2003) Stroke unit care combined with early supported discharge- Long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Stroke*, 34, s. 2687-2692.

- Frain, M. P., Tschopp, M. K. & Bishop, M. (2009) Empowerment variables as predictors of outcome in rehabilitation. *Journal of rehabilitation*, 75 (1), s. 27-35.
- Glaser, B. G. (1978) *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, California, Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1992) *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, California, Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1998) *Doing grounded theory: issues and discussions*. Mill Valley, California, Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2001) *The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description*. Mill Valley, California, Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2002) Conceptualization: on theory and theorizing using grounded theory. *International journal of qualitative methods*, 1 (2), s. 23-38.
- Glaser, B. G. & Holton, J. (2004) Remodeling grounded theory. *Qualitative social research* [Internett], 5 (2). Tilgjengelig fra: <<http://www.qualitative-research.net/Index.php/sticle/view/607/1316>> [Nedlastet 14.04.2012].
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Jersey, Aldine Transaction.
- Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo, Cappelen akademiske forlag.
- Hartman, J. (2001) *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Malmö, Studentlitteratur.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2007) *Nasjonalt strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. St.prp nr.1 (2007-2008). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesten m.m. av 24. juni 2011 nr 30*. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdata.no/cgi-woft/wiftdrens?/app/gratis/docroot/all/hj-20110624-030.html>> [Nedlastet 03.05.2012].

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld. nr.47 (2008-2009). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedepartementet. (1998) *Ansvar og meistring. Mot ein heilkapled rehaniliteringspolitikk*. St.meld. nr.21 (1998-1999). Oslo, Helsedepartementet.

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Nasjonal retningslinje, 04/2010. Oslo, Helsedirektoratet.

Hjälmhult, E. (2007) *Erobring av handlingsrom. Helsesøsterstudenters læring i praksis*. Doktorgrads avhandling, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

Indredavik, B., Fjærtøft, H., Ekeberg, G., Løge, A. D. & Mørch, B. (2000) Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge. A randomized controlled trial. *Stroke*, 31, s. 2989-2994.

Jamtvedt, G., Hagen, B. K. & Bjørndal, A. (2003) *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2000) *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3. utg. Thousand Oaks, SAGE.

Kunnskapsdepartementet. (2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. St.meld. 13 (2011-2012). Oslo, Kunnskapsdepartementet.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011) Stroke care 2. Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377 (5), s. 1693-1702.

Langhorne, P., Taylor, G., Murray, G., Dennis, M., Anderson, C., Bautz-Holter, E., Dey, P., Indredavik, B., Mayo, N., Power, M., Rodgers, H., Ronning, O. M., Rudd, A., Suwanwela, N., Widén Holmqvist, L. & Wolfe, C. (2005) Early supported discharge services for stroke patients: a meta analysis of individual patients' data. *Lancet*, 365, s. 501-506.

Langhorne, P. & Widén Holmqvist, L. (2007) Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, s. 103-108.

Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham Ian, D. & Turcotte, S. (2010) Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (5). Tilgjengelig fra:

<<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD006732/frame.html>>

Légaré, F. & Stacey, D. (2009) Shared decision-making: The implications for health care teams and practice. i: Edwards, A. & Elwyn, G. red. *Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice*. i 2. utg. Oxford, Oxford university press, s. 23-28.

Lomborg, K. (2003) Grounded Theory- en vej til viden om sociale processer i sygeplejepsis. i: Lorensen, M., Hounsgaard, L. & Østergaard-Nielsen, G. red. *Forskning i klinisk sygepleje 2: metoder og vidensudvikling*. i København, Akademiske forlag, s. 129-146.

Lomborg, K. (2005) Om grounded theory- hva det er og ikke er. *Klinisk sykepleie*, 19 (2), s. 4-11.

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

McKellar, J. M., Cheung, D., Lowe, M., Willems, J., Heus, L. & Parson, J. (2011) Healthcare providers' perspective on an interprofessional education intervention for promoting community re-engagement post stroke. *Journal of interprofessional care*, 25, s. 380-382.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010) *Behandling av pasienter med akutt hjerneslag i slagenheter (med og uten tidlig støttet utskrivning)*. Metodevurdering. Oslo,

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.nice.org.uk/media/D33/8D/Howtochangepractice1.pdf>> [Nedlastet 17.04.2012].

Personopplysningsloven (2000) *Lov om behandling av personopplysninger av 14. april 2000 nr. 31*. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdatab.no/all/nl-20000414-031.html>> [Nedlastet 22.04.2012].

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: creating and assessing evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia, Lippicott Williams & Wilkins.

Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2008) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Satinovic, M. (2007) *Omlegging av livskurs. En grunnleggende prosess i et godt liv med multippel sklerose*. Akademisk avhandling, Universitetet i Bergen.

Sinclair, L. B., Lingard, L. A. & Mohabeer, R. N. (2009) What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Archives of physical medical rehabilitation*, 90 (7), s. 1196-1201.

Sosial - og helsedirektoratet (2005)...*og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial - helsetjenesten (2005-2015). Til deg som leder og utøver.* Veieder, IS-1162. Oslo, Sosial-Og Helsedirektoratet.

Stacey, D., Légaré, F. & Kryworuchko, J. (2009) Evidence-based health care decision-making: roles for health professionals. i: Edwards, A. & Elwyn, G. red. *Shared decision.making in health care. Achieving evidence-based patient choice.*i 2. utg. Oxford, University press, s. 30-36.

Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007) *Focus groups. Theory and practice.* 2. utg. California, SAGE Publication.

Verdens Helseorganisasjon (2001) *International classification of functioning, disability and health.* Geneva Switzerland.

Walker, F. M. (2007) Stroke rehabilitation: evidence-based og evidence-tinged? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, s. 193-197.

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3). Tilgjengelig fra: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000072/frame.html>> [Nedlastet 15.04.2012].

Tidlig støttet utskrivning.

En strategi for bedre kvalitet i rehabiliteringstjenesten i kommunen.

En Grounded teori av innsatsteamets erfaringer

Early supported discharge.

A strategy for improved quality in the rehabilitation services.

A Grounded theory of experiences of an interprofessional care team.

Merethe Hustoft

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Bergen

Artikkelen er tenkt publisert i Ergoterapeuten

Sammendrag

Bakgrunn: Implementeringen av ”tidlig støttet utskrivning” viser en reduksjon i risiko for død og alvorlige funksjonshemming for pasienter med mildt til moderat slag. I denne studien undersøkes innsatsteamets utfordringer i utviklingen av tidlig støttet utskrivning i kommunal rehabiliteringstjeneste.

Metode: For datainnsamling og dataanalyse er klassisk Grounded Theory metodologi benyttet. Det ble foretatt én observasjon, seks kvalitative forskningsintervjuer og to fokusgruppeintervjuer til datainnsamlingen og dataanalysen. For denne studien deltok 14 deltakere i innsatsteam fra tre ulike kommuner i Norge. Deltakergruppen besto av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere og aktivitører.

Resultater: Innsatsteamets hovedutfordring var identifisert til å være hvordan kan tidlig støttet utskrivning bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten i kommunen. Den substansielle teorien; Skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten, består av strategier som ser ut til å forklare hvordan innsatsteamet håndterer sin hovedutfordring.

Konklusjon: Innsatsteamets utviklet seg til å bli et tverrprofesjonelt team hvor brukermedvirkning og samhandling står sentralt. Teorien kan gi verdifull informasjon til implementeringsarbeid knyttet til utvikling av en tidlig støttet utskrivningstjeneste i kommunen. Det anbefales å forske videre på hvilke konsekvenser tverrprofesjonelle team kan ha.

Nøkkelord: Grounded theory, kvalitativ, tidlig støttet utskrivning, tverrprofesjonelt team, innsatsteam, kommunehelsetjeneste.

Abstract

Background: For mild to moderate stroke patients the dissemination of “Early supported discharge” shows a reduced risk of death and severe functional inability. However, there are few studies showing the effect of team involvement. This study shows the challenges an interprofessional rehabilitation team encounter when disseminating early supported discharge services in the community.

Method: A classic Grounded Theory methodology was used in data sampling and data analysis. A total of 14 participants were included. They were purposely sampled from three different communities. For the purpose of data collection and data analysis an observation, six qualitative individual interviews and two focus group interviews were conducted.

Results: The main concern identified in this study was how can an early supported discharge service become an equal part of the rehabilitation services in the community. The grounded theory: Earn the services a place in the rehabilitation services, comprises of strategies that explain how the interprofessional team solves their main concern. Each strategy clarifies the related conditions and consequences for how the team develops into an interprofessional team in the dissemination of early supported discharge.

Conclusion: The theory may give valuable information related to the work needed for dissemination of early supported discharge in the community. More research is needed for conclusive purposes.

Keywords: Grounded theory, qualitative, early supported discharge, interprofessional team, and community health services.

INNLEDNING

En av de største utfordringene i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester er at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke imøtekommes godt nok. I tillegg er det for liten innsats for forebyggende og helsefremmede arbeid (1). Hjerneslag står for den tredje hyppigste dødsårsak og er en dominerende årsak til alvorlige funksjonshemninger (2, 3). Årlig er det omtrent 15 000 mennesker i Norge som får et hjerneslag (2). Med en økende eldre befolkning, flere kroniske lidelser og knapphet på helsepersonell er det nødvendig med en endring i måten tjenestene blir levert (1, 4). Å få rett behandling til rett tid vil kunne ha stor betydning for den enkelte pasient.

Hjerneslag behandles hovedsakelig på sykehus. Videre følger et rehabiliteringsopphold, gjerne på en lokal institusjon. Forskning viser en signifikant reduksjon i risiko for død og alvorlig funksjonshemming ved implementering av tidlig støttet utskrivning (2, 3, 5-10). Målet er å rehabilitere pasienter med mildt til moderat slag som har kommet hjem tidligere enn hva som er vanlig praksis. Tidlig støttet utskrivning bygger på hypotesen om at det å være hjemme, og i kjente omgivelser, stimulerer til bedret funksjon.

Implementering av tidlig støttet utskrivning i store og mellomstore kommuner viser positiv effekt hos pasienter med mildt til moderat slag (11). Overføringen mellom sykehus og hjem skjer med tett oppfølging av et ambulerende team. Dette bidrar til å optimaliserer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt øker pasientsikkerhet og en effektiv behandlingsskjede (2). Forskningen har avdekket positive resultater angående implementeringen av tidlig støttet utskrivning for å møte behovet om bedre koordinerte tjenester og bedre ressursutnyttelse (11). Til tross for disse anbefalingene i forskningen er det mangel på

studier som belyser teaminvolveringen når de skal prøve å etablere et nytt rehabiliteringstilbud i en etablert kommunehelsetjeneste (11, 12).

Hensikten med denne studien er å bidra til kvalitetsutvikling i profesjonsutøvelsen for terapeuter og sykepleiere organisert i innsatsteam i kommunehelsetjenesten. Studien søker innsikt i hva som er hovedutfordringen til et tverrprofesjonelt innsatsteam i kommunehelsetjenesten som skal implementere tidlig støttet utskrivning (13, 14). Videre har den til hensikt å utvikle begrep og teori for hvordan innsatsteamet handler for å håndtere denne hovedutfordringen.

METODE

Denne studien har anvendt klassisk Grounded Theory (GT) metodologi både i datainnsamling og analyse. GT er velegnet for å avdekke innsatsteamets utfordringer i deres praksis. Kategorier og begreper ble utviklet ved hjelp av kontinuerlig sammenliknende metode, som ble benyttet systematisk i datainnsamlingen og i analysen av datamaterialet, slik den er beskrevet av Glaser og Strauss (13).

Utvalg

For studien ble 14 deltakere fra innsatsteam i tre norske kommuner inkludert. Deltakergruppen inkluderte ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere og aktivitører. Deltakerne hadde erfaring med å implementere tidlig støttet utskrivning og utvikling av kommunale innsatsteam. I tillegg hadde de erfaring med å fungere som innsatsteam i kommunehelsetjenesten. Deres erfaringsgrunnlag varierte fra mellom tre og ti år.

Tema for intervjuguide

Hovedtemaet i intervjuguiden var hvilke erfaringer innsatsteamet hadde med implementeringen av tidlig støttet utskrivning i kommunen. Oppfølgingsspørsmålene innhentet informasjon om hvilke erfaringer teamet hadde på områder som samarbeidet med bruker og med kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Datainnsamling

Observasjon, kvalitative forskningsintervjuer og fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i perioden oktober 2011 til april 2012. Intervjuene ble foretatt i kontorlokaler som deltakerne i studien disponerte. Ett av intervjuene ble gjennomført ved bruk av konferansetelefon. Intervjuene varte mellom 45 og 60 minutter. For gjennomføringen av intervjuene ble en semistrukturert intervjuguide benyttet. Hvert intervju ble analysert før neste intervju ble foretatt (13-15). Intervjuguiden ble modifisert etter de fire første intervjuene, som betyr at man begrenser datainnsamlingen til det som er relatert til kjerne kategorien (16). Den modifiserte intervjuguiden ble benyttet for de to følgende intervjuene. En tredje intervjuguide ble utviklet og benyttet ved gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene for å undersøke metning i datamaterialet. Alle deltakerne ble intervjuet én gang. Datainnsamlingen holdt frem til metning var nådd i datamaterialet, det vil si at det ikke fremkom noe nytt i datamaterialet.

Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert verbatim. Analysen ble gjennomført i samsvar med den kontinuerlige sammenliknende metode (13). For å sikre anonymitet ble deltakernes navn tillagt en kode. Intervjuene ble først analysert linje- for- linje. I analysens første fase ble oppmerksomheten rettet mot hva hendelser i datamaterialet fra

innsatsteamet handler om. Hendelsene i datamaterialet ble sammenliknet og koplet sammen. Når innsatsteamets hovedutfordring var identifisert ble søkelyset i datainnsamlingen og analysen rettet mot prosessene som håndterte hovedproblem. Håndteringen av teamets hovedutfordring utgjør studiens kjernekategori som kunne relateres til de fleste variasjoner som fremkom i datamaterialet. Gjennom hele datainnsamling- og analyseprosessen ble notat som inneholdt refleksjoner og teoretiske ideer om koder og sammenhenger skrevet ned og inkludert i analysen i avsluttende fase (13-15, 17, 18).

Etiske implikasjoner

Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Studien var ikke fremleggingspliktig for Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK). Innsatsteamenes medlemmer signerte informert samtykke. Informert samtykke ble også gitt av bruker som var tilstede under observasjonen av en behandlingssituasjon. For å sikre deltakernes anonymitet ble navn og andre identifiserbare faktorer kodet. Kodene og intervjumaterialet ble oppbevart separat.

FUNN

Innsatsteamets hovedutfordring ble identifisert til å være: *hvordan tidlig støttet utskrivning kan bli en synlig og likeverdig del av rehabiliteringstjenesten*. Gjennom innsatsteamets stegvise samhandling, med teamets egne medlemmer, brukere og sine samarbeidspartnere, *skaffer de tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten*.

Hovedutfordringen ble håndtert gjennom tre faser: *gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen, utvikle tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud og konsolidere tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud*. Fasene i teorien representerer innsatsteamets vei

mot å sikre det nye tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten. Det var ikke nødvendig å fullføre en fase før man gikk over i neste. Teoriens faser for hvordan innsatsteamet oppnår å skaffe tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten bli herunder presentert. Sitater fra datamaterialet blir benyttet for å illustrere den enkelte fasen. Hvert sitat inneholder en henvisning til deltaker i form av en kode. I hver fase beskrives de utfordringene innsatsteamet møtte, deretter blir strategiene for hvordan disse blir møtt fremstilt. Til sist redegjøres de ulike konsekvensene håndteringen har for praksisfeltet.

Gjøre tilbudet kjent for hverandre og målgruppen

Innsatsteamet opplevde usikkerhet og mangel på oversikt når de skulle starte arbeidet med å implementere tidlig støttet utskrivning. Fasen var preget av at de ikke kjente til hverandre fra før, eller hverandres kompetanse. Det forelå flere utfordringer i å bli koplet sammen som et team i utviklingen av en rehabiliteringstjeneste i kommunen. Fasen var preget av usikkerhet rundt innholdet i tidlig støttet utskrivning, og hvordan utviklingen skulle forgå. Brukergruppen som ble presentert for dem skapte usikkerhet for hva innsatsteamet kunne tilby da sykdomsutfallene for slag ikke representerte klassiske fysiske utfall. Innsatsteamet etterspurte tydeligere retningslinjer slik at tjenestetilbudet svarte til forventningene til tidlig støttet utskrivning. En deltaker beskriver dette slik:

Vi kom her tre stykker som ikke kjente hverandre, vi visste overskriften for hva vi skulle, men ikke innhold. Pasientgruppen som kom var annerledes enn det de som hadde planlagt så. Ting ble på en måte endret, altså annerledes enn hva en kanskje hadde forventet. Vi som begynte her hadde ikke vært med i planleggingen... og skulle på en

måte sy sammen noe til de få brukerne som kom. Det var vanskelig...

(#2)

Innsatsteamet håndterte sine utfordringer i fasen gjennom tre strategier: *bli kjent med hverandre, bli kjent med bruker og bli kjent med samarbeidspartnere*. Innsatsteamet ble *bedre kjent med hverandre* gjennom forventningsavklaringer og dialog. Teamet utvikler en felles forståelse for sentrale begreper som ”tidlig støttet utskrivning” og ”rehabilitering”. Å utvikle en felles begrepsforståelse og kartlegging av kompetansen innad i teamet så ut til å være en måte å nærme seg hverandre på. Det ble viktig å sette av tilstrekkelig med tid til å bli kjent, både med hverandre, brukerne og samarbeidspartnere. To av deltakerne beskriver dette slik:

Å prøve og finne ut hva er det vi egentlig skal bli enige om, på en måte... og kan vi faktisk bli trygge på hverandre når vi ikke kjente hverandre, vi visste på en måte ikke om hverandres kompetanse... (#2). Når du jobber i team så trenger du tid på å lære de andre å kjenne på personlighet, på faglig sterke og svake sider... (#4)

For å *bli bedre kjent med bruker* samlet teamet informasjon og erfaringer teammedlemmene hadde om sykdomsforståelse, behandlingsprinsipper og kartleggingsverktøy. Dette ga innsatsteamet mulighet til å lage rammer for hvordan de skulle ta imot brukerne de møtte i praksis. Brukerne kom til innsatsteamet enten på en dagrehabiliteringsplass eller oppsøkte de bruker hjemme.

Kommunehelsetjenesten fremsto som stor og uoversiktlig. Dessuten hadde innsatsteamet mange mulige samarbeidspartnere, for eksempel i de ulike sonene i kommunen. Innsatsteamet ønsket å *bli bedre kjent med samarbeidspartnerne* for å gjøre tidlig støttet utskrivning en del av tjenesten. Innsatsteamet deltok i ulike kommunale seminarer sammen med mulige samarbeidspartnere og fortalte om tidlig støttet utskrivning.

Konsekvensen av å bli valgt til å utvikle ny rehabiliteringstjeneste inn i kommunehelsetjenesten fordret entusiasme hos teammedlemmene. Dette motiverte innsatsteamet til å fortelle om tidlig støttet utskrivning, som bidro til å bevisstgjøre tilbudet til målgruppen. Det ble en konflikt mellom det å skape noe nytt og det som alltid har vært et tilbud om. Usikkerhet rundt hva tjenesten skulle inneholde gjorde at teammedlemmene beholdt sin faglige posisjon i møte med bruker. Behandlingstiltakene var mer rettet mot fysiske utfall hos pasienter med slag.

Utvikle tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud

I fasen hvor innsatsteamet utviklet rehabiliteringstilbudet var teamet preget av et behov for å enes om en teamstruktur med likeverdig inkludering av alle teammedlemmene. Grunnene for det var at ikke alle faggruppene var likt definert inn i rehabiliteringstjenesten. Teamet etterlyste utvikling av brukerrettede tiltak tilpasset brukergruppen da det var en utfordring for dem å ikke gå tilbake til vante mønstre i behandlingen. Brukerne presenterte ukjente problemstillinger. Hvor godt innstilt brukerne var i rehabiliteringsprosessen avhengte av hvorvidt de fikk behandlingen på dagrehabiliteringen eller hjemme. Samarbeidspartnerne manglet kunnskap om tidlig støttet utskrivning, og om hvilke tjenester innsatsteamet kunne tilby. Det var en

utfordring for teamet å brukerne henvist raskt til dem etter utskrivelse fra institusjon. En deltaker beskriver dette slik:

Det kan gå alt fra en uke til et halvt år før vi ser de. Unntaket er et halvt år da men fra tre- fire måneder har det gått. Så den raske utskrivningen er et veldig vidt begrep. Kanskje raskt ut fra nevrologen, men om det er raskt hjem er kanskje et mer utvidet begrep... (#1)

Innsatsteamet etterlyste tilhørighet i kommunehelsetjenesten slik at tidlig støttet utskrivning ble en del av rehabiliteringstilbudet. En deltaker beskriver dette slik:

Vi kan føle oss litt sånn på utsiden når vi er i et prosjekt som henger litt utenfor alle annen organisering. Så det er klart det er en utfordring på mange måter det at vi har ikke noen sånn helt tilhørighet... (#1)

Innsatsteamet håndterte utfordringene i fasen gjennom tre strategier: *utvikle tverrprofesjonell plattform, skreddersy brukertilbud og spiller på lag med samarbeidspartnere.*

I utviklingen av en *tverrprofesjonell plattform* ble det viktig å enes om en struktur hvor alle i teamet var likeverdig involvert. Teammedlemmene ble utfordret med å måtte tåle og bli satt på sidelinjen, og tillate at andre i teamet gjorde oppgaver en selv definerte til å tilhøre eget fag. For å håndtere dette fikk innsatsteamet hjelp av en veileder.

Veilederen bidro med å lære teamet til å tåle kommunikasjonen innad i teamet og skape utvikling av et arbeidsmiljø. Innsatsteamet benyttet også dialogen som en viktig strategi for utviklingen av en tverrprofesjonell plattform. To deltakere beskriver dette slik:

Å lære og jobbe tverrfaglig er det som har krevd mest. For det er ikke enkelt, det er enkelt på papiret, men ikke så enkelt i praksis.(#3). Vi hadde en veileder ... det var hjelp til å bli litt tryggere på hverandre... det var helt nødvendig hvis du skal sitte i overoppheta diskusjoner, og ikke gå på person, vi kan ikke ta ting personlig, men vi må gå på sak. Det er alltid en utfordring...(#4)

Det ble viktig å utvikle et tjenestetilbud som rettet søkelys mot høy grad av brukermedvirkning. Innsatsteamet *skreddersyr tjenestetilbudet* til brukerne som benyttet seg av tidlig støttet utskrivning. Dette innebar at brukerbehovet stod sentralt i utarbeidelsen av hvilke tiltak som ble gitt den enkelte bruker. Utviklingen av tiltakene rettet søkelys mot hva brukerne hadde behov for ut fra hvilke problemområder som ble definert. Tilpasningen av disse oppgavene ble nødvendig slik at bruker opplevde å få utbytte av treningen. Det ble viktig å velge riktige verktøy for å motivere brukerne til å medvirke i sin rehabiliteringsprosess. En deltaker beskriver dette slik:

Vi har jo prøvd forskjellige metoder ... jeg får tak i de problemområdene, lager en formulering i mitt hode som jeg prøver å undersøke om det er riktig, "kjenner du deg igjen i dette" ... vi har også prøvd andre metoder... vi har brukt menyer hvor vi har skrevet

*ned stikkord på hva som er vanlige fokusområder etter et hjerneslag
og prøver om det kan trigge noen ideer hos pasienten... (#1)*

Innsatsteamet *spilte på lag med samarbeidspartnerne* for å øke deres bevissthet om hva tidlig støttet utskrivning kunne bety og hva innsatsteamet kunne bidra med i rehabiliteringstjenesten. Innsatsteamet oppsøkte samarbeidspartnere og deltok på seminarer og stilte opp både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Innsatsteamet møtte brukere og samarbeidspartnere sammen for å skape samhandling mellom tjenestene.

Konsekvensene viste seg for innsatsteamet å være at de utviklet seg til et tverrprofesjonelt team som innebar at teammedlemmene tillot å gå på tvers av hverandres fag og jobbet tett sammen. Teamutviklingen var tillitsskapende for medlemmene i teamet. Brukermedvirkningen ble ivaretatt i så lang utstrekning som mulig ved at innsatsteamet benyttet ulike verktøy i målsettingsprosessen. Involveringen fra ambulerende team i spesialisthelsetjenesten bidro til at tidlig støttet utskrivning ble mer synlig for kommunehelsetjenesten. Dette ble mulig fordi det ambulerende teamet var et bindeledd mellom bruker og innsatsteam i overføringen av bruker til kommunehelsetjenesten. Andre samarbeidspartnere ble bevisst tidlig støttet utskrivning og tiltak innsatsteamet kunne tilby.

Konsolidere tverrprofesjonelt rehabiliteringstilbud

Det opplevdes som meningsfylt for innsatsteamet å jobbe med tidlig støttet utskrivning i rehabiliteringstjenesten i kommunen. Teamet var motivert og så at utviklingen hadde hatt en positiv effekt for dem selv, for bruker og for samhandlingen med

samarbeidspartnere. Teamet kommuniserte godt med hverandre, delte ansvar og oppgaver. To av deltakerne beskriver dette slik:

Vi begynner å se gode rammer rundt vårt tilbud... (#3). Det er en unik og bra måte... det er på denne måten vi føler at vi kan få til et godt arbeid mot rehabiliteringspasienten og med å jobbe så tverrfaglig... det blir ikke så oppstykket og delt sånn som det ofte kan være... (#5)

Tidlig støttet utskrivning ble konsolidert i tjenesten ved at innsatsteamet benyttet seg av tre strategier: *jobbe tverrprofesjonelt, jobbe brukernært og samhandle*. Innsatsteamet *jobbet tverrprofesjonelt* ved at teamet har blitt godt kjent med hverandre og vet om hverandres kompetanse. Teamet delte ansvaret og behandlingstiltakene ble bestemt i fellesskap. For å medvirke til brukermedvirkning hos pasienter med slag *jobbet innsatsteamet nært bruker*. Innsatsteamet møtte brukers behov ved å balansere tiltaksintensitet mellom aktivitet og hvile. Teamet opplevde at disse rutinene måtte vurderes kontinuerlig siden brukergruppen presenterte ulike problemområder. Det ble viktig for teamet å påse at bruker fikk anledning til å sette seg inn i hva som skulle til i rehabiliteringsprosessen. For å unngå språklige misforståelser i utarbeidelsen av mål og tiltak for bruker forsøkte innsatsteamet å innlemme bruker i en felles språkforståelse. En deltaker beskriver dette slik:

Målprosessen er avhengig av en god dialog mellom partene. En forutsetning er at vi snakker det samme språket, har samme forståelse av ord og begreper. Vi forsøkte "å skolere" brukerne i vårt språk...vi

tenkte at det ville bli enklere å spille på lag når vi gjorde brukeren kjent med vår måte å tenke på... (#4)

Innsatsteamet opplevde at det fremdeles var behov for å være aktiv oppsøkende opp mot samarbeidspartnere for å opprettholde kontakten som var opparbeidet. I tillegg så innsatsteamet at det var behov for å møte nye samarbeidspartnere slik at tidlig støttet utskrivning kunne bli integrert ytterligere i rehabiliteringstjenesten i kommunen. To av deltakerne beskriver det slik:

Hvis man skal fortsette med tidlig støttet utskrivning må man snakke om det på alle nivåer. Da må alle være klar over at hvis vi skal tilstrebe rehabilitering etter det prinsippet så må alle være oppmerksom på det... (#1). Vi kan klare å ha tett samarbeid med de andre der ute, og vi klarer å få et tett samarbeid og oppfølging, det er det som trengs syns jeg for å få det til... (#5)

Innsatsteamet utviklet en tverrprofesjonell tjeneste i kommunehelsetjenesten som tilbyr tidlig støttet utskrivning. Konsekvensene av en slik utvikling vil kunne bidra til økt kvalitet i kommunal rehabiliteringstjeneste. Dette fordrer at innsatsteamet, bruker og deres samarbeidspartnere forstår hva tidlig støttet utskrivning vil si. Arbeidet teamet har gjort i utviklingsfasen har bidratt til at tidlig støttet utskrivning har blitt et delvis integrert begrep for mange, men arbeid gjenstår for at dette skal bli fullstendig integrert i praksis. Utviklingen av brukerrettede tiltak, brukermedvirkning og samhandling har bidratt til økt kvalitet i den kommunale rehabiliteringstjenesten.

DISKUSJON

Denne studien viser at implementering av et kunnskapsbasert tiltak, som tidlig støttet utskrivning, krever stor innsats fra innsatsteamet. Innsatsteamets erfaringer danner grunnlag for begrepsliggjøring av de prosesser teamet måtte gjennom for å gjøre tidlig støttet utskrivning til et synlig og likeverdig tilbud i kommunehelsetjenesten.

Skaffer tilbudet en plass i rehabiliteringstjenesten

Hovedutfordringen, hvordan tilbudet om tidlig støttet utskrivning kunne bli en del av rehabiliteringstjenesten i kommunen, ble håndtert ved at innsatsteamet benyttet ulike strategier for å synliggjøre tilbudet som en likeverdig del av rehabiliteringstjenesten.

Fasene: gjør tilbudet kjent for hverandre og målgruppen , utvikle tverrprofesjonell rehabiliteringstjeneste og konsolidere tverrprofesjonell rehabiliteringstjeneste,

reflekterer innsatsteamets samhandling. Samhandlingen vekslet mellom individuelle, strukturelle og relasjonelle prosesser. Innsatsteamet går frem og tilbake i fasene for å møte eventuelle endringer som oppstår. Handlingene som innsatsteamet utførte bevisst, eller ubevisst, for å skaffe tiltaket en plass i rehabiliteringstjenesten, var preget av hvordan de innad jobbet mot å innordne seg som et tverrprofesjonelt team. I tillegg var handlingene preget av hva innsatsteamet kunne yte utad mot brukerne og samarbeidspartnerne de møtte.

Teorien forklarer hvordan innsatsteamet skaffer tilbudet om tidlig støttet utskrivning en plass i kommunehelsetjenesten. Implementeringen av tilbudet gir pasienter med slag en helhetlig og sammenhengende tjeneste. I neste kapittel vil den utviklete substansielle teorien bli diskutert i lys av annen forskning på området.

Tidlig støttet utskrivning

Forskning på tidlig støttet utskrivning viser at tilbudet reduserer antall liggedøgn på sykehus (5). Forutsetningene for at dette skal være mulig fordrer at samhandlingen mellom spesialisthelse- og kommunehelsetjenesten fungerer. I tillegg er det behov for et ambulerende team som gir tett oppfølging hjemme (11). Samhandlingen avhenger av hvor godt innsatsteamet har formidlet tidlig støttet utskrivning og hvor godt de har formidlet sine tjenester til samarbeidspartnerne.

Innsatsteamet har ulike formidlingsstrategier for utveksling av sitt budskap om en nyutviklet rehabiliteringstjeneste og om hvordan innsatsteamet er strukturert. Det var viktig for innsatsteamet å møte samarbeidspartnere der de var lokalisert. I tillegg møtte innsatsteamet brukere i ulike rehabiliteringsinstitusjoner både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. På denne måten var teamet mer enn et navn på et papir for brukeren og at det var enklere for både brukere og samarbeidspartnere å ta kontakt med dem. Litteraturen støtter behovet for nærhet til sine samarbeidspartnere (19).

Innsatsteamet opplevde det store antallet samarbeidspartnere som en stor utfordring. Det var vanskelig å få de rette henvisningene til teamet da samarbeidspartnerne i kommunen ikke visste nok om hva innsatsteamet kunne tilby brukerne. Det finnes mye forskning på ulike implementeringsstrategier (20). De fleste konkluderer med at det er avhengig av de barrierer man møter i praksis for hvilke strategi som fungerer best. Det diskuteres om man skal benytte seg av én strategi eller multifasetterte strategier (20).

Innsatsteamet valgte å drive oppsøkende virksomhet ut mot de ulike samarbeidspartnerne, dele ut skriftlig materiale og kursing i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De valgte å lage undervisningsopplegg hvor informasjon om

teamet og hva de kunne tilby ble delt ut sammen med kontaktinformasjon. Det ble viktig for innsatsteamet å fortsette virksomheten for å opprettholde kontakt med tjenesten. Målet var å forbedre rehabiliteringstjenesten, sikre koordinerte tjenester og et sammenhengende pasientforløp.

Tverrprofesjonelt kommunalt innsatsteam

I Reeves et al beskrives grunnleggende elementer for hvordan et team skal kunne fungere etter sin hensikt (19). Blant annet nevnes det her at det å ha et felles mål, en åpen kommunikasjon, støttende ledelse, tilgang til veiledning og evne til å dele ansvaret som viktige elementer i utviklingen av et tverrprofesjonelt team. Teorien støtter således oppmerksomheten innsatsteamet rettet mot sitt ønske og behov for en åpen kommunikasjon innad i teamet i den utviklede teorien. Innsatsteamet rettet sin oppmerksomheten mot det å bli kjent med hverandre, med brukergruppen og med samarbeidspartnerne. Innsatsteamet var opptatt av å utvikle en god dialog og en åpen kommunikasjon. Innsatsteamet hadde tilgang til en veileder for å hjelpe teammedlemmene med å utvikle en åpen kommunikasjonen. I tillegg hjalp veileder innsatsteamet i håndteringen av kommunikasjonen for å unngå konflikter, samt skape et trygt arbeidsmiljø. Hvordan kommunikasjonen ble i teamet var avhengig av hvordan den enkelte tok imot veiledningen og de strategiene teamet ble enige om å benytte. Det skal mye til for å få et tverrprofesjonelt team til å fungere slik det er beskrevet i litteraturen. Innsatsteamet uttrykker dette godt selv ved å si at et: ”*slikt tett samarbeid er enkelt på papiret, men ikke enkelt i praksis*”. Det ligger store utfordringer i å gi slipp på det som før var selvskrevet at eget fag utførte. Erfaringene til innsatsteamet viser at dersom tverrprofesjonelle team skal fungere må de som inkluderes i teamet endre sine holdninger og vaner, samt tillate å på kryss og tvers av hverandre i fagutøvelsen.

I litteratur hvor gruppeprosesser og utviklingen av tverrprofesjonelle team blir beskrevet sies det at det er vanlig å samle inn så mye informasjon om dem man kommer i team sammen med som mulig i oppstarten (19, 21, 22). Innsatsteamets diskusjoner innad ble rettet mot å ha rolle og forventningsavklaringer. Her var det viktig for teammedlemmene å bli godt kjent, spesielt profesjonelt, men også på et personlig plan. Innsatsteamet fikk ikke bare vite om sine egne oppgaver, men ble også oppmerksomme på ansvaret og oppgavene til de andre teammedlemmene. De fikk informasjon om ulike rollene hver har med seg inn i teamet og hvilke rolle de skal ha videre. Det var viktig å ha en rolleavklaring i gruppen for å bli trygg på seg selv og de andre i teamet. Teammedlemmene ble lydhøre for hverandres ideer og tanker. Litteraturen viser at en slik rolleavklaring kan skape tillit hos en selv og i teamet (21). Det var viktig for innsatsteamets medlemmer å beholde sin faglige identitet samtidig som de utviklet et tverrprofesjonelt team i utviklingen av tjenesten tidlig støttet utskrivning for kommunen. Personlige nyanser kom også frem i disse diskusjonen. På denne måten oppnådde innsatsteamet en trygghet innad i teamet og til hverandre. I følge Reeves er noen av nøkkelelementene i et tverrprofesjonelt team å ha helt klare mål for teamet, klare roller, ha et avhengighetsforhold til hverandre og kunne samhandle (19). Det var viktig for innsatsteamets medlemmer å beholde sin faglige identitet samtidig som de utviklet et tverrprofesjonelt team i utviklingen av tjenesten tidlig støttet utskrivning for kommunen.

Innsatsteamet enes om en felles forståelse for ulike begreper, i tillegg enes teamet om en tverrprofesjonell struktur hvor brukermedvirkning og samhandling ble deres nøkkelbegreper i utviklingen av tidlig støttet utskrivning i kommunen. Et felles mål og

en felles forståelse som innsatsteamet valgte kan, i følge forskningen, føre til positive relasjoner med hverandre, økt samarbeid og et forbedret resultat i helsetjenesten (23). Innsatsteamets erfaring er at god kommunikasjon er nødvendig for at et team skal kunne fungere, noe som støttes i litteraturen (22).

Brukermedvirkning

Hensikten med å legge til rette for økt brukermedvirkning er, i følge Légaré et al, definert som en prosess hvor helsepersonell og bruker sammen avgjør valg for behandlingen. Prosessen er vist til å være den beste metoden for å sikre brukerrettede avgjørelser i praksis (24). Brukermedvirkningen ble spesielt viktig for innsatsteamet i utviklingen av rehabiliteringstjenesten da brukergruppen de møtte presenterte, for dem, ukjente sykdomsutfall. Å utvikle en tjeneste som jobber brukermedvirkende avhenger av om teamets medlemmer er aktive deltakere i teamet i møte med brukers behov (19). Det vil også være avgjørende for brukermedvirkningen om bruker selv er motivert til å delta i den utstrekning reell brukermedvirkning faktisk krever. Det kan oppleves som belastende for bruker og pårørende at en selv må være med å avgjøre hva som er den beste løsningen. Innsatsteamet brukte mye ressurser på å finne strategier for hvordan man best mulig møter brukers behov. Det var viktig å inkludere bruker og pårørende i så stor grad som mulig. Innsatsteamet opplevde at brukerne, som hadde blitt tilstrekkelig involvert i rehabiliteringsprosessen, oftere var bedre motiverte og fikk således et bedre utbytte av rehabiliteringen.

En teori for utvikling av tverrprofesjonelle team i helsevesenet beskriver hvor viktig det er å skreddersy brukerrettede tiltak med brukeren involvert (19). Fisher et al og

Langhorne et al mener at tidlig støttet utskrivning for pasienter med slag med tett oppfølging av et tverrprofesjonelt team er mest hensiktsmessig for utfallet av rehabiliteringen (10, 11). Innsatsteamet rettet sin oppmerksomhet på nødvendigheten om å få brukerrettede tiltak tilpasset den enkelte bruker. Innsatsteamet har valgt å la tidlig støttet utskrivning styres av hvilke behov bruker presenterer til dem, fremfor å tenke hvem i teamet som har kapasitet eller har rett faglig retning. Innsatsteamet utvikler strategier for å inkludere brukere i utviklingen av egne mål for rehabiliteringen. En studie rapporterer at en styrket bruker, som ved hjelp av råd og veiledning fra helsepersonell, får en følelse av mestring og kontroll (25). Det oppstår er konflikt i de situasjoner der helsepersonell mener de innehar svaret for hvilke mål bruker bør ha i sin rehabiliteringsprosess. I denne studien opplevde innsatsteamet brukermidvirkningen fra to ulike hold. Brukere, som teamet behandlet hjemme, var langt mer opptatt av å påvirke eget behandlingsforløp sammenliknet med brukere som kom til dagrehabiliteringssenteret. Dette resulterte i at det var enklere å opprettholde brukermidvirkningen hjemme hos bruker, mens forventningene til et ferdiglaget behandlingsopplegg, og tilgang til helsepersonell, var større hos brukere som kom til dagrehabiliteringssenteret. Litteraturen sier at bedringen i utfallet hos en bruker ikke nødvendigvis er et produkt av å tilhøre, men relateres gjerne til å nå et felles mål (21). En studie viser at teammedlemmer gjerne har det enklere ved å forbli brukerorientert i planleggingen av brukerrettede tiltak. Det blir da enklere å bli enige om rehabiliteringstiltakene (26). Innsatsteamet forsøker å utvikle en strategi hvor bruker blir ”skolert” i teamets språk slik at det blir en gjensidighet i kommunikasjonen. Utviklingen av strategier som bidrar til at de ansatte i rehabiliteringstjenesten oppnår å forstå brukers behov og problem støttes i litteraturen og forskningen (19, 27).

Implikasjoner for praksis

Teorien *skaffer tilbudet plass i rehabiliteringstjenesten* bidrar med innsikt om hvordan implementeringen av tverrprofesjonelle team foregår fra innsatsteamets ståsted. Et velfungerende tverrprofesjonelt team som jobber brukerrettet med høy grad av brukermedvirkning vil kunne bidra til økt kvalitet for rehabiliteringstjenesten i kommunen, samt sikre sammenhengende pasientforløp. Studier indikerer at ved å implementere tverrprofesjonelle team i slagrehabiliteringen kan utfallene bedres hos brukere, samt pasientsikkerheten økes (23, 26, 28, 29).

Styrker og svakheter i studien

GT viste seg å være en velegnet metodologi for denne undersøkelsen. Innsatsteamets hovedutfordring fremkom i datamaterialet sammen med de prosesser for hvordan de valgte å håndtere utfordringen gjennom datainnsamlingsmetodene: observasjon, kvalitative intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Den substansielle GT ble vurdert opp mot fire kriterier. Den ble vurdert om hvorvidt teorien stemte overens med dataene, om den forklarte de prosesser som foregikk i området, om teorien var relevant og om teorien er modifiserbar dersom nye momenter til teorien fremkommer (13, 14). Søk etter litteratur indikerte at teorien oppfyller kravene GT spesifiserer om relevans, forklaring av prosesser og modifiserbarhet. Om teorien stemmer overens med det substansielle området ble undersøkt gjennom fokusgruppeintervjuer gjennomført i avsluttende fase i datainnsamling og analysearbeidet.

Forskere kjennskap til det undersøkte feltet og enkelte av innsatsteamets medlemmer kan ha hatt innvirkning på de svarene som ble gitt under intervjuene. Det ble derfor

også rekruttere deltakere fra andre innsatsteam som forsker ikke hadde kjennskap til. Forsker hadde samme yrkesbakgrunn som enkelte teammedlemmer. Dette virket til å fremme en åpen samtale under intervjuene.

Konklusjon

Den utviklede teorien beskriver de prosesser innsatsteamet måtte håndtere når de skulle implementere et nytt kunnskapsbasert tilbud til pasienter med slag innenfor rammen av en eksisterende rehabiliteringstjeneste i kommunen. Teorien gir verdifull informasjon i implementeringsarbeidet knyttet til utviklingen av nye tverrprofesjonelle tiltak i kommunehelsetjenesten. Flere slike studier er nødvendig for å kunne generalisere funnen fra denne studien.

Takksigelser

Forfatter vil gjerne rette en takk til teammedlemmene i innsatsteamene som deltok i studien som velvillig delte sine erfaringer og tanker om hvordan det er å utvikle og å være et innsatsteam i kommunehelsetjenesten.

Interessekonflikt

Forfatter forsikrer om at det ikke foreligger noen interessekonflikt i denne studien.

REFERANSER

1. Helse-og Omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: 2010 04/2010.
3. Langhorne P, Widén Holmqvist L. Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007;39:103-8.
4. Helse- og Omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
5. Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett]. 2005 17.01.2011; (2). Tilgjengelig fra:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000443/frame.html>.
6. Fjærtøft H, Indredavik B, Lydersen S. Stroke unit care combined with early supported discharge- Long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Stroke*. 2003;34:2687-92.
7. Fjærtøft H, Indredavik B, Johnsen R, Lydersen S. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long - term effects on quality of life. A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2004;18:580-6.
8. Fjærtøft H, Indredavik B, Magnussen J, Johnsen R. Early supported discharge for stroke patients improves clinical outcomes. Does it also reduce use of health services and costs? *Cardiovascular disease*. 2005;10:376-83.

9. Indredavik B, Fjærtøft H, Ekeberg G, Løge AD, Mørch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge. A randomized controlled trial. *Stroke*. 2000;31:2989-94.
10. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta analysis of individual patients' data. *Lancet*. 2005;365:501-6.
11. Fisher RJ, Gaynor C, Kerr M, Langhorne P, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. A consensus on stroke. Early supported discharge. *Stroke*. 2011;42:1392-7.
12. Walker FM. Stroke rehabilitation: evidence-based og evidence-tinged? *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007;39:193-7.
13. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New Jersey: Aldine Transaction; 1967.
14. Glaser BG. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley, California: Sociology Press; 1978.
15. Glaser BG. Basics of grounded theory analysis. Mill Valley, California: Sociology Press; 1992.
16. Glaser BG. Doing grounded theory: issues and discussions. Mill Valley, California: Sociology Press; 1998.
17. Glaser BG. The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description. Mill Valley, California: Sociology Press; 2001.
18. Glaser BG. Conceptualization: on theory and theorizing using grounded theory. *International journal of qualitative methods*. 2002;1(2):23-38.
19. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Barr H, editor. Oxford: Wiley blackwell; 2010.

20. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 2004;8(6).
21. Brown R. *Group processes*. 2 ed. Oxford: Blackwell publishing; 2000.
22. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education. Arguments, assumptions and evidence*. Barr H, editor. Oxford: Blackwell publishing; 2005.
23. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2009 15.04.2012; (3). Tilgjengelig fra:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000072/frame.html>.
24. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham Ian D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2010; (5). Tilgjengelig fra:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006732/frame.html>.
25. Frain MP, Tschopp MK, Bishop M. Empowerment variables as predictors of outcome in rehabilitation. *Journal of rehabilitation*. 2009;75(1):27-35.
26. Sinclair LB, Lingard LA, Mohabeer RN. What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Archives of physical medical rehabilitation*. 2009;90(7):1196-201.

27. Levasseur M, Carrier A. Do rehabilitation professionals need to consider their clients' health literacy for effective practice? *Clinical rehabilitation*. 2010;24:756-65.
28. Strasser DC, Falconer JA, Herrin JS, Bowen SE, Stevens AB, Uomoto J. Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Archives of physical medical rehabilitation*. 2005;86(3):403-9.
29. Strasser DC, Falconer JA, Stevens AB, Uomoto J, Herrin JS, Bowen SE, et al. Team training and stroke rehabilitation outcomes: A cluster randomized trial. *Archives of physical medical rehabilitation*. 2008;89(1):10-5.

Semistrukturert intervjuguide I:

Åpningsspørsmål

- Kan du fortelle om dine erfaringer med tjenesten for tidlig støttet utskrivning?

Temaspørsmål

- Kan du beskrive en situasjon der det har vært nyttig, eller en positiv opplevelse med tidlig støttet utskrivning?
- Kan du beskrive en situasjon der det har vært vanskelig, eller en negativt opplevelse med tidlig støttet utskrivning?
- Hvilke konsekvenser har modellen for utførelsen, for pasientgruppen, for organisasjonen?
- Hvem har tjenesten konsekvenser for?

Avsluttende spørsmål

- Avslutningsvis, har du noe du ønsker å tilføye?
- Hvordan har det vært å bli intervjuet?

Semistrukturert intervjuguide II:

Åpningsspørsmål

- Kan du fortelle om dine erfaringer med tjenesten for tidlig støttet utskrivning?

Temaspørsmål

- Hvilke erfaringer har du med utviklingen av pasientforløpene?
- Hvilke erfaringer har du med målsettingsprosessen for brukerne?
- Hvilke erfaringer har du med samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?
- Hvilke erfaringer har du samarbeid innad i teamet?

Avsluttende spørsmål

- Avslutningsvis, har du noe du ønsker å tilføye?
- Hvordan har det vært å bli intervjuet?

Semistrukturert intervjuguide III:

Åpningsspørsmål

- Hva var deres utfordringer i å etablere kommunalt innsatsteam?
- Hva så dere som den største utfordringen?
- Hvilke råd vil dere gi til de som skal i gang med nyetablering, både innad i teamet og på organisasjonsnivå?

Avsluttende spørsmål

- Avslutningsvis, har dere noe du ønsker å tilføye?
- Hvordan har det vært å bli intervjuet?

Vedlegg IV

Dokumentasjon av litteratursøk

Spørsmål fra PICO- skjema	Erfaringer med tidlig støttet utskrivning, hvordan fungerer tverrprofesjonelle teamet i rehabiliteringstjenesten i kommunen.
Database	CINAHL
Dato for søk	16.04.2012
Søkehistorie	1: MM Interprofessional Relations+ 6195 2: MM Multidisciplinary Care Team 5791 3: team development 484 4: group cohesion 669 5: MH Rehabilitation 8824 6: MH Collaboration 17381 7: MH Team Building 962 8: group development 488 9: team process 308 10: MH Group Process 3833 11: MH Community Health Services 9734 12: MH Home Rehabilitation or MH Rehabilitation Centres 5365 13: MH Early Supported Discharge 376 14: S1 or S2 or S4 or S12= 13970 15: S3 or S7 or S8 or S9 or S10=19236 16: S5 or S6 or S11 or S12 or S13= 41680 17: S14 and S15=14247 19: S16 and S17=541
Antall treff	Avgrenset til publikasjonsår 2005 til nå= 42 treff

Vedlegg V

Dokumentasjon av litteratursøk

Spørsmål fra PICO- skjema	Erfaringer med tidlig støttet utskrivning, hvordan fungerer tverrprofesjonelle teamet i rehabiliteringstjenesten i kommunen.
Database	PsycINFO
Dato for søk	16.04.2012
Søkehistorie	<p>1: esp Primary Health Care 10503 2: exp Community Services 17615 3: exp Rehabilitation 41818 4: 1 or 2 or 3= 68238 5: exp Interdisciplinary Treatment Approach/ or exp Collaboration/ or exp Health Care Services/ or exp Health Care Delivery 81874 6: exp Teams/ or exp Interdisciplinary Treatment Approach 12815 7: multidisciplinary team.mp 1341 8: 5 or 6 or 7= 90197 9: exp Teams/ or exp Development/ or exp Group Dynamics 190248 10: exp Group Dynamics 18035 11: 9 or 10: 190248 12: exp Interdisciplinary Treatment Approach/ or exp Rehabilitation/ or exp Quality of Life/ or exp Home Care 70162 13: early supported discharge. Mp 3 14: 12 or 13= 70162 15: 4 and 8 and 11= 1231 16: limit 15 til year 2000 til current= 874 17: 15 and 16= 226 18: Limit 17 to year 2005 to current= 149</p>
Antall treff	Avgrenset til publikasjonsår 2005 til nå= 149 treff

Vedlegg VI

Dokumentasjon av litteratursøk

Spørsmål fra PICO- skjema	Erfaringer med tidlig støttet utskrivning, hvordan fungerer tverrprofesjonelle teamet i rehabiliteringstjenesten i kommunen.
Database	Medline
Dato for søk	16.04.2012
Søkehistorie	<p>1: esp Primary Health Care 49677</p> <p>2: exp Community Health Centres/or exp Community Health Services 255158</p> <p>3: exp Rehabilitation/ or exp Rehabilitation Nursing/ or exp Rehabilitation Centres 82023</p> <p>4: 1 or 2 or 3= 358862</p> <p>5: exp Patient Care Team/ or exp interprofessional relations/ or exp Interprofessional Communication 56339</p> <p>6: exp interprofessional communication/ or exp Patient Care Team 35542</p> <p>7: exp Patient Care Team 30284</p> <p>8: 5 or 6 or 7= 56339</p> <p>9: exp Staff Development/ or exp Interprofessional Relations 60541</p> <p>10: exp Group Processes 90561</p> <p>11: 9 or 10: 142320</p> <p>12: exp follow-up studies/ or exp patient discharge/ or exp Home Care Services/ or exp Stroke/ or exp Treatment outcome/ or exp Length of Stay/ or exp Home Care Services, Hospital based 776425</p> <p>13: 4 and 8 and 12= 2639</p> <p>14: 11 and 13= 2639</p>
Antall treff	Avgrenset til publikasjonsår 2005 til nå= 90 treff

Emne: Ikke fremleggingspliktig
Dato: torsdag 1. september 2011 kl. 13:44:03 sentraleuropeisk sommertid
Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Til: merethe.hustoft@gmail.com
Prioritet: Høy

Vår ref.nr.: 2011/1808

Hei,

Viser til din fremleggingsvurdering, mottatt på epost 31.8.

Hensikten med mastergradsprosjektet er å skaffe kunnskap om erfaringer med behandlings- og rehabiliteringsmodell organisert etter prinsippene for "early supported discharge" (ESD) til hjemmeboende slagrammede pasienter. Studien har som mål å undersøke hvilke utfordringer innsatsteamet som er organisert etter ovennevnte modellen møter og hvordan de handler for å møte sin hovedutfordring.
Forskningsspørsmålet: Hvilke hovedutfordring har "innsatsteam" i sitt arbeid med slagrammede pasienter?

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger der en bedriver virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjektet fremstår som en evaluering/kvalitetssikring av pågående tjeneste, kvalitetssikring og evaluering av helsehjelp regnes som en del av helsetjenesten og er derfor ikke fremleggingspliktig for REK.

Da du skal samle inn personopplysninger må prosjektet klareres med Datatilsynet (personvernombudet for forskning/NSD).

Med vennlig hilsen | Best regards

Øyvind Straume

seniorkonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978497

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**
<http://www.helseforskning.etikkom.no>





Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Mika Satinovic
Institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi
Høgskolen i Bergen
Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Vår dato: 06.10.2011

Vår ref: 27966 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27966	<i>Erfaringer med samhandlingsmodell for slagrammede pasienter.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mika Satinovic</i>
<i>Student</i>	<i>Merethe Hustoft</i>

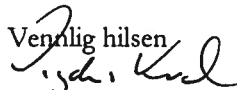
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Merethe Hustoft, Sandslikroken 10, 5254 SANDSLI



Utvalget består av ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere, totalt ca. 10 til 15 personer. Data samles inn via personlig intervju og ved observasjon av interaksjon mellom terapeut og bruker.

Prosjektleder opplyser det ikke registreres personidentifiserende opplysninger om bruker. Det gis informasjon om studien og innhentes samtykke fra bruker før observasjon, jf. e-post av 03.10.2011.

Førstegangskontakt med utvalget foretas av prosjektleder via skriftlig eller telefonisk henvendelse på grunnlag av offentlig tilgjengelig informasjon. Personvernombudet finner informasjonsskrivet som forelå 03.10.2011, tilfredsstillende.

Prosjektet skal avsluttes 31.05.2012 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.

Vedlegg IX

Merethe Hustoft
Mastergradstudent HiB,
Kunnskapsbasert praksis for helsefag
Mob.nr: 480 37 840
E-post: merethe.hustoft@hib.student.no

Bergen 19.10.2011

Til leder innsatsteam i kommunehelsetjenesten

Forespørsel om gjennomføring av mastergradsprosjekt;

Utfordringer ved implementering av nasjonal retningslinje for
slagrammede pasienter.

Jeg sender herved en forespørsel om å få foreta ett fokusgruppeintervju av innsatsteamets medlemmer. Fokusgruppeintervjuet vil tjene som metode for datainnsamling i forbindelse med min mastergradsoppgave i Kunnskapsbasert praksis for helsefag ved Høgskolen i Bergen.

Hensikten med mastegradprosjektet er å skaffe kunnskap om erfaringer med behandlings- og rehabiliteringsmodell organisert etter prinsippene for ESD til hjemmeboende slagrammede pasienter. Studien vil ha som mål å undersøke hvilke utfordringer innsatsteamet som er organisert etter ovennevnte modellen møter og hvordan de handler for å møte sin hovedutfordring. Forskningsspørsmålet: Hvilke hovedutfordring har "innsatsteam" i sitt arbeid med slagrammede pasienter? Hvordan håndterer innsatsteamet sin hovedutfordring?

Som forsker har jeg taushetsplikt, og alle opplysningene knyttet til fagpersoner og pasient vil bli behandlet konfidensielt. Bare jeg som forsker har tilgang til dataene. Ingen enkeltpersoner skal kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven. Opplysninger og lydfiler slettes ved prosjektets slutt.

Prosjektet vil være ferdig mai 2012. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD).

Min hovedveileder i prosjektet er førsteamanuensis
Milka Satinovic
Høgskolen i Bergen
Møllendalseveien 6

Med vennlig hilsen
Merethe Hustoft
Spesialergoterapeut/mastergradstudent

Vedlegg X

Tilråkning fra ledelse

merethe.hustoft@hotmail.com ▾

[Vis kopi og blindkopi](#)

Til: merethe.hustoft@bergen.kommune.no ✎ ✕

Emne: RE: VS: Mastergradsprosjekt

Sett inn:  Vedlegg  Office-dokumenter  Bilder  Fra Bing ▾  Uttrykksikoner

Tahoma ▾

10 ▾

F

K

U

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

☰

Fra: leder for innsatsteam
Sendt: 27. oktober 2011 10:05
Til: Hustoft, Merethe
Emne: Mastergradsprosjekt

Hei Merethe.

Jeg har lest forespørselen din vedr. bruk av innsatsteamets medlemmer til å gjennomføre mastergradsprosjektet ditt. Jeg snakket med ... i dag , og forstår at du er i full gang. Nå er det bare å stå på ! Lykke til med arbeidet.

Vennlig hilsen Tove.

Vedlegg XI

Merethe Hustoft
Mastergradstudent HiB,
Kunnskapsbesert praksis for Helsefag
Mob. nr 48037840
E-post: merethe.hustoft@hib.student.no

Bergen 19.10.11

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt;

Utfordringer ved implementering av nasjonal retningslinje for
slagrammede pasienter.

Hensikten med mastergradsprosjektet er å skaffe kunnskap om erfaringer med behandlings- og rehabiliteringsmodell organisert etter prinsippene for "early supported discharge" (ESD) til hjemmeboende slagrammede pasienter. Studien har som mål å undersøke hvilke utfordringer innsatsteamet som er organisert etter ovennevnte modellen møter og hvordan de handler for å møte sin hovedutfordring. Forskningsspørsmålet: Hvilke hovedutfordring har "innsatsteam" i sitt arbeid med slagrammede pasienter? Hvordan håndterer innsatsteamet sin hovedutfordring?

For å få de nødvendige dataene ønsker jeg å utføre ett fokusgruppeintervju av innsatsteams medlemmer. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 45 minutter, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data bli anonymisert. Du garanteres konfidensiell behandling. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av mai 2012.

Jeg håper du har lyst til å delta, og det er fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 480 37 840, eller sende meg en e- post til merethe.hustoft@hib.student.no. Du kan også kontakte min veileder Milka Satinovic ved institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi ved å benytte e- post adresse: milka.satinovic@hib.no .

Studien er godkjent Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Merethe Hustoft

Spesialergoterapeut/mastergradsstudent

SAMTYKKEERKLÆRING:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet ”Erfaringer med samhandlingsmodell for slagrammede pasienter” og ønsker å delta.

Jeg samtykker til å delta i mastergradsprosjektet og kan når som helst trekke meg.

Signatur.....

E-post.....

Telefonnummer.....