



Veiledning i lymfødembehandling

**- en kvalitativ studie om betydningen av veiledning i lymfødembehandling for
kommunefysioterapeuter**

Gunnhild Høvik

**Masteroppgave i helsefag
Flerfaglig studieretning**

**Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet**

8. Mai 2017

Antall ord: 15154

Forord

Jeg har vært veileder for fysioterapeuter i turnus i ti år og har alltid interessert meg for måter vi overfører kunnskap på. Bakgrunnen til at jeg har valgt å skrive om veiledning i lymfødembehandling skyldes at sykehuset jeg jobber på startet et prosjekt. Et av formålene med prosjektet var å gi kunnskap og veiledning i lymfødembehandling til kommunefysioterapeuter og andre helsearbeidere som jobber med denne pasientgruppen. Lymfødemprosjektet startet opp høsten 2015 som en innledning til opprettelsen av en lymfødempoliklinikk. Jeg har ikke selv deltatt i lymfødemprosjektet eller ved poliklinikken og jeg har lite kunnskap om lymfødem. Likevel ble jeg nysgjerrig på hvordan denne veiledningen foregikk og hvilket utbytte kommunefysioterapeutene hadde av slik kunnskapsoverføring. Jeg håper denne oppgaven kan bidra til å sette mer fokus på en pasientgruppe som er i en særstilling. Pasienter med lymfødem har behov for kyndig behandling livet ut, men det mangler kompetente behandlere på området. Dette er en underkommunisert problemstilling.

.....

Nå når denne oppgaven nærmer seg slutten, ser jeg først og fremst med takknemlighet tilbake på en utrolig spennende og lærerik tid. Det er vanskelig å beskrive i ord den kunnskapen jeg har fått ta del i gjennom masterstudiet og som har utvidet horisonten min på flere vis.

Jeg har ikke vært alene i denne prosessen og jeg har mange å takke som på forskjellige vis har bidratt til denne oppgaven. Først og fremst, tusen takk til informantene som åpent delte av sine tanker og erfaringer, og som danner grunnlaget for denne studien.

Hjertelig takk til mine veiledere Marianne Eliassen og Siri Moe. Takk for at dere har vært så hjelpsomme og tilgjengelige, for konstruktive tilbakemeldinger, gode råd og oppmuntring underveis gjennom hele prosessen.

Til alle lærere og studenter som har bidratt til å gjøre dette studiet til en så interessant og lærerik opplevelse vil jeg rette en stor takk. Ikke minst vil jeg takke mine medstudenter på flerfaglig studieretning, som gjennom faglige diskusjoner,

frustrasjoner, refleksjoner, oppmuntring og støtte har hjulpet meg gjennom dette arbeidet.

Mine kolleger og tidligere kolleger skal ha takk for deres engasjement og tid, råd og hjelp til utforming av intervjuguiden og tips om forskningsartikler om lymfødem. Takk til Kristin og Line for det nøysomme arbeidet dere la i korrekturlesingen, det var til god hjelp for å ferdigstille arbeidet.

Takk til Fysiofondet for økonomisk støtte.

Til sist, tusen takk til min kjære Jan-Egil og mine små skatter, Synne og Jakob, for at jeg har fått denne tiden til å fordype meg i arbeidet. Takk for deres støtte og tålmodighet med meg mens jeg har vært i "masterbobla." Nå gleder jeg meg til å være mer sammen med dere.

Tromsø, mai 2017

Gunnhild Høvik

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med lymfødem trenger livslang behandling for å unngå forverring av tilstanden, og det mangler kompetente behandlere på dette området. Spesialisthelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for å veilede kommunene. Fysioterapeuter med videreutdanning i lymfødembehandling gir veiledning for å sikre denne kompetansen i kommunene. Denne oppgaven vil belyse temaene kunnskapsutveksling og samarbeid gjennom problemstillingen:

"Hvilken betydning har det for kommunefysioterapeuter å få faglig veiledning fra spesialisthelsetjenesten i sitt arbeid med pasienter med lymfødem."

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvordan kommunefysioterapeuter opplever å få veiledning i lymfødembehandling fra spesialisthelsetjenesten.

Metode: Det er valgt en kvalitativ tilnærming med et kunnskapsteoretisk perspektiv. Semistrukturert intervju er valgt som design og resultatene er analysert ved å bruke systematiske tekstkondensering.

Resultater: Resultatene tyder på at det er for lite kunnskap om lymfødem blant fysioterapeuter og at det er behov for veiledning. Kommunefysioterapeuter i små kommuner er ofte alene om å behandle pasienter med lymfødem i sin kommune og trenger veiledning fra fysioterapeuter med videreutdanning i lymfødembehandling. Lymfødembehandling krever praktiske ferdigheter, veiledningen må ta hensyn til det praktiske aspektet ved tilnærmingen.

Konklusjon: Kommunefysioterapeuter opplever at veiledningen i lymfødembehandling fra spesialisthelsetjenesten har:

- Styrket praktiske ferdigheter
- Skapt trygghet i pasientbehandling
- Ført til et bedre og mer tilgjengelig tilbud til pasientene

Nøkkelord: Fysioterapi, kunnskapsutveksling, samhandling, kommune- og spesialisthelsetjenesten

Abstract

Background: Patients with Lymphedema need lifelong treatment to avoid worsening of the condition, and competent physiotherapists in this special field are insufficient. Specialist health service has a statutory responsibility to advise the municipalities. Physical therapists with continuing education in treating lymphedema provide guidance to ensure this competency in the municipalities. This study will look at knowledge exchange and cooperation through the research question:

"How do community physiotherapists review the professional guidance provided by a specialist in their work with patients with lymphedema."

Purpose: The purpose of the study is to examine how community physiotherapists experience clinical guidance provided by physiotherapists from the specialist health service.

Method: This is a qualitative study using theories of practical knowledge as an analytic perspective. The chosen design is semi structured interview, and the results are analyzed by using systematic text condensation.

Results: The results suggest that there is too little knowledge about lymphedema among physiotherapists and that there is a need for clinical guidance. Community physiotherapists in small municipalities are often alone in treating patients with lymphedema in their municipality, and need guidance from physical therapists with special competence in treating lymphedema. Treatment of lymphedema requires practical skills; the clinical guidance must take into account the practical aspect of the approach.

Conclusion: The community physiotherapists find that clinical guidance in treating lymphedema provided by the specialist health service has:

- Enhanced practical skills
- Created confidence in patient care
- Lead to better and more accessible treatment options for patients

Keywords: Physical therapy, knowledge exchange, interaction, municipality-and specialist health service

Innhold

1. Innledning	9
1.1 Bakgrunn for studien	9
1.1.1 Lymfødem	9
1.1.2 Statlige føringer	10
1.2 Formål	11
1.3 Tidligere forskning	12
1.4 Problemstilling	12
1.4.1 Begrepsavklaring	12
1.5 Oppgavens utforming	13
2. Tidligere forskning	14
3. Teori.....	17
3.1 Kunnskapsbegreper	17
3.3 Kunnskap i handling	18
3.4 Kunnskap gjennom dialog	19
3.5 Refleksjon-i-handling	19
3.6 Trygghet og rutine åpner for oppmerksomhet	21
4. Metode	22
4.1 Bakgrunn for valg av metode.....	22
4.2 Design	23
4.3 Deltakere.....	23
4.4 Datainnsamling	24
4.5 Analysemetode	25
4.6 For forståelse og forskning i eget felt	27
4.7 Metodiske refleksjoner	28
4.8 Etske refleksjoner	29
5. Resultater	31
5.1 Kommunefysioterapeutene har behov for veiledning	31
5.1.1 Informantene opplever å ha utilstrekkelig grunnkunnskap i lymfødembehandling	31
5.1.2 Informantene beskriver manglende kunnskap om lymfødem blant helsepersonell	33
5.1.3 Kommunefysioterapeutene ønsker mer kunnskap	34

5.2 Veiledningen har gitt ny kunnskap	36
5.2.1 Veiledningen har vært praksisnær	36
5.2.2 Veiledningen har gitt fysioterapeutene grunnleggende kunnskap om lymfødem	38
5.2.3 Informantene har lært nye ferdigheter	39
5.3 Følger av veiledningssamarbeidet.....	40
5.3.1 Veiledningen har gitt informantene trygghet	40
5.3.2 Pasientene kan få behandling i hjemkommunen.....	42
5.3.3 Samarbeidet innebærer en arbeidsfordeling	42
5.3.4 Lavere terskel for å ta kontakt	43
6. Diskusjon	45
6.1 Grunnleggende kunnskap om lymfødem.....	45
6.2 Behov for kunnskapsutvikling	47
6.3 Praktisk kunnskap og kunnskapsoverføring	48
6.4 Pasientnær læring	51
6.5 Kunnskap skaper trygghet	52
6.6 Samarbeid og kunnskapsoverføring.....	54
7. Oppsummering	56
Litteraturliste	57

1. Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på veiledningen som gis i lymfødembehandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Oppgaven studerer kommunefysioterapeuter som veiledes av fysioterapeuter med videreutdanning i lymfødembehandling i spesialisthelsetjenesten. Hovedtema for oppgaven er kunnskapsutveksling og kompetanseheving. Jeg ønsker å se nærmere på hvilken betydning denne veiledningen har for kommunefysioterapeuter i deres arbeid med lymfødempasienter.

1.1 Bakgrunn for studien

Samarbeid og kunnskapsoverføring mellom første- og andrelinjetjenesten kan ha mange utfordringer. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvordan dette foregår i forhold til veiledning i lymfødembehandling. Dette er et fagområde som de fleste fysioterapeuter har lite kunnskap om fra før (Helse Nord, 2013). Studier viser at pasienter med lymfødem opplever at det er lite kunnskap om lymfødem blant helsepersonell generelt (Williams, Moffatt & Franks, 2004), og at pasienter får for lite informasjon om lymfødem (Greenslade & House, 2006). På bakgrunn av dette opplyser pasienter med lymfødem at de kjenner på en usikkerhet (Williams et al., 2004). Møte med fysioterapeuter som har kompetanse i lymfødem har hjulpet for mange, også i forhold til å få mer kunnskap om sykdommen. Forskning på området avdekker et behov for at både pasienter og helsepersonell får mer kunnskap om lymfødem (Williams et al., 2004).

1.1.1 Lymfødem

Lymfødem er en hevelse som kan være medfødt eller ervervet (Norsk Lymfødemforening, 2016). Tilstanden kan bli kronisk dersom den ikke blir behandlet. Hevelsen kan gi smerter, innskrenket bevegelse og funksjon. Primært lymfødem er en medfødt svekkelse i kroppens lymfesystem. Sekundært lymfødem kan oppstå etter kirurgisk kreftbehandling eller stråling og statistikk viser at denne

pasientgruppen er økende (Mortimer & Rockson, 2014). I følge Norsk Lymfødemforening (2017) er ca. 70 % av alle tilfeller av sekundært lymfødem kreftrelatert (i den vestlige verden). Det foreligger ikke eksakte tall på dette, da det foreløpig ikke finnes et nasjonalt register for lymfødem i Norge (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016).

Per i dag finnes det ingen helbredende behandling for lymfødem. Livslang lymfødembehandling er nødvendig for å holde lymfødemet i sjakk og forhindre forverring av tilstanden (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016). Det er svært viktig at pasienter med lymfødem får behandling raskt for å hindre eskalering av lymfødemet (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016).

Lymfødem behandles med lymfedrenasje, bandasjering, tilpasset kompresjonsplagg og egenbehandling (Norsk Lymfødemforening, 2016). Bandasjering og manuell lymfedrenasje er spesifikke teknikker som krever praktisk øvelse. Siden det kan gå lenge mellom hver pasient med lymfødem i de enkelte kommunene er det vanskelig for fysioterapeutene her å holde de praktiske ferdighetene ved like.

Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for onkologi og lymfologi slår fast at: "*Lymfødem bør behandles av fysioterapeuter med spesialkompetanse.*" (NFF, 2016).

1.1.2 Statlige føringer

I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvordan kommunefysioterapeuter opplever å få veiledning i lymfødembehandling fra en fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten som har videreutdanning i lymfødembehandling.

En av målsetningene med Samhandlingsreformen (2012) er at pasienter og brukere skal få et bedre behandlingstilbud der de bor og at kommunene i større grad enn tidligere skal ta seg av forebygging og rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten skal fortrinnsvis fokusere på de spesialiserte helsetjenestene (Samhandlingsreformen, 2012).

Statlige lovverk og veiledere for helsetjenesten vektlegger behovet for samarbeid og kunnskapsutveksling mellom nivåene. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, Spesialisthelsetjenesteloven, 2001 og Samhandlingsreformen, 2012).

Spesialisthelsetjenesten har her et veiledningsansvar (Spesialisthelsetjenesteloven, 2012). Ansvar for samarbeid og arbeid for kvalitetsforbedring ligger hos både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre har kommunen ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I forordet til Samhandlingsreformen (2012, forord) står det: *"Men skal vi lykkes med gode pasientforløp, må vi sette kommunene i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging."*

Regional kreftplan Helse Nord (2013) viser til at det er en underdekning av behandlere som har kompetanse i lymfødembehandling. På grunnlag av dette legger de følgende føringer:

- 1) Helseforetakene og kommunene må sikre at de har fysioterapeuter med kompetanse i komplett fysikalsk lymfødembehandling.
- 2) Helseforetakene har veilednings- og opplæringsansvar (Helse Nord, 2013, s. 60).

1.2 Formål

Formålet med studien er å undersøke hvordan fysioterapeutene i kommunene opplever veiledningen de får fra sykehuset i lymfødembehandling.

For å få denne informasjonen ønsker jeg å intervju kommunefysioterapeuter som har fått veiledning i lymfødembehandling fra spesialisthelsetjenesten. Deres opplevde læringsutbytte vil kunne gi viktig informasjon om hva som fungerer godt eller mindre godt i veiledningssamarbeidet med sykehuset slik det er i dag. Denne veiledningen er et viktig tiltak for å sikre kompetanse i lymfødembehandling i kommunene. Det er mangel på kompetanse i lymfødembehandling og helseforetakene er pålagt veilednings- og opplæringsansvar (Regional Kreftplan Helse Nord, 2013). I mange små kommuner er det bare en og to fysioterapeuter (Nikolaisen, Arntzen & Moe, 2014). Det er derfor viktig at opplæringen gir tilstrekkelig kompetanse slik at kommunefysioterapeutene kan gi lymfødembehandling av god kvalitet.

1.3 Tidligere forskning

Forskning om kunnskapsutveksling innenfor fysioterapi vil presenteres i kapittel 2. Ved søk i databaser finner jeg ingen forskning om kunnskapsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten innenfor fagområdet lymfødem. Det er derfor et behov for å undersøke dette videre.

1.4 Problemstilling

Hovedtema for oppgaven er kunnskapsoverføring med fokus på følgende problemstilling:

"Hvilken betydning har det for kommunefysioterapeuter å få faglig veiledning i sitt arbeid med pasienter med lymfødem."

Jeg ønsker å se nærmere på om veiledningen i lymfødembehandling, slik den gjennomføres ved sykehuset, gir ønsket kompetanse og trygghet i behandling innenfor dette fagområdet hos kommuneansatte fysioterapeuter. Jeg ønsker å se nærmere på hva de har lært og hvordan de bruker den nye kunnskapen i sitt arbeid med pasienter med lymfødem. Hvordan opplever de samarbeidet med lokalsykehuset i forhold til oppfølging av pasienter med lymfødem og hvilke ønsker har de for det videre veiledningssamarbeidet? Jeg håper denne studien vil kunne gi svar på disse spørsmålene.

1.4.1 Begrepsavklaring

Informantene i denne oppgaven inkluderer både kommunalt ansatte og kommunalt tilsatte fysioterapeuter. Kommunalt tilsatt vil si at fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen, jobber på et institutt og får driftstilskudd. Kommunalt ansatt innebærer at fysioterapeuten i større grad reiser hjem til pasienten eller institusjonen der pasient er. For å anonymisere informantene velger jeg å bruke begrepet kommunefysioterapeut, som i denne oppgaven vil innebære en fysioterapeut som er ansatt eller tilsatt i en kommune.

I denne oppgaven vil jeg vie litt plass til kreftrelatert lymfødem. Det skal ikke oppfattes slik at denne oppgaven kun handler om kreftrelatert lymfødem, men flere

av temaene som kommer frem gjennom intervjuene er knyttet til kreft, deriblant palliativ behandling. Spesielle utfordringer knyttet til kreftdiagnosen bidrar til å sette fokus på betydningen av at fysioterapeuter har tilstrekkelig kompetanse i lymfødembehandling.

1.5 Oppgavens utforming

Oppgaven er delt i syv kapitler. I kapittel 2 vil jeg se nærmere på tidligere forskning som er gjort på området. Deretter vil jeg i kapittel 3 utrede mine teoretiske perspektiver innenfor kunnskapsteori. Kapittel 4 inneholder den metodiske tilnærmingen. I kapittel 5 presenterer jeg resultatene og i kapittel 6 diskuterer jeg funnene i lys av teori og tidligere forskning. I kapittel syv følger oppsummering og konklusjon.

2. Tidligere forskning

Ved søk på kunnskapsdatabasene PubMed, Cinahl, Amed, SveMed(+), PEDro og Kunnskapssenteret fant jeg flere interessante artikler som berører mitt tema. Jeg har valgt ut de studiene som best belyser min problemstilling. Disse studiene er alle hentet fra fagområdet fysioterapi.

Følgende søkeord er brukt: *Collaboration, interinstitutional relations, interprofessional, interdisciplinary, interaction, knowledge management, information dissemination, knowledge sharing, knowledge, physical therapy, physical therapists, physiotherapy, physical therapy modalities, primary health care, community, clinical competence og lymphedema.*

Artikkelen "Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten" (Giltvedt, Sætrang & Tveiten, 2012), tar opp hva barnefysioterapeuter mener om samhandling og kunnskapsdeling. Metoden som ble brukt var fokusgruppeintervju av fysioterapeuter fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Informantene ble delt i tre grupper der de ulike nivåene var representert i hver gruppe.

Resultatene viser at kunnskapsdeling skjer gjennom å møtes og observere i praksis hva andre gjør. Informantene sier at fysioterapi er et praktisk yrke, og at kunnskapen ikke bare kan formidles gjennom skriftlig informasjon. Videre viser den at kunnskapsutvikling fordrer samhandling. Informantene la vekt på dialogens betydning. Nødvendigheten av felles konsultasjoner ble påpekt flere ganger, fordi dette gir mulighet til å utveksle erfaringer.

Analysen viser betydningen av rammebetingelser som tid, tilgjengelighet og oversikt over aktuelle tjenestetilbud som vesentlige for kunnskapsdeling og samarbeid. Informantene diskuterte også at det finnes ulike typer kunnskap på de ulike nivåene, her snakket de mest om erfaringsbasert kunnskap, brukerbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap. I denne studien synes det å være en oppfatning av at fysioterapeutene i kommunehelsetjenesten satt med erfaringsbasert- og brukerbasert

kunnskap om pasienten, mens spesialisthelsetjenesten hovedsakelig besitter den forskningsbaserte kunnskapen om diagnosen og behandlingen.

I artikkelen "Clinical Guidance of Community Physiotherapists Regarding People with MS: Professional Development and Continuity of Care", diskuteres behovet for veiledning av kommunefysioterapeuter i forhold til pasienter med MS (Normann, Sørgaard, Salvesen & Moe, 2014). Informasjonene er innhentet gjennom intervju av ni kommunefysioterapeuter som har fått veiledning av en fysioterapeut fra ambulant rehabiliteringsteam (ART) som er spesialist i nevrologisk fysioterapi. Veiledningen har bestått av at spesialisten har gjennomført pasientbehandling på en pasient med MS, mens kommunefysioterapeuten for det meste har observert. Intervjuer deltok også på behandlingen gjennom ikke-deltakende observasjon.

Informantene anså det å delta i undersøkelsen spesialisten utførte som en essensiell del av veiledningen. Mens spesialisten undersøkte og behandlet pasienten forklarte hun hele tiden hva hun gjorde og hvorfor. Alle informantene mente at den praktiske veiledningen tilførte kunnskap som ikke kan oppnås gjennom en skriftlig rapport. De vektla også betydningen av å ha sin egen pasient på veiledningen. Informantene uttrykte et stort behov for veiledning i kliniske situasjoner i forhold til pasienter med MS, fordi de opplevde disse pasientene som utfordrende og de ønsker at praktisk veiledning blir et regelmessig tilbud fra habiliteringstjenesten.

Kommunefysioterapeutene etterspør en organisert gjensidig kommunikasjon mellom ambulant rehabiliteringsteam og kommunen. De fremhever at det også er behov for kommunefysioterapeutenes kunnskap, da det er de som kjenner pasienten best. De ønsker også mer fleksibilitet fra rehabiliteringsteamet, fordi de kan trenge veiledning utenom de planlagte oppfølgingstimene. Informantene forslår også bruk av video for å komplementere veiledningen in situ. Etablering av nettverk for profesjonelle nevrofysioterapeuter blir også foreslått, samt å holde workshops for å trene på praktiske ferdigheter.

Artikkelen "An overview of Continuing Professional Development in physiotherapy" omhandler videreutvikling og læring hos fysioterapeuter (French & Dowds, 2008). Continual Professional Development forkortes CPD og kan oversettes til livslang

læring eller videreutvikling. Denne studien tar for seg forskjellige måter dette kan foregå på, effekter av dette og hva som kan hemme slik utvikling. Den beskriver et historisk skifte fra passive til mer aktive læringsformer og viser til studier som understøtter at aktive læringsformer i større grad gir endring i profesjonell praksis.

Funnene i litteraturstudiet viser at fysioterapeuter opplever at praksisnær trening, klinisk øvelse og klinisk veiledning gir størst læringsutbytte. Studien vektlegger at forbedrede ferdigheter ikke uten videre gir bedre pasientbehandling, dersom fysioterapeuten ikke kan tilpasse behandlingen til pasienten eller observere fremgang. Dette indikerer at det er nødvendig å inkludere refleksjon som et tiltak for å implementere læring i praksis. Denne litteraturstudien viser at refleksjon i praksis vurderes å være en hjørnestein for å oppnå kunnskapsutvikling i praksis, og fremholder at ekspertise oppnås gjennom refleksjon over personlige erfaringer over tid. Effekten av CPD måles i om det oppnås en endring i praksis. Andre følger av kunnskapsutvikling er større grad av trygghet og selvstendighet, bedre kompetanse og utveksling av ideer i større grad.

Faktorer som hemmer CPD er tid, økonomi, lav bemanning og manglende støtte fra ledelsen. Andre momenter som trekkes frem er geografiske forhold. For privatpraktiserende kan tiden borte fra jobb føre til tapte inntekter. Relevansen som for eksempel et kurs har i forhold til praksis er derfor avgjørende. Forfatterne ser et behov for at CPD funderes i politiske planer. De ser også et behov for flere studier innenfor fysioterapi, da flesteparten av resultatene de her viser til er hentet fra studier innen medisin og sykepleie.

3. Teori

3.1 Kunnskapsbegreper

Begrepet kunnskap har vært tema for mange filosofer opp igjennom tidene. Nortvedt og Grimen (2004) viser til at Aristoteles delte ulike typer kunnskap i tre former; *Episteme*, *Techne* og *Fronesis*. *Episteme* er demonstrativ eller sikker vitenskapelig kunnskap, mens *Techne* er den praktiske kunnskapen om hvordan en lager noe og inkludere både håndverk og kunst. *Fronesis* beskrives av Aristoteles som kunnskapen til å leve et godt liv. Det er en slags handlingskunnskap, men i motsetning til *techne*, er det ikke produktet som er målet, men handlingene. Det handler om mennesker og menneskenes liv og kunnskap om hvordan en bør handle for å fremme det som er moralsk godt. *Fronesis* inkluderer tillærte ferdigheter for bedømmelse av situasjoner. Slik kunnskap tilegnes gjennom *erfaring*, derfor kan ikke unge personer ha *fronesis* (s.170-172).

Den praktiske kunnskapen ble viet mye oppmerksomhet i forrige århundre (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 172). I boken *The Tacit Dimension* lanserte den ungarske filosofen Michel Polanyi begrepet *tacit knowing* eller *taus kunnskap* om taus eller ordløs overføring av kunnskap, "we can more than we can tell" (Molander, 1996, s. 35-36 og Nortvedt & Grimen, 2004, s. 172).

En ny inndeling av kunnskapsformer som bygget på Wittgensteins inndeling, ble introdusert av Kjell S. Johannsen på 1970-tallet (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 172). Han skiller mellom *påstandskunnskap*, *ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap* (Molander, 1996, s. 40). I denne inndelingen er *påstandskunnskap* kunnskap uttrykt gjennom påstand, dette tilsvarer den teoretiske kunnskapen eller *episteme*, slik jeg oppfatter det. *Ferdighetskunnskap* er den praktiske kunnskapen, å kunne lage noe eller å ha en ferdighet. Dette vil svare til Aristoteles *techne*, slik jeg forstår det. Begrepet *fortrolighetskunnskap* ble innført av Johannesen og innebærer å ha fortrolighet med en virksomhets forutsetninger og oppgaver. (Molander, 1996, s. 40, 113). Nortvedt og Grimen (2004) bruker begrepet *indeksert kunnskap*. Med dette mener de å inkludere alle typer praktisk kunnskap. Praktisk kunnskap lar seg ikke løsrive fra den som har den eller den situasjonen den anvendes, det som kalles kunnskapens indeksialitet. Dette kommer av latinsk *indicare* som betyr å peke og en

kan si at praktisk kunnskap peker mot kunnskapsbæreren og brukssituasjonen. For alle typer praktisk kunnskap gjelder at dette er kunnskap som kun kan tilegnes gjennom relevante erfaringer i første person (s.165-166).

3.3 Kunnskap i handling

Boken *Kunnskap i handling* (Molander, 1996) starter med å vise til Schöns beskrivelse av "a master class in cello." (Schön, 1987, s. 176-177). Mesteren i eksempelet spiller en frase som eleven skal repetere, så spiller eleven og deretter korrigerer mesteren på eleven til det er helt likt måten mesteren spiller på. Når så eleven etter mye øvelse spiller så likt som sin mester at en ikke kan høre forskjell, så spiller mesteren hele stykket på en så fullstendig annerledes måte at eleven blir sittende målløs. Han reflekterer senere over om ikke målet med den nitidige terpingen var å lære han å virkelig lytte *oppmerksomt*. Oppmerksomhet er en rød tråd igjennom Molanders verk "*Kunnskap i handling*" (1996, s. 11). Han mener at kunnskap er en form for oppmerksomhet.

Med et annet eksempel hentet fra *Temte*, viser Molander (1996) hvordan båtbyggeren Göstas kunnskap er vanskelig å uttrykke verbalt. Gösta er et produkt av mester-lærling systemet der kunnskap er overført uten særlig bruk av ord. Han kan vise hvordan man gjør, men ordene kommer til kort, tilsvarende Polanyis begrep *taus kunnskap* (Molander, 1996, s. 33-34).

Molander (1996) bruker slike eksempler for å vise hvordan kunnskapen ligger i handlingen og det kroppslige. Oppmerksomheten er i sentrum, i det rette håndlaget og blikket for hva som skal gjøres (Molander, 1996, s.38).

Molander (1996) skriver at det tar tid å lære. Øvelse og atter øvelse tar tid, og det tar tid å oppnå forståelse- det å lære å lære. Han mener at en må veksle mellom ulike perspektiv i en modningsprosess der en oppdager hvor lang tid det tar å lære . Han fremhever også personlig erfaring som en forutsetning for å skape og opprettholde kunnskap. (Molander, 1996, s.157).

Både Schön (1991, 1987) og Molander(1996) innleder sine verker med å kritisere utdanningsinstitusjonene for å vektlegge teori over praktiske ferdigheter. Molander mener at praktiske evner har blitt sett på som mindre verdt enn intellektuelle,

teoretiske. Han mener at dette har utgangspunkt i vestens vitenskap og filosofi. Både Molander (s. 9-10) og Schön (1991, s. vii-viii, 1987, s. xi-xii) vektlegger behovet for en epistemologi tuftet på praktisk erfaring.

Pettersen (2005) viser med flere eksempler at læring og kunnskap er kontekstavhengig, og knyttet til bestemte situasjoner. Læringens kontekstavhengighet handler om at vi også lærer ting som vi ikke eksplisitt kan redegjøre for. Dette kalles implisitt læring og fremkommer på et vis som biprodukter av aktiviteter og problemløsning vi har deltatt i. Det vi lærer lagres sammen med informasjon om læringsomgivelsene. Når vi skal gjenkalle det vi har lært i en bestemt situasjon, skjer det best og mest effektivt i den samme situasjonen (s. 74-77).

3.4 Kunnskap gjennom dialog

Molander (1996, s. 83) anser dialogen for å være en grunnleggende modell for kunnskapsbygging. Han skriver at formålet med dialogen er å oppnå en felles forståelse. For at man skal oppdage noe og reflektere videre over det, vil det ofte være avgjørende at en annen hjelper til å synliggjøre det, gjør en oppmerksom på det. Synliggjøring krever av og til språkliggjøring (Molander, 1996, s.97-98). Gjennom spørsmål og svar kommer den ikke-reflekterte kunnskap vi har frem i lyset. Molander (1996, s. 99, 238-239) sammenlikner den dialogiske strukturen med den hermeneutiske sirkelen, det er en veksling mellom perspektiver og mellom del og helhet.

3.5 Refleksjon-i-handling

Schön (1991, 1987) tar opp betydningen av refleksjon som utgangspunkt for å lære i sine verker. Ifølge Schön (1991) er vanetenkingens kunnskap og rutiner ikke alltid nok, situasjoner kan ha et mangfold av mulige løsninger, derfor er refleksjon nødvendig. Han introduserer begrepet refleksjon-i-handling og forklarer det slik: Den erfarne praktikerer kommer i situasjoner der han ikke har ferdige løsninger på oppgavene på forhånd, men tidligere erfaringer, opplevelser og teori utgjør et repertoar for å håndtere nye situasjoner. Repertoaret utvides for hver ny erfaring med refleksjon-i-handling (Schön, 1991). Refleksjon-i-handling handler oppstår ofte i

situasjoner der vi blir overrasket, vi vil da for eksempel kunne reflektere over -Hva er det jeg legger merke til ved denne situasjonen? Hvilke kriterier ligger til grunn for mine avgjørelser? Hvilke prosedyrer benytter jeg? Hvordan definerer jeg problemet jeg prøver å løse? Det er denne prosessen av refleksjon-i-handling som kjennetegner "kunsten" praktikere av og til utøver i møtet med usikre, ustabile og unike situasjoner (Schön, 1991, s. 50).

Den praktiserende lar seg bli overrasket, forbløffet eller forvirret over situasjonen som vedkommende finner usikker eller enestående (Schön, 1991). Han reflekterer over det foreliggende fenomenet og over de tidligere forståelsene som har vært implisitt i hans adferd. Han utfører et eksperiment som tjener til å generere både en ny forståelse av fenomenet og en endring i situasjonen (s. 68). Refleksjon-i-handling bygger på kunnskap-i-handling, som utgjør den praktiske kunnskapen som ligger i selve handlingen (Schön, 1991). Schön bruker også begrepet Refleksjon-over-handling. Dette innebærer å reflektere over hvordan en reflekterte i handlingen, for å finne ut hvordan vår kunnskap i handling kan påvirke det overraskende utfallet (Schön, 1987).

"We reflect on action, thinking back on what we have done in order to discover how our knowing-in-action may have contributed to an unexpected outcome (Schön, 1987, s. 26)"

Molander(1996) tar opp Schöns ideer og uttrykker seg kritisk til noen punkter. Schön skiller mellom det kjente og det overraskende for å differensiere mellom kunnskap-i-handling og refleksjon-i-handling. Molander påpeker at en overraskelse ikke alltid krever refleksjon, men en reaksjon. Han stiller spørsmålsteget ved Schöns definisjon av refleksjon. Selv mener han at refleksjon handler om å ta et steg tilbake for å se og tenke over en selv og hva man gjør, å få perspektiv. *"Det man gör och den situation man befinner seg i skall 'speglas' eller 'reflekteras' för en själv. Man får då inte vara helt upptagen av handlingen"* (Molander, 1996, s.152). Selv foretrekker Molander betegnelsen den oppmerksomme og lærende praktiserende, fremfor den reflekterende (Molander, 1996, s.152).

3.6 Trygghet og rutine åpner for oppmerksomhet

Rutinen legger grunnlaget for trygghet og åpner for en oppmerksomhet på det som er ved siden av rutinene i og rundt handlingen, og muliggjør en større frihet og variasjon i handlingen (Molander, 1996). Dette gir mulighet for trening av oppmerksomheten og dermed en fortsatt kunnskapsutvikling. En forankring i tradisjoner, erfaring og yrkespraksis bidrar til tryggheten. I følge Molander (1996) er trygghet en forutsetning for å lære av feil. Kunnskap i handling krever trygghet og tillit til sine egne handlinger og kunnskap (s.70-71, 256, 261).

4. Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive metoden og begrunne mine veivalg underveis i denne prosessen. Jeg vil presentere informantene og skildre fremgangsmåten som er brukt i innsamlingen av data og analysen av disse. Deretter vil jeg forsøke å gjøre rede for min for forståelse som utgangspunkt for forskerrollen, og se på hvordan dette og andre forhold kan ha påvirket denne studien. Til sist vil jeg reflektere over de etiske aspektene ved denne studien.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Utgangspunktet for denne oppgaven var at jeg ønsket å se nærmere på hvordan kommunale fysioterapeuter opplever å få veiledning i lymfødembehandling. Jeg er ute etter deres opplevelse av samarbeid og kunnskapsutvikling med lokalsykehuset og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag. For å få svar på disse spørsmålene faller det naturlig å velge en kvalitativ fremgangsmåte.

Malterud (2013) skriver at vi bruker kvalitative metoder til å få mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi spør etter mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd, og vi kan oppnå bedre forståelse for hvorfor mennesker handler som de gjør (Malterud, 2013, s.27).

Tjora (2012) beskriver flere kjennetegn på kvalitativ forskning. I kvalitativ forskning blir forståelse vektlagt snarere enn forklaring. Det skal være en åpen interaksjon mellom forskeren og informanten og metoden er induktiv, altså eksplorerende og empiridrevet. Tilnærmingen er fortolkende og har ofte fokus på informantens opplevelse (Tjora, 2012). Jeg ønsker å få svar på hvordan kommunefysioterapeutene opplever veiledningen de får fra spesialisthelsetjenesten. En kvalitativ tilnærming vil kunne gi svar på dette.

4.2 Design

Metoden som er valgt er semistrukturert intervju, der jeg vil bruke en teoretisk innfallsvinkel og ser resultatene i lys av et kunnskapsteoretisk perspektiv.

Semistrukturert intervju er intervju med individuelle deltakere (Malterud, 2013, s. 129). Den ligner i form på en vanlig samtale i dagliglivet, men har et bestemt formål og det brukes en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Her ønsker jeg å forstå hvordan de kommuneansatte fysioterapeutene opplever veiledningen de får fra sykehuset i lymfødembehandling. For å få svar på denne problemstillingen anser jeg intervju som en egnet metode.

Rekruttering: Inklusjonskriterier og fremgangsmåte

Inklusjonskriteriene i denne studien er at informanten er praktiserende kommunal fysioterapeut og har fått veiledning i lymfødembehandling ved lymfødempoliklinikken. I tillegg skal vedkommende ha behandlet minst en pasient med lymfødem. Tjora (2012) skriver at når informanter skal velges er man ute etter noen som har kunnskaper om temaet, og som man antar kan komme med reflekterte og relevante uttalelser.

For å rekruttere informanter tok jeg kontakt med en av fysioterapeutene som jobber på lymfødempoliklinikken. Han ga meg kontaktinformasjon til fysioterapeutene som oppfylte kriteriene mine, slik at jeg fikk et strategisk utvalg. Det viste seg at det var fire fysioterapeuter som møtte inklusjonskriteriene.

Informantene ble først kontaktet per e-post. Jeg sendte et informasjonsskriv der jeg opplyste om hensikten med prosjektet, videre forløp dersom en stiller til intervju, informasjon om informert samtykke og at prosjektet er godkjent av NSD. De som ikke svarte på e-post ble deretter kontaktet på telefon. Alle informantene stilte til intervju.

4.3 Deltakere

For å sikre deltakernes konfidensialitet har jeg utelatt informasjon om kjønn og alder, samt andre detaljer som kan gjøre dem gjenkjennbare.

Informant 1

Vedkommende har jobbet som fysioterapeut i åtte år, hvorav de siste fire årene i kommune A. Dette er en liten kommune og avstanden til sykehuset er nesten 300 km. Informanten er den eneste praktiserende fysioterapeuten i sin kommune. Personen har deltatt på ett kurs i lymfødembehandling og har behandlet en pasient med lymfødem.

Informant 2

Informanten har jobbet i 12 år som fysioterapeut og jobber på et fysikalsk institutt i kommune B. Kommunen er litt større enn kommune A, og det er fem fysioterapeuter her. Avstand til lokalsykehuset er ca. 150 km. Fysioterapeuten har ingen kurs i lymfødem, men har vært på flere hospiteringer, og anslår å ha behandlet 10-15 pasienter med lymfødem i løpet av sin arbeidstid.

Informant 3

Denne informanten har kun jobbet en kort periode som fysioterapeut. Personen er kommunalt ansatt i kommune C. Denne kommunene er en del større enn kommune B og har ca. 8 fysioterapeuter. Lokalsykehuset ligger i samme kommune. Vedkommende har ingen kurs i lymfødembehandling og har behandlet en pasient med lymfødem.

Informant 4

Denne personen har jobbet som fysioterapeut i 25 år. I de siste ti årene har vedkommende vært kommunalt tilsatt i kommune C. Fysioterapeuten har flere kurs i lymfødembehandling og har hospitert ved flere sykehus. Informanten tar hovedtyngden av pasienter med lymfødem i sin kommune og kan ikke angi hvor mange pasienter med lymfødem som han/hun har hatt til behandling i løpet av sin arbeidstid.

4.4 Datainnsamling

Jeg brukte en intervjuguide med tre hovedemner (se vedlegg nr. 1):

- 1- Utgangspunkt for fysioterapitjenesten og behandling av pasienter med lymfødem
- 2- Veiledning i lymfødembehandling

3 - Samarbeidet om pasienter med lymfødem

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med fysioterapeuter fra spesialisthelsetjenesten. Jeg gjennomførte deretter et pilotintervju og korrigerende spørsmålene på nytt i etterkant av dette. Intervjupersonen på pilotintervjuet har selv skrevet masteroppgave med intervju som metode og hun ga nyttige tilbakemeldinger, både i forhold til tema og spørsmålsformuleringer. Gjennomføring av pilotintervju er ifølge Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge (2009) et nyttig tiltak for å kvalitetssikre intervjuguiden.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av oktober 2016. Informantene jeg intervjuet bor spredt over hele regionen. For å få gjennomført intervjuene reiste jeg til intervjuobjektene og lot dem velge intervjuarena, dette for å sikre at informantene var komfortable og for å legge til rette for en mest mulig åpen samtale. Alle informantene valgte å holde intervjuet på arbeidsplassen sin. Varigheten på intervjuene varierte fra 30 minutter til en time og 16 minutter. I etterkant av intervjuene skrev jeg ned inntrykk og tanker jeg hadde gjort meg i intervjusituasjonen og etterpå.

Etter at alle intervjuene var utført, ble de transkribert. Jeg valgte å gjøre dette selv da dette ifølge Tjora (2012) bringer mer nærhet til materialet mitt. Jeg transkriberte intervjuene på bokmål, men inkluderte enkelte dialektuttrykk som manglet en god oversettelse på bokmål. En av informantene kommer opprinnelig fra et annet land og setningsoppbyggingen bærer preg av det. Her valgte jeg å transkribere ordrett, dette for å unngå å oversette bort nyanser i utsagn og meninger. Sitater som hentes frem i oppgaven er oversatt til bokmål for å anonymisere informantene. Etter transkriberingen satt jeg igjen med et tekstmateriale på 72 sider.

4.5 Analysemetode

Jeg valgte å kode og analysere intervjuene ved å bruke Malteruds (2013) systematiske tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering brukes i tverrgående analyse, som innebærer å sammenfatte informasjon fra forskjellige informanter (Malterud, 2013, s. 94). Denne operasjonen har flere trinn, og i det første trinnet skal de transkriberte intervjuene leses i sin helhet (Malterud, 2013). Egen forforståelse skal så godt det lar seg gjøre legges til side, slik at vi kan være åpne for

inntrykkene materialet formidler og høre informantenes stemme tilstrekkelig tydelig (s. 98-100). På dette trinnet noterte jeg meg stikkord mens jeg leste, og merket meg der innholdet overrasket eller informantene svarte ulikt. Deretter delte jeg inn i foreløpige temaer. Her skrev jeg ned temaer som gikk igjen hos informantene. Malterud (2013) anbefaler at man gjør analysen sammen med en annen forsker. Jeg diskuterte temaene med veileder.

I andre trinn skal relevant tekst skilles fra irrelevant ved at en går gjennom intervjuene linje for linje og identifiserer meningsbærende enheter (Malterud, 2013, s. 100-104). Jeg leste gjennom alle intervjuene og klippet ut alle de meningsbærende enhetene fra de transkriberte intervjuene, deretter sorterte jeg de meningsbærende enhetene inn under temaene jeg hadde valgt meg. Noen deler av teksten som ikke passet helt inn under noen av temaene ble lagt til side.

Tredje trinn omfatter å hente ut mening fra de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013, s. 104-107). Det dekontekstualiserte materialet bestod nå av tre kodegrupper med meningsbærende enheter: Behovet for veiledning, innholdet i veiledningen og følger av veiledningssamarbeidet.

I den videre prosessen ble en og en kodegruppe sortert for seg som en enhet. Deretter gjennomgikk jeg de meningsbærende enhetene i hver enhet for seg og delte de inn under subgrupper. Med subgruppene som utgangspunkt laget jeg et kondensat. Dette er et kunstig sitat som oppsummerer innholdet i subgruppen på en fortettet måte, helst med deltakernes egne ord (Malterud, 2013, s.106). Deretter valgte jeg et "gullsitat" for hver av subgruppene, der innholdet i kondensatet ble kondensert ytterligere. Gullsitatet skal inneholde selve essensen i kondensatet (Malterud, 2013, s. 107).

Fjerde trinn i denne operasjonen innebærer å sette sammen delene igjen, rekontekstualisere (Malterud, 2013, s. 107). Med utgangspunkt i kondensatene og gullsitatene lagde jeg en analytisk tekst for hver subgruppe som hver belyser en utvalgt side av problemstillingen. I dette brukes tredjeperson-formen for å uttrykke at min rolle her er å gjenfortelle (Malterud, 2013, s. 107). Det samme ble gjort for hver av subgruppene. Her viste det seg at noen av subgruppene ikke hadde sterk nok forankring i materialet, eller likevel ikke belyste problemstillingen slik jeg hadde antatt. Analyseprosessen ble ført inn i en analysematrise for å gi oversikt over

materialet (vedlegg 4. Denne er forenklet, meningsbærende enheter og kondensat er tatt bort for å gi bedre oversikt).

På hvert av trinnene ble innholdet vurdert opp mot det opprinnelige datamaterialet og problemstillingen og flere av temaene, kodene og subgruppene ble endret eller fjernet underveis. Denne prosessen gjorde meg godt kjent med materialet mitt og styrket bevisstheten rundt formidlingen og meningen bak en slik forskningsprosess.

4.6 Forforståelse og forskning i eget felt

Begrepet *forforståelse* er vektlagt i hermeneutisk forskning i stor grad av den tyske filosofen Gadamer. Gadamer (2010) beskriver hermeneutisk metode som en fremgangsmåte for å *forstå* noe, der forforståelsen vår er utgangspunktet og en betingelse for å forstå. Malterud (2013) sammenligner forforståelsen med den ryggsekken vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Ryggsekken består av våre erfaringer, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme (Malterud, 2013, s. 40). For å skap ny forståelse er det essensielt å være bevisst sin egen forforståelse. I dette prosjektet har jeg i størst mulig grad prøvd å være åpen for nye inntrykk og være bevisst på mine forventninger til informantene og deres opplevelser og synspunkter. En slik åpenhet er en forutsetning for å forstå og oppdage noe nytt (Gadamer, 2010).

Bevissthet om egen forforståelse er særlig viktig ved forskningsarbeid på en arena som er kjent for forskeren. Jeg er selv fysioterapeut og informantene er fysioterapeuter. Det er flere sider ved å ha en slik nærhet til forskningsfeltet som er viktig å ha et våkent blikk for. Paulgaard (1997) skriver at en fare ved dette er at en kan bli blind for det som fremstår som vanlig eller opplagt, såkalt kulturblindhet. Samtidig kan en slik nærhet til feltet hindre misforståelser, da en er kjent med begreper og situasjoner som beskrives. Paulgaard konkluderer med å understreke at uansett utgangspunkt vil forskerens erfaringer og kunnskap gi tilgang til noen former for innsikt, men skygge for andre (Paulgaard, 1997, s. 75).

I mine samtaler med fysioterapeutene i kommunene skrev jeg et lite notat før hvert intervju, der jeg noterte hva jeg forventet. Det er ikke alltid like lett å være bevisst på egne forventninger, før man blir overrasket over noe og innser at en hadde forventninger om et annet svar. Siden forventninger ikke alltid er noe en er fullt klar

over eller har klart å formulere i forkant, skrev jeg også notater om dette etter intervjuene. Her inkluderte jeg inntrykkene mine, stemningen under intervjuet og reflekterte over egen rolle som intervjuer.

4.7 Metodiske refleksjoner

I denne oppgaven påtar jeg meg rollen som forsker og intervjuer. Dette er en ny rolle for meg og min manglende erfaring på dette området kan ha påvirket oppgavens resultater.

"Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan"
(Malterud, 2013, s. 37).

Da jeg tok kontakt med informantene ville jeg at de skulle velge intervjuarena. Dette for å legge til rette for at informantene var mest mulig komfortabel i intervjusituasjonen. Informantene valgte da å gjøre intervjuet på sin arbeidsplass og intervjuene forløp uten avbrytelser eller forstyrrelser. Jeg opplevde at de hadde tillitt til meg og var åpne og ærlige omkring de temaene jeg tok opp. Det er likevel ikke sikkert at alle deres tanker ble delt.

Jeg jobber som fysioterapeut på sykehuset som gir veiledning til kommunefysioterapeutene, men jeg har ikke selv deltatt i denne veiledningen. Flere av spørsmålene dreide seg rundt samarbeidet og veiledningen med dette sykehuset. Selv om jeg i forkant av intervjuene understreket at jeg i denne sammenhengen var å anse som forsker, kan det godt være at min tilknytning til sykehuset gjorde at informantene holdt inne med mer negative erfaringer og synspunkter. Da jeg hørte gjennom lydopptakene merket jeg meg at spørsmålstillingen ved flere oppfølgingsspørsmål kunne være ledende. Dette skjedde flere ganger der oppfølgingsspørsmålene kom spontant fra min side og noen ganger med hensikt å bekrefte eller avkreft noe informantene hadde sagt, for å sikre at jeg hadde oppfattet det riktig. Det er ikke til å se bort i fra at min rolle som intervjuer kan ha påvirket informantene og svarene de ga.

Et annet aspekt er at jeg kjenner til flere av informantene. Jeg har snakket med dem på telefon tidligere og noen av dem har jeg truffet før. Det er ikke snakk om vennskap, men det at informantene kjenner til meg fra før, kan også ha påvirket i

hvilken grad de åpnet seg i intervjusituasjonen. Noen av informantene pratet lett og var veldig åpne, andre svarte kortere. Da trengte jeg å stille flere oppfølgingsspørsmål for å komme dypere inn i temaene. Flere ganger opplevde jeg at samtalen ble løsere og ledigere mot slutten av intervjuet og vi ble sittende en stund etter at intervjuet var over og samtale rundt temaene. Jeg opplevde at fysioterapeutene jeg intervjuet var engasjerte i temaene og satte pris på muligheten til å fremme sine synspunkter.

Temaene i denne oppgaven kunne vært belyst på mange forskjellige måter. Med henblikk på at kunnskapsoverføring og samarbeid skjer i praksis, kunne det vært interessant å diskutere denne tematikken videre ved hjelp av observasjon som metode. I denne omgang var det imidlertid informantenes beskrivelser av erfaringer jeg var interessert i å utforske. Et annet vesentlig moment er at kunnskapsoverføring og læring ofte er implisitt, man er ikke alltid klar over hvordan eller når man har lært noe. Det kan derfor være vanskelig å fange opp alle aspektene rundt deltakernes læring og utvikling kun gjennom intervju.

Jeg vil poengtere at min forforståelse og de teoretiske "brillene" jeg har gått inn i prosjektet med har vært med på å forme resultatene. Det kan altså fremkomme andre resultater fra datamaterialet dersom man ser det fra et annet perspektiv.

4.8 Ethiske refleksjoner

Gjennom historien har det vært flere eksempler der mennesker har vært utsatt for grusomme handlinger i forskningens navn. For å forhindre dette er man i dag som forsker underlagt en rekke lover og deklarasjoner som Helseforskningsloven og Helsinkideklarasjonen. Dette for å motvirke at enkeltpersoner utsettes for unødig skade og påkjenning fra forskerens side (Ruyter, 2003).

Informantene som deltok i denne studien fikk tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 2). Informasjonen inneholdt hensikten med studien, hva resultatene skal brukes til, forløp for intervjuer, innsamling og oppbevaring av datamaterialet, hvor lenge materialet vil bli oppbevart før sletting, samt skjema med informasjon om informert samtykke (vedlegg 3). I informert samtykke fremheves det at informantene når som

helst kan trekke seg fra studien uten at det skal få negative konsekvenser for vedkommende (Ruyter, 2003). Studien var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 5) før jeg tok kontakt med informantene. For å ivareta informantene var det satt av tid etter intervjuene, slik at informantene kunne snakke om intervjuopplevelsen, hvis de skulle ha behov for det.

For å forhindre at informantene gjenkjennes av de som har kjennskap til at jeg skriver denne oppgaven og kjenner til fysioterapeutmiljøet her, har jeg sensurert personlige opplysninger og annen informasjon som kan være identifiserende.

.

5. Resultater

I dette kapitlet vil jeg starte med å se nærmere på informantenes utgangspunkt før de fikk veiledning i lymfødembehandling. Jeg vil deretter beskrive hva slags veiledning de har fått og hvordan det har forgått. Til sist vil jeg se på hva informantene opplever å få igjen for denne veiledningen og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

5.1 Kommunefysioterapeutene har behov for veiledning

5.1.1 Informantene opplever å ha utilstrekkelig grunnkunnskap i lymfødembehandling

Informantene forteller at de opplevde å ha for lite kunnskap om lymfødem og lymfødembehandling når de fikk sin første lymfødempasient. Samtlige av fysioterapeutene forteller at det var svært lite eller ingen undervisning i lymfødembehandling da de gikk på bachelorutdanningen i fysioterapi. En av informantene husker tilbake:

"Vi hadde en sånn temadag eller to tror jeg det var på utdanninga på tredje året.(...) Da hadde vi først en dag med teori og så hadde vi en dag der vi fikk praktisk øving med pasienter og litt sånt. Det var alt vi hadde på utdanninga."

På bakgrunn av dette opplevde informantene at de hadde et for snaut kompetansegrunnlag til å kunne gi lymfødembehandling. Det var på bakgrunn av dette at de tok kontakt for å få veiledning da de fikk sin første pasient med diagnosen. En av informantene forteller at han i utgangspunktet søkte etter noen andre han kunne henvise pasienten med lymfødem til.

"Ja, vi hadde en pasient som slet med tungekraft og hun ble operert i 2014 og fikk masse lymfødem etterpå. Hun fikk henvisning for å få lymfødembehandling, lymfedrenasje og tok kontakt med meg. Og siden jeg ikke hadde noen kompetanse så begynte jeg å lete etter noen som jeg kunne henvise henne til."

Denne informanten kjente ikke til at spesialisthelsetjenesten hadde fysioterapeuter med kompetanse i lymfødembehandling. Da han fikk kunnskap om det, tok han kontakt og fikk veiledning, og fortsatt å behandle pasienten selv. En annen informant tok også raskt kontakt med spesialisthelsetjenesten da hun fikk sin første pasient med lymfødem.

"I det tilfellet jeg hadde så var det helt klart at her måtte vi gjøre noe kompresjonsbehandling, og ingen av oss hadde noe kompetanse på det. Derfor tok vi bare direkte kontakt med sykehuset".

Noen av informantene har bare hatt en pasient med denne diagnosen, andre har jobbet i mange år med pasienter med lymfødem. Det kommer derfor kanskje overraskende at alle, informantene, også de mest erfarne, forteller at de kan føle seg usikre i behandlingen av pasienter med lymfødem. En av informantene som har mest erfaring med denne pasientgruppen beskriver det slik:

"Altså det er jo sånn der... noen ganger kan det hende at jeg tenker at -er det her bra nok... om jeg har kompetanse til det... det kan være litt skummelt, det er i de tilfellene at jeg tar kontakt med sykehuset og spør om jeg kan få hospitere."

Behandling av pasienter med en kreftdiagnose kan innebære tap av liv, noe som kan være krevende i seg selv. Når lymfødembehandlingen i tillegg oppleves som ukjent terreng vil enkelte fysioterapeuter vegre seg for å tilby behandling til disse pasientene.

"Det at jeg tør å ta tak i det, er (fordi) at jeg har tatt kontakt med andre behandlere som har mer erfaring og fått hospitert der og fortsatt med behandling. Jeg opplever at mange av de andre fysioterapeutene har litt sånn redsel for å ta tak i dem, nei da er det, hvis det har vært kreft eller at det er det, da vil de ikke ha noe med det å gjøre."

En alvorlig konsekvens ved å ha for lite kompetanse i lymfødembehandling, er at det kan gå utover pasienten. To av informantene forteller om tilfeller der de har unnlatt å gi behandling til pasienter med lymfødem på grunn av manglende kompetanse i denne behandlingsformen. Eksempelene de nevner dreier seg om alvorlig syke pasienter med omfattende helseplager og lymfødemproblematikk.

"Jeg har hatt en pasient til, men den pasienten døde faktisk. Hun ble henvist for lymfødembehandling da jeg begynte i jobben, men da hadde jeg ikke noe kompetanse eller sånne ting, så... Og jeg hadde også lang venteliste her, så jeg tok aldri kontakt med henne."

En annen informant forteller om en pasient hun avsluttet. Hun sier at hun kunne gitt et tilbud om lindrende behandling hvis hun hadde hatt den samme kompetansen i lymfødembehandling som hun har nå. Jeg gjør oppmerksom på episoden det vises til skjedde før lymfødempoliklinikken ble opprettet.

"Det var en veldig veldig langtkommen sykdomsfase hos en pasient som bodde hjemme, men det var en pasient som allerede var i terminalfasen. Og det var nok sånn at jeg vurderte i samråd med hjemmesykepleien at personen hadde så store helseproblemer og kort levetid igjen at det var ikke så nyttig at jeg deltok videre i behandlingen av pasienten. Og da var det snakk om sånn elefanthud som sprengete, hud som var perforert og at det seiv ut væske. Ja, det var sånn at jeg tenker at om jeg hadde hatt mer kunnskap om lymfødem, så hadde jeg kanskje helt sikkert kunne bidratt med i lindrende behandling for den pasienten, men jeg trakk meg heller unna for at jeg tenkte at det her har jeg rett og slett ikke kompetanse til, og veie opp mot, sant at det jeg gjør, bidrar det i stor nok grad som smertelindring eller er det bare enda en person som skal gjøre helsehjelp, sant at det blir mer stress for den."

5.1.2 Informantene beskriver manglende kunnskap om lymfødem blant helsepersonell

Flere av informantene tar på forskjellige vis opp at de opplever at helsepersonell har lite kjennskap til lymfødem. De opplever dette som en ekstra utfordring, da de kan erfare at pasienter henvises til fysioterapeut i seneste laget. Det er viktig å starte behandlingen av lymfødem tidlig for å hindre en eskalering av problemet. Her er noen av informantenes tanker om dette temaet:

"Jeg tenker at det er for lite kompetanse på det (lymfødem), at helsepersonell generelt vet for lite om hva man kan gjøre og hvis du er så heldig at noen vet om det, da er pasienten heldig, tenker jeg."

En annen informant deler denne oppfatningen. I tilfeller med lymfødem er det viktig å få kvalifisert behandling så fort som mulig. Å ha kjennskap til lymfødem og vite hvor en henviser pasienten er derfor av vesentlig betydning.

"Men jeg tenker at absolutt, at det er viktig, at folk og helsepersonell får mer kunnskap om det (lymfødem). Sånn at man kan henviser og gi den rette hjelpen (...)Noen ganger burde de (pasientene) kommet tidligere (til behandling)."

Flere av informantene tar også opp at de har inntrykk av at behandlingstilbudet til pasienter med lymfødem ikke er like godt kjent hos legene.

"Hvis det skulle være en endring mot det bedre så, at legene fikk større kjennskap til det, hva lymfødemklinikken kan bidra med og hvordan lymfødembehandling kan bidra. For jeg har forståelse av at det er ikke alle legene som vet at det finns et tilbud."

5.1.3 Kommunefysioterapeutene ønsker mer kunnskap

Alle informantene gir tydelig uttrykk for at de gjerne vil lære mer om lymfødem og lymfødembehandling. De ønsker at sykehuset skal holde kurs, workshops og seminarer for dem, samt gi tips om forskning og liknende. Informantene ønsker å bli mer selvstendige og trygge i møtet med pasienter med lymfødem.

"Det hadde vært veldig greit hvis vi kunne blitt invitert på kurs på sykehuset... og da skulle vi fått litt mer opplæring eller litt mer kunnskap om andre behandlingsmetoder for andre områder i kroppen. Slik at når den tida kommer, hvis jeg plutselig får en pasient, selvfølgelig kan jeg ta kontakt med poliklinikken, men jeg har litt mer kunnskap. Fordi alle fysioterapeuter har ikke mulighet til å ta spesialisering i lymfødembehandling."

Flere av informantene sier at de er interessert i å ta videreutdanning i lymfødembehandling, men de påpeker at det er dyrt og tidkrevende. En av informantene reflekterer rundt at det er litt problematisk å skulle bruke så mye ressurser på en så liten pasientgruppe.

"Jeg synes det er ganske stor utgiftspost da, å ta det fire ukers - kurset, og det er nok en hvilepute, at dem har det på sykehuset. Også har jeg ikke så mange pasienter at det kan... det er liksom ikke det som er blitt prioritert."

For en av informantene, som jobber på et institutt, er tapt arbeidsinntekt også en faktor som hun må ta stilling til, når hun skal vurdere om hun skal ta videreutdanning i lymfødembehandling.

"Det koster ganske mye å ta det (videreutdanning i lymfødem), både i det at du skal være borte fra jobb og alt, så det hadde sikkert fort blitt hundre tusen det, hvis jeg skulle tatt det. Så det har jeg ikke gjort da. Og, det er klart, det er ikke så mange lymfødempasienter vi har."

En annen utfordring for informantene er at lymfødem og lymfødembehandling er et lite fagfelt. Ny kunnskap på området er ikke så lett tilgjengelig, slik at man vil måtte bruke litt tid på å lete frem informasjon og sette seg inn i det.

"Men det er akkurat det, at det er begrenset hva du får av tid til å lete opp nytt på fagfronten, for for eksempel de der 'Fysioterapi' og 'Privat praksis', de der bladene, som i Fysioterapi, jeg synes det er veldig bra, men det er jo sjelden det står noe om lymfødem der, som er den store gruppa. Så hvis de er på noen seminarer eller kongresser eller rundt omkring, så kunne de jo spredd litt mer av sin kunnskap. For dem sitter sikkert med mer enn det vi kan i hvert fall, som bare har en og annen pasient som vi kan bruke det her på."

En av informantene mener at kommunefysioterapeutene kanskje ikke har vært like flinke til å be om mer informasjon. Til tross for gode intensjoner, kan det være vanskelig å få tid til faglig oppdatering,

"Så egentlig er det kanskje vi som er litt sløv og med å etterspørre enda mer informasjon selv, enn vi har gjort. Men det er det at hverdagen tar deg, vet du, så du får jo liksom ikke tida."

Flere av informantene tar opp mangel på tid som en av faktorene som hemmer kunnskapsutvikling. Et annet moment er at fysioterapeutene stort sett er alene om ansvaret for pasienter med lymfødem i sin kommune. De må derfor henvende seg til andre kunnskapskilder enn arbeidsplassen for å innhente og vedlikeholde

fagkunnskap om lymfødem. En av informantene blir spurt om hvordan hun opplever å være alene i kommunen om å behandle pasienter med lymfødem:

"Det er jeg ganske vant til, for vi er jo en liten kommune og det er veldig mange forskjellige problemstillinger i forhold til pasienter som får fysioterapioppfølging... og det er veldig stor forskjell i behovene hos folk. Så det er lite spesialisering innen et spesielt område, og også pasientgrupper."

Noen av informantene nevner også at det er lange ventelister og underdekning av fysioterapeuter i kommunen. I den forbindelse blir det vanskeligere å få til kunnskapsutvikling i arbeidshverdagen.

5.2 Veiledningen har gitt ny kunnskap

5.2.1 Veiledningen har vært praksisnær

Informantene har fått fysisk veiledning når de har vært på hospitering på sykehuset og når fysioterapeuten på sykehuset har kommet til dem. I de aller fleste tilfellene kommundefysioterapeutene forteller om har pasienten vært med på denne veiledningen, og de har dermed fått muligheten til å få tilbakemelding på behandlingen både fra veilederen og pasienten.

"Vi har hatt en bestemt problemstilling som vi har diskutert og som jeg har fått veiledning på og da har det alltid vært med pasienten til stede."

Den praktiske veiledningen som informantene forteller om har likhetstrekk med tradisjonell mester-lærling tilnærming, der mesteren demonstrerer først, deretter prøver lærlingen seg frem under mesterens oppsyn og instruksjon.

"Det var det satt av, tror det var en og en halv time til den behandlingen, så det var 'Kim' som gjorde den behandlingen. Han hadde forberedt seg ved å lage et skriv til meg av hva han kom til å gå gjennom av manuelle teknikker sånn punkt for punkt. Det var veldig greit for da slapp jeg liksom å notere mens han jobba, jeg fikk konsentrert meg om å se. Og da veksla det mellom at han gjorde behandling og så at jeg også prøvde meg på grepene, også ga han meg veiledning på... ja, instruksjon om det var noe jeg måtte forandre på."

Informantene forteller at den kliniske veiledningen har foregått både gjennom undersøkelser og behandling. De felles undersøkelsene har hatt fokus på å kunne kjenne igjen et lymfødem. En av informantene forteller:

"Noen ganger har det vært sånn at jeg har bedt om veiledning fordi jeg har vært usikker på om det har vært et lymfødem. Vi har gjort noen undersøkelser sammen så om hva de tror det her er, og er det et lymfødem eller en annen type ødem."

Veiledningen i lymfødembehandling har fokusert på den enkelte pasientens problemstilling. Noen av tilfellene har vært mer kompliserte, med behov for et spesielt tilpasset behandlingsopplegg.

"Hun veiledet meg på en som hadde kreft i halsen.(...) Men jeg var litt redd, for han var jo bestrålt her (peker på halsen) og hadde veldig problemer med tunga si og kramper i muskulaturen her (peker på kinnene), og ønsket massasje. Ja og da var jeg jo veldig usikker på -skal jeg tørre å gå så veldig mye inn i det området der? Så da fikk jeg litt veiledning på hva slags alternative ting vi kunne gå inn og gjøre da."

Kreftoperasjoner og stråling kan gjøre at lymfen må dreneres på en annen måte enn det som er rutinen. En av informantene deler sin erfaring:

"Hun hadde fjernet begge brystene, så hun var på en måte litt sånn utfordring i forhold til hvor jeg skulle lede lymfestrømmen også. Så det var jo selvfølgelig en utfordring, men det fikk jeg ganske mye veiledning på."

Et hjelpemiddel som er blitt brukt mye i veiledningen i lymfødembehandling er videoopptak. De fleste informantene har tatt opp video av veiledningen i manuelle teknikker og bandasjering. De omtaler alle dette som en veldig lærerik metode, da de kan gå tilbake til videoen flere ganger for å lære seg teknikker og grep, som det gjerne tar tid å lære ordentlig. Siden det kan gå lenge mellom hver gang de får praktisert den nye kunnskapen de har tilegnet seg, er video et nyttig hjelpemiddel for å friske opp hukommelsen.

"Og da kom 'Anne' ned til meg og pasienten var til stede, og 'Anne' surra og jeg tok video mens 'Anne' surra, og jeg brukte den videoen og brukte den mange"

ganger etterpå, for den har jeg jo, selv om det ikke er akkurat den pasienten da, bare for å repetere og huske hvordan jeg gjør det."

Flere av informantene forteller at de har brukt disse opptakene mange ganger. Den eneste informanten som ikke har tatt videoopptak, sier at hun gjerne skulle hatt anledning til å gjøre akkurat det. Hun begrunner det slik:

"For det er litt sånn med hukommelse, hvis man ser en lapp med notater, så er det ikke like lett å huske tilbake akkurat hvordan man beveger hendene eller hvilken retning, og.. ja, det er mange nyanser i måten å bruke hendene på som ikke er så lett å beskrive på et notat eller å se på hvis man bare ser et stillbilde."

Informantene forteller at de også ofte diskuterer problemstillinger på telefon og e-post. Muligheten til å utveksle erfaringer og diskutere faglige anliggender er kjærkomment, da informantene stort sett er alene om å behandle pasienter med lymfødem i sin kommune.

"Og det som er veldig ok med sånn der veiledninger, det er jo bare det å få diskutert det med noen altså. Ja, høre, si noe om de tankene jeg har om hva slags ideer jeg har og får noen nye ideer, og ja."

5.2.2 Veiledningen har gitt fysioterapeutene grunnleggende kunnskap om lymfødem

Flere av informantene forteller at de på veiledningen med fysioterapeuten fra sykehuset fikk grunnleggende kunnskap om lymfødem og lymfødembehandling. Dette er kunnskap de fleste sier at de ikke hadde fra før.

"Jeg fikk god hjelp, fordi vannskillenettverk og sånne ting, det visste jeg ikke fra før, fra bachelorutdanningen, ikke sant."

Essensielle momenter som viktigheten av å sette i gang behandling tidlig ble tatt opp da de fikk veiledning av fysioterapeuten på sykehuset.

"Da skjønnte vi at for å forhindre et kronisk problem, så er det veldig veldig nødvendig og viktig å starte i gang rask og tidlig behandling. Så det er vel det

der man tenker at hvis man ser en hevelse, at å se om det er kronisk eller om det er nyoppstått, eller hvor lenge det har vart... og har fått kanskje litt mer stress i forhold til å sette i gang tiltak."

Andre viktige aspekter som å observere huden og riktig pleie av skadet hud, ble også viet oppmerksomhet på veiledningen i lymfødembehandling.

"Det jeg husker veldig godt ifra den veiledningstimen var at behandlingen også dreide seg veldig mye om hudkvalitet og sjekke om huden er hel og at det ikke blir infeksjoner og sånt og det var et punkt som jeg ikke hadde vært opptatt av tidligere."

Informantene lærte også det grunnleggende om lymfesystemets oppbygning og funksjoner og prinsippene bak lymfedrenasje.

"Ja, jeg kan jo prøve å huske tilbake til det, men da var det altså åpning av lymfeporter, altså vi fikk kort innføring i hvordan man gjør det å åpne vannskillene og hvilke tømmestasjoner man skulle jobbe mot, og at det ikke nødvendigvis gjaldt å drenere til den nærmeste tømmestasjonen."

5.2.3 Informantene har lært nye ferdigheter

Informantene forteller at de har lært praktiske ferdigheter som manuell lymfedrenasje og bandasjering. Dette er intrikate teknikker som krever tid og øvelse for å mestre. Noen av informantene har lært å ta mål til kompresjonsplagg og en av fysioterapeutene har lært å bruke pulsator (apparat som drenerer lymfen).

"Så kompresjonsbehandlingen som jeg lærte hjelper veldig mye for å holde ødemet i sjakk. Så jeg er veldig fornøyd med hjelpen, og jeg er enda mer fornøyd fordi jeg, eller vi fikk hjelp så fort."

Manuelle ferdigheter som lymfedrenasje krever mye tid og øvelse for å mestre. Noen av informantene opplyser om at de har trengt flere veiledninger for å bli trygg på denne behandlingsformen.

"Jeg følte meg trygg på det jeg gjorde (lymfedrenasje) etter å ha fått opplæring. Mye tryggere enn jeg var første og andre gangen jeg var innom der."

De fleste pasienter med lymfødem bruker kompresjonsmateriell, slike strømper til ben og armer sys på mål og hjelper til å lede lymfen vekk. Bare fysioterapeuter med videreutdanning har lov til å ta mål og bestille kompresjonsmateriell, så mange av henvendelsene mellom sykehuset om kommunene dreier seg om kompresjonsmateriell. Men to av fysioterapeutene har lært seg å ta mål selv, slik at pasienten slipper å reise helt til sykehuset for å bli målt. En annen informant har lært seg å bruke pulsator, et drenasjeapparat som hun har fått låne av sykehuset. Dette er et apparat som bruker lufttrykk til å drenere lymfen. Her forteller hun om en veiledningssituasjon i forhold til pulsatoren.

"Og nå kan jeg jo faktisk gi de her beinpasientene pulsatorbehandling!(...) Jeg har fått litt veiledning da fra "Kim" i forhold til hva som skjer, altså det er ikke om å gjøre å øke trykket mest mulig, for da kan du faktisk risikere å gjøre det verre, hvis trykket blir for hardt."

5.3 Følger av veiledningssamarbeidet

5.3.1 Veiledningen har gitt informantene trygghet

Informantene er stort sett alene i sin kommune om å behandle pasienter med lymfødem. Alle informantene trekker frem at de setter stor pris på å kunne diskutere problemstillinger knyttet til lymfødembehandling med noen andre.

Kommunefysioterapeutene sier at de føler seg trygge på den lymfødembehandlingen de har fått opplæring i.

"Jeg klarte i hvert fall å få meg så mye trygghet at jeg gjorde det selv etterpå. Da tenker jeg det er en god veiledningsepisode, at det gir meg trygghet til å fortsette den behandlingen på egen hånd. Ikke blir nødt til å henvise videre, da tenker jeg at det er en god veiledning. Og det hjelper, gagnar pasienten."

"I de tilfellene der jeg har fått veiledning, altså ved hospiteringsbesøkene så føler jeg meg veldig trygg. I de nye tilfellene, der er jeg ikke fullt så trygg."

Gjennom informantenes beskrivelser kommer det frem at å mestre nye ferdigheter gir dem selvtillitt. Dette gjør at terskelen for å ta på seg liknende oppgaver blir mindre. En av informantene formulerer det slik:

"Det er kanskje lettere å gjøre noe, eller ta tak i ting når man har den kunnskapen (om lymfødembehandling). Det er litt sånn at hvis man er litt ukjent så er det kanskje vanskeligere å kunne spørre for å ta det videre. Jeg tenker at nå, hvis jeg hadde fått en pasient (med lymfødem) igjen, så hadde jeg ikke nølt med å ta saken. Ja. Også vet jeg at jeg har muligheten til å kontakte sykehuset på nytt hvis jeg skulle få behov for mer hjelp. Det er en trygghet i seg selv."

En av fysioterapeutene forteller at hun holdt undervisning om bandasjering og riktig stell av huden for pleiepersonalet på et sykehjem etter at hun selv hadde fått opplæring av spesialisthelsetjenesten. Fokuset var da på å forbygge trykksår. Hun forteller det slik:

"Og bare det, i forhold til sårstell så har det med bandasjering god effekt... Det har vært folk som har trykksår etter å ha blitt operert eller ligget lenge i ro, det bare dukker opp. Og så har jeg brukt akkurat den samme teoriopplæringen til ansatte, hvordan de skal bandasjere. Og de opplevde det som fornuftig. Da nølte jeg ikke med å hoppe i det og bare gå inn og hjelpe til."

Informantene forteller at de har hatt flest gode erfaringer med pasienter med lymfødem etter at de fikk veiledning. De meddeler at pasientene gir tilbakemelding på at hverdagen deres blir enklere og de har effekt av behandlingen. I tillegg er ofte fremgangen både synlig og målbar, noe som oppleves svært motiverende for fysioterapeutene og gir mestringfølelse.

"Han viste hvordan jeg skal gjennomføre lymfedrenasje med å begynne fra baksiden av ryggen og skulder og pectoralregionen og på halsen. Og da lærte jeg mye og kom tilbake og begynte med behandlingen med en gang, og pasienten fikk veldig god effekt av den."

En annen informant forteller om en pasient med kreft i halsen. Her utgjorde lymfødembehandlingen en fundamental forskjell for pasienten. Dette eksempelet illustrerer godt hvor viktig det er at lymfødempasienter får kvalifisert behandling.

"Jeg hadde den pasienten som hadde kreft i halsområdet, og.. det ble lettere for han å svelge og spise. Det var en pasient som var underernært og han klarte å gå litt opp i vekt fordi han klarte å spise, og han lærte å holde det i sjakk selv etter at vi hadde gjort behandling her. Det var en sånn god opplevelse."

5.3.2 Pasientene kan få behandling i hjemkommunen

En av informantene sier at han ikke kunne gitt et tilbud til pasienter med lymfødem hvis han ikke hadde fått veiledning i lymfødembehandling. Det ville i tilfelle bety at pasienten måtte pendle til sykehuset, en betydelig avstand. Dette ville begrense både hyppigheten på behandlingen, men også i noen tilfeller muligheten for behandling i det hele tatt, da fjellovergangen kan være stengt om vinteren. Informanten fremhevet det som en stor fordel, både for han selv og pasienten at han fikk kunnskap om lymfødembehandling og kunne behandle pasienten i hjemkommunen.

"Så jeg vet at jeg har en one-stop shop, på en måte, der hvor jeg kan få litt opplæring og undervisning og tips og triks. For jeg vil gjerne at pasienten fortsetter her for det er ganske fornuftig for oss og for staten og også for samfunnet. Man trenger ikke å dra hver dag, og særlig her om vinteren nå fjellovergangen blir stengt og såne ting, da er det vanskelig."

En annen informant tar også opp at det er langt å reise til sykehuset for å få behandling. Pasienter med lymfødem har behov for hyppig behandling i perioder. Lange avstander kan gjøre det vanskelig å følge opp slik behandling.

"Mange ganger så er det sånn at det er et kronisk problem og at pasientene syns det er langt å reise helt til sykehuset for å få den behandlingen, og så har dem spurt fastlegen sin om dem kan få behandling her på hjemstedet."

5.3.3 Samarbeidet innebærer en arbeidsfordeling

Etter at sykehuset åpnet lymfødempoliklinikken har kommunene og sykehuset opprettet et samarbeidsforhold som innebærer en arbeidsfordeling. Blant annet dreier

det seg om at sykehuset i større grad gjør bandasjering og har avtalt dette med kommunene. En av informantene forteller:

"Men etter at lymfødempoliklinikken har åpna så har jeg ikke fått veiledning i bandasjering, da liksom avklarte vi at det skal lymfødempoliklinikken ta seg av."

Samtlige informanter opplyser også om en fordeling der sykehuset behandler pasienter som har behov for intensiv behandling. Dette innebærer daglig behandling og bruk av bandasjering og pulsator (apparat som drenerer lymfen). Deretter overtar kommunene pasientene og følger opp i vedlikeholdsfasen. Pasientene trenger da ikke behandling like hyppig og de har ofte fått med seg kompresjonsmateriell fra sykehuset. En av informantene forteller:

"Jeg har henvist dem videre hvis jeg tenker at dem må ha mer intensiv behandling, mer fullverdig lymfødembehandling, som jeg tenker er både lymfedrenasje, strykninger, pulsatorbehandling, surring, ja og måltaking etter hvert da, til strømper og sånn. Så da har jeg henvist dem til sykehuset."

Informantene sier ingenting om hva som har ført frem til denne arbeidsdelingen, men en av informantene kommenterer at hun ikke har kapasitet til å gi så hyppig behandling. Pasienter med lymfødem behøver intensiv behandling, dette innebærer daglig terapi. Kompetanse blir også nevnt som årsak til denne arbeidsdelingen.

"Også er det noen da som er så veldig ødematøs at jeg verken har følt at jeg har kompetanse eller kapasitet til å ta dem inn så intensivt som jeg burde ha gjort. Og da har 'Kim' og 'Anne' tatt dem da inn til behandling. Og så har jeg fått dem tilbake igjen når de har vært ferdig med den intensive perioden og så følger jeg dem da, mer sånn i vedlikehold."

5.3.4 Lavere terskel for å ta kontakt

Da lymfødempoliklinikken ble opprettet ble veiledningen mellom sykehuset og kommunen mer organisert. Informantene sier at samarbeidet ble bedre og terskelen for å ta kontakt ble lavere etter at poliklinikken åpnet. En informant beskriver det slik:

"Jeg er veldig fornøyd med at lymfødempoliklinikken er sånn offisielt blitt satt på kartet. Ja, jeg opplever at det er veldig mye lettere å ta kontakt for å få veiledning. Men det er veldig.. den forandringen. Jeg tenker at den spesielle poliklinikken, selv om det ikke er sånn..fordi lokalene er jo de samme, men det er bare på organisasjonskartet at det står tydelig at det er et tilbud. At i hvert fall, jeg føler det som at terskelen for å ta kontakt er veldig mye mindre.(...) Det er noe med det der lille ekstra. At når man vet at dem har den klinikken, at det er spesielt satt av tid til den pasientgruppen, at det er liksom enda lettere (å ta kontakt)."

At behandlingstilbudet til pasienter med lymfødem nå er organisert, gjør det også lettere å henvise pasienter dit. Tilbudet er blitt mer synlig og offisielt. En av informantene forklarer det slik:

"..Også kanskje i forhold til legestanden også at det er sånn mer organisert. Det er ikke bare at jeg kan si at jeg tror at den her pasienten hadde hatt godt av å få en vurdering hos en fysioterapeut med spesialkompetanse, men at det blir sånn at det er lymfødempoliklinikken og det er mer sånn håndfast plass å si at - prøv å henvise dem dit, på en måte."

En annen endring etter at tjenesten ble organisert er at informantene synes at det er lettere å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten. En av informantene kommenterer at hun nå i større grad oppfatter det som at sykehuset har et veiledningsansvar.

"Det har vel påvirket det i den grad at terskelen for å ta kontakt har blitt mindre, at jeg tenker at dem (lymfødempoliklinikken) har rett til å svare oss hvis vi henvender oss til dem. At jeg tenker på at det blir ikke sånn at jeg maser på fysioterapeuten på sykehuset, sånn nå får dem ekstra, liksom mye mer å tenke på. Så det er vel det der at jeg tenker at siden de har åpnet lymfødempoliklinikken så har dem også det her veiledningsansvaret."

6. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene i lys av valgt kunnskapsteori og tidligere forskning på området. Det fremkom mange interessante temaer i datamaterialet, som vill vært interessant å drøfte videre. På grunn av studiens omfang vil ikke alle temaene bli omtalt i diskusjonskapitlet. Jeg har valgt å drøfte de emnene som jeg opplever at belyser problemstillingen min på en interessant måte. Resultatene henger sammen og overlapper hverandre, det vil også drøftingen gjøre.

6.1 Grunnleggende kunnskap om lymfødem

Informantene forteller om at de hadde lite kunnskap om lymfødem fra fysioterapeututdanningen. Den yngste av informantene er akkurat ferdig med turnustjenesten. Hun forteller at da hun studerte hadde de to dager om lymfødem og lymfødembehandling, noe som kan tyde på at det er lite fokus på dette på utdanningen. Som tidligere nevnt er det få fysioterapeuter med kompetanse innen lymfødembehandling (Helse Nord, 2013), og studier viser at pasienter opplever at helsepersonell generelt har lite kunnskap om lymfødem (Williams et al., 2004).

Bakgrunnen til at det er lite kunnskap om lymfødem blant fysioterapeuter kan skyldes flere forhold. Som informantene ofte fremhever er det få pasienter som har lymfødem. En av informantene som har vurdert å ta videreutdanning, synes det er problematisk å forsvare å bruke mye tid og ressurser på denne gruppen, når det er så få pasienter. Denne informanten jobber på et institutt. Dette stemmer overens med funnene til French og Dowds (2008). I privat praksis vil tid borte fra jobb føre til tapt arbeidsinntekt, i tillegg er kursets relevans for praksis en faktor som vil kunne være et hinder for kunnskapsutvikling (French & Dowds, 2008). En annen konsekvens av at det er få pasienter er at det er vanskelig å holde kunnskapen ved like.

Lymfødembehandling krever at en har praktiske ferdigheter som må oppøves gjennom jevnlig og lengre tids praksis. Molander (1996) skriver at praktiske ferdigheter krever øvelse. Dette vil vanskelig la seg gjøre dersom pasientgrunlaget er tynt.

En annen årsak til at kompetanse i lymfødembehandling er mangelvare kan komme av at lymfødembehandling bygger på kunnskap om lymfesystemet, og slik skiller seg fra annen fysioterapeutisk behandling, som er fundert på kunnskap om muskel-skjelett systemet og nervesystemet. Lymfødem er varierende og mangfoldig. I veileder for fysioterapi ved kreftrelatert lymfødem (1998) står det at lymfødembehandling er en utfordring for fysioterapeuter og god fagkunnskap og erfaring på området er viktig for å gi egnet behandling.

Da informantene fikk henvist sin første pasient med lymfødem hadde de ikke kompetanse til å gi egnet behandling, derfor søkte de hjelp og fikk veiledning. En av informantene sier at han i utgangspunktet hadde tenkt å henvise pasienten med lymfødem videre, fordi han ikke hadde nok kunnskap til å behandle pasienten selv. Størst følger har den manglende kompetansen hatt i de tilfellene der fysioterapeutene forteller at de har unnlatt å gi behandling. I eksemplene som informantene deler har det dreid seg om alvorlig syke pasienter med omfattende lymfødem, og behandlingstilbudet her ville i hovedsak bestått av lindrende behandling. Lymfødem hos pasienter i palliativ fase ses relativt hyppig, og kan gå ut over pasientens livskvalitet (Pyszora, Graczyk, Krajnik & Dos, 2007). Studier viser at manuell lymfedrenasje hos pasienter i palliativ fase kan ha vesentlig effekt på reduksjon av ødemet og smerte (Clemens, Jaspers, Klaschik & Nieland, 2010). I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2013) defineres fysioterapeuten som en del av kjerneteamet som skal være tilgjengelig for palliative pasienter. En av informantene uttaler at hun kunne ha gitt pasienten lindrende behandling dersom hun hadde hatt den samme kunnskapen da som hun har nå.

I forordet til Samhandlingsreformen (2012) står det at mange mennesker ikke får den hjelpen de trenger når de trenger den. Daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen skriver: *"Skal vi lykkes med gode pasientforløp, må vi sette kommunene i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging"* (Samhandlingsreformen, 2012). Kommunefysioterapeutene viser i eksemplene at de ikke var klare til å gi pasienten riktig behandling. De sier at de manglet kunnskap.

Nortvedt og Grimen (2004) viser til at Aristoteles delte ulike typer kunnskap i tre former; *Episteme*, *Techne* og *Fronesis*. Begrepet *Techne* innbefatter den praktiske

kunnskapen i å kunne lage noe og inkludere både håndverk og kunst (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 170-172). Fysioterapeutisk behandling av lymfødem forstår jeg som en form for Techne. Den norske filosofen Kjell S. Johannessen deler ulike former for kunnskap inn i begrepene påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 172; Molander, 1996, s. 40). Å utføre manuell lymfedrenasje er en praktisk oppgave som krever praktiske ferdigheter, tilsvarende Johannessens beskrivelse av begrepet ferdighetskunnskap.

6.2 Behov for kunnskapsutvikling

Alle informantene sier at de ønsker å lære mer om lymfødembehandling. En av informantene sier at han gjerne skulle ha vært bedre rustet til å møte pasienter med lymfødem "av alle slag". Ønsket om å få mer kunnskap fra spesialisthelsetjenesten henger nok også sammen med at fysioterapeutene stort sett er alene om å behandle pasienter med lymfødem i sin kommune. De kan diskutere problemstillinger tilknyttet andre fagområder med kolleger, men dersom de har spørsmål om lymfødem må de søke råd andre steder. Informantene ønsker å få mer kunnskap gjennom workshops, kurs, samt informasjon om forskning på området. At informantene ønsker en mangefasettert fremgangsmåte for å oppnå faglig videreutvikling stemmer overens med funnene til French og Dowds (2008), som også viser til at mer interaktiv læring gir endringer i profesjonell praksis, i motsetning til mer passive læringsformer.

Flere av informantene i denne oppgaven snakker om at det er lange ventelister og for lite ressurser. Dette gjør at det kan være vanskelig å få tid til fagutvikling i en travel hverdag. "Hverdagen tar deg", sier den ene informanten. Mangel på tid trekkes frem som en av faktorene som hindrer kunnskapsutvikling hos fysioterapeuter i flere studier (French & Dowds, 2008; Giltvedt, Sætrang & Tveiten, 2012). Felles hos alle informantene er at de etterspør mer informasjon om forskning på området. En av informantene begrunner det med at det er veldig sjelden det står noe om lymfødem i fagtidsskriftene, og det krever tid og kunnskap å søke opp ny forskning selv i databasene. At det kan være utfordrende å følge med på nyere forskning og utvikling i en travel arbeidshverdag er også blant funnene hos Giltvedt et al. (2012).

Behandling av lymfødem vil i stor grad innebære at informantene tilegner seg praktiske ferdigheter, som de ikke kan lese seg til. Mangel på tid vanskeliggjør slik

læring. Molander (1996) vektlegger at det tar tid å lære praktiske ferdigheter, og det tar tid å oppnå forståelse. Schön (Schön, 1987, s.311) skriver at en trenger tid til å begynne å mestre en ferdighet, til å gjennomgå hele læringscyklusen og til å skifte gjentatte ganger mellom refleksjon-i-handling og refleksjon-over-handling.

Refleksjon-i-handling innebærer å kunne reflektere over hva en gjør *i handlingen* og denne refleksjonen oppstår gjerne i situasjoner der det oppstår noe uventet.

Begrepet refleksjon-over-handling viser til å reflektere over hvordan vi kan endre praksis etter at hendelsen har funnet sted (Schön, 1991, s. 26). Schön (1991) vektlegger refleksjonens betydning som en viktig forutsetning for å lære.

En av informantene nevner at kommunefysioterapeutene kanskje ikke er flinke nok til å etterspørre mer informasjon. Kommunehelsetjenesteloven (2011) omtaler ansvaret kommunene har for å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer blant annet samarbeid for å sikre et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, et verdig tjenestetilbud og tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (Kommunehelsetjenesteloven, 2011). Samtidig har spesialisthelsetjenesten et veilederansvar overfor kommunene (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Ansvaret for samarbeid og kunnskapsutveksling er altså en likedelt oppgave mellom nivåene, selv om funksjonene er forskjellige. Informantene gir uttrykk for at de ønsker et større initiativ fra spesialisthelsetjenesten, men de har også selv en plikt til å søke råd og veiledning.

6.3 Praktisk kunnskap og kunnskapsoverføring

Informantene forteller at veiledningen fra spesialisthelsetjenesten har forgått på forskjellige måter. Blant annet gjennom praktisk øving der de har prøvd ut ulike behandlingsteknikker selv, slik har de lært seg ny praktisk kunnskap. Gjennom praktisk veiledning har informantene lært seg ferdigheter, som bandasjering og manuell lymfedrenasje. Dette er kunnskap som ikke kan tilegnes gjennom språklige fremstillinger, tilsvarende Polanyis begrep 'taus kunnskap' (Molander, 1996). Denne kunnskapen er integrert i handlingen og det kroppslige (s. 33-34, 38). Noen av informantene har lært seg å ta mål til kompresjonsstrømper, andre har lært å bruke pulsator (apparat for lymfedrenasje). Praktisk kunnskap kan ikke skilles fra personen som har den, heller ikke fra situasjonen den benyttes (Nortvedt & Grimen, 2004).

Dette kalles kunnskapens indeksialitet. Praktisk kunnskap kan bare tilegnes gjennom relevante førstehåndserfaringer (s. 165-166).

Informantene forteller om veiledningssituasjoner der veilederen først demonstrerer grepene, deretter får de prøve selv og så korrigerer veilederen. Kommunefysioterapeutene har brukt mange timer på veiledningen på å øve seg for å mestre manuell lymfedrenasje eller bandasjering. Denne øvingen kan minne om Schöns eksempel fra celloundervisningen nevnt i kapittel 3 (Schön, 1987, s. 176-177; Molander, 1996, s. 12-13). I likhet med celloeksempelet er treningen på å beherske grepene og bandasjeringsteknikken også en øvelse i å være *oppmerksom* på alle detaljene. En av informantene formulerer det slik: **"Det er mange nyanser i måten å bruke hendene på som ikke er så lett å beskrive på et notat."** Informantene bruker lang tid på å mestre de manuelle teknikkene. De mange nyansene i grepene, håndtrykket og bevegelsene krever stor grad av oppmerksomhet. Molander (1996) anser kunnskap som en form for oppmerksomhet. Kunnskapen finnes i handlingen og det kroppslige og oppmerksomheten er i sentrum - i det rette håndlaget og blikket for hva som skal gjøres (Molander, 1996, s.38).

Å lære seg manuell lymfedrenasje fra en skriftlig kilde, vil være en umulig oppgave. Den manuelle behandlingen er i høyeste grad en kroppslig erfaringsbasert kunnskap, slik sett hører den hjemme blant andre praktiske kunnskapstradisjoner der kunnskap skapes gjennom demonstrasjon, øvelse og personlig erfaring. Molander (1996) viser til hvordan båtbyggeren Göstas kunnskap er overlevert fra den kyndige til den ukyndige uten bruk av ord, og at kunnskapen han besitter er praktisk kunnskap som ikke kan formidles verbalt, en taus kunnskap.

For å oppnå praktisk kunnskap kreves det øvelse. Flere av informantene forteller at de synes det er vanskelig å bli god på bandasjering, fordi det kan gå lenge mellom hver gang de har en pasient med lymfødem. Bandasjering er en intrikat teknikk, det krever tid å mestre teknikken og det fordrer øvelse å holde kunnskapen ved like. Molander (1996) skriver at det tar tid å lære. Øvelse og atter øvelse tar tid, og det tar tid å oppnå forståelse- det å lære å lære. Han mener at en må veksle mellom ulike perspektiv i en modningsprosess der en oppdager hvor lang tid det tar å lære (Molander, 1996, s.157).

Flere av informantene fortalte at de hadde tatt opp video av ulike veiledningsepisoder der manuell lymfedrenasje eller bandasjering ble vist. De fortalte at de hadde sett på opptakene mange ganger for å lære seg grep og bandasjeringsteknikk. De satte også pris på muligheten til å kunne gå tilbake til en veiledningsepisode og få "oppfrisket gammel kunnskap". Dette gjorde at informantene kunne reflektere over forskjellige aspekter ved veiledningsepisoden. Slik refleksjon-over-handling er en vesentlig faktor i kunnskapsutvikling (Schön, 1991). Videoopptak av veiledningen var også et etterspurt tiltak for å komplettere "real-life guidance" hos Normann et al. (2014).

Informantene forteller at de er alene om ansvaret for pasienter med lymfødem i sin kommune. De andre kollegene har svært lite eller ingen kompetanse i lymfødem, derfor setter informantene pris på å kunne diskutere faglig spørsmål rundt dette med fysioterapeutene på lymfødempoliklinikken. De faglige diskusjonene skjer på telefon, på e-post og i de praktiske veiledningssituasjonene. Molander (1996) skriver at formålet med dialogen er å oppnå en felles forståelse. Gjennom spørsmål og svar kommer den ikke-reflekterte kunnskap vi har frem i lyset. Han sammenlikner den dialogiske strukturen med den hermeneutiske sirkelen, det er en veksling mellom perspektiver og en veksling mellom del og helhet (s. 99, 238-239). Denne dialogen anser Molander (1996, s. 83) for å være en grunnleggende modell for kunnskapsbygging. En av informantene formulerer sine tanker rundt veiledning slik: *"Og det som er veldig ok med sånne veiledninger, det er jo bare det å få diskutert det med noen altså. Ja, høre, si noe om de tankene jeg har om hva slags ideer jeg har og få noen nye ideer."* Molander (1996) skriver at for å oppdage noe og reflektere videre over det vil det ofte være avgjørende at en annen hjelper til å synliggjøre det, gjør en oppmerksom på det. Synliggjøring krever av og til språkliggjøring (Molander, 1996, s.97-98).

Veiledningen bestod også av teori om lymfesystemets oppbygning. Denne kunnskapen ligger til grunn for utviklingen av behandlingsprinsippene i manuell lymfedrenasje og bandasjering. De fleste informantene kunne svært lite om dette fra før. Informantene forteller at de på veiledningen også lærte hvorfor det er viktig å starte lymfødembehandling tidlig, samt nødvendigheten av riktig hudstell. For flere av informantene var dette ny kunnskap. I veilederen Fysioterapi til kreftpasienter (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016) står det at ødemer som får stå ubehandlet over tid kan

være vanskelige å behandle. Igangsetting av behandling og oppfølging tidlig etter diagnostisering er derfor viktig for å få kontroll med sykdomsutviklingen. Riktig hudpleie er vesentlig da det er økt infeksjonsfare på grunn av nedsatt immunforsvar i det affiserte området. (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016). Denne informasjonen er svært betydningsfull for resultatet av lymfødembehandlingen og kan utgjøre en stor forskjell for pasientens helse.

6.4 Pasientnær læring

I veiledningssituasjonene forteller informantene at pasienten neste alltid var med. Pasienten kunne da gi tilbakemelding på sin opplevelse av behandlingen, for eksempel ved å sammenlikne håndtrykket veilederen brukte med kommunefysioterapeutens trykk. Slik tilbakemelding vil ha stor verdi for fysioterapeuten som skal fortsette å følge opp pasienten i kommunen på egen hånd. Denne måten å veilede på er praksisnær, den aktuelle pasienten deltar og behandlingen som veilederen viser er tilpasset akkurat denne pasienten. Verdien av praksisnær trening er også rapportert i forskningsarbeidet til French og Dowds (2008).

Pettersen (2005) viser med flere eksempler at læring og kunnskap er kontekstavhengig, og knyttet til bestemte situasjoner. Det vi lærer lagres sammen med informasjon om læringsomgivelsene. Når vi skal gjenkalle det vi har lært i en bestemt situasjon, skjer det best og mest effektivt i den samme situasjonen (s. 74-77). Med andre ord vil praksisnær læring føre til et større læringsutbytte for kommunefysioterapeutene og være en styrkende faktor for veiledningen. En slik førstehånderfaring er en vesentlig forutsetning for all praktisk læring (Molander, 1996). Studien til Normann et al. (2014) viser også at det å få demonstrert behandling på 'egen' pasient oppleves å gi stor kunnskapsmessig gevinst. Det gir også informantene mulighet til å reflektere rundt problemstillingen til akkurat denne pasienten og til å diskutere det spesifikke, personlige eller spesielle.

6.5 Kunnskap skaper trygghet

Informantene forteller at deres nye kunnskaper og ferdigheter i lymfødembehandling har gitt dem mer trygghet i pasientbehandlingen. For noen av informantene innebærer denne tryggheten at de kan gi behandling til pasienter med lymfødem i hjemkommunen. Dette er i tråd med målsetningen for Samhandlingsreformen; at pasienten skal få verdig tjenestetilbud der de bor (2012).

French og Dowds (2008) finner i sin studie at kunnskapsutveksling medfører større grad av trygghet og selvstendighet. En av informantene begrunner sin trygghet med at hun har erfaring med denne pasientgruppen. Molander (1996) fremhever også personlig erfaring som en forutsetning for å skape og opprettholde kunnskap. Studier viser at trygghet i yrkesutøvelsen danner fundamentet for kompetanseutvikling (Holland, Middleton & Uys, 2012). Videre leder dette til styrket engasjement, utvikling av ferdigheter og bedre resultater i pasientbehandlingen, samt mindre stress og økt trivsel i jobben (Holland, Middleton & Uys, 2012). Hecimovich og Volet (2011) finner i sin studie at praksisnær veiledning gir studenter i helsefag trygghet, som danner grunnlaget for kompetanseutvikling.

Informantene forteller om at den praktiske kunnskapen de tilegnet seg ga dem mer trygghet i pasientbehandlingen. På sammen vis som trygghet legger grunnlaget for kunnskap, vil kunnskap samtidig være et fundament for trygghet. Studier viser til at det å bli trygg i forhold til yrkesutøvelse er en dynamisk prosess over tid (Holland, Middleton & Uys, 2012). Jeg oppfatter det som at den tryggheten deltakerne hadde i utgangspunktet, gjorde dem i stand til å lære nye ferdigheter gjennom praktisk øvelse og ta de i bruk. På denne måten, ved kunnskap gjennom handling og refleksjon i handlingene og over handlingene, har de oppnådd en kunnskapsutvikling.

Ingen pasientbehandling er lik, fordi ingen pasienter er helt like. Informantene forteller om situasjoner som har vært utfordrende av forskjellige årsaker. En av informantene forteller om en pasient som hadde liten innsikt i sin egen situasjon og var veldig utålmodig. En annen forteller om en pasient som hadde fjernet begge brystene og fått et stort arr etter strålebehandling. Hun søkte da veiledning for å få svar på hvordan hun skulle lede lymfestrømmen. Ifølge Schön (1991, s. 50) oppstår refleksjon-i-handling i situasjoner der noe er uvant, eller det skjer noe uforutsett. Det

overraskende i situasjonen gjør oss mer oppmerksom og gjør at 'saken' trer tydeligere frem. Schön (1991) hevder at man da vil stille seg selv spørsmål som åpner for refleksjon-i-handling. Veiledningen i møte med pasienter som har en mer sammensatt eller uventet problematikk vil, slik jeg tolker Schön, innebære refleksjon-i-handling.

Informantene sier at de føler seg trygge på det de har lært. Jeg oppfatter det slik at denne tryggheten består i at de besitter kunnskap-i-handling. Gjennom veiledningen har informantene fått en fortrolighet til å behandle pasienter med lymfødem. En av informantene begrunner sin trygghet med at hun har fått erfaring. Molander (1996, s.143) skriver at jo mer erfaren og kyndig en praktiker er, desto mer kan hun skjerpe oppmerksomheten. Hun lærer seg å se bedre, dette frigjør oppmerksomheten ettersom mer og mer går på rutine. Rutinen danner fundamentet for trygghet og åpner for at en kan oppdage flere aspekter ved situasjonen (Molander, 1996, s. 256). Denne tryggheten muliggjør større frihet og variasjon i handlingen og gir på denne måten anledning til å trene oppmerksomheten, og slik fortsette kunnskapsutviklingen (Molander, 1996, s.70).

En av informantene har selv formidlet kunnskap om bandasjering og hudstell videre til pleiepersonalet. Dette vil kreve både kunnskap og trygghet i større grad enn ved 'vanlig' pasientoppfølging, siden konteksten her er en annen. Det holder ikke at fysioterapeuten her kan bandasjere selv, hun må også kunne formidle det hun gjør med ord. I veiledningssituasjonen med pleiepersonalet vil kunnskapen som ligger til grunn for hennes handlinger etter mitt skjønn tilsvare Schöns begrep kunnskap-i-handling. Denne nye situasjonen innebærer en økt oppmerksomhet på hva hun gjør mens hun gjør det, og samtidig forklarer pleiepersonalet hva hun gjør og hvorfor. Dette vil innebære refleksjon-i-handling, slik jeg forstår Schön. Molander (1996) er kritisk til Schöns bruk av begrepet refleksjon. Han mener selv at refleksjon handler om å ta et steg tilbake for å vurdere situasjonen og få et perspektiv, og at da kan man ikke være for opptatt av handlingen. Han sier at han foretrekker betegnelsen 'den oppmerksomme og lærende praktiker', fremfor 'den reflekterende praktiker' (s.143).

6.6 Samarbeid og kunnskapsoverføring

Etter at lymfødempoliklinikken ble opprettet opplevde informantene at samarbeidet mellom sykehuset og kommunene ble bedre. Informantene erfarer at terskelen for å ta kontakt er blitt lavere som følge av dette. En av informantene forteller at hun ikke lenger føler at hun maser, "jeg tenker at siden de har åpnet lymfødempoliklinikken så har dem også det her veiledningsansvaret." Spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten er omtalt i Spesialisthelsetjenesteloven (2001).

Informantene opplever at det er enklere å ta kontakt etter at kompetansen på sykehuset ble organisert i et poliklinisk tilbud. Dette har nok sammenheng med at det nå er satt av tid og ressurser til veiledning og informasjon og at denne pasientgruppen har fått mer oppmerksomhet i den forbindelse. Giltvedt et al. (2012) viser til at kunnskapsdeling fordrer samhandling og at rammebetingelser som tid, tilgjengelighet og oversikt over tjenestetilbud da er av vesentlig betydning. En organisering av samarbeidet mellom nivåene er også etterspurt av kommunefysioterapeutene i artikkelen til Normann et al. (2014).

Samhandlingsreformen (2012) setter fokus på en oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, der spesialisthelsetjenesten tar seg av de spesialiserte oppgavene i større grad enn tidligere. Lymfødembehandling krever spesialkompetanse og det er derfor naturlig at kunnskapen om dette samles i spesialisthelsetjenesten. Her er det også muligheter for et større fagmiljø, som kan bidra til å utvikle og vedlikeholde kunnskapen. Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for onkologi og lymfologi (2016) og Norsk Lymfødemforening (2017) mener at lymfødem bør behandles av fysioterapeuter med spesialkompetanse for å sikre kvaliteten på tjenesten. Når spesialisthelsetjenesten viderefører kunnskap om lymfødembehandling til kommunene, er det viktig at den faglige standarden opprettholdes.

Kommunefysioterapeutene nevner flere årsaker til at de synes det er utfordrende å behandle pasienter med lymfødem. Et viktig moment er at det er få pasienter, noe som gjør det vanskelig å holde ved like de praktiske ferdighetene, da de ikke får nok

øvelse. Informantene syns også det er vanskelig å holde seg oppdatert på fagfronten, her nevner de årsaker som mangel på tid og at forskning på området ikke er så tilgjengelig. Kommunefysioterapeutene formidler et behov for veiledning i lymfødembehandling og uttaler at de har fått ny kunnskap og føler seg tryggere i pasientbehandlingen. Dette gjør også at pasienter med lymfødem får kompetent behandling og ikke blir oversett.

Veiledningssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i denne studien er i tråd med samhandlingsreformens (2012) målsetning om å gi pasientene et verdig tilbud der de er. Informantene forteller at de har hatt en kunnskapsutvikling etter at de fikk veiledning fra spesialisthelsetjenesten. De er engasjerte i fagområdet og etterstreber å få den nødvendige kompetansen for å møte kravene fra fagmiljøet.

For pasientene er det en betydelig fordel å få behandling i hjemkommunen, fordi tilbudet da er lettere tilgjengelig. I tillegg kan avstanden til sykehuset og stengte fjelloverganger om vinteren hindre kontinuitet og hyppighet i behandlingen, dersom det ikke er et tilbud i kommunen. For pasienter som benytter seg av andre kommunale tjenester, vil det dessuten være en fordel å kunne samkoordinere disse i hjemkommunen. Pasienter med lymfødem trenger livslang behandling for å holde lymfødemet i sjakk. Behandlingstilbudets kvalitet og tilgjengelighet vil kunne ha avgjørende betydning for disse pasientenes helse.

7. Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på samarbeidsforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i forhold til å behandle pasienter med lymfødem, for å få svar på problemstillingen:

"Hvilken betydning har det for kommunefysioterapeuter å få faglig veiledning i sitt arbeid med pasienter med lymfødem."

Resultatene i studien viser at kommunefysioterapeutene har hatt en kunnskapsutvikling som følge av veiledningen, og at dette gagnar pasientene. Tryggheten de har oppnådd gjennom å oppleve mestring på dette området har gjort at de kan behandle pasienter med lymfødem i hjemkommunen. For å behandle lymfødem kreves det praktiske ferdigheter. Det tar tid å tilegne seg slik kunnskap og det fordrer en praksisnær tilnærming i veiledningen.

En av utfordringene for kommunefysioterapeutene ligger i å få nok øvelse. Informantene forteller at de har få pasienter med lymfødem og at det derfor er vanskelig å vedlikeholde kunnskapen. De opplever også at det er en utfordring å få tid til fagutvikling i en travel arbeidshverdag. Informantene viser til hendelser der de har unnlatt å gi behandling på grunn av manglende kompetanse. De deler også erfaringer der deres behandling har utgjort en forskjell til det bedre. En av informantene forteller om en pasient som hadde kreft i halsen. Han var veldig underernært grunnet svelgvansker, men lymfødembehandlingen gjorde at han klarte å spise mer og legge på seg. Disse eksemplene illustrerer hvor viktig det er at pasienter med lymfødem møter kompetente behandlere.

Organiseringen av pasienttilbudet gjennom lymfødempoliklinikken, har ført til at informantene opplever at terskelen for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten er lavere. Det er da avsatt tid og ressurser til denne pasientgruppen, og disse aspektene er av stor betydning for å få til kunnskapsutvikling. Pasienter med lymfødem trenger livslang behandling, men det mangler kompetente behandlere på dette området. For at fysioterapeuter skal kunne tilegne seg kunnskap og ferdigheter i lymfødembehandling må det tilrettelegges for praktisk veiledning, noe som er tidkrevende. Det er viktig at disse utfordringene tas på alvor og at helsevesenet tilrettelegger for at helsepersonell får nødvendig kunnskap på dette fagområdet.

Litteraturliste

- Clemens, K. E., Jaspers, B., Klaschik, E. & Nieland, P. (2010) Evaluation of the Clinical Effectiveness of Physiotherapeutic Management of Lymphoedema in Palliative Care Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology, Vol. 40*, 1068-72.
- French, H. P. & Dowds, J. (2008). An overview of continuing professional development in physiotherapy. *Physiotherapy Vol.94 (3)*, 190-197.
- Gadamer, H.G. (2010). *Sannhet og Metode*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Giltvedt, K., Sætrang, T. & Tveiten, S. (2012). En fokusgruppeundersøkelse: Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. *Fysioterapeuten, 79(11)*, 20-26.
- Greenslade, M.V., & House, C.J. (2006). Living with lymphedema: A qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer – related treatment. *Canadian Oncology Nurse Journal, 16 (3)*, 165-179.
- Hecimovich, M. & Volet, S. (2011). Development of professional confidence in health education. Research evidence of the impact of guided practice into the profession. *Health Education, Vol.111(3)*, 177-197.
- Holland, K., Middleton, L. & Uys, L. (2012). Professional confidence: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Vol.19 (2)*, 214-224.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011). Hentet 5.mai 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) (2001). Hentet 5. mai 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos AB
- Mortimer, P. S. & Rockson, S. G. (2014). New developments in clinical aspects of lymphatic disease. *The Journal of clinical investigation, Vol.124 (3)*. 915-921
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, 2013; IS-2101. Hentet 20. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Nikolaisen, M., Arntzen, C. & Moe, S.(2014) Fysioterapeuters prioriteringer -en fokusgruppeundersøkelse i finnmarkskommuner. *Fysioterapeuten 1/15*, 18-23
- Normann, B., Sørgaard, K. W., Salvesen, R. & Moe, S. (2013). Clinical Guidance of Community Physiotherapists Regarding People with MS: Professional Development and Continuity of Care. *Physiotherapy Research International, Vol.19(1)*, 25-33.
- Norsk Fysioterapeutforbund (2016). *Fysioterapi til kreftpasienter*. Hentet 12. mars 2017 fra <http://www.lymfoedem.no/PDF/Fysioterapi-til-kreftpasienter.pdf>
- Norsk Fysioterapeutforbund (1998). *Standard for fysioterapi ved kreftrelatert lymfødem*. Hentet 5. mai 2012 fra <http://docplayer.me/4354495-Standard-for-fysioterapi-ved-kreftrelatert-lymfodem.html>
- Norsk Lymfødemforening (2016). *Lymfødem*. Hentet 8. mai fra <http://www.lymfoedem.no/index.php/lymfodem>
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon- Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pettersen, R. (2005). *Problembasert læring for studenten*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pyszora, A., Graczyk, M., Krajnik, M. & Dos, J. (2007). Implementation of modified manual lymphedema treatment - complex physical therapy in terminally ill patient. *Advances in Palliative Medicine, Vol 6*, 93-6.
- Regional Kreftplan Helse Nord (2013). Hentet 13. mai 2016 fra <http://www.helsenord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTE%20OG%20H%C3%98RINGER/Regional%20kreftplan%202014-2021.pdf>

- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Schön, D. (1991). *The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action*. Aldershot: Avebury
- Schön, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet 13. mai 2016 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Williams, A.F., Moffatt, C.J. & Franks, P.J. (2004). A phenomenological study of the lived experiences of people with lymphedema. *International Journal of Palliative Nursing*.10 (6), 279-286.

Intervjuguide

Presentasjon og informasjon om formålet med studien og problemstillingen.

Bakgrunnsinformasjon: Alder, Hvor mange år i fysioterapiyrket, tilleggsutdanning.

Tema 1: Utgangspunkt for fysioterapitjenesten og behandling av pasienter med lymfødem.

- Kan du fortelle litt om din bakgrunnskunnskap om lymfødembehandling?
- Hva slags fysioterapitilbud gir din kommune til pasienter med lymfødem?

Tema 2: Veiledning i lymfødembehandling

- Hva gjør du når du får henvist en pasient som trenger lymfødembehandling?
- Hva slags veiledning har du fått i lymfødembehandling? -Eksempler
- Hvordan opplevde du denne veiledningen?
- I hvilken grad føler du deg trygg på din kompetanse i behandling av pasienter med lymfødem?
- Hva gjør du hvis du har spørsmål knyttet til lymfødem eller lymfødembehandling? Eksempler?

Tema 3: Samarbeid mellom din kommune, lokalsykehuset og andre kommuner i regionen knyttet til pasienter med lymfødem.

- Kan du fortelle litt om hvordan du opplever samarbeidet mellom din kommune og lokalsykehuset? Eksempler?
- Samarbeid med andre kommuner i regionen. Eksempler?
- Hva fungerer bra og mindre bra? Eksempler?

Avslutning - Er det noe du vil tilføye eller utdype før vi avslutter?

Oppfølgingsspørsmål til intervjuguiden

Tema 1: Utgangspunkt for fysioterapitjenesten og behandling av pasienter med lymfødem.

1. Hvordan opplever du tilbudet din kommune gir til pasienter som trenger lymfødembehandling?
2. Hvor mange fysioterapeuter i din kommune har kompetanse i lymfødembehandling?
3. Hvor mange fysioterapeuter i din kommune gir lymfødembehandling?
4. Hvor mange pasienter med lymfødem har du behandlet?
5. Har du kjennskap til om det ligger noen føringer i din kommune i forhold til satsingsområder innen fysioterapi, prioriterte pasientgrupper eller liknende?

Tema 2: Veiledning i lymfødembehandling

1. Eksempel på gode behandlingserfaringer knyttet til pasienter med lymfødem?
2. Eksempler på utfordrende erfaringer knyttet til pasienter med lymfødem?
3. Hvor mange pasienter med lymfødem har du behandlet?
4. Hva slags veiledning har du fått i lymfødembehandling?
5. Hvordan foregikk denne veiledningen? -Eksempler
6. Deltok du på introduksjonskurset i lymfødembehandling ved lokalsykehuset?
7. Hvor mange fysioterapeuter fra din kommune deltok på denne undervisningen?
8. Hvordan opplevde du dette kurset?
9. Hva ser du som mindre bra ved veiledningen i lymfødembehandling ved lokalsykehuset?
10. Hvilke endringer vil kunne bidra til å heve veiledningen i lymfødembehandling, sett fra ditt ståsted?
11. Hva er positive sider ved veiledningssamarbeidet med lokalsykehuset slik det er i dag?
12. Hvordan bruker du (den nye) kunnskapen om lymfødembehandling i arbeidshverdagen din? - Eksempler
13. Har du opplevd å måtte avslutte eller overføre en pasient på grunn av manglende kompetanse i lymfødembehandling? -Eksempler
14. Hva gjør du hvis du har spørsmål om lymfødem eller lymfødembehandling? - Eksempler
15. Hvor mange ganger har du vært i kontakt med sykehuset i forbindelse med opplæring/veiledning i lymfødembehandling?

16. Hva er bakgrunnen for at du tar kontakt med sykehuset? -Eksempler

Tema 3: Samarbeid mellom din kommune, lokalsykehuset og andre kommuner i regionen knyttet til pasienter med lymfødem.

17. Hva er din erfaring med samarbeid med lokalsykehuset?

18. Hva er utfordringer ved samarbeidet med lokalsykehuset?

19. Hvilke endringer kunne bidratt til et bedre eller mer effektivt samarbeid mellom kommunen din og lokalsykehuset?

20. Hva er din erfaring med samarbeid med andre kommuner i regionen?

21. Hva er din erfaring med samarbeid med andre sykehus?

22. I hvilken grad har opprettelsen av lymfødempoliklinikken (lymfødemprosjektet) påvirket samarbeidet mellom din kommune og sykehuset?

Forespørsel om å delta på intervju om Lymfødemprosjektet.

Jeg jobber som fysioterapeut ved sykehuset i Kirkenes og studerer for tiden til mastergrad i helsefag ved Universitetet i Tromsø. Jeg holder på med å skrive masteroppgave om Lymfødemprosjektet ved Kirkenes sykehus, og i den forbindelse ønsker jeg å intervju helsearbeidere som har deltatt på undervisning og veiledning gjennom dette prosjektet.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD- norsk senter for forskningsdata AS. <http://www.nsd.uib.no/personvern>

Hensikten med prosjektet er å se nærmere på hvordan kommunale helsearbeidere opplever samarbeidet og kunnskapsoverføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Lymfødemprosjektet. Jeg ønsker at mastergradsprosjektet mitt skal kunne bidra med kunnskap om hvordan vi best kan organisere undervisningen i lymfødembehandling og styrke samarbeidet mellom lokalsykehuset og de tilhørende kommunene.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd slik at jeg får sikret best mulig kvalitet på datainnsamlingen. Båndet og utskrifter av disse opptakene vil slettes innen 01.11.2017. I den endelige oppgaven vil informasjon fra informantene bli anonymisert. All data vil bli anonymisert slik at det ikke fremgår resultater som kan vise tilbake på de som har uttalt seg.

Du kan trekke deg fra intervjuet når som helst underveis uten å oppgi noen grunn. Vi vil trenge 1-1 ½ time til intervjuet.

Med vennlig hilsen

Gunnhild Høvik, tlf: 94436450 E-post: gunnhildhovic@hotmail.com

Samtykkeerklæring

Undertegnede samtykker herved til å delta i denne studien. Jeg er informert om at jeg kan trekke meg underveis uten å oppgi noen grunn

Sted/dato..... Signatur.....

Tema	Kode	Subgruppe	Gullsitat
Lite kunnskap	Mangelfull kunnskap	Lite grunnleggende kunnskap før veiledning	"Jeg lærte veldig lite om lymfødem på utdanningen, så jeg trengte veiledning før jeg kunne behandle en pasient med lymfødem"
		Lite kunnskap om lymfødem blant helsepersonell	"Det er et problem at helsepersonell vet lite om hva lymfødem er, særlig i forhold til henvisning til behandling."
	Ønsker mer kunnskap	Vil lære mer om lymfødem	"Jeg vil gjerne at sykehuset holder kurs og workshops, og sender informasjon og tips om forskning. For det er vanskelig å få tid til fagutvikling i hverdagen." "Jeg skulle gjerne tatt kurs i lymfødembehandling men det er dyrt og det er få pasienter."
Veiledning	Innholdet i veiledningen	Praksisnær veiledning	"Vi har brukt lang tid på veiledningen og jeg har fått veiledning på undersøkelse for å se om det er lymfødem og behandling av lymfødem." "Pasienten har vært til stede og behandlingen har tatt utgangspunkt i pasientens problemstilling." "I veiledningen viste veileder først, så prøvde jeg, mens veileder korrigerter." "Vi tok video og da kunne jeg se behandlingen mange ganger og øve meg."

		<i>Vedlegg 4</i>	
		Veiledning på lymfesystemet	"Vi lærte om lymfesystemet og prinsippene bak lymfedrenasje, og at det er veldig viktig å starte behandling tidlig for å hindre forverring av problemet. Hudstell er viktig for å forebygge infeksjoner"
		Praktiske ferdigheter	"Jeg har lært manuell lymfedrenasje, bandasjering, å ta mål til kompresjonsutstyr og å bruke pulsator"
Samarbeid	Veiledningssamarbeidet og følger av dette	Trygghet	"Jeg føler meg trygg i pasientbehandlingen etter at jeg har fått veiledning." "Det gjør at jeg lettere tar på meg oppgaver knyttet til lymfødem: Jeg var trygg nok til å gi veiledning videre til pleiepersonell"
		Behandling i hjemkommunen	"Etter at jeg fikk veiledning kunne jeg gi pasienten behandling i hjemkommunen, så pasienten slipper å reise så langt og får mer kontinuitet i behandlingen"
		Arbeidsfordeling	"Sykehuset tar pasientene i intensivfasen og så overtar jeg i vedlikeholdsfasen." "Vi har avtalt at sykehuset gjør bandasjering, så det gjør ikke jeg lenger."
		Lavere terskel for å ta kontakt	"Etter at lymfødempoliklinikken ble åpnet er det lettere å ta kontakt for å få veiledning. Og det er lettere å henvise dit."

Mari Wolff Skaalvik

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske
universitet 9037 TROMSØ

Vår dato: 08.06.2016

Vår ref: 48658 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.05.2016.

Meldingen gjelder prosjektet:

*48658 Opplæring i lymfødembehandling til kommunale fysioterapeuter (ev.
 andre helsearbeidere) gitt av fysioterapeuter ved lokalsykehuset.*

*Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet, ved
institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Mari Wolff Skaalvik*

Student Gunnhild Høvik

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 06.10.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt
Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 555824

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

