



**Noen som vet hva de driver med, når andre ikke gjør det**

- kommunefysioterapeuters erfaringer fra samhandling med  
ambulante rehabiliteringsteam (ART)

**Are Dragland**

**Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk  
fysioterapi, fordypning voksne**

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultetet

Universitetet i Tromsø

Mai 2012

## FORORD

Et langvarig og krevende arbeid er over. Arbeidsprosessen har vært slitsom, men i høyeste grad også engasjerende og utviklende. Mange har bidratt og hjulpet meg underveis, og jeg er veldig takknemlig for dette.

Først en stor takk til informantene som så velvillig stilte opp og ga av sin tid. Det har vært både hyggelig og givende å møte dere! Takk også til mine kolleger i de to ART som bidro til at jeg fikk snakke med akkurat disse informantene.

Tusen takk til min veileder Nina, som har beholdt troen på meg og prosjektet i tider da jeg selv hadde vanskelig for dette. Dine saklige og konstruktive tilbakemeldinger har loset meg gjennom prosessen og holdt meg på riktig kurs.

Min arbeidsgiver Helse Finnmark, og spesielt mine nærmeste sjefer Berit og Inger i Avdeling for spesialisert habilitering og rehabilitering, fortjener så mange takk for å ha støttet meg og tilrettelagt for at jeg kunne gjennomføre studiet. Dere har hele tiden støttet meg, og vist interesse for det jeg har holdt på med. Det er jeg veldig takknemlig for! Hjertelig takk også til mine kolleger som alle har vært fleksible og generøse. En spesiell takk til de av dere som i tillegg har bidratt med korrekturlesing og innspill underveis. Jeg er heldig som får jobbe sammen med så flotte mennesker som dere!

Takk til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, som har bistått meg økonomisk. Det er helt enestående med et slikt fond, og svært kjærkomment!

Sist, men slett ikke minst, vil jeg takke min kjære samboer, Susann, for at du har holdt ut med meg og fortsatt er min samboer. Dette til tross for at jeg «aldri» har vært hjemme, at jeg har vært fraværende når jeg har vært hjemme, og at du har måttet ta deg av alt det jeg ikke har gjort. Det finnes ingen som deg!!

Are Dragland

Mai 2012

## SAMMENDRAG

Både pasienter og myndighetene har over lang tid etterlyst bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten i Norge. Denne studien fokuserer på et bestemt område i slik samhandling, nærmere bestemt mellom kommunefysioterapeuter og Ambulante Rehabiliteringsteam (ART).

Samhandlingsreformen og ny helselovgivning pålegger kommunene et utvidet ansvar på rehabiliteringsfeltet, der fysioterapeuter er sentrale deltakere. Spesialisthelsetjenestens lovpålagte ansvar for å samarbeide og gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten fremheves i denne sammenhengen, og det legges opp til økt ambulant virksomhet. Det har likevel vært lite forskningsmessig oppmerksomhet på hva fysioterapeuter i kommunene oppfatter som viktig i samhandlingen med spesialisthelsetjenestens ART. Min arbeidserfaring fra 15 år i ART, ledet derfor til følgende forskningsspørsmål: *Hva opplever kommunefysioterapeuter det er behov for å samarbeide med ART om? Hvilke faktorer fremmer god samhandling i disse situasjonene?*

Studien er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervju med tre strategisk valgte kommunefysioterapeuter, som hadde samarbeidet med fysioterapeut i ART om pasienter med nevrologisk sykdom/skade. Intervjuene ble spilt inn med lydopptaker. Hovedinntrykk etter intervjuene ble nedtegnet og brukt i analysen sammen med de transkriberte intervjuene. Materialet ble analysert og drøftet i lys av teori om kommunikasjon, kunnskap og kunnskapsoverføring.

Studien viser at kommunefysioterapeutene ønsker bistand i prosessen med å skaffe oversikt, samt å finne retning og hensikt for tilbudet i sammensatte og komplekse rehabiliteringssaker. Nevrologiske problemstillinger, og spesielt tilfeller der pasienten har kognitive utfall, fremheves som komplekse og kompliserte. Fysioterapeutene med begrenset tilgang til et relevant fagmiljø beskrev en opplevelse av å føle seg alene med ansvaret for rehabiliteringsprosessen og fysioterapifaglige spørsmål. Dette kan skape utrygghet, og negative følger for tilbudet til pasientene. Samarbeidet med ART motvirket dette. Fysioterapeutene formidlet at det oppleves viktig å bli møtt med respekt, og at ART bruker tid på å sette seg inn i den andres perspektiv. For å kunne bistå kommunale fagpersoner, pasienter og deres pårørende i situasjoner, der problemstillinger og arbeidsoppgaver er uavklarte, må ansatte i ART både ha faglig tyngde og kompetanse i form av livserfaring.

---

**Nøkkelord:** *fysioterapi, rehabilitering, ambulante tjenester, ambulant rehabiliteringsteam, ART, samarbeid, samhandling, veiledning, rådgiving, respekt, kompetanse, kognitive problemer.*

## ABSTRACT

The Norwegian health care system is divided into specialized health care services (hospitals), and community based health care services. Improved interaction and cooperation between these levels has long been requested by the authorities and the public. This thesis focuses on a specific area of this, namely the interaction and cooperation of community based physiotherapists and Ambulatory Rehabilitation Teams (ART).

Recent changes in health care law places an increased responsibility on the communities to provide rehabilitation services. Physiotherapists are considered to be a vital part of this. At the same time the authorities highlight the statutory responsibility of the hospitals to cooperate with the communities and to provide supervision and counseling. They are also pointing to ART as one of the means for this. But so far little research attention is given to what community based physiotherapists perceive as important in the interaction with ART. This fact, and 15 years of work experience in ART, led me to pose the following research questions: *In what areas do community based physiotherapists feel they need ART's cooperation? What factors promote positive interaction in these situations?*

This study is based on a phenomenological hermeneutical approach. Three strategically chosen community based physiotherapists, who had collaborated with ART regarding patients with neurological deficits, were interviewed. Both the interviews, and the interviewer's initial impressions of the interviews, were recorded. The transcripts were analyzed and discussed in light of communication theory, and theory of knowledge.

This study shows that the community based physiotherapists request supervision and counseling in the process of finding joint direction and purpose in complex rehabilitation settings. Neurological deficits, here especially pertaining to cases where there are cognitive deficits, are considered to be complex and complicated cases. Physiotherapists with limited access to discuss problems in relevant peer groups, described feeling alone with the responsibility for the rehabilitation process and physiotherapy specific problems. This can cause uncertainty, and have negative consequences for the services provided. The cooperation with ART counteracted this. The physiotherapists emphasized the importance of being met with respect, and of ART investing time and attention in understanding other people's point of view. To be able to assist patients, their family and/or community professionals, in complex situations where the problem often is undefined, the employees of ART need a strong base of theoretical knowledge and life experiences.

---

**Keywords:** *physiotherapy, outreach services, rehabilitation, ambulatory rehabilitation team, ART, cooperation, interaction, supervision, respect, knowledge, cognitive problems.*

# INNHold

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 TEMA OG BAKGRUNN</b>	<b>1</b>
1.1.1 DAGENS TJENESTETILBUD OG SENTRALE FØRINGER	1
1.1.2 FYSIOTERAPI	2
1.1.3 AMBULANTE REHABILITERINGSTEAM (ART)	2
1.1.4 EGET STÅSTED	3
1.1.5 TIDLIGERE FORSKNING	4
<b>1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING</b>	<b>5</b>
<b>1.3 OPPBYGGING OG AVGRENSNING AV OPPGAVEN</b>	<b>6</b>
<b>1.4 UTDYPENDE INFORMASJON</b>	<b>6</b>
REHABILITERING	6
SAMHANDLING OG SAMARBEID	7
VEILEDNING, RÅD OG UNDERVISNING.	7
<b>2.0 TEORI</b>	<b>8</b>
<b>2.1 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING</b>	<b>8</b>
<b>2.2 KUNNSKAPSTEORI</b>	<b>10</b>
<b>2.3 KUNNSKAPSOVERFØRING</b>	<b>11</b>
<b>3.0 METODE</b>	<b>13</b>
<b>3.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED</b>	<b>13</b>
<b>3.2 TILVIRKNING AV DATA</b>	<b>14</b>
3.2.1 VALG AV METODE	14
3.2.2 UTVALG	15
3.2.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	15
3.2.4 BEARBEIDING AV DATAMATERIALET	16
TRANSKRIBERING	17
ANALYSE	17
TOLKNING	18
<b>3.3 ETISKE BETRAKTNINGER</b>	<b>19</b>
<b>3.4 ANDRE METODISKE OVERVEIELSER</b>	<b>20</b>
3.4.1 NÆRHET TIL FORSKNINGSFELTET	20
3.4.2 PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET	22

<b>4.0 RESULTATER OG DISKUSJON</b>	<b>23</b>
<b>4.1 BESKRIVELSE AV INFORMANTENE</b>	<b>23</b>
4.1.1 FYSIOTERAPEUT 1 (F1)	23
4.1.2 FYSIOTERAPEUT 2 (F2)	24
4.1.3 FYSIOTERAPEUT 3 (F3)	25
4.1.4 BETRAKTNINGER RUNDT INFORMANTENES SITUASJON	25
<b>4.2 HVA ER DET BEHOV FOR Å SAMHANDLE OM?</b>	<b>26</b>
4.2.1 FINNE RETNING I SAMMENSATTE OG KOMPLEKSE SITUASJONER DISKUSJON	27 28
4.2.2 TILPASSE TILNÆRMINGEN DISKUSJON	30 34
4.2.3 SPESIELT KREVENDE OMRÅDER DISKUSJON	35 37
4.2.4 Å SKAPE TRYGGHET DISKUSJON	39 41
<b>4.3 GOD SAMHANDLING – HVILKE FAKTORER ER VIKTIGE?</b>	<b>43</b>
4.3.1 RESPEKT, GJENSIDIGHET OG ANSVARSAVKLARING DISKUSJON	43 45
4.3.2 TILGJENGELIGHET DISKUSJON	47 49
4.3.3 KOMPETANSE I ART DISKUSJON	51 52
<b>5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER</b>	<b>54</b>
<b>LITTERATUR</b>	<b>56</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>60</b>
<b>VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE</b>	<b>61</b>
<b>VEDLEGG 2 ENDRINGSMELDING NSD</b>	<b>62</b>
<b>VEDLEGG 3 INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA</b>	<b>63</b>
<b>VEDLEGG 4 GODKJENNING NSD</b>	<b>65</b>
<b>VEDLEGG 5 EKSEMPEL PÅ MENINGSFORTETTING I ANALYSEN</b>	<b>66</b>

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Tema og bakgrunn

Bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har vært etterlyst i mange offentlige dokumenter de siste årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2009; Helsedirektoratet, 1991). Ett av tiltakene som foreslås er økt ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2011a, 2011c; Riksrevisjonen, 2012). For å øke kunnskapen om slik samhandling fokuserer denne studien på kommunefysioterapeuter sine erfaringer fra samarbeidet med ambulante rehabiliteringsteam (ART) fra spesialisthelsetjenesten.

#### 1.1.1 Dagens tjenestetilbud og sentrale føringer

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) pålegger kommunene flere oppgaver som tidligere er ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Dette gir kommunene utfordringer i form av økte krav både til kompetanse og kapasitet i rehabiliteringsarbeidet. Spesialisthelsetjenesten har på rehabiliteringsfeltet et lovpålagt ansvar for å gi råd og veiledning til kommunene generelt og i enkeltsaker, og skal samarbeide om opplegg for enkeltbrukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, 2011a). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) peker på at god samhandling på tvers av forvaltningsnivåene ser ut til å være av særlig stor betydning for å lykkes med rehabiliteringen, og anbefaler ambulante tjenester<sup>1</sup> som en del av tilbudet etter utskrivningen fra sykehus. I følge en rapport fra Statens helsetilsyn (Øgar, 2002) har likevel ansvaret for veiledning og rådgiving vært lite kjent blant ledere ved sykehusene, og det er en felles oppfatning blant personell både i sykehus og i kommunene om at denne plikten ikke følges opp i tilstrekkelig grad. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) peker på at det er vesentlig at spesialisthelsetjenesten understøtter kommunenes fremtidige oppgraderte rolle og ansvar, gjennom å bidra til kompetanseutveksling og kompetanseheving. Her ligger det en utfordring i at oppfattelsen av hva som er viktig i slik samhandling, kan være svært forskjellig i kommune- og spesialisthelsetjenesten (Pettersen

---

<sup>1</sup>Ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten er tjenester som tilbys og ytes utenfor sykehus (Sosial- og helsedepartementet, 2001) Se for øvrig kapittel 1.1.3 for utdypende beskrivelse.

& Johnsen, 2007). Slike forskjeller i målforståelsen kan bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Når spesialisthelsetjenesten skal videreutvikle tjenester for å bistå kommunene og styrke deres rehabiliteringskompetanse, synes det derfor hensiktsmessig å etterspørre erfaringer og synspunkter fra kommunale aktører som allerede har vært involvert i slikt samarbeid.

### **1.1.2 Fysioterapi**

Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon (Norsk Fysioterapeutforbund, 2006). Fysioterapeutens tilnærming til nevrologiske pasienter vil varierer fra situasjon til situasjon, og tilpasses i stor grad til individet (Gjelsvik, 2008; Normann, 2004). I følge Riksrevisjonens dybdeundersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten (Riksrevisjonen, 2012) vises det til gjennomgående tilbakemeldinger om at fysioterapeuter er en gruppe som har en viktig rolle i rehabiliteringsvirksomhet.

Kommunefysioterapeuter i små kommuner jobber gjerne i svært begrensede fagmiljø, Noen har kanskje ikke noe fagfellesskap rundt seg i det hele tatt. I hverdagen vil disse derfor sjelden ha anledning til å diskutere valg av tilnærming eller teknikker med kolleger. Dersom befolkningsgrunnlaget i kommunen er lite, vil kommunefysioterapeutene stadig måtte befatte seg med problemstillinger de sjelden møter. Gjennom en praksis som omfatter ansvar for pasienter med et bredt spekter av diagnoser og problemstillinger, vil de også kunne ha begrensede muligheter til å opparbeide seg dybdekunnskap på alle relevante områder. En kan derfor tenke at fysioterapeuter i distriktskommuner med få innbyggere, kan ha et noe annet behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten enn det fagpersoner med nærhet til et større fagmiljø har.

### **1.1.3 Ambulante rehabiliteringsteam (ART)**

Grunnlaget for ambulant virksomhet i spesialisthelsetjenesten finner en blant annet i Forskrift om habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a), der det står at formålet med forskriften er at tjenestetilbudet skal ytes i eller nærmest mulig brukerens vante miljø. I §15 presiseres det videre at: «...rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.» I følge Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) innebærer ambulante tjenester at ansatte i



spesialisthelsetjenesten reiser hjem til pasienten eller møter pasientens hjelpeapparat. Det beskrives at disse tverrfaglig sammensatte teamene gjennom samarbeid med brukeren, de pårørende og øvrig hjelpeapparat kan bistå med tilrettelegging, råd og veiledning, og skal bidra til smidige overganger mellom nivåene, avdekke behov, og følge opp tiltak. Flere helseforetak i landet tilbyr i dag slike tjenester, men det er store forskjeller med hensyn til hvordan teamene arbeider (ibid.). Det beskrives at noen team i hovedsak har fokus på målretting og koordinering av hjelpetilbudet, mens andre jobber mer klinisk med behandling av pasienter, eller med veiledning i forhold til dette (Ranheim, Johansen, Flottorp, & Austvoll-Dahlgren, 2010). Noen av disse teamene jobber kun i forhold til tidlig utskriving av pasienter etter opphold i slagenhet, mens andre har målgrupper som er uavhengig både av diagnose og om pasienten er/nylig har vært på sykehus.

#### **1.1.4 Eget ståsted**

Min interesse for dette temaet har utgangspunkt i 15 års arbeid som fysioterapeut i ART i spesialisthelsetjenesten i Finnmark. Lokale fysioterapeuter har vært mine samarbeidspartnere i mange av sakene, men samarbeidet har i liten grad dreid seg om vurdering eller veiledning i forhold til klinisk behandling. En fysioterapeut som hadde vært i møte med ART et annet sted i landet, fortalte meg at han skulle ønsket at teamet hadde gått mer inn i den konkrete situasjonen. Jeg oppfattet utsagnet som et ønske om samhandling også vedrørende den fysioterapifaglige behandlingen av pasienten. Dette forsterket min nysgjerrighet om hva kommunefysioterapeutene opplever det er behov for å samhandle om, og hva de synes er viktig for at slik samhandling skal fungere godt. I tråd med samhandlingsreformens intensjoner, kan økt innsikt i slike spørsmål bidra til at ART i spesialisthelsetjenesten kan utvikle og målrette sine tjenester, slik at oppfølgingen oppleves mer hensiktsmessig for pasient, pårørende og lokalt hjelpeapparat. Da jeg skulle gjennomføre et forskningsprosjekt i forbindelse med egen utdanning, var det derfor en god anledning til å ta utgangspunkt i temaet og se om dette var belyst i tidligere forskning.

### 1.1.5 Tidligere forskning

Det er gjort søk i flere databaser<sup>2</sup>, uten å finne undersøkelser som har sett på fysioterapeuter i primærhelsetjenesten sine erfaringer fra samhandling med ART fra spesialisthelsetjenesten.

En amerikansk undersøkelse beskriver perspektiver på terapeuters rolle i og utenfor sykehus i forhold til barn og deres familie, men har ikke studert terapeuter som jobber ambulant (Ideishi, O'Neil, Chiarello, & Nixon-Cave, 2010). Samhandlingen mellom nivåene skjedde i denne sammenhengen skriftlig eller i form av sporadiske telefonsamtaler, slik den etter min erfaring ofte også gjør mellom sykehus og kommunehelsetjeneste i Norge. Undersøkelsen beskriver en skepsis til hverandres kompetanse mellom terapeutene på ulike nivåer, og at de har forskjellige perspektiver/fokus i tjenesteytingen. Både foreldrene og terapeutene opplevde at foreldrene i mange tilfeller ble et nødvendig bindeledd for kommunikasjonen mellom nivåene. Denne funksjonen ble oppfattet som belastende av de pårørende (ibid.).

En systematisk kunnskapsoversikt fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Ranheim et al., 2010) konkluderer med at det er gjort mange kvantitative effektstudier av tverrfaglige ambulante tjenester for mennesker med kroniske lidelser. Den beste dokumentasjonen finnes i forhold til pasienter med hjerneslag. Dokumentasjonsgrunnlaget for å trekke sikre konklusjoner er imidlertid begrenset for de fleste pasientgrupper, og intervensjonene i de inkluderte studiene med slagpasienter er også svært ulike. Ingen av de inkluderte studiene vurderte om tiltakene førte til en kompetanseheving i førstelinjetjenesten (ibid.). Kunnskapssenteret etterlyser derfor kvalitative studier som kan belyse faktorer som kan påvirke effekten av tiltak fra tverrfaglige ambulante team, slik at en kan få mer kunnskap om denne typen komplekse intervensjoner.

Mange av treffene som omhandler ambulante tjenester er kvantitative studier av såkalt Early Supported Discharge (ESD). Her skrives pasientene ut fra sykehuset uten å være innom en rehabiliteringsavdeling, men får isteden tett oppfølging av ambulante team. Studier har vist at denne tilnærmingen kan øke graden av selvhjelpenhet for noen grupper av pasienter, samt begrense liggetiden på sykehus (Early Supported Discharge Trialists, 2005; Langhorne &

---

<sup>2</sup> Søkene ble utført i mars 2011 i MEDLINE (Ovid), AMED (Ovid), SveMed+, CINAHL (Ovid), og PEDro Med ulike kombinasjoner av søkeordene: *outreach, ambulatory care, physiotherapy, rehabilitation, counselling, communication, support, og primary health care.*

Holmqvist, 2007; Thorsén, Holmqvist, de Pedro-Cuesta, & von Koch, 2005). Dette blir imidlertid litt på siden av denne studiens hovedfokus, som ikke er effekt av tjenester, men innholdet i samhandlingen og faktorer som påvirker denne. Jeg ønsker heller ikke å begrense ambulante tjenester til ESD, som er dokumentert effektivt og anbefales i urbane strøk (Helsedirektoratet, 2010), men er vel så interessert i å vite mer om hva som er betydningsfullt i samarbeidet om tilbudet til pasienter i distriktskommuner.

En studie fra Norge viste at leger i kommunene vektla tillit, respekt, kjennskap og tilgjengelighet som viktige faktorer for samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, mens leger i sykehus var mer opptatt av kompetanse, kapasitet og struktur (Pettersen & Johnsen, 2007). I likhet med kommunelegene i studien står også fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten faglig og organisatorisk sett relativt alene, og en kan derfor anta at de vil kunne vektlegge noe av det samme i sin samhandling med spesialisthelsetjenesten. Fysioterapeuter har imidlertid andre oppgaver og andre roller enn leger, og de vil også kunne ha andre behov. Her mangler det derfor kunnskap som vil være viktig når spesialisthelsetjenesten skal planlegge og tilpasse sine utadrettede tjenester til behovet i kommunene.

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten er sentrale i rehabiliteringsarbeidet, men det er uklart hvilke behov de har for råd og veiledning, samt hva de oppfatter som viktig i samhandlingssituasjoner med spesialisthelsetjenesten. Gjennom å sette fokus på kommune-fysioterapeuters erfaringer fra samarbeid med ART, søker denne studien å bidra til økt forståelse av hvordan disse delene av helsetjenesten kan samarbeide, og forhåpentlig gi et bedre grunnlag for videre utvikling av spesialisthelsetjenestens ambulante rehabiliteringstjenester.

Denne studien stiller derfor følgende forskningsspørsmål:

***Hva opplever kommune-fysioterapeuter det er behov for å samarbeide med ART om?  
Hvilke faktorer fremmer god samhandling i disse situasjonene?***

### 1.3 Oppbygging og avgrensning av oppgaven

Videre gis noen avgrensninger av oppgaven, samt utdypende bakgrunnsinformasjon.

Deretter presenteres den teoretiske referanserammen, og fremgangsmåten som er benyttet i studien. Så følger en tematisert fremstilling av det empiriske materialet, med en påfølgende drøfting. Første hovedtema dreier seg om hva det er behov for å samhandle om, mens det neste fokuserer på faktorer som kan ha betydning for hvordan samhandlingen foregår.

Oppgaven avsluttes med fremheving av sentral innsikt fra studien, og tanker om hvordan dette kan ses i forhold til annen kunnskap i feltet.

Det må påpekes at ART bistår både pasienten, pårørende og kommunehelsetjenesten. Fokus i denne oppgaven er primært på ART sin samhandling med det kommunale hjelpeapparatet, og perspektivet på bistand til pasient og pårørende vil bare i liten grad berøres. Dette perspektivet ligger likevel til grunn for jobben ART gjør. Det må også nevnes at studien er rettet mot fagutøvere innen rehabilitering, og at en del begreper og faguttrykk derfor forventes kjent.

Det er valgt og ikke gå inn i en utdypende diskusjon om hvilke tjenester som skal ivaretas på de ulike nivåene, selv om tematikken er relevant og berøres i oppgaven.

### 1.4 Utdypende informasjon

Her gis utfyllende informasjon som er viktig for forståelsen av innholdet i denne studien.

#### Rehabilitering

Rehabilitering defineres i §3 i Forskrift om habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a) som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. For at en virksomhet skal kunne defineres som rehabilitering må fokus omfatte mer enn opptrening av en skadet kroppsdel, og ha et videre mål enn å normalisere funksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Thommesen, Normann, & Sandvin, 2003). Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) beskriver også rehabilitering som et vidt virksomhetsområde, som omfatter både

somatisk og psykisk helse, arbeidsrettet rehabilitering og sosialt liv. Rehabilitering tar utgangspunkt i hele personen og i den situasjonen han eller hun befinner seg i, og vil for mange handle om en omstillings- eller alternativ utviklingsprosess (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2003). Når en skal bistå i dette arbeidet, handler det derfor om skreddersøm, ikke om konfeksjon (ibid.).

### Samhandling og samarbeid

I denne oppgaven brukes ordene samhandling og kommunikasjon synonymt. Her tenkes det i vid forstand på sosiale handlinger som formidler mening. Samarbeid forstås som en mer målrettet aktivitet, der partene i fellesskap bidrar for å oppnå et resultat.

### Veiledning, råd og undervisning.

«Veiledning er bistand der veilederen med faglig innsikt og holdning hjelper en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det» skriver Dalland (2010, s. 127). Dette brukes som utgangspunkt for forståelsen av veiledning i oppgaven. Med rådgiving tenkes det på situasjoner hvor det mer direkte gis anbefalinger, uten at personen veiledes til selv å resonnerer seg fram til en løsning. Undervisning forstås som situasjoner der pedagogen har en mer eksklusiv autoritet knyttet til læringsprosessen (Dalland, 2010). Dette innebærer at pedagogen har sakkunnskap og faglig innsikt, og i denne sammenhengen kan en se for seg at den aktuelle kompetansen legges fram for en eller flere, i en situasjon der en på forhånd har blitt enige om temaet.

## 2.0 TEORI

I dette kapittelet gjøres det rede for teori og begreper som brukes for å synliggjøre perspektiver på hvordan det empiriske materialet i denne studien kan forstås. Samhandling er et sentralt begrep i denne sammenheng, og det er derfor naturlig å diskutere de erfaringene kommunefysioterapeutene i denne studien forteller om i forhold til teori om kommunikasjon. Her er det valgt å introdusere Gadamer<sup>3</sup> sine teorier for å synliggjøre hva som kan ligge til grunn for vår forståelse, og hvordan vi kan forstå hverandre. Det er også valgt å trekke inn kunnskapsteori og teori om kunnskapsoverføring, da fokus på ulike former for kunnskap kan ha betydning for samhandlingen. Da mange forhold i helsearbeidere sin hverdag er styrt av sentrale føringer, vil det også være hensiktsmessig å se det empiriske materialet i lys av dette og presentere en del av disse i oppgaven. For å unngå at dette blir en lang og kjedelig oppramsing, er det valgt å presentere slike føringer fortløpende i de aktuelle sammenhengene.

### 2.1 Kommunikasjon og samhandling

Alle handlinger i møter mellom mennesker har kommunikativ verdi, og kommunikasjon pågår slik sett kontinuerlig, skriver Thornquist (2009). For å forstå det som skjer under samhandling er det nyttig å vite noe om hvordan andre kan tolke og oppfatte situasjonen. Fenomenologien er opptatt nettopp av hvordan fenomener fremtrer for subjektet, og livsverden er et begrep som er nært knyttet til meningsforståelse (Thornquist, 2003). Livsverdenen kan beskrives som den konkrete, dagligdagse verden vi tar for gitt, og som danner en basis for all kunnskapsutvikling og refleksjon (ibid.). Når noen for eksempel snakker om «skog», vil de fleste av oss ha et bilde av hva det er snakk om. Men bildet vil kunne være forskjellig for en som har vokst opp ved regnskogen i Amazonas, og en som har vokst opp med tørrfuruene i Pasvik. Vår livsverden kan altså forstås som et bakteppe av erfaringer vi bruker for å tolke og forstå ting som skjer. I en hver situasjon, og til ethvert tidspunkt, har vi med oss ballast i form av erfaringer og historie. Nye opplevelser vil slik sett tilføre oss noe, og endre litt på vårt utgangspunkt for hvordan vi oppfatter verden.

---

<sup>3</sup> Hans-Georg Gadamer (1900-2002) har hatt stor innflytelse på 1900-tallets filosofi gjennom sine bidrag til videreutvikling av hermeneutikken. Hans hovedverk er *Wahrheit und Methode* (Malpas, 2009).

Filosofen Gadamer mente at erkjennelse og forståelse slik sett er prosesser som aldri avsluttes (Lægneid & Skorgen, 2006). Gadamer avviser også muligheten for at vi kan sette til side våre forkunnskaper og fordommer når vi betrakter verden, og sier tvert i mot at slike fordommer er en betingelse for forståelse og interesse (Gadamer, 2010). Som fortolkere må vi derfor ha et bevisst forhold til hva som er vårt eget individuelle historiske utgangspunkt, selv om vi aldri fullt ut vil klare å få innsikt i dette. «Å være historisk betyr å aldri kunne ha en fullstendig viten om seg selv», sier Gadamer (ibid., s. 340).

Gadamer (2010) bruker begrepet «horisont» i forbindelse med det å forstå formidlinger, og beskriver dette som en synskrets som omfatter og omslutter alt som er synlig fra et bestemt punkt. Når vi bruker dette begrepet knyttet til vår bevissthet, blir horisonten det vi kan «se» og forstå på bakgrunn av våre erfaringer. Når vi får nye erfaringer, blir det som å flytte på seg slik at horisonten en ser endrer seg. For å forstå det andre formidler, må vi skaffe oss en forståelse av hva de ser fra sitt ståsted og med sin horisont. Vi må hensette oss selv i den andres situasjon (ibid.). Dette innebærer mer en bare å klargjøre den andres situasjon for oss selv, vi må samtidig bringe oss selv inn i denne andre situasjonen. Hvis vi ikke gjør det, vil vi misforstå overleveringens meningsinnhold, skriver Gadamer (ibid.). Dette forstår jeg som at det ikke er nok bare å vite fakta omkring den andres situasjon, vi må også aktivt forsøke å forestille oss hvordan det kan oppleves å være i samme sted. I følge Gadamer har vi likevel ikke flere horisonter. Vi forlater ikke vår egen horisont, og inntar den andres. «Forståelse er tvert i mot alltid en prosess hvor slike angivelig selvstendige horisonter smelter sammen» (ibid., s. 345). Horisonten er noe vi beveger oss inn i, og som beveger seg med oss, sier han. Den er ikke noe statisk eller lukket, men er i stadig endring. Videre vil det i følge Gadamer (ibid.) være slik at den som en har en snever horisont, eller ikke har noen horisont, heller ikke ser langt nok, og derfor overvurderer det nærliggende. Det å ha en horisont betyr at en har overblikk og kan vurdere betydningen av tingene innenfor denne horisonten, enten det er nært eller lang borte, stort eller lite (Gadamer, 2010). Dette vil kunne stå sentralt når en i rehabiliteringssammenheng skal bistå mennesker med å finne veien videre i livet.

## 2.2 Kunnskapsteori

Den vanligste måten å forstå kunnskap på i vestlig tradisjon, har vært at den består av språklig artikulerbare representasjoner av virkeligheten (Grimen, 2008; Thornquist, 2003). Med et slikt kunnskapssyn, må en kunne formulere og eventuelt skrive ned det en vet for at det skal kunne oppfattes som kunnskap. Profesjonsutdanninger som for eksempel leger, fysioterapeuter og lærere, skiller seg i følge Grimen (2008) fra andre yrker ved at de er sertifisert til å forvalte vitenskapelig kunnskap. Rørleggere og snekkere trenger også kunnskap, men denne kunnskapen blir ansett som praktisk, ikke vitenskapelig, sier han. I følge Thornquist (2003) har ensidig vektlegging av det positivistiske vitenskapssynet ført til en neglisjering av kroppen som kilde til kunnskap. Hun argumenterer for at kunnskapsbegrepet må utvides til å inkludere praktisk og kroppslig kompetanse. Helseprofesjonsutdanningene inneholder slik praksiskunnskap, som blant annet tilegnes gjennom ferdighetstrening, klinisk trening, og turnustjeneste. Grimen mener at profesjoners kunnskapsbase må forstås som et sammensatt fenomen, og argumenterer for at forholdet mellom teori og praksis i profesjonell yrkesutøvelse er preget av kompliserte samspill (ibid.)

Den videre presentasjonen av kunnskapsteori i dette kapitlet, er hentet fra Grimen (2008) sin argumentasjon for å underbygge disse standpunktene; Praktisk kunnskap uttrykkes i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn, og kjennetegnes ved at kunnskapens form og innhold ikke kan løsrives fra dem som har den, og fra de situasjoner hvor den blir lært og anvendt. Dette står i motsetning til teoretisk kunnskap, for eksempel om tyngdeloven, som er den samme uansett hvem som har den, eller hva den anvendes til. Praktisk kunnskap er kroppslig, sier Grimen. Man kan utøve praktisk kunnskap uten å si noe, men ikke uten at kroppen gjør noe. Som beskrevet kreves det likevel store mentale ressurser i vurderinger og skjønn for å tilpasse handlingene i den enkelte situasjon. Når vi handler i en gitt situasjon, gjør vi det på bakgrunn av store kunnskapsområder som vi ikke har uttrykt verbalt. Grimen viser til at vi ofte ikke kan utsi hva vi vet, men at vi kan vise hva vi kan. Slike ikke-artikulerte kunnskapselementer utgjør store deler av livsverdenen, og praktisk ferdigheter betegnes derfor ofte som taus kunnskap. Dette betyr likevel ikke at all praktisk kunnskap er taus og ikke kan beskrives. En mulig grunn til at kunnskapen ikke artikuleres, kan være at vi bare klarer å holde fokus og være reflektert over små deler av den om gangen. Alle handlinger krever en horisont av vissheter, det vil si ting vi tar for gitt, skriver han. Dersom



vi fokuserer for mye på denne bakgrunnen, risikerer vi å miste fokus på den oppgaven vi primært skal løse. Grimen beskriver at det i kompetent utførelse er en funksjonell forbindelse mellom det som er bevisst, reflektert og fokusert, og det som er ubevisst, ureflektert og subsidiært (ibid.). Denne type kunnskapsteori vil kunne kaste lys over samhandlingssituasjoner mellom ART og kommunefysioterapeutene, og bidra til økt forståelse og innsikt.

### **2.3 Kunnskapsoverføring**

I følge Dalland (2010) består en helhetlig læreprosess av å oppdage et problem, akseptere problemet på alvor, arbeide realistisk, knytte problemet til egne erfaringer, samt å prøve ut og anvende i praksis. All kunnskap kan overføres mellom mennesker, men ikke all kunnskap kan overføres gjennom beskrivelser alene, skriver Grimen (2008). Den formen for kunnskap som dreier seg om håndlag og praktisk utførelse, er i følge Molander (1996) dårlig egnet for verbal eller skriftlig overføring. Dersom du skal lære deg å sykle, kan du ikke lese deg til kompetanse som gir deg god kontroll over sykkelen, mener han. Han poengterer likevel at gode råd og tips ofte kan spille en viktig rolle når ferdigheter skal læres. «Ingen verksamhet är helt tyst», sier han (ibid., s. 41). Dette synet gjenspeiles i mesterlære, der en i følge Andersen (2003) legger vekt på at læring er noe som skjer når en aktivt tar del i praksis. Selv om analogien med en mester og en lærling ikke passer inn i situasjoner som beskrives i denne studien, vil det likevel kunne være sammenhenger der det er snakk om utveksling av praktisk kunnskap fra en utøver til en annen. Tilnæringsmåten kan slik synes relevant for deler av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, og jeg har derfor valgt å presentere noen elementer fra Andersens (ibid.) beskrivelse. Et sentralt utgangspunkt i mesterlæren, er at læring har basis i den sammenheng eller kontekst vi er situert i, skriver han. Kunnskapen utvikles og manifesterer seg gjennom det enkelte menneskets aktivitet og handlinger. Kunnskapsbegrepet som beskrives sammenfaller med det som er gjengitt fra Grimen i kap 2.2. Det legges vekt på at en lærer gjennom å observere andre, og gjennom selvstendig øvelse og utøving. I tillegg til de handlemønstre en bevisst lærer, vil en i slike situasjoner også kunne tilegne seg holdninger, moral og intensjoner, slik at en bestemt form eller stil overtas.

I følge den offentlige utredningen «Fra stykkevis til helt» (Wisløff et al., 2005) er veiledning et samhandlingstiltak mellom nivåene i helsetjenesten som har stor effekt. I sin innstilling presiserer utvalget at veiledningsplikten gjelder både generell veiledning og veiledning knyttet til enkeltpasienter. Dalland (2010) skriver at veiledning skal bidra til at den som blir veiledet, trekker forbindelseslinjer mellom verdier, kunnskap og egne erfaringer, slik at disse ressursene kan brukes i konkret handling og til refleksjon over handling. For å oppnå dette mener han det må være nær og direkte kontakt mellom veilederen og den eller de som veiledes, og veilederen må vise genuin interesse for andre menneskers ve og vel, samt toleranse for det uferdige (Dalland, 2010).

Manglende selvtillit kan i følge Molander (1996) være et hinder både for å bruke kunnskap en har, og i forhold til å tilegne seg ny kunnskap. Det kreves et personlig engasjement, for å holde kunnskaper levende i møtet med virkeligheten, sier han. Dette sammenfaller både med det Dalland (2010) skriver om veiledning, og med nevrofysiologiens beskrivelser av at motivasjon, oppmerksomhet, emosjonelt engasjement, og mening, er vesentlig for at læring skal skje (Brodal, 2007; Fadnes, Brodal, & Leira, 2010). I boka «Læringsnøkkelen» (Fadnes et al., 2010) beskrives det at læring på mange måter handler om å utfordre sine egne grenser. Vi må være villige til å gi slipp på noe for å endre oppfatning eller adferd. Dersom situasjonen oppleves som utrygg, rettes oppmerksomheten og mentale ressurser gjerne mot strategier som kan øke tryggheten framfor mot det å prøve noe nytt (ibid.). Dette er et interessant perspektiv å ta med seg både for å forstå rehabiliteringsprosesser, og for å forstå informantenes opplevelser.

## 3.0 METODE

Et viktig kvalitetskriterium i forskning er at en synliggjør hvordan datagrunnlaget er fremskaffet og behandlet. Dette er søkt ivaretatt gjennom fylldige beskrivelser i dette kapitlet. Her presenteres studiens vitenskapsteoretiske forankring, samt fremgangsmåten for tilvirking og bearbeiding av data. Det fremføres også kritiske betraktninger av metoden, samt etiske vurderinger.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne studien har sitt utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsfilosofisk tradisjon og forståelsesramme.

Fenomenologi er i følge Thornquist (2003) først og fremst et kunnskapsteoretisk anliggende. Hun viser til grunnleggeren av fenomenologien, Edmund Husserl (1859-1938), som argumenterte med at intet viser seg uten å vise seg *for* noen, og at erfaringer og meninger derfor må ses som en viktig del av vårt kunnskapsgrunnlag. I en studie med et fenomenologisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt rettes derfor ikke oppmerksomheten mot verden i seg selv, men mot verden slik den erfares for subjektet, sier hun. Sentrale prinsipper er at vår bevissthet alltid er rettet mot noe, at verden er grunnleggende meningsfull for oss, og at det alltid vil være et gjensidig forhold mellom den som erkjenner og det som erkjennes (ibid.; Postholm, 2010; Starks & Trinidad, 2007). En streber altså ikke etter å eliminere det subjektive, men forsøker heller å beskrive hva som ligger til grunn for opplevelsene og oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2009). Dette står i motsetning til det positivistisk inspirerte fokuset på nøytral og verdifri forskning som tradisjonelt har vært premissgivende for vestlig medisinsk og samfunnsvitenskapelig forskning (Thornquist, 2003).

I helseforskning må det bygges en bro mellom forskerens livsverden og livsverdenen til de menneskene som studeres, og slik formidling mellom ulike verdener alltid har vært hermeneutikkens oppgave, skriver Bengtsson (2006). Hermeneutikk handler om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning (Ramberg & Gjesdal, 2009). Sentralt i denne forståelsen er at vi alltid har med oss tankemessig og erfaringsmessig bagasje. Vi har *alltid allerede* en forutforståelse som vi aldri kan redegjøre for fullt og helt for, når vi skal danne oss en

mening om noe (Thornquist, 2003). I følge Olsson & Sørensen (2003) blir ikke slike *for-dommer* sett på som noe negativt i hermeneutikken, men som noe uunngåelig. De skriver at utvikling av forståelse nettopp innebærer det at forventninger kan vise seg å stemme, eller at de kanskje må modifiseres. Det er først når vi har innsett hvilke for-dommer vi selv har, at vi kan forstå andres. For-dommer er slik sett til uvurderlig nytte, fordi en gjensidig forståelse bygger på felles for-dommer (ibid.). Hermeneutikken bygger på et prinsipp om at fenomener kan tolkes på ulike måter, og at mening bare kan forstås i lys av den sammenhengen det vi studerer er en del av (Thagaard, 2009). Som en konsekvens av dette, må en bestrebe seg på å redegjøre best mulig for alle trinn i forskningsprosessen (Dalland, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003; Starks & Trinidad, 2007). Med utgangspunkt i dette skjer fortolkning gjerne i en såkalt hermeneutisk sirkel, der en pendler mellom del og helhet i et forsøk på å forstå begge deler best mulig. Endret oppfattelse av en del kan endre synet på helheten, og en ny helhetsforståelse kan endre oppfattelsen av den enkelte del. Den hermeneutiske sirkelen gjør altså spørsmålet om mening til et spørsmål om den sammenhengen de enkelte delene danner (Gulddal & Møller, 1999).

## **3.2 Tilvirkning av data**

I dette kapitlet synliggjøres hvordan kunnskapen som kommer fram i denne studien er produsert. Her omtales hvem som har deltatt, hvilke metoder som er brukt, og hvordan innholdet er analysert.

### **3.2.1 Valg av metode**

Den vitenskapsteoretiske forståelsesrammen og studiens problemstilling har vært styrende for valg av metodisk tilnærming. For å få tak i aktuelle erfaringer ble det vurdert som hensiktsmessig å gjennomføre kvalitative forskningsintervju. I følge Kvale & Brinkmann (2009) er slike intervju egnet når temaer fra dagliglivet skal forstås ut i fra intervjupersonenes egne perspektiver. Intervjuet kjennetegnes av fleksibilitet i samtale rundt et definert tema, der det er mulighet for å følge opp momenter som fremkommer i løpet av samtalen. Samtalen er derfor verken stramt strukturert eller fullstendig uten styring. Den ledes av en intervjuguide (Vedlegg 1) som sirkler inn bestemte temaer. Det er et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill mellom intervjueren og den intervjuede, og det er derfor viktig at intervjueren er åpen for at det kan dukke opp nye og uventede tema (ibid.).

### 3.2.2 Utvalg

Studien er basert på intervjuer av tre strategisk valgte kommunefysioterapeuter, som har samarbeidet med fysioterapeut i ART om pasienter med nevrologisk sykdom/skade.

Knyttingen mot det aktuelle samarbeidsområdet ble gjort med bakgrunn i rammene for studien. Valg av antall deltakere er også gjort med utgangspunkt i gitt ramme, samt anbefalinger i metodelitteratur (Dalland, 2007; Polit & Beck, 2008; Postholm, 2010).

Bakgrunnen for kravet om at en fysioterapeut i ART skulle ha vært involvert i samhandlingen, var at dette ville gi mulighet for varierte og fyldige beskrivelser både om fysioterapirettede behandlings- eller treningssituasjoner, og fra målretting og koordinering av rehabiliteringstilbudet. Ut i fra en hypotese om at behovet for samhandling ville være størst i små fagmiljø, ble det primært etterspurt informanter fra mindre distriktskommuner. I prosjektskissen var det satt krav om at samarbeidet skulle ha foregått siste år. Dette kriteriet ble fjernet da det viste seg vanskelig å rekruttere tilstrekkelig antall informanter det kunne gjennomføres intervju med. Endringen ble klarert med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Vedlegg 2).

Informantene ble rekruttert i et annet sted av landet enn der undertegnede selv jobber. For å øke muligheten for bredde i materialet, ble det rekruttert fra arbeidsområdet til to forskjellige ART. Praktiske hensyn, som tilgjengelighet og kostnader, påvirket hvor i landet det ble søkt etter informanter. Teamene ble kontaktet og forespurt om å finne intervjupersoner som kunne forventes å gi rik informasjon om temaet. ART ga de potensielle informantene muntlig og skriftlig informasjon (Vedlegg 3) om studien, og forespurte om de kunne tenke seg å bli kontaktet av undertegnede. Kontaktinformasjon til fire personer som stilte seg positiv til deltakelse ble returnert fra ART. Det ble deretter opprettet direkte kontakt med informantene via telefon og e-post for å gi utdypende informasjon om studien, samt avklare muligheten for å gjennomføre et intervju ansikt til ansikt i deres nærmiljø. På grunn av praktiske omstendigheter viste det seg vanskelig å gjennomføre intervju med en av disse, og utvalget ble derfor på 3 personer.

### 3.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført av undertegnede, som ikke kjente noen av informantene fra tidligere. For å redusere konsekvensene av eventuelle tekniske problemer, ble samtalen tatt opp med to separate digitale lydopptakere. Opptakerne ble valgt på bakgrunn av

tilgjengelighet, lyd kvalitet, og fysisk størrelse (1x3x5 cm). Informantene ble bedt om å finne et sted for gjennomføring av intervjuene i sitt nærmiljø. For å unngå avbrytelser i samtalen og redusert kvalitet på lydopptakene, var det ønsket at stedet var skjermet fra forstyrrelser. Det første og det siste intervjuet ble gjennomført på de respektive fysioterapeutenes egen arbeidsplass, mens fysioterapeut nummer to valgte eget hjem. Informantene fikk tilbud om litt enkel servering i form av mineralvann og kjeks, og de bidro selv ved at de uoppfordret serverte kaffe. Varigheten på intervjuene varierte fra ca. 90 til 105 minutter, og de forløp uten vesentlige forstyrrelser.

Kvalitative forskningsintervju stiller store krav til intervjuerens håndverksmessige dyktighet. I tråd med anbefalinger i metodelitteraturen (Dalland, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009), ble det forsøkt å stille åpne spørsmål, være åpen for innspill, men samtidig bevisst og styrende i forhold til studiens formål, samt å klargjøre oppfatninger med oppfølgings spørsmål. En erfaren intervjuer ville trolig kunne bidratt til et mer utdypende og beskrivende materiale enn det som ble tilfellet. Undertegnede opplevde likevel at det hele tiden var en god tone i alle intervjusituasjonene. Samtalen fløt godt, og informantene snakket engasjert og villig om sine tanker og erfaringer. Både forsøk på oppsummering, og spørsmål om hvordan informantene opplevde intervjusituasjonen, førte i alle intervjuene til ytterligere opplysninger. Det var slik sett vanskeligere å avslutte intervjuene enn å holde samtalen i gang. Avslutningsvis ble intervjuguiden sjekket for å se om samtlige hovedtema var berørt. Da intervjuet var avsluttet, og intervjueren var alene, ble hovedinntrykk oppsummert og lest inn på lydopptakeren. Dette ble gjort for å ha et sammenligningsgrunnlag å gå tilbake til ved senere bearbeiding av materialet (Dalland, 2007).

### **3.2.4 Bearbeiding av datamaterialet**

Analyse og utvikling av forståelse skjer allerede når forskeren trer inn på forskningsarenaen (Postholm, 2010), og intervjuet kan derfor ses som en læreprosess både for den som blir intervjuet og den som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Bearbeidingen av materialet har slik sett vært en kontinuerlig prosess, og forståelse er utviklet gjennom vekslende i arbeidet med data, analyse og teori (Thagaard, 2009). En detaljert beskrivelse av dette vil kunne virke forvirrende og uoversiktlig, og det er i dette kapitlet derfor valgt å gi en noe mer strukturert presentasjon av bearbeidingsprosessen.

### Transkribering

For at rådata skal bli tilgjengelige for analyse, må muntlige samtaler omformes til tekst gjennom transkripsjon (Malterud, 2002). I denne prosessen vil det alltid skje en fortolkning, selv om det som er sagt gjengis ord for ord (Kvale & Brinkmann, 2009). Formålet med transkripsjonen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det informanten hadde til hensikt å formidle (Malterud), og forskeren må derfor avveie hvordan transkriberingen skal gjennomføres. Gjennom å transkribere selv, får forskeren anledning til å gjenoppleve møtet med intervjupersonen, huske sosiale og emosjonelle aspekter i situasjonen, og lære mye om sin egen intervjustil (Dalland, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). For å få god kjennskap til datamaterialet valgte jeg derfor å utføre dette arbeidet selv. Det første intervjuet ble transkribert før de to neste intervjuene ble gjennomført, slik at erfaringer og eventuell ny kunnskap kunne nyttiggjøres. Det gikk omtrent 2,5 måned fra gjennomføringen av det første til det siste intervjuet. Lydopptakene var av god kvalitet, og det var kun ved et par anledninger i det siste intervjuet at enkelte deler av en setning var for utydelig til å forstå. Under transkriberingen av intervjuene ble dette markert i teksten. For å anonymisere informantene ble person og stedsnavn fjernet, og ord og uttrykk på dialekt ble omformulert. Pauser, ord med ekstra trykk på, lyder og latter ble nedtegnet og markert. Alle ordvekslinger ble nummerert og merket i forhold til hvem som hadde kommet med utsagnet, slik at det skulle være lett å holde rede på i den videre bearbeidingen.

### Analyse

Analyse betyr å dele opp en helhet i mindre deler eller elementer, men det finnes ikke en standardisert analysemetode som skal brukes ved kvalitative intervju (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). Med utgangspunkt i det vitenskapsteoretiske ståstedet ble det i dataanalysen valgt å jobbe med tematisering ut i fra det som beskrives som en fenomenologisk basert meningsfortetting (Dalland, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009).

I de første delene av analysen ble det valgt å jobbe med ett intervju om gangen, i kronologisk rekkefølge. Først ble hele intervjuet både gjennomlyttet og lest for å få en følelse av helheten. Hovedinntrykk underveis ble notert slik at dette kunne jammføres med senere tolkninger. Den transkriberte teksten ble så delt inn meningsbærende enheter. Alle utsagn som kunne kaste lys over problemstillingen ble inkludert. Dette omfattet i alle tilfellene det meste av teksten. Det sentrale innholdet i disse enhetene ble deretter uttrykt så

enkelt og klart som mulig, først med fokus på tekstnær gjengivelse, og deretter mer omformulert med egne ord (se vedlegg 5). Valg av tekstutdrag og fortetting av teksten ble gjort ferdig før materialet ble tematisert, slik at temaene i mindre grad skulle påvirke hvilke deler av teksten det ble fokusert på. Tekstutdragene ble deretter merket ett eller flere aktuelle tema. Det ble lagt vekt på å forsøke å være åpen for nye sammenhenger og tematiske inndelinger i hvert intervju. Da det under arbeidet med det første intervjuet ikke utkrystalliserte seg noen nye uventede tema enn det som var forutsett i prosjektbeskrivelsen, ble samtlige utdrag gjennomgått på nytt og inndelt i et større antall subkategorier etter meningsinnholdet. Subkategoriene ble deretter sortert for å se om det utkrystalliserte seg nye interessante tema eller områder som tidligere var oversett. Det gjorde det ikke, men arbeidet førte til et mer bevisst forhold til det å være åpen for nye vinklinger under bearbeidingen av materialet, og dette ga etter hvert innsikt på områder det ikke hadde vært fokus på i planleggingen.

### Tolkning

Innholdet ble sortert etter de aktuelle tema, og det ble laget en sammenfatning av de viktigste emnene i intervjuet. Arbeidet med meningsfortetting ble kombinert med en hermeneutisk tilnærming i tolkningen. Et viktig prinsipp i slik tolkning, er en kontinuerlig veksling mellom å se på deler og helhet (Kvale & Brinkmann, 2009; Olsson & Sørensen, 2003). Gjennom tolkning av den nye syntesen forsøker en å forklare innholdet eller betydningen av dette, og ny kunnskap og forståelse kan oppnås (Dalland, 2007; Starks & Trinidad, 2007; Thagaard, 2009). Både den transkriberte hovedteksten, notater fra hovedinntrykk like etter intervjuet, samt notater fra senere gjennomhøringer og gjennomlesinger, ble brukt for å gå tilbake og kontrollere meningsinnholdet etter fortettingen av den transkriberte teksten. Etter arbeidet med det enkelte intervjuet, ble innholdet i analysene sett samlet. Tema som informantene viste spesielt engasjement for, eller som ble gjentatt flere ganger, ble spesielt lagt merke til. Den stadige vekslingen mellom deler, helhet og teori, bidro etter hvert til ny innsikt, og en opplevelse av større forståelse for informantenes situasjon og erfaringer. Ut i fra Gadamer's forståelse (2010), skjedde det slik sett en horisontsammensmelting mellom teksten og meg. Etter hvert som konteksten for informantenes erfaringer ble klarere, ga det også nye perspektiver på innholdet og meningsstrukturen, og min horisont ble utvidet. Dette førte til at det siste intervjuet, som i starten tilsynelatende hadde gitt minst materiale, senere i prosessen fremsto



som svært berikende gjennom å synliggjøre forskjeller og bidra til økt kunnskap gjennom å gi bredde i analysen. Sammenfatningene ble også lest av veileder og en kollega, som ga nyttige tilbakemeldinger om mulige perspektiver. Med bakgrunn i utvidet forståelse av materialet, ble det gjort nye vurderinger av hva som kunne være relevant teori for å belyse temaene. En plan for presentasjonen av materialet ble også utviklet og bearbeidet parallelt med dette.

### **3.3 Etiske betraktninger**

Studien ble ikke iverksatt før prosjektskisse og samtykkeskjema (Vedlegg 3) var gjennomgått av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og de hadde godkjent behandlingen av personopplysninger (Vedlegg 4). Deltakerne ble rekruttert via en tredjeperson slik at de i mindre grad skulle oppleve forespørselen som et press, og for at de lettere skulle kunne takke nei hvis de ønsket det. Informantene ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien, samt om muligheten for å trekke seg fra den, både ved førstegangs kontakt med tredjeperson, ved første kontakt med undertegnede, og i intervjusituasjonen. For at informantene skulle være trygge og komfortable i intervjusituasjonen, ble de bedt om selv å velge et sted for gjennomføringen i sitt nærmiljø. Deltakerne er anonymisert, og beskrivelser av deres hjemkommuner er begrenset. Av hensyn til informantenes anonymitet er det også valgt å ikke oppgi deres kjønn. Dette fordi det vurderes at disse opplysningene ikke er av vesentlig betydning for tolkningen av materialet. Alle informantene ble i slutten av intervjuet spurt om hvordan det hadde vært å delta. Samtlige deltakere ga tilbakemelding om at de opplevde det positivt å få anledning til å bidra, og at intervjusituasjonen opplevdes faglig engasjerende. Det kan derfor synes som det har vært en viss gjensidighet mellom hva informantene ga og deres eget nytteperspektiv, slik Kvale og Brinkmann (2009) skisserer at det bør være.

Da muntlige samtaler kan se usammenhengende og lite gjenkjennelige ut som tekst (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2002), er det av hensyn til informantene valgt å tilpasse deler av sitatene til en mer skriftlig form, samtidig som det er forsøkt å bevare det opprinnelige meningsinnholdet. Av samme grunn er ikke informantene tilbudt å lese det transkriberte intervjuet, men alle som takket ja til deltakelse vil få tilsendt en kopi av rapporten (Dalland, 2007). Personen som takket ja til deltakelse, men som ikke ble inkludert i studien, ble kontaktet via telefon og forklart årsaken til dette.

### 3.4 Andre metodiske overveielser

«Kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet» skriver Kvale og Brinkmann (2009, s. 99). Slik sett vil det kunne være en stor fordel om forskeren har lang erfaring og god kjennskap til feltet som skal studeres. Flere forfattere (Olsson & Sörensen, 2003; Polit & Beck, 2008; Postholm, 2010; Thornquist, 2003) peker på at forskeren har en fortolkende rolle i hele forskningsprosessen, og er det viktigste forskningsinstrumentet gjennom hele forskningsarbeidet. Forskerens forkunnskaper vil imidlertid kunne gjøre det vanskeligere å være åpen for nyanser i situasjonen som studeres, slik at en overser det som skiller seg fra egne erfaringer (Thagaard, 2009). Erfaringer og forkunnskaper gir slik sett tilgang til noen former for innsikt, men skygger for andre (Paulgaard, 1997).

#### 3.4.1 Nærhet til forskningsfeltet

Undertegnede har lang erfaring fra samarbeid med kommunefysioterapeuter gjennom arbeid i et ART. Dette har vært utgangspunktet for studien og interessen for temaet. Samarbeid om rehabiliteringsopplegg både på system- og individnivå i mange kommuner har gitt en bred basis for å forstå informantenes situasjon. Siden jeg ikke har førstehåndserfaring fra det å jobbe som kommunefysioterapeut, har likevel mitt utgangspunkt og forståelsesramme vært forskjellig fra informantenes. Jeg har ikke personlig opplevd hvordan det er å arbeide innenfor de samme rammene som en kommunefysioterapeut gjør, og vil slik sett ha et annet forståelsesgrunnlag enn det de har. Men siden det også er forskjeller mellom informantenes erfaringsbakgrunn, situasjon og rammebetingelser i de forskjellige kommunene, vil det uansett være umulig for en forsker å skaffe seg et forståelsesgrunnlag som er identisk med informantens. Som forsker ville det i denne situasjonen derfor ikke nødvendigvis gi meg et bedre grunnlag for å forstå informantenes situasjon om jeg hadde 20 års erfaring som kommunefysioterapeut. Det ville bare vært annerledes. I hermeneutikken snakker en derfor ikke om fullstendig eller egentlig innsikt, men om posisjonert innsikt og forståelse ut i fra perspektivet til den som tolker, skriver Paulgaard (1997). Subjektiviteten skal altså ikke legges til side, den skal komme tydelig fram (Postholm, 2010).

Min kjennskap til feltet kan imidlertid ha ført til at enkelte ting ble tatt for gitt. Dette kan for eksempel ha ført til manglende utdyping av enkelte tema, og mindre fyldige beskrivelser. Begrenset kjennskap til de ART informantene hadde samarbeidet med, ga likevel begrenset

innsikt i deres arbeidsmetoder, -områder og –rutiner, og dermed grunnlag for å stille spørsmål som ellers kanskje ville ha unngått et bevisst fokus. Slik Dalland (2007) beskriver, ble disse utfordringene også forsøkt imøtekommet ved å innta en bevisst naivitet i intervjusituasjonen, slik at det også ble stilt spørsmål der svaret var forventet kjent. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver en rekke håndverksmessige ferdigheter som vil være avgjørende for kvaliteten på den kunnskapen som produseres. I tillegg til å være godt informert om det aktuelle temaet, omfatter dette inngående kompetanse blant annet i forhold til metoder, teknikker, praktiske ferdigheter, sosialt samspill, og utøvelse av skjønn. De argumenterer for at god praksis må læres gjennom erfaring og veiledning. Ut i fra dette kan det være grunn til å anta at min manglende erfaring som intervjuer har vært en større begrensning for kunnskapsproduksjon i intervjuene, enn min nærhet til feltet.

Hvordan jeg ble oppfattet av informantene kan også ha påvirket intervjusituasjonen. I den første kontakten presenterte jeg meg primært som student, men informantene ble også informert om at jeg var fysioterapeut og jobbet i et ART. Dersom de så på meg som en representant fra ART, kan dette ha ført til at de fokuserte mer på positive sider ved samarbeidet enn om de så meg som en fysioterapeutkollega eller en student. Det at jeg ikke tilhørte det ART de samarbeidet med, kan likevel ha bidratt til å nøytralisere meg noe i denne sammenhengen. Samtidig var informantene klar over at jeg kjente til de ansatte i det aktuelle ART. Informantene var også rekruttert gjennom ART. Dette kan bevisst eller ubevisst ha begrenset informantenes vilje til å komme med kritikk av sine samarbeidspartnere. I samtalene var det likevel ikke noe som tydet på at dette begrenset informantene i deres fortellinger.

Det at informantene ble rekruttert gjennom ART kan også ha påvirket materialet på andre måter. I en situasjon der ART skal velge ut informanter som skal fortelle om samarbeidet med teamet, kan en tenke seg en større sannsynlighet for at det vil bli valgt informanter som kan fortelle om positive erfaringer, enn informanter som eventuelt har erfaringer fra at samarbeidet ikke har fungert. Dette var imidlertid et bevisst valg, som ble diskutert med de aktuelle ART i forkant av rekrutteringen. Bakgrunnen for valget var at det ut i fra problemstillingen og rammene for studien ble ansett som mer hensiktsmessig med beskrivelser av faktorer i gode samarbeidsrelasjoner, enn beskrivelser av situasjoner der samarbeidet eventuelt ikke hadde fungert.

### 3.4.2 Pålitelighet og gyldighet

For at en kvalitativ undersøkelse skal være pålitelig, må forskeren dokumentere forskningsprosessen slik at den kan gjennomgås og godkjennes av andre (Postholm, 2010). I tråd med anbefalinger i metodelitteraturen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008; *ibid.*; Thagaard, 2009; Thornquist, 2003) er dette forsøkt imøtekommet ved at det etter beste evne er gjort rede for forforståelse og fremgangsmåte, samt at resonnementene er beskrevet og grunnlaget for tolkninger er forsøkt synliggjort. Bruk av lydopptak har sikret at det som ble sagt i intervjusituasjonen er nøyaktig gjengitt, og et godt utgangspunkt for videre analyse og tolkning. På tross av forsøk på å opprettholde en bevisst holdning til egen forforståelse og bruk av intervjuteknikk, vil for eksempel ledende spørsmål og ubevisste bekreftelser ha kunnet påvirket materialet. For å verifisere oppfatninger og fortolkninger av det som ble sagt i intervjuene, ble det stilt oppfølgingsspørsmål til informantene, slik Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler. Informantene hadde da mulighet til å bekrefte eller korrigere intervjuerens forståelse av det som ble sagt, og styrke troverdigheten i materialet.

Informantenes respons vil være basert på hvordan deres livsverden ser ut, og dette er viktig som bakgrunn for tolkningen (Thagaard, 2009). Det er mange faktorer som slik sett kan spille inn på hva de velger å fokusere på. Deres faglige interesser, samt arbeidsfordeling mellom kommunens fysioterapeuter med inndeling etter diagnoser, alder eller boform/-sted, vil kunne påvirke deres erfaringsgrunnlag og valg av fokus i intervjusituasjonen.

Informasjon om studiet, bakgrunnen for gjennomføringen, og kriteriene for utvelgelse av informantene kan ha medvirket til å forsterke fokus på problemstillinger som har med nevrologisk fysioterapi å gjøre. Materialet, som er basert på et begrenset utvalg, vil derfor ikke gi et universelt eller fullstendig bilde. Det er likevel ikke noe som tilsier at disse informantenes arbeidsoppgaver og erfaringer på noen måte er sære, eller at de er vesentlig forskjellig fra det en kan forvente å finne hos fysioterapeuter i andre sammenlignbare kommuner. Tolkningen av situasjonene vil således kunne være gjenkjennbar for andre med kjennskap til fenomenene. Dersom tolkningene i tillegg oppfattes som logiske mener Thagaard (*ibid.*) dette kan knyttes til studiens overførbarhet. I følge Graneheim og Lundman (2004) er det til syvende og sist opp til leserne å avgjøre om beskrivelsene og argumentasjonen skaper gjenkjennelse, slik at resultatene kan overføres til en annen kontekst.

## 4.0 RESULTATER OG DISKUSJON

I denne delen presenteres og drøftes funn fra undersøkelsen. Det er valgt å presentere resultatene i tre hovedkapitler. Innledningsvis gis det en bakgrunnsbeskrivelse av informantene, med påfølgende betraktninger om særtrekk ved den enkeltes arbeidssituasjon. De neste to hovedkapitlene er strukturert med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og har flere tematiske underkapitler. I kapittel 4.2 «Hva er det behov for å samhandle om», er det forsøkt å synliggjøre materiale som omhandler aktuelle samarbeidsområder og oppgaver ART er, eller bør være involvert i. I kapittel 4.3 «God samhandling – hvilke faktorer er viktige?», fokuseres det på ulike faktorer som kan påvirke samarbeidet mellom nivåene. Utdrag fra transkripsjonen av intervjuene bidrar til å presentere, eksemplifisere og tydeliggjøre det empiriske materialet. Kapitlene inneholder også tekstnære kommentarer for å fremheve det allmenne som aktualiseres. Etter hvert underkapittel følger en tilhørende drøftingsdel hvor temaene diskuteres i forhold til aktuell teori.

I studien benevnes informantene som Fysioterapeut 1, 2, og 3, som regel forkortet til F1, F2 og F3, i henhold til den kronologiske gjennomføringen av intervjuene. Sitater fra informantene presenteres med innrykk og i kursiv, og utsagn fra intervjueren er i tillegg uthevet i fet skrift.

### 4.1 Beskrivelse av informantene

For å gi leseren en bakgrunn for å forstå informantenes utsagn, presenteres her de tre fysioterapeutene og deres situasjon, basert på den informasjonen de har gitt. I det siste underkapittelet gjøres noen betraktninger om særtrekk ved informantenes arbeidssituasjon.

#### 4.1.1 Fysioterapeut 1 (F1)

Kommunen har omtrent 2000 innbyggere, og ligger innen 3 timers kjøring fra ART sin base. F1 har jobbet i stillingen som kommunefysioterapeut i mer enn 15 år, og har erfaring fra samarbeid med ART, både på systemnivå og i enkeltsaker. Siste kontakt med ART i en pasientsak ligger drøyt tre år tilbake i tid. Det er også to fysioterapeuter med driftstilskudd i kommunen, og F1 deler behandlingslokaler med disse. F1 har ansvaret for fysioterapitilbudet i barnehage, helsestasjon, skole, og på sykehjemmet. I motsetning til

fysioterapeutene med driftstilskudd, arbeider F1 også med rehabiliteringspasienter i deres eget hjem. Dette skjer gjerne i nært samarbeid med ergoterapeut, som over lang tid også har delt F1 sitt engasjement for å forankre rehabiliteringstanken i andre deler av organisasjonen og systematisere arbeidet bedre. Med unntak av samarbeidet med ergoterapeuten, har F1 lenge følt seg alene om å være pådriver for rehabiliteringsarbeidet i kommunen. Siden fysioterapeutene med driftstilskudd ikke involverer seg i de sammensatte og komplekse rehabiliteringssakene, har F1 svært begrensede muligheter for fysioterapeutfaglig diskusjon og støtte i slike tilfeller. Det er nylig opprettet en koordinerende enhet for rehabilitering i kommunen. Den består av F1 som leder, ergoterapeut, helsesøster, og en sekretær. F1 mener at det å få etablert dette teamet skikkelig, samt å informere ledere og andre etater om funksjonen, er den største rehabiliteringsmessige utfordringen i kommunen. Både F1 og ergoterapeuten har mer enn nok å gjøre som personlige koordinatorene.

#### **4.1.2 Fysioterapeut 2 (F2)**

Kommunen har mer enn 25.000 innbyggere, og ligger innen en times kjøring fra ART sin base. Helsetjenestene er delt inn i flere områder eller soner. F2 jobber i et fagmiljø med flere andre kommunale ansatte fysio- og ergoterapeuter i samme sone. Disse har ansvaret for pasienter under 18 år og over pensjonsalder, samt de kompliserte rehabiliteringssakene med koordineringsbehov. Rehabiliteringsenheten i kommunen har et erfarent fagteam med mye kompetanse, som kan diskutere aktuelle problemstillinger og gi råd og veiledning i rehabiliteringsarbeidet. Det er opprettet en stilling for systemkoordinator som har ansvar for å holde oversikt over arbeidet med individuelle planer, og skaffe koordinatorene i de enkelte sakene. F2 har over ti års erfaring som fysioterapeut, har godkjent spesialistkompetanse, og har jobbet i kommunen og samarbeidet med ART de siste tre årene. I intervju situasjonen omtaler fysioterapeuten i hovedsak sin rolle og funksjon som koordinator i rehabiliteringssammenheng. Fokus er mest på hvordan hjelpeapparatet kan bidra til å fasilitere brukerens rehabiliteringsprosess, og i mindre grad på det diagnosespesifikke og rent behandlingsmessige. F2 velger ofte å presentere seg som rehabiliteringskoordinator for andre fagfolk i kommunen, fordi egen erfaring tilsier at de da opprettholder et bredere fokus enn de gjør når de snakker med fysioterapeuten. F2 synes samtidig det er vanskelig å forklare andre fagfolk, ledere og politikere hva det å fasilitere og koordinere rehabiliteringsprosessen faktisk innebærer. Det kan omfatte så mye at det er vanskelig for andre å forholde seg til, og dette gjør det vanskelig å være tydelig og synlig i systemet.

### 4.1.3 Fysioterapeut 3 (F3)

Kommunen har i underkant av 6000 innbyggere, og ligger innen en times kjøring fra ART sin base. Det er seks fysioterapeuter, tre med driftstilskudd og tre kommunale ansatte. F3 har mer enn 10 års erfaring fra flere kommuner og på rehabiliteringssenter, og har vært i denne kommunen i ca ett års tid. F3 har ansvaret for fysioterapitilbudet til barn og pasienter på sykehjemmet. Arbeidsmengden fordeles omtrent likt mellom de to områdene.

Hjemmeboende pasienter ivaretas av en annen fysioterapeut. Det er satt av fire plasser til rehabilitering i en avdeling på sykehjemmet, og de brukes i hovedsak til slagpasienter og hofteopererte. Rehabiliteringspasientene er ikke samlet eller adskilt fra de øvrige pasientene i avdelingen, og personalet jobber både med rehabilitering og andre pasienter på sykehjemmet. Dette gjør det vanskelig å skille rehabiliteringsarbeidet fra annen behandling og pleie, samt å få til et godt tverrfaglig samarbeid. F3 har en opplevelse av å være alene med ansvaret for rehabiliteringen på tross av at ergoterapeut og pleiere gjør så godt de kan. F3 har i utgangspunktet mulighet til å ta opp faglige problemstillinger med sine kolleger. Det er korte avstander og flere fysioterapeuter er samlokalisert. Alle har imidlertid sine fokusområder, og ulike ansvars og arbeidsområder gjør det i praksis vanskelig å bruke de andre som diskusjonspartnere. F3 har samarbeidet med ART det siste året, men har begrenset erfaring fra slikt arbeid, og er noe usikker på hvilke problemstillinger de kan jobbe med, samt hvordan en går fram for å få bistand.

### 4.1.4 Betraktninger rundt informantenes situasjon

De tre informantene er alle erfarne fysioterapeuter. Det er mange likhetstrekk mellom dem, men også vesentlige forskjeller i erfaringsbakgrunn og hvordan de jobber. F1 har den desidert lengste fartstiden av de tre, både som fysioterapeut generelt, men også i den aktuelle stillingen som kommunefysioterapeut. F1 kjenner derfor den lille kommunen godt, og har lenge vært pådriver for å utvikle rehabiliteringstanken og -organiseringen i kommunen. Rehabiliteringstanken og -samarbeidet virker likevel ikke helt integrert i andre deler av hjelpeapparatet. Som kommunal fysioterapeut med ansvaret for et bredt spekter av arbeidsoppgaver, har nok F1 noe begrensede muligheter for å drive utviklings- og systemarbeid. Det mangler også et miljø der aktuelle fysioterapifaglige spørsmål kan diskuteres. F1 kan, på tross av enkelte støttespillere, derfor virke noe ensom både i rollen som fysioterapeut og som rehabiliteringstenker/-utvikler.

F2 jobber i en kommune med vesentlig flere innbyggere enn de andre to informantene. Ut i fra beskrivelsene som gis, synes det også som en større del av personalet i denne kommunen har rehabiliteringskompetanse. Organiseringen av formelle strukturer for slikt arbeid virker bedre tilrettelagt enn i de andre to kommunene, og vanskelige fysioterapi- eller rehabiliteringsfaglige problemstillinger kan diskuteres i fagfellesskap. F2 fremstår i større grad enn de andre med en identitet som «rehabilitor», der tenkning rundt pasientens overordnede mål for livet videre og koordinering av tjenester har et vel så stort fokus som det fysioterapispesifikke.

F3 er den som har kortest erfaring fra stillingen som kommunefysioterapeut. Dette gir begrensede muligheter for erfaringer fra overordnet organisatorisk arbeid og rehabiliteringstenking i kommunen. Til tross for kort fartstid i kommunen, har F3 likevel tanker om hvordan organiseringen påvirker rehabiliteringsarbeidet. I motsetning til de andre to jobber ikke F3 med rehabiliteringspasienter som bor hjemme. Det er grunn til å tro at dette kan begrense hvilke aldersgrupper og problemstillinger F3 jobber med, og at dette påvirker erfaringsgrunnlaget.

De tre fysioterapeutenes ulike erfaringsbakgrunn og livsverden, gir ulike utgangspunkt for samhandlingen med ART. Dette er viktig å ha som bakteppe når en vil forstå innholdet i intervjuene. Alle fremstår imidlertid som faglig engasjerte, og på tross av forskjellig ståsted deler informantene mange opplevelser og meninger. Dette beskrives og tydeliggjøres i kapitlene 4.2 og 4.3.

## **4.2 Hva er det behov for å samhandle om?**

I merknadene til Forskrift om habilitering og rehabilitering §16 (Sosial- og helsedepartementet, 2001) står det blant annet at råd og veiledning vil være nødvendig i saker der kommunehelsetjenesten mangler kompetanse eller etterspør kompetanse.

Fysioterapeuter trekkes fram som viktige aktører i kommunenes rehabiliteringsvirksomhet (Riksrevisjonen, 2012), og dette kapitlet fokuseres det derfor på områder hvor fysioterapeutene selv sier de har behov for, og har hatt nytte av, samarbeidet med ART.



### 4.2.1 Finne retning i sammensatte og komplekse situasjoner

I alle intervjuene la kommunefysioterapeutene vekt på behovet for bistand fra ART i sammensatte og langvarige rehabiliteringssaker.

*Men vi trenger de i de der komplekse sakene, hvor det er så omfattende, og tar så lang tid! **Mmm.** Det er der vi trenger hjelp egentlig, for ikke å grave oss ned i papirer. (...) Disse brukerne de er jo inne i en langvarig rehabiliteringsprosess. Det er ikke bare snakk om seks måneder, det er snakk om flere år. (F2)*

I denne type situasjoner ble det trukket frem at det å få hjelp til å se rehabiliteringsprosessen i et overordnet perspektiv, og finne retningen i tilbudet til den enkelte, oppleves som en essensiell del av det ART bidrar med.

*Jeg er veldig opptatt av at rehabilitering er både fagspesifikke ting, men det er også det systemet, eller PROESSEN, og ... ja, der er fysioterapeutene også viktige! Vi kan ikke bare gå inn i vår behandlingsbås og tro at verden ordner seg rundt. (...) Det er jo ikke bare fysioterapi som er det saliggjørende, ikke sant! Vi må ha den hele fulle store innsikten, skal det bli noe ordentlig godt liv for den pasienten. Om han gjør ti knebøyninger til ingen nytte, det spiller... det er jo ikke det som er hensikten, ikke sant! Og jeg er veldig der, at «Hva skal vi gjøre for at han her skal ha et verdig liv, et liv han mestrer noe med når han har fått snudd livet sitt på hodet, og... ja! Hvordan skal han kunne klare å leve best mulig resten av livet sitt?» (F1)*

For de som daglig står i situasjonen virker det som det kan være vanskelig å unngå at fokus på særfaglige og praktiske arbeidsoppgaver tar overhånd. Når en har vanskelig for å løfte blikket, blir det også problematisk å se retningen på den veien en skal gå videre, og da er det fort gjort å gå seg bort. Alle informantene beskriver hvordan ART i slike sammenhenger kan fungere som eksterne veiledere og diskusjonspartnere, som får fagpersonene i kommunen til å løfte blikket, tenke nytt og se nye løsninger.

*Det er en liten dråpe av det ART gjør ved å komme inn her, det å så den lille tanken ikke sant, om at «Ah, det er kanskje sånn vi skulle ha gjort det». (...) Så jeg synes det bare er positivt å sitte i møter hvor ART er med. Og få liksom..holde fokus! Og vi ser på mulighetene da! For det blir veldig fort sånn at det er mange begrensninger! (F3)*

Det at fagpersonene i kommunen må konkretisere og presentere saken til noen utenfra, samt at noen stiller spørsmål vedrørende tilbudet, bidrar i følge F2 til nye tanker og ideer, slik at det skapes fremdrift i omfattende og kompliserte rehabiliteringssaker.

*.. det er på en måte noen som kommer utenfra og ser saken med andre øyne. Vi kjenner kanskje saken bedre på lokalt nivå, der brukeren er, og der ting fungerer og ting ikke fungerer. (...) Når du får presentert det du har strevet med, så kan det hende det lyser opp noe..., at du på en måte konkretiserer problemstillingen, og får andre til å stille de spørsmålene du ikke alltid tenker over. (F2)*

ART beskrives som en slags veiviser, som bistår kommunene med å løfte blikket og se saken i et annet perspektiv, slik at de lettere finner veien forbi hindringer. Med slik veiledning settes de lokale hjelperne i stand til å gjøre resten av jobben selv.

*«DER skal vi gå!» - sånn vise deg veien på en måte. Og så får du på en måte kanskje trække stien selv, men å bestemme en retning, DET tror jeg er viktig. (F2)*

På spørsmål om det har skjedd endringer når ART har vært inne i saker, forteller F2 at det å få hjelp til å se situasjoner på nye måter har gjort at brukeren og det lokale hjelpeapparatet kan ta et steg videre i stedet for å gi opp.

*Jeg opplever at vi ser at her er det noen (i kommunen, min anm.) som prøver og prøver og ikke får det til. Og at det da er noen som kan komme utenfra, og som kan hjelpe oss videre i prosessen, det er en kjempeviktig! Ellers er det veldig fort gjort å ende med at «Ja, vi har prøvd. Nå avslutter vi!» (F2)*

Dersom en blir stående og stampe og ikke klarer å skape noen form for endring, kan det altså i verste fall føre til at kommunens fagfolk ikke ser noen hensikt med å jobbe videre i saken, og avslutter hele eller deler av rehabiliteringstilbudet til brukeren.

### Diskusjon

I eksemplene over fremkommer trekk som karakteriserer situasjoner der informantene ser behov for bistand fra ART. Det at de vektlegger rehabiliteringssaker med komplekse problemstillinger, sammenfaller med ansvaret som pålegges spesialisthelsetjenesten i arbeidsfordelingen som Helsedirektoratet (Andreassen, Gjønnnes, & Refsdal, 2011) skisserer mellom nivåene i helsetjenesten. Informantenes beskrivelser tyder på at fokus har lett for å havne på de enkelte problemer som skal løses, og at dette bidrar til at deltakerne kan miste

retningen for tilbudet av syne. I følge Gadamer (2010) kan det at en overvurderer det nærliggende, skyldes en snever eller manglende horisont. Det er derfor interessant hvordan informantene beskriver at ART sin innsats kan bidra til at de involverte hever blikket, ser forbi begrensningene, og skaffer seg bedre overblikk over rehabiliteringsprosessen. Dette gjør det mulig for dem å finne felles retning for tilbudet. Når en forflytter seg endres horisonten (ibid.). Når en billedlig sett står i en skog av problemer, vil det kunne være nyttig å ha en stor haug av kunnskap å stå på. En kan si at ny kunnskap, og tilførsel av andre perspektiver, flytter den mentale horisonten og gir bedre utsikt. Dette kan gjøre at en ser andre muligheter og får et bedre grunnlag for veivalg.

For å kunne bidra til en horisontutvidelse må ART, i følge Gadamer (2010), først skaffe seg en forståelse av ståstedet til personene de skal hjelpe. Hvordan ser verden ut i fra deres posisjon? Hvilken horisont har de? Hva er det de ser, og hva er det eventuelt de ikke ser? En må hensette seg i den andres situasjon (ibid.), og forsøke å oppleve verden fra dennes ståsted. Denne måten å nærme seg den en skal bistå, finner en igjen i prinsippene for god omsorgstjeneste i Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Der står det at det handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og få innsikt i den enkeltes livssituasjon og historie. Det å opparbeide en slik forståelse vil kreve tid, men basert på det empiriske materialet synes det også å være en god investering. For ART vil dette kunne være aktuelt både i forhold til pasienten, de pårørende, og ulike lokale samarbeidspartnere.

Hvor sentral den direkte kontakten med pasient og pårørende blir i ART sitt arbeid, vil sannsynligvis kunne variere noe. Ved at ART eventuelt gjennomfører samtaler med pasient/pårørende i fellesskap med en lokal hjelper, er det mulig å se for seg flere former for kunnskapsoverføring mellom ART og kommunen. Dersom ART er den aktive parten, vil situasjonen minne mest om mesterlære (Andersen, 2003), der den lokale hjelperen i hovedsak observerer og lærer av hva den andre gjør. Samhandlingen skjer da i den relevante konteksten, og gir i følge Andersen (ibid.) mulighet for å utvikle forståelse for både intensjon, handlemønstre, holdninger, og moral. Dersom den lokale hjelperen er den mest aktive, kan ART ha en funksjon som veileder (Dalland, 2010). Det er også mulig å se for seg at det i slike situasjoner i praksis vil være glidende overganger mellom ulike læringsmåter, uten at disse er klart definert. Slike felles samtaler vil uansett kunne bidra til utviklingen av en gjensidig forståelse av partenes ståsted og en felles horisont.

Slik det beskrives, er det å skape endringer avgjørende for om rehabiliteringsprosessen videreføres eller ikke. Med utvidet horisont kan en se nye veier mot målet, og det vil være lettere å sette ulike problemstillinger i perspektiv. Slik F2 beskriver, kan bare det å legge fram og presentere en sak for ART skape refleksjon og gi nye perspektiver. Dette bekreftes av Dalland (2010), som sier at det å sette ord på det vi tenker bidrar til at vi kan se nye sammenhenger og nye løsninger. I en trygg relasjon kan det skapes refleksjon gjennom at det stilles spørsmål ved måter å se og gjøre ting på, og dette kan bidra til å gi ny innsikt (ibid.). I følge Gadamer (2010) vil det da skje en horisontsammensmelting, som gjør at begge parter får utvidet sin horisont.

I kommuner hvor det er satt av lite tid til tverr- og/eller monofaglige diskusjoner, kan en se for seg at møter med ART kan fungere som «unnskyldning» for å bruke tid til slik samtale og refleksjon som det ellers ikke er rom for. I slike tilfeller er det strengt tatt kanskje ikke ART som bidrar med kompetanse, eller sår «den lille tanken» som F3 snakker om, men at det er de lokale hjelperne som selv ser nye sammenhenger. Ved komplekse og sammensatte problemstillinger vil det likevel kunne være nødvendig at kommunerepresentantene og ART kommer sammen med sine ulike perspektiver og ulike horisonter. Begge parter vil i slike tilfeller kunne bidra med kompetanse som kan være viktig for pasienten, uten at de hver for seg nødvendigvis kan yte et godt og individuelt tilpasset tilbud.

#### **4.2.2 Tilpasse tilnærmingen**

Det er hjemme i kommunen folk skal leve sitt liv. Sykehusmiljøet er slik sett kunstig, og kan ikke gjenskape de rammene en har hjemme.

*Og at folk er inneliggende i deres miljø, i sykehusmiljøet, ja det er jo greit at de begynner på ting og prosesser da. Men det er nå en gang slik at det er hjemme de skal fungere. (F1)*

Endret miljø vil kunne gi andre forutsetninger for funksjon, og hjelperne i kommunen må tilpasse bistanden til den nye situasjonen. Råd og anbefalinger basert på erfaringer i institusjoner kan slik sett oppleves som lite tilpasset situasjonen lokalt. Et stykke ut i samtalen etter et spørsmål om hva som er forskjellig i samarbeidet med ART i forhold til andre sykehusavdelinger sier F2:

*Sykehuset ser det ikke som en utfordring i det hele tatt, så blir du utskrevet hjem, og så plutselig fungerer ikke ting i det hele tatt, ikke sant. For når du kommer hjem er det mange andre hensyn du skal ta.. altså, kravet til deg er ikke.. blir større når du blir utskrevet til hjemmet enn når du er på sykehus, og det er ikke alltid du klarer å forutse de kravene. (F2)*

F3 jobber ikke med pasientene i deres hjem, og snakker ikke om at pasientenes funksjon endrer seg i ulike miljøer, men beskriver at tilnærmingen i samarbeidet er forskjellig med ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Det å besøke institusjoner for å få informasjon og praktiske behandlingsdemonstrasjoner etter at pasienter har hatt intensiv oppfølging, oppleves positivt. I disse situasjonene beskriver F3 en forventning om å bli tilført masse kunnskap, samt å bli fortalt hva de skal gjøre videre i behandlingen. I likhet med det de andre informantene forteller, er erfaringen dessverre at det ikke alltid er like lett å overføre all kunnskapen til praksis i den kommunale hverdagen. Samarbeidet med ART oppleves slik sett noe annerledes.

*Mens når ART kommer, så er vi på en måte.. da er vi på hjemmebane. Og så må vi jobbe med det vi har der og da, og da får du.. da blir det liksom reelt! (F3)*

Det at ART reiser ut til kommunen og skaffer seg informasjon om hvordan ting fungerer i hjemmemiljøet, gjør det lettere for de lokale hjelperne å synliggjøre hva som faktisk oppleves vanskelig.

*Det som er den største forskjellen mellom ART og en sykehusavdeling, er jo at ART blir trukket inn.., altså UT av sykehuset, hvor de på en måte blir en del av kommunen. (...) Fordelen er jo at du ser hvordan personen, eller den som de skal hjelpe, hvordan den fungerer. Og ikke minst i forhold til å kunne.. Vi som fagpersoner kan forklare hva vi har prøvd på et veldig konkret nivå. I stedet for bare å snakke om det. (...) Så du ser en helt annen side/perspektiv på den hjelpen du skal gi da. For når du har en pasient eller en bruker inne i en sykehusavdeling, så påvirker du også omgivelsene rundt den enkelte, og da får du ikke opp alle aspektene som brukeren vil bli eksponert for. (F2)*

ART omtales her nærmest som en integrert del av det lokale hjelpeapparatet. Kunnskap om lokale forhold gjør at ART kan bruke sin kompetanse hensiktsmessig, og gjør til at de kan bidra til å finne tilpassede løsninger i samhandling med brukeren og kommunen.

Situasjoner der informantene beskriver samarbeid om praktisk behandling, handler primært om at fysioterapeuten i ART bistår med vurderinger/bevegelsesanalyse, samt utprøving av aktuelle tiltak i den aktuelle situasjonen.

*Og rent faglig sett så har jeg faktisk fått faglig råd og veiledning i forhold til enkelte problemstillinger, rent fysioterapispesifikt også. Det er noe med.. for eksempel en enkel sak: Jeg hadde en pasient, han var seksti år, han jobbet hundre prosent, var ganske høyt utdannet, og så fikk han hjerneblødning og ble totalt avhengig av hjelp. Og da måtte vi.. Jeg hadde prøvd å få denne personen opp å stå, men vi fikk jo ikke til. Vi hadde prøvd veldig mye forskjellig, og da måtte en fra ART komme og se hvordan vi mobiliserte denne brukeren her, også komme med kommentarer og spørsmål om «er det andre måter vi kan gjøre det på, slik at vi får pasienten til å bruke seg sjøl, samtidig med hjelp fra oss da, for å utvikle sitt potensiale». **Så da gikk dere inn og samarbeidet med pasienten til stede, og jobbet med han rett og slett?** Ja, da gikk vi rett inn i forhold til den fysioterapispesifikke delen. (F2)*

Samhandlingen i slike praktiske situasjoner oppleves kvalitativt annerledes, og gir et annet utbytte for kommunefysioterapeutene, enn drøfting av problemstillinger og muntlig eller skriftlig overføring av kunnskap.

*Mens når du får lov til å komme på et møte,.. eller hvor det blir sånn at du kan diskutere og.. og gjerne med pasienten til stede, ikke sant, og vise på pasienten.. sånn at «Vi gjøre det SÅNN i forflytning», «Hold han DER», eller «Ikke gjør det sånn» eller.. Nå tenker jeg veldig fysioterapeut da! **Ja, ja.** Men det samme liksom med..ja,.. Det er DA du får noe ut av det! **Mmm.** Så det å møte opp på et møte hvor det ikke er tid til noe annet enn å fortelle det de har sett, da blir det jo som å lese i en rapport. (F3)*

Informantene beskriver at denne type samarbeid gir et praktisk og anvendbart utbytte, som påvirker hvordan den videre behandlingen utføres.

*Og det var en slagpasient som pushet. Og da var vi i beit! Han lå jo skinnflat på ..(ler) ..på svak side! Der var vi på gyngende grunn! Og da var hun her (fysioterapeuten i ART, min anm.) og hjalp oss. Og da ønsker du at noen skjønner dette her! Som kan fortelle deg at «du gjør sånn og sånn, for da er det større sjanse for at dette fungerer, og blir noe fornuftig ut av, og fremdrift av». Det er klart at den biten den... at noen har noen lure løsninger, og noen gode håndgripelige råd.. Ja, «gjør sånn og sånn»! Oppskrift!*

*Men var det sånn at dere hadde møte og fikk råd, eller prøvde dere ut..? Nei, da var hun her! **Ja?** Jeg ser for meg at vi sitter på sengekanten... **Ja, med pasienten?** Med pasienten! **Mmm.** Og da drev vi også med forflytning.., over hvilken side, og på EasySlide og sånn, for å få det ordentlig håndgripelig! **Ja, det var, .. Da har du fått et redskap! (F1)***

I tillegg til at den praktiske veiledningen kan bidra til endringer i tilnærmingen, og progresjon i behandlingen i den aktuelle saken, vil kompetansen som tilføres kommunen senere også være anvendbar ved andre lignende problemstillinger. På spørsmål om samarbeidet med ART har før til endringer i tilbudet til pasientene svarer F1:

*Ja, hvordan vi har håndtert pasienten, hvordan vi har lagt opp.. Det har jo blitt justert etter at de har vært her. **Mmm?** **Ja!** Og fått hjelp til å legge opp bassengprogram, så vi bruker jo det. Også gjør vi noen sanne egne varianter når vi finner på det. Men det har det! For eksempel med den slagpasienten som pushet, som vi sleit litt med, så fikk vi håndgripelige ting som var bra for den pasienten. Men det gjorde jo også noe med at vi faktisk lærte til en senere anledning. At da vi fikk en pusher til, så var vi ikke helt analfabeter. (F1)*

Alle de tre informantene forteller om positive erfaringer fra samarbeid med ART om konkrete fysioterapifagspesifikke tiltak. Det virker likevel ikke som slikt fagspesifikt samarbeid foregår i alle sakene, og temaet dominerer ikke intervjuene på samme måte som for eksempel det å finne retning i tilbudet på et mer overordnet nivå. I følge F2 kan dette ha sammenheng med at ART ofte kommer inn i saken på et tidspunkt der mange av de mer behandlingstekniske spørsmålene er avklart.

*Det som jeg har erfart med ART, er jo at de har kommet inn litt lenger ut i forløpet, i forhold til rehabiliteringen, og at da er den behandlingen, altså den fysioterapibehandlingen, ivaretatt. (F2)*

I slike tilfeller opplever F2 at behovet har vært å få hjelp til å justere innsatsen på et litt mer overordnet nivå. Dette kan for eksempel handle om bistand til vurdering av tiltak i forhold til målet som er valgt, med forslag om å avslutte tiltak og med innspill til nye. Det rent behandlingstekniske er således mindre i fokus. F3 forteller imidlertid om en situasjon der fysioterapeuten i ART trente med pasienten i kommunen annenhver uke i en periode. Dette ble gjort både for å veilede F3 og tilpasse behandlingen, men også for å bli bedre kjent med

den aktuelle pasienten, samt skape en relasjon som et utgangspunkt for samtaler om andre livsarenaer.

### Diskusjon

Det å invitere representanter fra kommunen til hospiteringsopphold og utskrivingsmøter, vil kunne bidra til overføring av kompetanse mellom nivåene. Informantene forteller imidlertid at råd og anbefalinger fra spesialisthelsetjenestens institusjoner ofte kan oppleves som lite tilpasset til situasjonen lokalt. Endringer av omgivelsene vil kunne gi andre forutsetninger for funksjon (Raine, Meadows, & Lynch-Ellerington, 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2007). Enkelte oppgaver kan være lettere å utføre i vante omgivelser, mens andre blir vanskeligere fordi det stilles andre krav, slik F2 beskriver. Kanskje er det også helt andre oppgaver og funksjoner som aktualiseres når pasienten kommer i eller nært hjemmemiljøet.

F3 forteller at samarbeidet med ART oppleves mer reelt enn demonstrasjoner på institusjoner. Praktisk kunnskap lar seg ikke løsrive fra de situasjoner hvor den blir lært og anvendt (Grimen, 2008), og dersom brukssituasjonen endres, vil ikke kunnskapen lenger være like relevant. Det er også verdt å merke seg at F2 også mener det er lettere å formidle hva som er prøvd og hvor problemet ligger, når en er i det aktuelle miljøet. Dette kan ses i lys av at kommunikasjon og kontekst, er gjensidig avhengig av hverandre (Thornquist, 2009). Forutsetningene for kommunikasjonen vil slik sett kunne endre seg med endrede omgivelser, og innhold kan få ny/annen meningen i en annen kontekst. Når samhandlingen skjer i den aktuelle situasjonen er det altså lettere å gjøre seg forstått, og mindre fare for at en skal misforstå hverandre.

F3 beskriver at samarbeid i praktiske situasjoner kan gi ART et bedre utgangspunkt for å forstå pasientens ståsted. Det synes nærliggende å tenke at slike situasjoner også vil kunne gi ART bedre innsikt i kommunefysioterapeutens livsverden. Situasjonen kan altså bidra til en horisontsammensmelting (Gadamer, 2010), som gjør at ART kan tilpasse sin assistanse til behovet. I samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, synes det derfor hensiktsmessig at samhandlingen skjer i den konteksten der oppgavene skal løses. Der vil det være mulig for partene å prøve ut ulike tilnærminger til utfordringen, slik at en i fellesskap raskt finner gode løsninger som er individuelt tilpasset til det aktuelle miljøet.



I intervjusituasjonen er ikke informantene like opptatt av å snakke om samhandling i kliniske situasjoner som det å snakke om å få oversikt og finne retning for tilbudet. Der dette omtales, beskrives likevel slike situasjoner positivt. Molander (1996) sin påstand om at verbal eller skriftlig overføring er dårlig egnet når det gjelder praktisk kunnskap, bygger opp under informantenes opplevelse av å få tilført et kvalitativt annet utbytte fra samarbeid i behandlingssituasjoner. Om det er hensiktsmessig at ART tilbyr veiledning i klinisk behandling, er vanskelig å bedømme ut i fra hvordan dette vektlegges i intervjuene. Men i situasjoner der det er behov for å styrke den praktiske behandlingskompetansen i kommunen, synes det hensiktsmessig å benytte andre samhandlingsmåter enn skriftlige anbefalinger og formelle møter rundt et bord, samt å tilpasse tilbudet til behovet så langt som mulig.

#### 4.2.3 Spesielt krevende områder

Nevrologiske sykdommer og skader er det området alle informantene beskriver som utfordrende for det kommunale hjelpeapparatet. Alle de tre har erfaringer fra å samarbeide med ART om saker der slik sykdom/skade ligger til grunn. F1 og F2 fremhever i denne sammenheng spesielt rehabilitering av personer med kognitive utfall. På spørsmål om hvilke type saker de har hatt mest nytte av bistand fra ART i, svarer F1 blant annet:

*Det er greit det hvis du er svak i halve kroppen din, men hodet fungerer. Du er bare litt kraftløs, og det går litt seint, og du må bare på med litt mengdetrening. Det er jo greit! Men når det er kognisjon, og du ikke helt vet om det er det ene eller det andre, så er det... (...) Hvor langt kan de komme? Hva kan vi forvente? Det er når ting er vanskelig og komplekst! Da, er det godt å ha de!*

F2 understøtter det F1 sier, og fokuserer enda tydeligere på samspillet mellom fysisk og kognitiv funksjon, og behovet for bistand for å se dette i sammenheng.

*Personlig sett så synes jeg det har vært en utfordring i forhold til..altså, rent nevrologiske pasienter med kognitive vansker. **Mmm.** Det har vært en utfordring. Eller ER en utfordring fremdeles, i forhold til hvilken tilnærming vi kan komme med. For personen er jo ikke det bare den fysiske kroppen vi skal behandle, men det er noe med at hvordan... ja, hjernen og resten av kroppen skal fungere sammen. Og DET er en utfordring som vi.. som jeg ser ART absolutt har mye å bidra med i forhold til. At man jobber veldig mye sånn.. det kan hende det blir veldig mye sånn mekanikk, ikke sant.*

*Mmm. Men uten å tenke over at redusert kognitiv funksjon, hvordan det påvirker resten av hvordan personen fungerer. Å ha det i et samspill, det er en utfordring. Mmm. Så det er i hvert fall et område som jeg tror det kan være... (sukker) ..kan være spennende. Eller i hvert fall at vi trenger mye hjelp til. (F2)*

Den siste tiden har F2 blant annet jobbet med tre pasienter i alderen 18 og 36 år, der alle har kognitive utfordringer. F2 mener fysioterapeuter ofte kan det rent biomekaniske og det behandlingsmessige knyttet til dette, men at det ved nevrologiske skader med kognitive utfall er viktig å huske på at det er flere forhold som påvirker pasientens mestring og deltakelse i ulike situasjoner. Gjennom arbeidet med fysisk funksjon har fysioterapeutene en unik mulighet til å opparbeide et tillitsforhold med pasienten. Denne tilliten kan gi fysioterapeuter en unik mulighet og tilgang til også å jobbe med andre problemområder enn det som har med det rent kroppslige å gjøre, mener F2. Med økt kompetanse om kognitiv funksjon, samt med bistand og støtte, kan fysioterapeuten da fungere som en døråpner og bidra til å hjelpe pasienten videre i rehabiliteringsprosessen. Ofte handler det om å få hjelp til å forstå hvordan redusert kognitiv funksjon påvirker situasjonen, slik at hjelpen, og måten denne ytes på, kan tilpasses. I slike sammenhenger har F2 erfaring med at ART har vært brukt for å gi aktuelt personell opplæring og forståelse for de praktiske konsekvensene av personens kognitive utfall.

*Et eksempel er en mann i begynnelsen av femtiårene som fikk hjerneblødning han også, men han hadde ikke den kompetansen til å være kritisk til det han driver med. (...) Det er noe med hvordan ART går inn og forklarer personellet hva det betyr og får de til å forstå hva er det den personen egentlig sliter med. Så det er med på å gi et bedre tilbud, eller bedre hjelp da, til denne..akkurat denne personen. Så det har vært veldig fint, den måten å løse det på. (F2)*

F3 nevner ikke kognitiv funksjon spesielt, men omtaler behovet for bistand ved problemstillinger som kommunen ikke forholder seg til så ofte. Som eksempler på dette nevnes rehabilitering av unge mennesker med nevrologiske skader, og rehabilitering etter amputasjoner. Andre fysioterapeuter i kommunen, som ikke jobber med denne typen problemstillinger, er i følge F3 heller ikke så interesserte i å diskutere slike saker fordi de mangler erfaring på området. F3 opplever derfor behov for at ART bidrar ved å tilføre kompetanse og erfaring i disse sakene.

### Diskusjon

Det at alle informantene fremhever neurologiske problemstillinger som et krevende område kan ha sammenheng med flere forhold. Neurologiske skader og sykdommer kan gi store funksjonsnedsettelse med stor variasjon i berørte funksjoner (Helsedirektoratet, 2011). Personer med neurologiske tilstander utgjør da også mer enn en tredel av omsorgstjenestens tjenestemottakere, og myndighetene anbefaler å legge større vekt på rehabilitering og kontinuerlig trening for å gjenvinne eller opprettholde viktige funksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). I Nevroplan 2015 (ibid.) erkjennes det at dagens omsorgstjeneste ikke er tilstrekkelig utformet og tilrettelagt for personer med neurologiske skader og sykdommer, og det anbefales at kommunene må styrke sin kompetanse på området. Dette er altså en stor og synlig, men sammensatt gruppe, som det kommunale tjenesteapparatet på nasjonal basis har vanskelig for å imøtekomme behovene til. Det er derfor ikke uventet at informantene i denne undersøkelsen også fokuserer på denne type problemstillinger. I følge Thornquist (2009) tenderer helsepersonell som står overfor problemstillinger som ikke passer inn i deres forståelsesramme, å beskrive og definere problemet slik at de passer inn, eller eventuelt å se bort i fra det. Dette kan muligens ha bidratt til at andre krevende problemstillinger ikke har kommet like tydelig fram i studien, men svekker ikke automatisk grunnlaget for å tro på det formidlede behovet for hjelp og støtte ved neurologiske problemstillinger.

To av informantene trekker spesielt fram kognitive problemstillinger som et utfordrende område. Store kognitive utfall betyr betydelig reduserte funksjoner på områder som tenking, forståelse, hukommelse, dømmekraft og kommunikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Dette påvirker personenes dagligliv på en rekke områder, samtidig som slike utfall ofte er lite forstått i sosiale sammenhenger, og kan derfor true deres selvbilde og identitet (ibid.). Problemstillingene fremstår derfor som særdeles sammensatte og komplekse, og det vil kunne kreves både tid, kompetanse og godt tverrfaglig samarbeid når en skal bistå pasienter i slike situasjoner. Informantenes beskrivelser tyder på at mange av problemene som knyttes til denne type utfall etter nyoppstått skade/sykdom, ikke oppdages av spesialisthelsetjenesten før pasienten er tilbake i kommunen. Dette synet bekreftes også i Riksrevisjonenes rapport om rehabilitering i helsetjenesten (2012). Det er derfor forståelig at informantene omtaler dette som et område hvor kommunen har behov for å få bistand fra ART i rehabiliteringsarbeidet.

Et interessant moment i beskrivelsene i dette kapittelet, er at relasjonen mellom de kommuneansatte og ART her beskrives som mer usymmetrisk (Thornquist, 2009). Relasjonene som omtales i kapittel 4.2.1. og 4.2.2 bærer preg av samarbeid. Partene fremstår der i hovedsak som likestilte diskusjons- og samarbeidspartnere, hvor begge parter tilfører kompetanse, og fokus er å finne løsninger i fellesskap. Beskrivelsene her i dette kapittelet handler om at ART blant annet har bidratt med opplæring for personalgrupper om kognitiv funksjon, og at de forklarer om følger av utfall. ART synes her å ha en litt annen rolle enn det som tidligere er beskrevet, og kunnskapsflyten er mer ensrettet fra ART til kommunen. Spesielt når det handler om kognitiv svikt, virker det som informantene etterspør undervisning og spesialisert kompetanse fra ART. Dette gir inntrykk av at ART har en ganske fleksibel funksjon, der de mer eller mindre glidende og bevisst veksler mellom ulike roller. Noen ganger utvikles ny kunnskap gjennom samarbeid, og noen ganger veiledes de kommuneansatte til selv å finne sammenhenger og løsninger. Andre ganger ser det ut for at det kan være behov for mer direkte tilføring av kompetanse og spesialisert kunnskap, der ART gir råd og anbefalinger, eller brukes som foredragsholdere om spesifikke tema.

I undervisningssituasjoner har læreren mer autoritet enn den som undervises (Dalland, 2010), og ART synes i slike situasjoner å gå inn i en noe tydeligere «ekspertrolle». Thornquist (2009) skriver at det vil ha betydning om slik autoritet opparbeides eller blir tatt for gitt. Uten en utviklet følelse for situasjonsdefinisjon og selvrepresentasjon risikerer ART å bli sett på som arrogante, og slik sett ha et dårlig utgangspunkt for eventuelt videre samarbeid (ibid.). Slik Dalland (2010) beskriver, tyder tilbakemeldingene på at ART må ha et klart forhold til at merviten er noe annet enn bedreviten. Dersom undervisningen skal invitere til deltakelse, skriver Dalland (ibid.) at den må baseres på interesse for deltakernes situasjon, og anerkjennelse av denne. Uten dette vil en kunne overtale deltakerne til å utføre handlinger, men en vil ikke på samme måte kunne skape innsikt og en mer aktiv overbevisning som kan danne grunnlag for et videre gjensidig samarbeid (ibid.). En horisontsammensmelting synes altså nødvendig som grunnlag for ART sitt arbeid, også i situasjoner der relasjonene kan ha en mer usymmetrisk form.

#### 4.2.4 Å skape trygghet

Ingen av informantene sier direkte at de føler seg utrygge i jobbsituasjonen, men både F1 og F3 beskriver flere sammenhenger hvor de føler seg faglig alene, og der samarbeidet med ART bidrar til at de føler seg tryggere. Opplevelsene relateres både til fysioterapifagspesifikke spørsmål, og til mer overordnede rehabiliteringsmessige og organisatoriske sammenhenger. F1 beskriver blant annet hvordan samarbeidet med ergoterapeuten for å utvikle rehabiliteringstankegangen i kommunen har vært:

*..vi kunne jo ikke gjøre noe med to tomme hender, vi alene. Vi var jo fullstendig klar over at vi måtte inn på hjemmesykepleien sitt gebet, og sykehjemmet. Altså, vi var avhengig av hverandre, og pasienten er jo den samme, og vi må jo prøve å finne.. å ha en felles kurs her. Sånn at pasienten når sine mål, og at ikke vi har åtte og førti forskjellige mål for han, der kanskje han ikke går for noen av de selv. Og da skulle vi ha disse møtene da, som jeg snakker varmt om nå, men det var ikke bare greit i begynnelsen! **Mmm!** Vi har sittet og grått vi altså! Og da de så oss i gangen: «Nei, nå er det det der møtet deres igjen!» De skjønnte ikke vitsen til å begynne med! Da var det møtet vårt, og det var noe heft! (F1)*

F1 beskriver at situasjonen inne helse- og omsorgsetaten nå har blitt bedre. De opplever forståelse og aksept for rehabiliteringsarbeidet hos egen leder, men har fortsatt utfordringer i forhold til samarbeid med andre etater. Samtidig som utviklingsarbeidet er krevende, virker det også som det å ta ansvar for slike utfordringer kan oppleves meningsfullt og bidra til faglig stolthet.

*Når vi er så små, vet du, så skulle vi jo ønske at noen hadde laget system til oss, ikke sant. Så, «vær så god, bare å jobbe her!» Men når vi er så små, og ikke.. Ting blir til mens veien blir laget! Og vi er på den veien. Vi må være med og lage den veien. Vi er alene, kommunalt ansatt, og det er på en måte vårt ansvar. Vi kan ikke bare forlange at lederen vår skal ha alt. Det er jo klart at han kan jo ikke ha kompetanse... Det hadde sikkert aldri blitt bra nok for oss heller! (Ler høyt!) (F1)*

I denne sammenhengen har det vært til stor nytte at ART tok initiativ til et nettverk for rehabilitering mellom kommunene i nærområdet. Dette nettverket drives nå av kommunene selv, og de fungerer blant annet som en faglig møteplass for de som er engasjert i utviklingen av rehabiliteringsfeltet.

F3 beskriver at mye av fokuset i rehabiliteringen er på det fysioterapeuten gjør, både hos pasienter og hos personalet. Det er varierende kompetanse hos pleiepersonalet, som også har ansvaret for pleiepasienter i samme avdeling, og organiseringen av arbeidet beskrives å begrense muligheten for tverrfaglig samarbeid. Noen ganger oppleves det derfor som det ikke blir noen rehabilitering for pasientene dersom fysioterapeuten ikke kan komme den dagen. F3 opplever det ganske belastende å bli tillagt så mye av ansvaret for tilbudet alene. På grunn av at fysioterapeutene i kommunen har ulike ansvars og arbeidsområder, er det også vanskelig å bruke disse som diskusjonspartnere og støtte i faglige problemstillinger. Her beskrives det at ART gjennom målretting og samordning av innsatsen, og med faglig veiledning i praktiske situasjoner, bidrar til et bedre utgangspunkt for å gi pasientene et tilbud, og at situasjonen da også oppleves tryggere for F3.

*Hvis man hadde fått rehabilitering enda mer på plass i kommunen, så kan det hende at ART ikke hadde spilt en SÅ sterk rolle for meg som de gjør. Da kan det godt hende at jeg ikke hadde hatt.. alle de følelsene liksom da. (Ler) **Mmm.** Det kan hende. Ja. For da hadde det vært litt mer ting på plass. For da hadde jeg følt det litt sånn tryggere. Litt mer sånn.. solid! **Mmm.** Da er det jo godt å få litt støtte fra et annet sted. De passer på at det blir bra! (F3)*

F1 bekrefter at det å få forslag til korrigeringer, eller en bekreftelse på at en er på riktig vei, kan være positivt både for pasienten og for fagfolkene i kommunen.

*Men da, at de (ART, min anm.) har kommet til oss da, det er jo.. ja, det er gull verdt det for pasienten! Det er jo faktisk han vi er her for! (begge ler) **Ja, ikke sant?** Men det gjør jo at vi føler oss tryggere i vårt arbeid også. At vi føler at vi kommer på en riktig vei! At vi ikke driver og kjører mye omveier, eller blindveier. (F1)*

F2 har både formelle og uformelle fora i kommunen, hvor fysioterapifagspesifikke og rehabiliteringsmessige problemstillinger kan drøftes. På spørsmål om hvordan det ville vært å være alene som fysioterapeut i kommunen, er det kontante svaret at det ville vært ille. Med bakgrunn fra sine egne erfaringer som nyutdannet mener F2 at ART sin rolle som faglig sparringspartner blir enda viktigere der kommunefysioterapeuten er nyutdannet og/eller faglig alene.

*Jo, jeg husker det da jeg begynte i kommunen, hvor jeg på en måte, jeg.. helt til å begynne med, for lenge siden (ler), ..men da hadde jeg ansvaret for en avdeling, sant.*

*Og der var jeg alene. Og der, der hadde jeg også.. Det var en av de første kontaktene jeg hadde med ART faktisk. **Mmm.** Jeg trengte akkurat den fysioterapeuten som jeg kunne diskutere ting med, og få tilbakemelding om ting, og hva jeg tenkte, om teknikker som jeg utførte. Og den personen som kom, hun har jo vært i arbeid lenge og har god kompetanse innen den nevrologiske fysioterapioppfølgingen, så hun har mye å gi råd om. Så jeg fikk mange redskap da. Mange måter å tilnærme meg ting på. Så jeg tror, dersom man har vært litt alene, sånn i utkant-Norge, så tror jeg fysioterapeuten, eller den personen som er fra ART har veldig stor betydning for å få kompetanse, og ikke minst stimulering. For å få en litt annen måte å tilnærme seg ting på.*

F2 sine tanker bekreftes av F1, som forteller om en situasjon som ligger litt tilbake i tid. Den gangen dreide det seg om tilbudet til en pasient med hjerneskade etter et selvmordsforsøk. På grunn av kort tid i praksis som fysioterapeut, og få nye pasienter som følge av et lite innbyggerantall i kommunen, hadde F1 begrenset erfaring. Det at ART da kunne bidra med sin ekspertise var, etter F1 sitt eget utsagn, til uvurderlig god nytte. Den senere tiden har ikke F1 benyttet seg av ART sine tjenester, men er åpen for at behovet fort kan melde seg igjen.

*Vi skal kunne litt... Nei, helst skulle vi vel ha kunnet mye om alt, men vi kan jo egentlig bare litt om veldig mye! **Mmm.** Så min trygghet er jo at de (ART, min anm.) er der! Jeg vet hvem de er, og hva de står for. (F1)*

Når det er et bredt spekter av oppgaver som skal ivaretas, vil det være vanskelig for kommunefysioterapeuten å ha dybdekunnskap om alt. Ut i fra det som beskrives virker det som ART kan ha en viktig funksjon for at fysioterapeutene i kommunene ikke skal føle at de blir stående alene med vanskelige problemstillinger. Det at ART kan gi faglig støtte i slike situasjoner, bidrar til en opplevelse av økt trygghet i arbeidet.

### Diskusjon

Det å være utrygg kan ha betydning for flere områder ved tilværelsen. I en situasjon der en ikke føler seg trygg, er sannsynligheten stor for at en vil forsøke å komme seg bort fra, eller la være å oppsøke, slike situasjoner. I de sammenhenger det her er snakk om, kan det for eksempel bety at fysioterapeuten lar være å gå inn i problemstillingen, eller slutter i jobben. Uansett vil dette kunne få negative følger for pasientene. I følge Thornquist (2009) foregår kommunikasjon kontinuerlig, også når det ikke sies noe med ord. Både det å gjøre noe, og

det og ikke gjør noe, kan formidle et budskap, sier hun. Når fysioterapeuten er usikker/utrygg i sin situasjon, er muligheten derfor stor for at dette vil kommuniseres til pasienten, og at utryggheten videreføres. I situasjoner som oppleves utrygge rettes oppmerksomheten og mentale ressurser hos de fleste mot strategier som kan øke tryggheten, ikke mot å prøve noe nytt (Fadnes et al., 2010). Manglende selvtillit kan også hindre bruk av kunnskap (Molander, 1996). For fysioterapeuten vil dette kunne bety mindre fokus på å finne gode tilnærminger og behandlingsmåter, for pasienten kan det redusere læringsutbyttet i behandlingen og rehabiliteringsprosessen. Det å legge til rette for at fagfolkene i kommunen opplever størst mulig grad av trygghet i arbeidet, synes slik å kunne føre mye godt med seg.

Det er tidligere vist at veiledning av sykepleiere ga økt selvtillit og bedre evne til å ivareta pasientene (Berggren & Severinsson, 2000). Det er rimelig å tenke at økt trygghet hos behandleren, og eventuelle positive tilbakemeldinger på behandlingsopplegget fra «spesialister» kunne påvirke pasientens tro på behandlingen. Dette øker muligheten for plastiske endringer i sentralnervesystemet og muligheten for varig læring/endring (Brodal, 2007; Fadnes et al., 2010). I tillegg til at det også oppleves støttende for den enkelte fagperson, kan det også være godt å få bekreftet eller avkreftet et forhold slik at en fjerner usikkerhet og avrunder (lander) en diskusjon i ei gruppe. Dette kan bidra til at en kan komme seg videre i saken, slik at mottakeren av tjenestene får et bedre tilbud.

Ut i fra beskrivelsene informantene gir, virker det som organisatoriske løsninger, som i liten grad tillater faglig samarbeid, synes å være en faktor som kan bidra til utrygghet og at informantene til dels opplever seg faglig alene. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, påpeker at organisatoriske strukturer ikke godt nok understøtter den plass rehabilitering har i helse- og omsorgssektoren. F3 sin beskrivelse av at pleiepersonalets arbeidssituasjon, hvor de både har ansvar for rehabiliteringspasienter og andre pasienter i samme avdeling, kan være et eksempel på dette. Det å hensette seg i den andres situasjon er nødvendig for å forstå den andres utgangspunkt (Gadamer, 2010). Dette vil kunne kreve både fokus og tid. Martinsen (2007) mener det ikke er mulig for de samme fagfolkene å vandre mellom pleieoppgaver for alvorlig syke, og det å gi bistand til pasientenes egen rehabiliteringsinnsats.



I Helsedirektoratet sin rapport (Andreassen et al., 2011), står det at det ikke er mulig å gi en helt entydig avklaring av ansvarsfordeling mellom nivåene i helsetjenesten, fordi kommunene er så forskjellige i omfang, folketall, geografi og muligheter. Dette vil kunne føre til forskjellige behov i ulike kommuner. Sammen med informantenes uttalelser om behov for faglig trygghet, synes dette å være indikasjoner som bygger opp under denne studiens innledende antakelse om at tilbudet fra ART kan være spesielt viktig i kommuner der de lokale hjelperne ikke har noe lokalt fagmiljø å støtte seg på, der pasientgrunnlaget er lite og/eller der hjelperne ikke har så lang erfaring.

Til sist i dette kapittelet kan det være på sin plass å tenke på at dersom en skal tørre å be om bistand, kreves det at en er trygg nok til å vise sin usikkerhet for andre. ART sin væremåte overfor kommunene vil slik kunne spille inn i forhold til terskelhøyden for å be om hjelp. En trygg relasjon ART vil kunne gjøre det lettere å samarbeide. Flere faktorer som kan påvirke samhandlingen mellom ART og de ansatte i kommunen tas opp i kapittel 4.3.

## 4.3 God samhandling – hvilke faktorer er viktige?

### 4.3.1 Respekt, gjensidighet og ansvarsavklaring

Noe av det verste F2 kan forestille seg, er at noen kommer utenfra, vifter med pekefingeren og gir deg leksjoner om hvordan du skal gjøre jobben din.

*Ja, for det er vi veldig opptatt av.., i forhold til det med ansvarsområde.. **Mmm.**  
..å avklare «hva er det vi skal gjøre, hva er det ART skal gjøre i den prosessen der». Slik at vi på en måte ikke trækker på hverandre også. Vi ønsker jo ikke at noen skal komme her med pekefingeren og si hvordan vi skal gjøre det. For det er jo det.. Det er jo den største feilen, eller den største fornærmelsen kanskje, man kan oppleve, at noen skal fortelle deg hvordan du skal gjøre jobben din. (...) Så å avklare ansvarsområdet er kjempeviktig sånn jeg ser det. (F2)*

Gjensidig respekt er avgjørende for å samarbeide og utnytte hverandres kompetanse til brukerens beste, mener F2, som opplever at ART har vært ydmyke og søkt gode løsninger i samarbeid med både kommunen og med brukeren. De kommunale hjelperne har i følge F2 gjerne mer kunnskap om lokale forhold, systemer, og hva som er prøvd, mens ART kan ha spesialistkompetanse innen sykdom og medisinsk behandling, samt erfaring fra andre

kommuner og lignende saker. F2 mener derfor at gjensidig kommunikasjon er avgjørende for å integrere denne kunnskapen til beste for pasienten. Dette støttes av F1 som beskriver et samhandlingsmiljø med en god tone.

*Det har jeg opplevd fordi at jeg føler jo at de også har skjønt sin rolle. De kan jo ikke pålegge kommunene noe som helst. De kan bare være veiledere, og komme med gode innspill. Og så er det vi som må finne ut hvordan vi skal gjøre det til syvende og sist, når det gjelder litt sånne strukturelle ting, men også nivået på rehabilitering, «hvor mange ganger skal de ha fysioterapi, og hvor mye ergo, og hvor mye morgenstell skal vi ..». Men vi skjønner jo at vi må gjøre jobben, så da går det jo egentlig greit. **Mmm!** Men vi har aldri blitt pålagt noe, men blitt veiledet til! (F1)*

ART må forstå sin rolle, være ydmyke både i forhold til det at situasjonen ofte er annerledes i hjemmemiljøet enn på sykehus. Alle informantene poengterer at kommunen selv har råderett over egne ressurser, og at de skal gjøre jobben, men at ART bidrar til dette gjennom å synliggjøre mulighetene. Det beskrives at ART fungerer som en forsterkning av den kommunale kompetansen, uten at de overtar ansvaret for oppfølgingen.

*Jeg tror at når ART kommer hit, så kommer de inn til oss, og så eier vi det. (F3)*

Dette står i motsetning til hvordan F3 beskriver måten eieforholdet til problemer og løsninger oppleves når pasienter sendes på treningsopphold til eksterne institusjoner. I disse situasjonene skisseres det et tydelig skille mellom «det de gjør» og «det vi gjør», der kommunen noen ganger er skuffet over resultatene «de andre» har fått til.

*.. og det er liksom det som er da, at hvis du reiser til et rehabiliteringsopphold og får informasjon så er det på en måte at «DETTE må til!» Mens er vi her i kommunen, så det er her løsningene sitter, det er her vi må finne det, så da føles det mer sånn «Ah, vi jobber på lag for å finne ut av..». Jeg får mer trygg.. Sånn som (Navn på fys i ART) hun har jo en veldig sånn trygg måte å være på, så det er liksom ikke noe vanskelig å spørre henne om noen ting. (...) De SER hvordan det er i kommunen! Men samtidig synes jeg det er godt at de forlanger litt, og lurer litt og sånne ting. Så setter det litt krav til kommunen. **Mmm.** Sånn liksom «Kom igjen nå! Nå må vi jobbe og finne ut av dette her!» **Mmm.** For det er ikke bare sånn A4-løsninger vi må komme fram til da.(F3)*

ART kan stille kritiske spørsmål til hva og hvordan ting gjøres lokalt, men dette må gjøres på en måte som ikke fratrukker kommunen ansvar og eierskap for problemene. En må vise

respekt for andres kompetanse og spørre med utgangspunkt i et ønske om å bringe saken videre.

*Men det handler jo om hvordan en spør! Mmm? Hva mener du da? Hvis du spør av/med nysgjerrighet, og med ønske om at den andre skal få lov å komme med noe, så får du jo lettere et svar, enn hvis du spør på en lukket måte, eller en negativ måte. (F1)*

Det virker også å være en balansegang mellom det å stille krav, og det å tilføre noe. Det at ART er til stede, ser de lokale utfordringene, og bidrar aktivt i problemløsning og utprøving av tilpassede tiltak, gjør at de oppfattes som noe mer/annet enn bare en kritisk ekstern instans. Informantene beskriver da også et kollegialt og likeverdig samarbeidsforhold med fysioterapeuten i ART.

### Diskusjon

I samhandlingen med ART fremhever alle informantene at teamet ikke må ha en innstilling om at de ensidig kommer til kommunen for å fortelle hvordan ting skal gjøres. Kommunikasjon dreier seg om sosiale handlinger, og samhandlingen må bygge på en viss form for gjensidighet, skriver Thornquist (2009). For at det skal føres en dialog, må en også gi rom for den andre. I dialogen er vi ikke bare konsentrert om emnet, sier hun, vi er også konsentrert mot hverandre. Vi legger merke til ord og uttrykksmåter, og justerer bevisst og ubevisst våre egne bidrag etter hvordan de oppfattes og fortolkes (ibid.). Dersom informantene hadde oppfattet at ART ikke var interessert i deres situasjon eller deres innspill, ville de antagelig raskt ha sluttet å bidra med sin kompetanse. Sannsynligheten for at de kommuneansatte ville hatt en mer negativ innstilling til bruk av ART sin kompetanse synes også stor. Motivasjonen påvirker i høy grad vår fortolkning av en situasjon, og eventuell læring avhenger av det som skal læres gir mening for individet (Fadnes et al., 2010). Sannsynligheten for at ART sitt arbeid skulle bidra til læring i kommunen virker derfor begrenset, dersom ART inntar en rolle som bedreviter. Thornquist (2009) sier at det å arbeide med mennesker forutsetter at man er opptatt av den mening og det innhold fenomener har for andre mennesker. F3 sier at ART «ser» hvordan det er i kommunen. Å se noen kan innebære det og fysisk rette blikket mot noe/noen. Men det kan i en litt dypere betydning også forstås som det å prøve å få innblikk i hvem du egentlig har foran deg og sette deg inn i deres utgangspunkt for å forstå verden (Dalland, 2010; Gadamer, 2010; Thornquist, 2009). Martinsen (2007) bruker i en slik sammenheng begrepet samværen. Hun

viser til at dette i et fenomenologisk perspektiv handler om å være ”stemt mot den andre”, samt tilstedeværelse over tid. For å skape et grunnlag for samarbeid og læring i kommunen, synes det nødvendig at ART både viser genuin interesse og nysgjerrighet for livsverden til sine lokale samarbeidspartnere, samt at de bruker tilstrekkelig tid og ressurser for at det skal skje en horisontsammensmelting.

Det å bli sett brukes ofte synonymt med det å bli respektert og tatt alvorlig (Thornquist, 2009). Hvis en ikke blir sett, vil en naturlig følge være at en opplever seg oversett, at en ikke blir tatt alvorlig og ikke blir respektert. Personer som betrakter hverandre som likeverdige, overser hverandre ikke, skriver Thornquist (ibid.). Selv om relasjonen mellom ART og de ansatte i kommunen synes å være preget av respekt og likeverdighet, vil den likevel være asymmetrisk i den betydningen at partene kommer fra ulike felt. Kommune- og spesialisthelsetjenesten reguleres av forskjellig lovverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, 2011b), og har ulike ansvars og arbeidsoppgaver ut i fra dette. De kommuneansatte og representantene fra ART har også ulik kompetanse og representerer ulike forvaltningsnivåer i helsetjenesten. Slike forskjeller kan bidra til ulik *status*, *makt* og *myndighet* (Thornquist, 2009) avhengig av situasjon og problemstilling. I noen situasjoner vil spesialisthelsetjenesten for eksempel tilby kommunen råd og veiledning, og forvalter i denne sammenheng en kompetanse som kommunen potensielt trenger. I tillegg til at de slik sett har makt, vil de kunne oppfattes å ha høyere status fordi de representerer det som tradisjonelt har vært omtalt som et høyere nivå i helsetjenesten<sup>4</sup>.

I følge Gulddal & Møller (1999) var Ricoeur<sup>5</sup> kritisk til at Gadamer ikke tok hensyn til at slike forhold kan påvirke formidling. Tvang og makt kan påvirke hva og hvordan folk kommuniserer, og Ricoeur mente en måtte ta hensyn til dette i tolkning av formidlinger (ibid.). I samhandlingssituasjoner vil dette altså både kunne påvirke formuleringen av direkte svar som gis, og hvordan en forholder seg til hverandre (Thornquist, 2009).

---

<sup>4</sup> I samhandlingsreformen erstattes uttrykket «laveste effektive omsorgsnivå» (LEON-prinsippet) med «beste effektive omsorgsnivå» (BEON-prinsippet). Dette gjøres for at en ikke ønsker å gi inntrykk av en kvalitativ gradering ved å omtale kommunehelsetjenester som lavere nivå (Andreassen et al., 2011).

<sup>5</sup> Paul Ricoeur (1913–2005). Fransk filosof som kombinerte fenomenologisk beskrivelse med hermeneutisk tolkning. Inkluderte synspunkter både fra Habermas og Gadamer innen hermeneutikken, og representerte slik sett en tredje alternativ retning (Dauenhauer & Pellauer, 2011; Lægreid & Skorgen, 2006; Ramberg & Gjesdal, 2009).

Makt kan forvaltes på ulike måter, og selv om det dreier seg om asymmetriske relasjoner, er rollene i samhandlingen ikke gitt (Thornquist, 2009). Det er i utgangspunktet ikke noe galt i at det eksisterer slike forskjeller, men jamfør Ricoeur (Gulddal & Møller, 1999) bør en være klar over følger det eventuelt kan ha for kommunikasjonen. For ART sin del vil dette blant annet kunne innebære oppmerksomhet i forhold til at de lett kan falle inn i den omtalte ekspertrollen. ART må altså gå inn med kompetanse, men med nennsom hånd. Samtidig kan posisjon og status også brukes i samhandlingen for å synliggjøre og vektlegge viktige momenter i oppfølgingen. I møte med den lokale ansvarsgruppen kan ART for eksempel synliggjøre viktigheten av noe kommunefysioterapeuten har sagt før, men som kanskje ikke er fulgt opp av de andre. ART sin gjentakelse kan da bidra til at dette oppfattes og vektlegges på en annen måte. Når ART skal samhandle med en bestemt yrkesgruppe kan det også være lurt å vurdere om det kan være hensiktsmessig å sende et medlem med samme profesjon. De som skal samhandle vil da ha flere fellestrekk (ibid.), og det kan da være lettere å hensette seg i den andres posisjon (Gadamer, 2010) og forstå hva den andre mener.

#### 4.3.2 Tilgjengelighet

Hvordan ART kobles inn i en saker kan variere. F1 har kun erfaring med at det er kommunen som selv har tatt initiativ og søkt om bistand.

*De kom ikke av seg selv nei! Men det kan du ikke forvente, at de skal komme dalende i hodet uten at du har initiert det! Nei? Neei! Vi må jo.. Nei, vi må jo be om det! (F1)*

Det beskrives da at flere faggrupper i kommunen har gått sammen om å beskrive situasjonen, samt hva de ønsker hjelp til, og at dette er sendes til ART som en tverrfaglig søknad. I likhet med F1 er F2 sin personlige erfaring at kommunen fyller ut og sender et henvisningsskjema. Når søknaden er vurdert i ART, tar en person fra teamet kontakt med kommunen og avtaler videre samarbeid. F2 tror også det har vært saker i kommunen der ART har fulgt opp pasienter etter rehabiliteringsopphold på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) på sykehuset, men har selv ikke erfaring med dette.

F3 har selv aldri vært den som har tatt initiativ til å be om bistand fra ART.

*Nei. Jeg har nok ikke vært obs nok på ART før de på en måte kom til meg. Ja? Så jeg har kanskje i andre situasjoner, i andre jobber, så har jeg kanskje ikke vært så fullt klar over at man kanskje kunne ha tilkalt de, eller bedt om mere hjelp. At man har tenkt mye mer*

*opptreningssentre og den type ting. **Å sende folk?** Ja, å sende folk! **Mmm.** Og ikke så mye det å ringe til noen og spørre om de kan komme. Det kanskje man har tenkt med andre, mer sånne konkrete ting.. og en ortopedtekniker, at du trenger det. **Mmm.** Det at du ser konkret hva du trenger liksom. Eller hjelpemiddelsentralen: «Åh, her trenger vi veiledning og hjelp fra dere på grunn av disse og disse tingene» (F3)*

F3 sine opplevelser illustrerer at det som regel er lettere å be om hjelp når problemet handler om noe konkret, som for eksempel vurdering av et hjelpemiddel eller en ortose for å avhjelpe en funksjon. I en situasjon der det dreier seg om sammensatte og komplekse prosesser som av en eller annen grunn har stoppet opp eller tatt en uheldig retning, vil det kanskje ikke være like lett å komme med en klar bestilling. Begrenset kunnskap om hva ART kan jobbe med, og hvordan en ved behov eventuelt kan gå fram for å få hjelp, vil gjøre det vanskelig å benytte seg av tjenestene. Når du først har erfaring fra å jobbe med noen, er det også lettere å tenke på dem og ta kontakt neste gang en trenger hjelp eller støtte.

*Hvis det hadde kommet nå, så vet jeg hvem (navn på fys i ART) er. Da kan jeg ringe til henne og spørre «Hva tror du?» **Mmm.** «Hvem burde vi ringe til» eller «Er det noe dere kan gjøre noe med» eller... (F3)*

F2 sier at generalistene i kommunen ikke kan bli eksperter på alt, men at de gjennom å bli bevisst på hva de selv kan bidra til, hva de trenger, og hva de kan bruke ART til, kanskje kan bli eksperter på det å spørre om hjelp.

*Nei, men det er klart, da viser vi hva vi virkelig vil ha hjelp til. Da har vi blitt kjent med pasienten, og vi vet hvor pasienten bor, og hvor han eventuelt skulle ha vært. Så vi kan gjøre ei klar bestilling! Og det har vi aldri fått nei på! Men det er klart at da har vi gjort det grundig. Men da vet vi jo at vi stanger hodet i veggen da, for da har vi jo prøvd, det vi kan. Og så ber vi om ekspertise! (F1)*

Når kommunen har erfart at de ikke klarer å håndtere situasjonen, tar de kontakt med ART for å få bistand. I følge F1 har kommunen aldri fått avslag på en søknad der de har gitt en god tverrfaglig beskrivelse av det de opplever problematisk. Informantene har også erfaring med og en forventning til at ART også er tilgjengelig per telefon. Dette betyr ikke at de alltid må stå til rådighet og være klare til å svare på spørsmål fra kommunen, men at det er mulig å få kontakt for å gjøre en avtale.

*Først så må de jo være tilgjengelig! (...) For jeg har kunnet ringe, og de har ringt tilbake når det har passet dem, eller vi har ringt også har vi laget oss en sånn telefontid. For da vet jeg at jeg sitter på kontorpulten min og er klar, og de vet at de er klare. (F1)*

For å få en god dialog mener F1 det også er viktig at ART holder det de lover og er etterrettelige, slik at en kan stole på at de tar kontakt når de har sagt de skal gjøre det. I følge F1 sine erfaringer har dette ikke vært noe problem. Alle de tre informantene beskriver at det er en lav terskel for å ta kontakt med ART for å diskutere noe. Dette gjelder for eksempel både for å diskutere noe ved fysioterapibehandlingen i saker der ART formelt er koblet inn, eller i saker der kommunen er i tvil om hva som vil være hensiktsmessig å gjøre videre.

*Kunne ringe (ART, min anm.) og høre. Ringe og .. på en måte: «Her er problemstillingen, hva tror du?» Det og bare ta den telefonen, uten å måtte sende en henvisning for eksempel, er viktig. Før vi kan skrive en henvisning, så kanskje vi kan få hjelp med det samme ved at bare personen.. ja, stiller oss noen spørsmål om hva vi tenker videre. Og få bare en bekreftelse, så har en på en måte gjort jobben sin også. Sant! Så det må ikke være en henvisning som skal til for at det skal være sånn organisatorisk rett. **Mmm.** Så lav terskel for kontakt er kjempeviktig! (F2)*

En del problemstillinger kan i følge informantene avklares raskt og enkelt på denne måten, også uten at det sendes formelle henvisninger. Et moment som bidrar til at terskelen for kontakt blir lavere, er at de som skal samarbeide har møtt og kjenner hverandre før.

*Det er klart at når du kjenner den i andre enden, så er det mye greiere! Det er jo ikke så tungvint: «Hei! Det her er (navn og sted)», så vet de hvem det er! Det er jo mye lettere å starte da, for vi vet hva vi står for. (F1)*

Ingen av informantene har erfaring fra samarbeid med ART via telematikk-/videokonferanse. Dette kan ha sammenheng med at reiseavstanden fra der ART er lokalisert til de aktuelle kommunene er relativt begrenset. På teoretisk grunnlag avviser ikke F1 at slike sendinger kanskje kan brukes i noen sammenhenger for å gi råd og tips, men tror neppe det vil gi det samme utbyttet som håndledning.

### Diskusjon

I følge Thornquist (2009) går det ikke an ikke å kommunisere. I alle situasjoner kommuniserer vi noe, enten vi gjør det med ord eller ikke. For at ART skal fremstå som

tilgjengelige, må de kommunisere dette. Hvis de lar være å svare på telefoner, alltid ber om formell henvisning før noe kan diskuteres, eller ikke tar kontakt til avtalt tid, vil de kunne oppfattes som lite tilgjengelige. Et oppdatert sentralbord, viderekobling av telefon, muligheter for å legge igjen beskjed, samt at henvendelser følges opp, vil derfor kunne ha mye å si for om teamet oppfattes som tilgjengelige eller ikke.

Det at kommunen gjør det de kan før de ber om hjelp, kan ses som positivt både i forhold til at de har tro på egne ressurser, og i forhold til at de, jamfør BEON-prinsippet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), forsøker å løse problemene uten å bruke ressurser fra spesialisthelsetjenesten. Fra en annen synsvinkel kan det stilles spørsmål om det er like hensiktsmessig for pasientenes rehabiliteringsprosess at kommunene venter så lenge før ART kobles inn. Mangel på fremskritt kan gi redusert motivasjon både hos pasient og personale (Fadnes et al., 2010) og bidra til at en ikke ser noen mening i å fortsette, slik F2 påpeker i kapittel 4.2.1 Slike situasjoner vil potensielt kunne skape frustrasjon og eventuelt konflikter mellom fagfolk, pasient og pårørende. Den bestiller-/utførermodellen som langt på vei skisseres, synes slik sett ikke å være optimal for å ivareta tilgjengeligheten for nødvendige tjenester i pasientens rehabiliteringsprosess.

Spesialisthelsetjenesten har på sin side et selvstendig ansvar for å sørge for råd, veiledning og samarbeid med kommunen, både om opplegg for enkeltpasienter og generelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a, § 14). På bakgrunn av dette synes det også naturlig at spesialisthelsetjenesten tar ansvar for å vurdere om rehabiliteringspasienter de har kjennskap til kan ha behov for denne type tjenester, og tilbyr kommunen å samarbeide om oppfølgingen. I følge tilbakemeldingene kan det slik sett være hensiktsmessig for ART å være spesielt oppmerksom, og på tilbudssiden, i forhold til kommuner der sentrale fagpersoner i rehabiliteringsarbeidet er fraværende, nyansatte, har kort erfaring, eller ikke har/har et lite fagmiljø rundt seg. Siden terskelen for å be om hjelp er mindre når en kjenner hverandre, bør ART kanskje også være spesielt oppmerksom på kommuner de ikke får henvisninger i fra. Ved at spesialisthelsetjenesten gjør vurderinger av behovet for spesialiserte tjenester i de enkelte sakene i forkant av utskrivinger, kan en eventuelt tilby assistanse fra ART på et tidligere og mer hensiktsmessig tidspunkt, og gjøre tilbudet mer tilgjengelig.



### 4.3.3 Kompetanse i ART

En av styrkene som informantene beskriver hos ART, er at de er tverrfaglig sammensatt og har god kjennskap til hverandres kompetanse. F3 er ikke sikker på hvilke faggrupper ART består av, men både forventer og opplever at fysioterapeuten som jobber der har stor faglig spennvidde og en større tverrfaglig tanke enn det fysioterapeutene i kommunen har. F2 mener generelt at for å jobbe med rehabilitering, så må du ha evne til å se ut over det profesjonsspesifikke, og at dette krever erfaring. I følge F2 beveger ART seg i et arbeidsfelt der oppgavene aldri kan være klart definert, og det finnes da heller ingen ferdig oppskrift/løsning for det de skal gjøre.

*Du kan ikke få en sånn stillingsinstruks «det her skal du gjøre», «dette skal du gjøre», men det er på en måte at du må føle at dette er noe viktig. Også så må du bare trå til! Og det krever at du har faglig kompetanse og har erfaring. (F2)*

F2 forventer at ART har god fagkompetanse og bred erfaring, slik at de kan jobbe fleksibelt og tilpasse seg behovet fra sak til sak. De bør ha kjennskap til organisatoriske løsninger i mange ulike kommuner, samt kjenne til ressurser og særegenheter i den aktuelle kommunen. I tillegg til dette mener F2 at de ikke minst må ha engasjement, at de vil noe! F3 forventer ikke at ART skal ha spesialkompetanse om sjeldne tilstander, men at de har sett mer av problemstillinger det ikke er så mange av i kommunen, samt at de er oppdatert og har gått aktuelle kurs i forhold til for eksempel slag og amputasjoner. ART skal kunne bidra til å ha fokus på «hvordan livet blir etterpå», trekke de store linjene i målsettingsarbeidet, skape fremdrift og finne løsninger i kommunen. Ved uenighet eller konflikt mellom pasient, pårørende og/eller hjelpeapparat, er det også forventninger om at ART har kompetanse til å gå inn i situasjonen og hjelpe partene videre i samarbeidet.

*Fagspesifikke ting er en ting, men så har du det der systemet når du har.. Vi har jo opplevd at vi sliter med å få... det med pårørende.. altså hvordan denne prosessen her skal gå. Egentlig så har det gått i stå, vi har ikke dialog med bruker. Kanskje med bruker, men pårørende som vi også... Altså, så vi har jo også fått god hjelp i sånne..., for å få noen utenforstående til å spore oss litt PÅ, og komme litt inn i gode...*

***Er det situasjoner der det har blitt litt konflikt, eller..? Det er jo på en måte en konflikt. Vi må vel egentlig si det. Mellom? Det er jo hva vi skal yte, og hvordan, på en måte. Noen ganger så blir det jo... pasienten..ja, hva slags tilbud er det vi skal gi? (F1)***

F1 og F2 som har samarbeidet med ART over flere år, har opplevd utskiftninger av personell i teamet og endringer i kompetansen som følge av dette. Endringene synliggjør at ART har behov for faglig tyngde dersom de skal bli sett på som en ressurs.

*For i hvert fall i løpet av de siste par årene, så har det vært en del omskiftning i forhold til personell i teamet, og det merker vi veldig. Det merker vi veldig stor forskjell på.*

***Hvordan da?** I forhold til personer som er ansatt i stillinger, hvor det er litt mindre.. Vi kan ikke si kompetanse, men kanskje ikke.. ikke like stor faglig tyngde, gjennom flere års arbeid innenfor området, så ser du også at det er en begrensning, og da føler du noe...*

*Da har vi faktisk opplevd at da gjør vi det heller selv. **Mmm.** Det har skjedd. At.. og der er vi tilbake til det der med personlig egnethet og engasjement og kompetanse. Det må være noen som..., som vet hva de driver med, når alle andre ikke vet hva de driver med.*

*(F2)*

Dersom de ansatte i ART ikke har erfaring og faglig tyngde, og kan tilføre noe mer/annet enn det kommunen selv har, så reduseres også den opplevde nytteverdien av teamet. F1 forteller at det samme er tatt opp av flere kommuner i rehabiliteringsnettverket. Mange kommunefysioterapeuter har både 20 og 30 års arbeidserfaring, og en del av disse har gitt uttrykk for at de er usikre på hvor mye hjelp det er å få fra ART etter at det har vært utskiftninger i teamet. F1 har selv ikke benyttet seg av bistand fra ART i arbeidet med pasientsaker de siste tre årene, men bidrar likevel til å nyansere F2 sine uttalelser noe. For de som opplever seg faglig alene mener F1 det både kan være positivt at noen kommer utenfra og ser saker fra et annet perspektiv, samt at en får noen å diskutere faglige problemstillinger med. Selv om personen(e) eventuelt ikke har så mye mer kompetanse enn deg selv, og ikke tilfører så mye nytt, kan det slik sett oppleves godt at noen andre bekrefter at det du gjør er bra. I forhold til den personlige egnetheten som F2 nevner, mener F3 at de ansatte i ART må være omsorgsfulle, men samtidig ikke for forsiktige. De må kunne være konkrete, direkte og målrettede på pasientens vegne.

### Diskusjon

I følge Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er en av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten å bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. For at tilbudet fra ART skal bli sett på som nyttig, indikerer informantene at teamet må ha en mer-kompetanse å tilby i

forhold til det kommunen har selv. Det er i første rekke fysioterapeutens kompetanse det snakkes om, men en del av uttalelsene gjelder generelt for teamet. Forventningene til kompetanse og hvilke oppgaver ART skal kunne løse er relativt omfattende, og faglig tyngde og erfaring etterspørres. Informantene forventer at ART er oppdaterte og kan bidra fagspesifikt. Samtidig skal ART ha evne til å tenke ut over det profesjonsspesifikke, ha overblikk, trekke de store linjene i rehabiliteringsarbeidet, skape fremdrift og løse konflikter. Det kan også være aktuelt å vurdere hensikten med tilbudet opp mot muligheter og begrensninger i ulike arbeidsmåter og organisatoriske forhold.

Slik informantene påpeker, er det viktig for ART å huske på at de ikke kan pålegge kommunen noe. Men en viktig funksjon kan være å ha kunnskap og kunne informere om lovverk som regulerer aktuelle rettigheter og plikter, både for pasienter, pårørende og fagpersoner. Av egen erfaring vet jeg at både pasienter og fagfolk dessverre kan ha mangelfulle kunnskaper om hvem en skal klage til, og hvordan en går fram for å gjøre det, slik at dette kan være et aktuelt eksempel på dette.

Mange av oppgavene som beskrives stiller store krav til den enkeltes evne til å omgås mennesker og skape dialog. Egenskaper som empati og sosial kompetanse kan derfor synes å være sentrale kvaliteter som er påkrevet hos de ansatte i ART. Evnen til å ta den andres perspektiv en av de viktigste forutsetninger for at vi skal forstå hverandre (Gadamer, 2010), og er del av den sosiale kompetansen vi tilegner oss i livets skole, skriver Thonquist (2009). Dette understøtter det informantene sier om at de ansatte i ART bør ha erfaring for å kunne utføre den jobben de skal. En bred horisont må til for at de skal ha evne til å tenke fleksibelt rundt komplekse problemområder.

Som F2 sier, vil ART sine oppgaver aldri være klart definert, og det vil ikke finnes noen oppskrift for hva de skal gjøre. ART må således ha en fleksibel tilnærming til arbeidsmåter og oppgaver. Et interessant og viktig poeng i forhold til ART sitt arbeid, synes å være at de ofte må evne å stå i den usikkerheten det medfører å gå inn i situasjoner der de ikke vet svaret, der det ikke finnes noen fasit, og uten at de nødvendigvis selv har kompetansen for å løse problemet. Svaret skal ikke gis, det skal utvikles i fellesskap!

## 5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Denne studien har fokusert på kommunefysioterapeuters erfaringer fra samhandling med ambulante rehabiliteringsteam (ART) fra spesialisthelsetjenesten. Analyse av intervjumaterialet er gjort i lys av kunnskapsteori, samt teori om kommunikasjon og kunnskapsoverføring, har bidratt til å synliggjøre aspekter ved samhandlingen.

Kommunefysioterapeutene legger vekt på muligheten for samarbeid med ART i komplekse rehabiliteringssaker. I slike tilfeller opplever fysioterapeutene at det er lett å bli for fokusert på praktiske og nærliggende problemstillinger, og at en mister den felles retningen i tilbudet av syne. Fremdriften i saken kan da bli redusert, slik at både pasient og hjelpeapparat mister motivasjonen i det de holder på med. ART bidrar til at de involverte klarer å løfte blikket og få et mer overordnet perspektiv på prosessen. Dette gjør at en i fellesskap lettere kan stake ut kursen videre.

Studien synliggjør at det å være interessert i, og bruke tid på å sette seg inn i den/de andres perspektiv på situasjonen, er viktig i ART sitt arbeid. En slik tilnærming virker avgjørende for at ART skal kunne forstå hjelpebehovet, og for at partene i fellesskap skal komme fram til tilpassede løsninger. Gjensidig respekt bidrar til at samhandlingen mellom ART og kommunefysioterapeutene er preget av en god tone. Dette gjør det også mulig for ART å stille kritiske spørsmål til kommunen, uten at dette blir oppfattet negativt.

Nevrologi er det området hvor kommunefysioterapeutene tydeligst fremhever behovet for at ART bidrar med kompetanse. Spesielt gjelder dette i forhold til kognitive utfall. Slike utfall kan påvirke personens dagligliv på en rekke områder, og er samtidig lite forstått i sosiale sammenhenger. Problemstillingene kan derfor fremstå som særdeles sammensatte og komplekse. ART bidrar i slike situasjoner med kompetanse for å øke forståelsen for følger av utfallene. I tilfeller der det er behov for å styrke den fysioterapifaglige behandlingskompetansen i kommunen, beskrives også praktisk samarbeid og klinisk veiledning fra ART som positivt. Når samhandlingen foregår i den konteksten der oppgavene skal løses, blir innholdet mer relevant, og læringsutbyttet øker.

I tillegg til at samarbeidet preges av respekt og gjensidighet, er tilgjengelighet en sentral faktor for god samhandling. Ved at ART besvarer henvendelser, og diskuterer problemstillinger uten formell henvisning, viser de slik tilgjengelighet i praksis.

En forutsetning for at kommunefysioterapeutene skal ta kontakt, er at de opplever at dette er nyttig. ART forventes å kunne gå inn i et bredt spekter av situasjoner, der problemstillingene og oppgavene ikke er klare, og hvor det kan være konfliktfylte relasjoner. Dette fordrer bred faglig kompetanse, god sosial kompetanse og evne til å skape dialog. Det at de ansatte i ART har erfaring vektlegges i denne sammenhengen. Studien viser også at det kan være nødvendig at spesialisthelsetjenesten selv tar ansvar for en mer aktiv oppfølging av rehabiliteringspasienter etter utskrivning fra sykehus. En opplevelse av at ART kan bidra i vanskelige problemstillinger, skaper økt trygghet for kommunefysioterapeutene i deres hverdag. Trygghet gir et bedre utgangspunkt for å bruke egne ressurser, og kan således tenkes å redusere behovet for hjelp. Studien viser også at behovet for samarbeid med ART er størst hos de som har kort erfaring, og/eller jobber i kommuner der de har begrenset tilgang til et relevant fagfellesskap.

Denne studien gir ikke et komplett bilde av samhandlingen mellom ART og kommunefysioterapeuter, men den beskriver og synliggjør noen områder i slik samhandling. Det er interessant å merke seg at kommunefysioterapeutenes oppfatninger i hovedsak sammenfaller med resultatene i en tidligere studie (Pettersen & Johnsen, 2007). Der vektla kommuneleger tillit, respekt, kjennskap og tilgjengelighet som sentrale faktorer i samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, mens lokalsykehusets leger vektla kompetanse, stabilitet og tilgjengelighet. Forholdene som synliggjøres i denne studien kan forhåpentlig også aktualisere videre studier på området. Med offentlig fokus på styrking av ambulante tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), vil det for eksempel være interessant å studere om kommunefysioterapeuter i større kommuner har andre behov for bistand fra ART enn de i små kommuner, slik dennes studien gir grunn til å anta. Andre aktuelle spørsmål kan være om det er regionale forskjeller i behovet for tjenester fra ART, henvisningsrutiner til ART, oppfatningen av ART sine arbeidsmåter, eller hvilke pasientgrupper som får tilbud fra ART. I disse dager ferdigstilles også de pålagte serviceavtalene (ibid.) mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Om disse avtalene vil påvirke ART sin rolle og/eller fleksibiliteten i tilbudet er også spørsmål som bør følges forskningsmessig fremover.

---

## LITTERATUR

- Andersen, K. (2003). *Innføring i mesterlære, yrkesdidaktikk og veiledning*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Andreassen, B. A., Gjønnnes, S., & Refsdal, K. (2011). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* (Rapport nr IS 1947). Oslo: Helsedirektoratet.
- Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Berggren, I., & Severinsson, E. (2000). The influence of Clinical Supervision on Nurses' Moral Decision Making. *Nurs Ethics*, 7, no. 2 (March 2000), 124-133.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dauenhauer, B., & Pellauer, D. (2011). Paul Ricoeur. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* Summer 2011. Hentet 23. april 2012, fra <http://plato.stanford.edu/archives/sum2011/entries/ricoeur/>.
- Early Supported Discharge Trialists. (2005). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Publikasjonsnummer 10.1002/14651858.CD000443.pub2). fra JohnWiley & Sons, Ltd.: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000443.pub2/full>.
- Fadnes, B., Brodal, P., & Leira, K. (2010). *Læringsnøkkelen: om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gjelsvik, B. E. B. (2008). *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart: Thieme.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). *Hermeneutik: en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. (LOV 1999-07-02 nr. 61). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011* (Særtrykk av St.prp.nr.1(2007-2008) kapittel 9). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV 2011-06-24 nr 30). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011c). *Nevroplan* (Delplan til Omsorgsplan 2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (1991). *Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering* (Helsedirektoratets veiledningsserie, 3-91). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (Nasjonale faglige retningslinjer). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Fleksible tjenester - for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ideishi, R. I., O'Neil, M. E., Chiarello, L. A., & Nixon-Cave, K. (2010, February 2010). Perspectives of Therapist's Role in Care Coordination between Medical and Early Intervention Services. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, Vol. 30*, 28-42.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, oversetter 2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langhorne, P., & Holmqvist, L. W. (2007). Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 39*(2), 103-108.
- Læg Reid, S., & Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk: en innføring*. Oslo: Spartacus.
- Malpas, J. (2009, Summer 2009). Hans-Georg Gadamer. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* Summer 2009. Hentet 14. mars 2012, fra <http://plato.stanford.edu/archives/sum2009/entries/gadamer/>.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforening, 122*(25), 2468-2472.

- 
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, I. S. (2007). *Skadet for livet - myndig i eget hus? En analyse av folks erfaringer i rehabiliteringsprosesser, og samspill mellom mottakerer og utøvere i rehabilitering*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Normann, B. (2004). *Individualisering i nevrologisk fysioterapi: Bobathkonseptet: hjerneslagpasienter - behandling og kunnskapsgrunnlag*. B. Normann, Tromsø.
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2003). *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2006, 27.03.2006). Hva er fysioterapi? Hentet 19.04. 2012, fra <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler? I *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pettersen, B., & Johnsen, R. (2007). Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 127(5), 565-568.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Raine, S., Meadows, L., & Lynch-Ellerington, M. (2009). *Bobath concept : theory and clinical practice in neurological rehabilitation*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ramberg, B., & Gjesdal, K. (2009). Hermeneutics. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* Summer 2009. Hentet 23. april 2012, fra <http://plato.stanford.edu/archives/sum2009/entries/hermeneutics/>.
- Ranheim, T., Johansen, M., Flottorp, S., & Austvoll-Dahlgren, A. (2010). *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* (Dokument 3-serien nr 3:11 (2011 - 2012)). Oslo: Riksrevisjonen.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2007). *Motor control: translating research into clinical practice* (3. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering med merknader* (nr I -1032 B). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2003). *Individuell plan: et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thorsén, A. M., Holmqvist, L. W., de Pedro-Cuesta, J., & von Koch, L. (2005). A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*, 36(2), 297-303.
- Wisløff, N. F., Agledal, S. A., Hillesund, E., Lurås, H., Buschmann, E., Windspoll, R. J., et al. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* (NOU 2005:3). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Øgar, P. (2002). *Spesialisthelsetjenestenes veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten: rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001*. Oslo: Statens helsetilsyn.

## VEDLEGG

1. Intervjuguide
2. Endringsmelding NSD
3. Informasjon og samtykkeskjema
4. Godkjenning NSD
5. Eksempel på meningsfortetting i analysen

---

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### **Kan du fortelle litt om deg selv som fagperson og om stedet du jobber?**

- kompetanse, erfaring?
- en typisk arbeidsdag?
- fagmiljø?
- rehab.samarbeid internt?

### **Hva opplever du som de største utfordringene for å få til god rehabilitering i deres kommune?**

### **Hva har du samarbeidet med ART om?**

- Hvor langt tilbake i tid?
- System - i pasientsak/uavhengig av pasient (organisering, målsetting?)
- fysioterapispesifikt - kliniske problemstillinger?
- Diagnosegruppe(r)?

### **Hvordan foregikk samhandlingen?**

- hvem tok initiativ til samhandling?
- hvem deltok?
- hvem bestemmer innholdet?
- opplæring, rådgiving, veiledning, eller samarbeid om å løse et problem?
- prøvde dere ut i praksis el pratet dere bare? Hva var evt. innhold i de ulike delene?
- kunne noe av dette vært ivaretatt på en annen måte?
  - Hospitering/telefon/telematikk?
  - Varighet/hyppighet (lang periode vs. intensivt kort periode? Evt aktuelt ved hvilke typer problemstilling?)

### **Hvordan opplevde du det å samarbeide med ART?**

- hvorfor opplevde du det slik?
- hvem lærte noe i situasjonen?
- hva var bra?
- noe som var bortkastet tid?
- kunne du ønsket deg noe annet/mer?

### **Er det forskjell på å samarbeide med ART og andre deler av sykehuset?**

### **For å oppsummere: Hva har du hatt mest nytte av å samarbeide med ART om?**

### **Hvordan ønsker du at ART skal bistå pasienten/deg/kommunen i framtiden?**

**Vedlegg 2 Endringsmelding NSD**

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Nina Emaus  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 16.12.2011

Vår ref: 27594 LI/LR

Deres dato:

Deres ref:

**ENDRING I STUDENTPROSJEKT**

Vi viser til mottatt endringsmelding for prosjektet:

27594 *Fysioterapeuters samhandling med Ambulant Rehabiliteringsteam - en erfaring rikere?*

Vi tar til orientering at det er endring i inklusjonskriterier i forhold til en informant.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
for Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Kopi: Are Dragland, Håbeth 20, 9910 BJØRNEVATN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

## Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### Informasjonsskriv om deltakelse i mastergradsprosjekt

Dette er et informasjonsskriv og en invitasjon til deltakelse som informant i et prosjekt ved Mastergradsprogram i helsefag, studieretning Klinisk nevrologisk fysioterapi, ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.

#### Bakgrunn og innhold

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å samarbeide med kommunen om opplegg for enkeltbrukere, samt gi råd og veiledning både i enkeltsaker og generelt innen rehabiliteringsfeltet. Sentrale føringer legger vekt på desentralisering av tjenester som et prinsipp i utviklingen av helsetilbudet i Norge, og ambulante tjenester er i denne sammenheng en aktuell arbeidsmetode. Fysioterapeuter i førstelinjetjenesten er ofte sentrale i rehabiliteringsarbeidet, men det er gjort lite for å undersøke hvilke behov de har for råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, samt hvilke faktorer de oppfatter som viktige i samhandlingen. Hensikten med dette mastergradsprosjektet vil derfor være å samle erfaringer fra fysioterapeuter i førstelinjetjenesten, for å se om det kan identifiseres faktorer en bør ta hensyn til i den videre utviklingen av spesialisthelsetjenestens ambulante rehabiliteringstjenester. Problemstillingen for prosjektet er: *Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i førstelinjetjenesten fra samhandling med ambulante rehabiliteringsteam?*

For å få tilgang til erfaringer fra dette området, er det valgt å gjennomføre kvalitative intervju med 3-4 fysioterapeuter i førstelinjetjenesten. Kvalitative forskningsintervju kjennetegnes av fleksibilitet i samtale rundt et definert tema, der det er mulighet for å følge opp momenter som fremkommer i løpet av samtalen. Som et utgangspunkt samtalene er det utarbeidet en intervjuguide. Hovedfokus vil være fysioterapeutens personlige opplevelser og tanker om samhandlingen med det ambulante rehabiliteringsteamet.

#### Gjennomføring

Intervjuet planlegges gjennomført innen november 2011. Samtalen vil bli tatt opp og transkribert (skrevet ned) av undertegnede. Materialet fra intervjuene vil deretter bearbeides og kategoriseres for videre analyse. I presentasjonen, som planlegges ferdigstilt i mai 2012, vil det legges vekt på å tydeliggjøre hva som er informantenes forståelse, og hva som er forskerens perspektiv.

### Behandling og bruk av opplysninger

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Både forsker og veileder i dette prosjektet er underlagt taushetsplikt, og alle data vil behandles konfidensielt. Lyddopptak vil i prosjektperioden oppbevares i låsbart skap i låsbart rom, og vil bli slettet etter innlevering og sensur av oppgaven i juni 2012.

Informasjon som kan identifisere deltakerne vil anonymiseres eller fjernes, og kun informasjon som er nødvendig for forståelsen av materialet vil bli tatt med i studien.

Særtrekk ved informantene vil også skjules gjennom at sitater blir gjengitt på bokmål.

Materialet skal brukes i undertegnede's masteroppgave. I tillegg kan det bli aktuelt å bruke det i en forskningsartikkel med samme tema.

### **Du som informant har rett til å avbryte din deltakelse i prosjektet.**

Deltakelse i dette prosjektet er frivillig. Selv om du i utgangspunktet har sagt ja, kan du både før og under intervjuet trekke deg uten at noen grunn for dette må oppgis. Dette kan gjøres ved å kontakte Are Dragland på tlf: 486 06 286 eller e-post:

[are.dragland@gmail.com](mailto:are.dragland@gmail.com)

Dersom du har andre spørsmål, eller ønsker mer informasjon, kan du også ta kontakt på telefon eller e-post som nevnt over.

Veileder for prosjektet er professor Nina Emaus, med e-postadresse: [nina.emaus@uit.no](mailto:nina.emaus@uit.no)

Dersom du ønsker å delta i studien ber jeg deg signere det informerte samtykket, som leveres til undertegnede ved intervjuet.

Vennlig hilsen Are Dragland

.....  
...

### **INFORMERT SAMTYKKE**

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og er villig til å delta i studien som er beskrevet.

\_\_\_\_\_  
Dato/sted

\_\_\_\_\_  
Navn

**Vedlegg 4 Godkjenning NSD****Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Nina Emaus  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 23.08.2011

Vår ref: 27594 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

**KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.07.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27594	<i>Fysioterapeuters samhandling med Ambulant Rehabiliteringsteam - en erfaring rikere?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina Emaus</i>
Student	<i>Are Dragland</i>

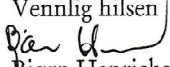
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
 Bjørn Henrichsen

  
 Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Are Dragland, Håbeth 20, 9910 BJØRNEVATN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svl.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

## Vedlegg 5 Eksempel på meningsfortetting i analysen

30	F2 341 – 343	<p>Ja, for det noe med at sånn vi ser det så... Vi har satt ordet «gjensidig kommunikasjon» som et sånn overordnet begrep i forhold til den kontakten vi ønsker å etablere med ART.</p> <p><b>Mmm.</b> Og som du også nevner: vi besitter mer kunnskap om...det lokale! Hva vi kan, hva vi har prøvd, og systemer på det lokale plan. ART har litt mer den spesialistkompetansen innenfor sykdom og.. altså den medisinske behandling. Hvordan vi integrerer det sammen, er jo et samspill hvor den gjensidige kommunikasjonen mellom partene er avgjørende. Ellers så blir det veldig fort at...tilbake til at det.. det blir ikke noe gøy i det hele tatt. Altså om det er noen som kommer og forteller meg.. ja, hva jeg....</p>	De kommunale besitter mer kunnskap om lokale forhold, systemer, og hva som er prøvd. ART har mer spesialistkompetanse innen sykdom og medisinsk behandling. Gjensidig kommunikasjon er avgjørende for å integrere kunnskapen.	Gjensidig respekt og kommunikasjon er avgjørende for å samarbeide og utnytte hverandres kompetanse til brukerens beste.	Kommunikasjon	Kompetanse
31	F2 349 – 351	<p>Eller også at vi har ikke.. Jeg har ikke opplevd noe sånn belærende.. ehm .. leksjon fra person.. altså, fra fagperson i ART. De har stort sett vært veldig ydmyke i forhold til.. i forhold til møte med oss da. For det er noe med ... Vi har hele tiden blitt konfrontert med.. eller på en måte, de har gitt tilbakemelding om at det er vi som kjenner til .. til brukeren. Brukeren kjenner oss best. Så det er noe med at sammen med oss så kan de finne gode løsninger. Så.. så det.. Og ikke minst så.. nå snakker vi veldig mye om kontakt mellom oss, men ikke minst brukeren selv også, ikke sant. Så ART har vært i direkte kontakt med brukeren også uten at vi er tilstede.</p> <p><b>Mmm.</b> Så vi trenger ikke være der. Men det er på en måte.. de har vært en ekstra fagperson i den brukerens liv også.</p>	Har ikke opplevd ART som belærende. Har vært ydmyke og søkt gode løsninger i samarbeid med kommunen og med brukeren.	ART har vært ydmyke og søkt gode løsninger i samarbeid både med kommunen og med brukeren.	Kommunikasjon	Oppgaver ART
32	F2 353 – 357	<p>Så.. mmm! Så kommunikasjon oss i mellom, også lav terskel for å ta kontakt, DET tror jeg er viktig.</p> <p><b>Mmm.</b> På en måte kunne ringe og høre. Ringe og .. på en måte: «Her er problemstillingen, hva tror du?» Så kanskje.. det å bare ta den telefonen, uten på en måte å måtte sende en henvisning for eksempel, er viktig. Før det.. altså.. før vi kan skrive en henvisning, så kanskje vi kan få hjelp med det samme ved at bare personen.. ja, stiller oss noen spørsmål om hva vi tenker videre. Og få bare en bekreftelse, så har en på en måte gjort jobben sin også. Sant! Så det må ikke være en henvisning som skal til for at det .. det skal være sånn organisatorisk rett.</p> <p><b>Mmm.</b> Så lav terskel for kontakt er kjempeviktig!</p>	Lav terskel for å ta kontakt med ART er viktig. Det å kunne ta telefonen uten å måtte sende en henvisning. Og kanskje få hjelp med det samme ved at personen stiller spørsmål om hva de tenker videre, eller gir en bekreftelse.	Lav terskel for kontakt er viktig, slik at enkelte problemstillinger kan avklares raskt.	Kommunikasjon	Oppgaver ART