



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Målrettet ADL-træning - Et samarbejde mellem professioner

Et kvalitativt studie om implementering af målrettet
ADL-træning til slagpatienter i akutfasen.

RH335S Masteroppgave i rehabilitering
50 studiepoeng

Marie Kirstine Jäntti
15. maj 2015



Forord

Masterstudiet i rehabilitering, og arbejdet med denne opgave har været en spændende og lærerig proces. Det har givet mange interessante refleksioner. Specielt i forhold til egen praksis som klinisk ergoterapeut.

Mange har bidraget på vejen mod tilblivelsen af denne opgave. Først og fremmest en stor tak til de informanter der har deltaget. Med entusiasme, tog de sig tid i en travl arbejdsdag, til at dele deres synspunkter, meninger og erfaringer med mig. Derfor er opgaven blevet som den er blevet.

Tak til min vejleder, Britt Lillestø, for god vejledning og støtte gennem hele processen. Tak til mine gode kollegaer på sygehuset i Lofoten, for interesse og tålmodighed i en periode, hvor jeg har været meget fraværende. Jeg glæder mig til at vende tilbage til det kliniske arbejde, sammen med jer.

Tak til familie og venner for opmuntrende ord på vejen. Ikke mindst tak til Katrine Brattli for, at lytte til mig, i en periode præget af fagligt engagement, frustration, og alt for få timer i døgnet.

Sidst men ikke mindst tak til min kære mand, Markus, for støtte og tålmodighed. Jeg kunne ikke have gennemført dette her uden din hjælp.

Lofoten, maj 2015

Marie Kirstine Jäntti

FORORD	I
SAMMENDRAG	V
SUMMARY	VI
1.0 INDLEDNING	1
1.1 VALG AF TEMA	1
1.1.1 TIDLIGERE FORSKNING	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.2.1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL	3
1.3 BEGREBSAFKLARING	3
1.4 OPGAVERNS STRUKTUR	3
2.0 HJERNESLAG OG REHABILITERING	5
2.1 AKUT SLAGBEHANDLING	6
2.1.1 SLAGENHEDER	6
2.1.2 BEMANDING	6
2.1.3 TVÆRFAGLIGT TEAMARBEJDE	7
2.1.4 TIDLIG MOBILISERING OG TRÆNING	7
2.2 AKUT SLAGBEHANDLING OG ERGOTERAPI	8
2.3 REHABILITERING SOM SAMARBEJDSOMRÅDE OG FAGFELT	10
3.0 TEORETISK OG BEGREBSMÆSSIGT GRUNDLAG	12
3.1 REHABILITERING	12
3.1.1 HVAD ER REHABILITERING	12
3.1.2 REHABILITERING OG FUNKTIONSEVNE	13
3.1.3 REHABILITERING I SPECIALISTHELSETJENESTEN	14
3.2 NEW PUBLIC MANAGEMENT	16
3.2.1 UMYNDIGGØRELSE OG "KRITIKKENS INFRASTRUKTUR"	19
3.3 PROFESSION OG SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF FAG	20
3.3.1 PROFESSIONSUDØVELSE, SKØN OG ANSVAR	21
3.3.2 PROFESSIONERNES HIERARKI	22
4.0 METODE	24
4.1 DESIGN	24
4.2 UNDERSØGELSESMETODE	26
4.3 UDVALG	27
4.4 DATAINDSAMLING	28
4.4.1 INTERVIEWGUIDE	28
4.4.2 GENNEMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVIEW	29
4.5 ETISKE OVERVEJELSER	30
4.5.1 INFORMERET SAMTYKKE	30
4.5.2 ANONYMISERING	31

4.6	ANALYSEMETODE	31
4.6.1	TRIN 1: KATEGORISERING	31
4.6.2	TRIN 2: KODNING AF ENHEDER	33
4.6.3	TRIN 3: KONDENSERING	33
4.6.4	TRIN 4: SAMMENFATNING	34
4.7	VALIDITET	34
4.7.1	INTERN GYLDIGHED	34
4.7.2	EKSTERN GYLDIGHED	35
4.8	RELIABILITET	35
4.9	METODISKE SVAGHEDER	36
4.9.1	ANTAL INFORMANTER I FOKUSGRUPPERNE	36
4.9.2	RELATION TIL INFORMANTERNE	37
5.0	FUND	38
5.1	IMPLEMENTERING AF MÅLRETTET ADL-TRÆNING	38
5.1.1	ER SLAGBEHANDLING AKUT REHABILITERING	40
5.2	KOMPETENCE ER AFGØRENDE I IMPLEMENTERINGEN AF MÅLRETTET ADL-TRÆNING	41
5.2.1	ADL-PAN ER ET NYTTIGT VÆRKTØJ I IMPLEMENTERINGEN AF MÅLRETTET ADL-TRÆNING	42
5.2.2	BEHOV FOR KOMPETENCEØGNING OM PATIENTGRUPPEN OG REHABILITERING	43
5.3	ORGANISERING OG STRUKTUR	45
5.3.1	ORGANISERING AF SLAGENHEDEN	46
5.3.2	MANGLENDE PERSONALERESSOURCER UDFORDRER KONTINUITETEN I DEN MÅLRETTEDE ADL-TRÆNING	46
5.3.3	OMORGANISERINGER PÅVIRKER ARBEJDET MED MÅLRETTET ADL-TRÆNING	48
5.3.4	MANGLENDE KOORDINERING MELLEM ANDEN BEHANDLING OG UDREDNING BEGRÆNSER TILGÆNGELIGHEDEN TIL PATIENTEN	50
5.4	SAMARBEJDET OMKRING MÅLRETTET ADL-TRÆNING	51
5.4.1	FORSKELLE I FAGPROFESSIONERNES PERSPEKTIV UDFORDRER ARBEJDET MED MÅLRETTET ADL-TRÆNING	51
5.5	OPSUMMERING	54
6.0	DISKUSSION	56
6.1	MÅLRETTET ADL-TRÆNING OG REFORMPOLITIKKEN NEW PUBLIC MANAGEMENT	56
6.2	MÅLRETTET ADL-TRÆNING I ET PROFESSIONSTEORETISK PERSPEKTIV	59
6.3	MÅLRETTET ADL-TRÆNING, AKUT SLAGBEHANDLING OG REHABILITERING	63
6.4	MÅLRETTET ADL-TRÆNING – MELLEM TEORI OG PRAKSIS	65
7.0	AFSLUTNING	68
7.1	AFSLUTTENDE KOMMENTARER	69

REFERENCER	71
BILAG	75
BILAG 1: GODKENDELSE FRA NSD	76
BILAG 2: INFORMATIONSSKRIV	78
BILAG 3: INTERVIEWGUIDE	81
BILAG 4: ADL-PLAN	82
BILAG 5: MATRICER	83

Sammendrag

Hvert år rammes 13.000-14.000 mennesker af hjerneslag i Norge. En tredjedel af dem får alvorlige funktionsnedsættelser. En stor del har derfor behov for rehabilitering i en eller anden grad. Det er en indsats, der starter allerede på sygehuset. Vurdering og træning i dagligdags aktiviteter (ADL), som bad og påklædning, er en del af den akutte slagbehandling.

Måltrettet ADL-træning er en vigtig intervention i det tidlige forløb af rehabiliteringsprocessen for en slagrammet. Det foregår ofte som et samarbejde mellem ergoterapeut og plejepersonalet på sengeafdelingen. Overgangen fra vurdering til målrettede tiltag, er derfor ofte afhængig af et samarbejde på tværs af professioner, og organisering, i en indsats der kræver kontinuerlig opfølgning for at have effekt.

Jeg har i denne opgave gennemført en undersøgelse af hvilke faktorer som fremmer og hæmmer implementering af måltrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen.

Undersøgelsen er baseret på en kvalitativ metode med fire fokusgruppeinterview med i alt ti ergoterapeuter og sygeplejersker ved slagenheder på somatiske sygehuse.

Opgavens teoretiske grundlag bygger hovedsageligt på teori om professionernes hierarki, og reformbølgen i offentlig sektor, New public management.

Mine fund indikerer at trods solid forskningsbaseret kundskab om god og effektiv slagbehandling i akutfasen, så eksisterer der et gab mellem den og praksis. Fundene i min undersøgelse viser, at implementering af måltrettet ADL-træning til slagpatienter, udfordres af manglende personaleressourcer på slagenheden, og tilstrækkelig kompetence om akut slagbehandling. Desuden møder det tværfaglige samarbejde udfordringer, blandt andet på grund af professionsforskelle og kollidering mellem rolleforventninger. Rehabilitering i akut slagbehandling, defineres hovedsageligt som træning af funktion og måltrettet tværfagligt samarbejde.

Summary

Every year, 13000-14000 people suffer brain stroke, in Norway. A third of these patients suffer serious disabilities. Many, therefore, need rehabilitation in one degree or another. This is an effort that starts at the hospital. Assessment and training in activities of daily living (ADL), which includes bathing and dressing, is part of the acute stroke treatment.

Targeted ADL-training is an important intervention in the early course of the rehabilitation process for stroke patients. It is often carried out as collaboration between occupational therapists and nursing staff on the ward. The transition from assessment to targeted measures are therefore dependent on cooperation across professions and organizing, as it is an effort that requires continuous monitoring to be effective.

I have for this paper completed a study of the factors that facilitate or hinder implementation of targeted ADL training for stroke patients in the acute phase. The study is based on a qualitative method with four focus group interviews with a total of ten occupational therapists and nurses at stroke units in somatic hospitals.

The theoretical basis of my paper is mainly based on theory of professions' hierarchy and the reform movement in the public sector, "New public management".

My findings indicate that despite a solid, acknowledged research-based knowledge of good and effective stroke treatment in the acute phase, there exists a gap between it and practice. The findings of my study show that implementation of targeted ADL training for stroke patients is challenged by lack of staff resources in the patient ward and sufficient competence on acute stroke treatment. In addition, interdisciplinary collaboration is challenged, partly from professional differences and partly from collisions between role expectations. Rehabilitation in acute stroke treatment is defined primarily as a training mode and as targeted interdisciplinary cooperation.

1.0 Indledning

Hvert år rammes ca. 13.000-14.000 mennesker af hjerneslag i Norge (Norsk Hjerneslagregister, 2014). En tredjedel af de som rammes får alvorlige funktionsnedsættelser. Ofte rammes slagpatienten ikke bare på fysiske funktioner, men på hele livet, og en stor del af dem har behov for en grad af rehabilitering allerede i akutfasen. Slagpatienterne er en kompleks patientgruppe, med behov for tværfaglig og målrettet udredning og behandling.

1.1 Valg af tema

Som klinisk ergoterapeut tilknyttet slagteamet på et lokalsygehus, er vurdering og træning af slagpatienter i ADL (Aktiviteter i Daglig Livet), mit primære arbejdsområde. Et arbejde der foregår i tæt samarbejde med slagsygeplejersken og det øvrige personale på sengeafdelingen. Ergoterapeutens funktion i akutfasen er hovedsageligt, at foretage en kortlægning af patientens fysiske og kognitive funktion i dagliglivets aktiviteter. Den ergoterapeutiske kortlægning indgår som en del af en samlet vurdering af patienten, med henblik på hvad den videre træning og rehabilitering skal fokusere på.

Kortlægning af patientens ADL-funktion må dernæst implementeres til målrettet træning gennem tværfagligt samarbejde med fagpersonalet på sengeafdelingen, da de er til stede hele døgnet, og derfor oftest vil være de som udfører tiltag i praksis. Det være sig for eksempel i forbindelse med personlig hygiejne og påklædning, samt spisesituationer.

Implementering af målrettet ADL-træning, er derfor et samarbejde mellem ergoterapeuten, der foretager kortlægning og vurdering, og fagpersonalet på sengeafdelingen. En målrettet implementering af tiltag indenfor ADL som arbejdsfelt, udfordres da af elementer, der har betydning for dette samarbejde. Så hvilke elementer har betydning for implementering af målrettet ADL-træning til slagpatienter, og hvad skal til for et sikre kontinuitet og kvalitet i arbejdet?

1.1.1 Tidligere forskning

Der er skrevet en del fra brugerperspektiv om slagrehabilitering og det at leve med slag, og der eksisterer et stort materiale af forskning og litteratur, om effektiv slagbehandling, både den akutmedicinske behandling, men også om organisering af behandlingstilbud og rehabilitering.

Indenfor mit fagfelt, ergoterapien, så handler ergoterapeutisk litteratur og studier hovedsageligt om kvaliteten i den vurdering og praktisering ergoterapeuten gør i en aktuel

intervention, og meget lidt om de konkrete tiltag, der anvendes i implementeringen af målrettede behandlingstiltag i et tværfagligt samarbejde.

Jeg har gennemført en række litteratursøgninger, for at se om temaet er undersøgt tidligere. Jeg har søgt i søgemonitorerne: NORA, BLIX, Cochrane, PubMed, Cinahl, Idunn, OTseeker og Google Scholar. Desuden har jeg søgt i Atekst og Helsebiblioteket for relevante artikler. Jeg har brugt søgeordene "ADL", "Slag", "tværfaglig", "tværfagligt samarbejde", "stroke", "rehabilitering", "rehabilitation", "strokerehabilitation" og "multidisciplinary", "multidisciplinary cooperation". Jeg benyttede mig af forskellige sammensætninger, samt trunkering og bindeord som "and", "or", "not".

Der findes en række studier om effekten af ADL-træning i akut hjernerehabilitering, samt effekt af forskellige typer ergoterapeutisk intervention til slagpatienter, for eksempel et systematisk review i PubMed om ergoterapi til slagpatienter. I dette studie konkluderes en lille, men betydningsfuld effekt af omfattende ergoterapi på primær ADL (PADL) (Steultjens et al. 2003). Desuden findes der en del studier om effekt af slagenheder med tværfaglige behandlingsteam (Thommesen, Wyller og Bruun, 2007, Langhorne, 2013, Rønning, Thommesen og Russell, 2007).

En masteropgave i helsefag fra 2012 omhandler ergoterapeutens arbejde med hjerneslagpatientens målsætningsproces (Frydstad Pedersen, 2012). I studiet fokuseres på ergoterapeuten som aktør. Fundende som Frydstad Pedersen kommer frem til, er resultatet af individuelle interviews af ergoterapeuter. De viser blandt andet, at ergoterapeuterne oplever begrænsninger i de fysiske rammer på sygehuset, men nævner ikke noget om, hvordan ergoterapeuterne oplever, at deres vurdering og kortlægning blive anvendt. Eksempelvis gennem samarbejde med andre faggrupper om for eksempel ADL-træning. I sin afslutning skriver hun, at det kunne være interessant, at gå i dybden med områder som ikke har været muligt at gå i dybden med i den aktuelle opgave. Det drejer sig for eksempel om det tværfaglige aspekt i ergoterapeuters målsætningsarbejde.

1.2 Problemstilling

Som nævnt tidligere, finder jeg det interessant, i forhold til eget arbejdsfelt, hvilke elementer der har betydning for implementering af målrettet ADL-træning. Forskning, litteratur og nationale retningslinjer giver klare anbefalinger på god og effektiv behandling og rehabilitering af slagpatienter, men hvordan opleves det for de fagprofessioner som arbejder med dette felt? Hvilke elementer skal til for at det fungerer, og oplever de udfordringer? Jeg har derfor ønsket, at gøre et empirisk studie, med det formål at få indsigt i hvad både

ergoterapeuter og andre fagpersoner, der arbejder med slagrammede i akutfasen, har af erfaringer og oplevelser med implementering af ADL-træning. På baggrund af dette, har jeg formuleret følgende problemstilling:

Hvilke faktorer fremmer eller hæmmer implementering af målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen?

1.2.1 Forskningsspørgsmål

- Hvordan beskriver ergoterapeuter og sygeplejersker målrettet ADL-træning?
- Hvordan oplever ergoterapeuter og sygeplejersker samarbejdet om målrettet ADL-træning?
- Hvordan oplever ergoterapeuter og sygeplejersker, at organisering og struktur påvirker implementering af aktiviserende træning?

1.3 Begrebsafklaring

Hjerneslag: Hjerneslag (apopleksi) er en forstyrrelse i hjernens blodcirkulation med funktionstab til følge. I 80-85 % af tilfældene skyldes forstyrrelsen en blodprop (trombose), mens 10-15 % skyldes en blødning i hjernen.

Akutfasen: Akutfasen betegner den første del af patientens forløb i behandlingskæden, hvor patienten indlægges på sygehus til akut medicinsk behandling og udredning. I denne opgave defineres hele patientens indlæggelse på et skud sygehus som akutfase. En stor del af slagpatienterne forsætter behandling i specialhelsetjenesten på "fysikalsk medicinske afdelinger for rehabilitering" (FMR). I denne opgave bruges betegnelsen akutfase, om perioden fra patienten indlægges på sygehus til de overføres til anden afdeling, eller udskrives til andet tjenestetilbud indenfor specialhelsetjenesten eller kommunen.

ADL: ADL er en forkortelse for "Activities of Daily Living". Oversat til "Aktiviteter i Daglig Livet". Man skiller mellem PADL og IADL. PADL er "Personlige Aktiviteter i Daglig Livet" som for eksempel bad, påklædning og spisning, og IADL er "Instrumentelle Aktiviteter i Daglig Livet", der kræver mere sammensatte færdigheder, som for eksempel indkøb, madlavning og rengøring. I denne opgave afgrænses begrebet til at betegne den ADL-træning som foregår på akutsygehus. Det er oftest aktiviteter indenfor PADL.

1.4 Opgavens struktur

I indledningen har jeg præsenteret de refleksioner, der danner grundlag for formulering af problemstilling og forskningsspørgsmål om målrettet ADL-træning til slagpatienter i

akutfasen. I det kommende kapitel præsenteres en kort indføring til temaet om hjerneslag, akut slagbehandling og sammenhængen med ADL-træning og ergoterapi. I kapitel tre belyses det teoretiske og begrebsmæssige grundlag, som jeg anvender senere i beskrivelsen og diskussionen af undersøgelsens fund. I kapitel fire præsenteres de metodiske valg og overvejelser jeg har gjort. Analysen og beskrivelsen, i kapitel fem, tager udgangspunkt i de fund jeg er kommet frem til i undersøgelsen, set i sammenhæng med problemstilling og forskningsspørgsmål. I kapitel seks diskuteres fundene i sammenhæng med det teoretiske grundlag. Afslutningsvis, i kapitel syv, præsenteres konklusionen på undersøgelsen, samt afsluttende refleksioner over arbejdet med opgaven, og forslag til videre forskning.

2.0 Hjerneslag og rehabilitering

Hjerneslag er en af de hyppigste årsager til alvorlige funktionsnedsættelser og død. Ofte har det store konsekvenser, først og fremmest for den som rammes og de pårørende, men også for helsetjeneste og samfund. Hjerneslag kan ramme både gamle og unge, men over halvdelen af de som får hjerneslag, er over 75 år. Med en voksende ældre befolkning, forventes det, at incidensen vil stige med ca. 50 % de kommende 20 år, hvis ikke den forebyggende indsats bliver mere effektiv (Helsedirektoratet, 2010).

Hjerneslag er en dominerende årsag til funktionsnedsættelser (Helsedirektoratet, 2010).

Mange oplever både fysiske og kognitive udfald, for eksempel i form af lammelser i venstre eller højre kropshalvdel, tale- og/eller svælgproblemer, samt nedsat hukommelse og koncentration. Det kan give store ændringer i livssituationen – et uventet brud i livet. Gay Becker (1997) er amerikansk professor i socialantropologi, har i bogen "*Disrupted lives*", skrevet om mennesker der håndterer forskellige typer af brud i forhold til et forventet livsforløb. For eksempel uønsket barnløshed eller livtruende sygdom De fleste af dem som oplever et sådan brud, vil være nød til at forsøge, at genskabe en sammenhæng mellem livet før og efter hændelsen – bruddet. De må finde en sammenhæng som giver mening til det liv som skal leves efter bruddet. Slagpatienter med funktionstab til følge, er mennesker der oplever et sådant brud. For mange vil det opleves som et lynnedslag – uventet og dramatisk. Man siger at et hjerneslag rammer hele familien. Det kan kræve store omvæltninger, både for den slagrammedes selv og hans eller hendes familie. Den slagrammede har derfor ofte behov for rehabilitering i mindre eller større grad. Effektiv behandling og rehabilitering af slagpatienter kræver derfor en målrettet indsats:

"For slagrammede betyr dette en målrettet prosess som bør begynne første dag etter slaget. Behovet for og varigheten av rehabiliteringen vil variere sterkt fra person til person. Rehabilitering vil ikke si "å gjøre frisk", men derimot hjelpe den enkelte til egen mestring av sitt funksjonsnivå og sin hverdag med tanke på aktivitet og deltakelse. Målet med rehabiliteringen er å forbedre funksjon og/eller hindre tap av funksjon, og å oppnå høyest mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk, sosialt og ertversmessig" (www.slag.no, 2015).

2.1 Akut slagbehandling

I 2010 udgav Helsedirektoratet "Nationale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering af hjerneslag" (Helsedirektoratet, 2010). Den indeholder "*systematisk udviklede faglige anbefalinger*", og har til hensigt at bidrage til at sikre god kvalitet, rigtige prioriteringer, undgå uønsket variation i tjenestetilbud og tilbyde hele patientforløb (Helsedirektoratet, 2010). Nationale faglige retningslinjer er ikke lovmæssigt bindende for modtagerne, men skal være fagligt styrende for de valg som gøres, markerer god praksis og være normgivende, når tjenesteydere, som for eksempel specialhelsetjenesten, skal planlægge, og udvikle sine tjenester. Retningslinjen for behandling og rehabilitering af hjerneslag er bygget op med en gradering af kundskaber og anbefalinger. Disse bygger på en vurdering af kvaliteten af aktuel forskning på området. For eksempel er nivå 1A; "*kunnskab som bygger på systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte forsøk*" (Helsedirektoratet, 2010. s. 17). I dag bygger en stor del af klinisk praksis sig på anbefalingerne i de nationale retningslinjer.

Udover den medicinske udredning og behandling lægger retningslinjerne vægt på følgende i akut slagbehandling: Organisering i slagenheder, bemanning og tværfagligt teamarbejde, samt tidlig mobilisering og træning.

2.1.1 Slagenheder

I akut slagbehandling lægges der først og fremmest vægt på organisering af slagpatienten i egne slagenheder med personale der har kompetence i slag og slagrehabilitering:

"Organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tværfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering"
(Helsedirektoratet, 2010, s. 22).

2.1.2 Bemanning

Bemanning går på personale ressourcer, både i forhold til antal personale, men også på kompetence. Det anbefales, at personalet har specialkompetence indenfor slag, og at afdelingen har en struktureret og systematiseret plan for særfaglig og tværfaglig uddannelse og internopplæring. Personalegruppen består af flere fagprofessioner, som for eksempel slagsygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut, samt en højere normering af plejepersonale

sammenlignet med en almindelig medicinsk afdeling. Per fem senge bør der for eksempel være 7,5-10 sygeplejersker – "plejefaktor" 1,5-2,0 (Helsedirektoratet, 2010. s. 59).

2.1.3 Tværfagligt teamarbejde

Samarbejde i form af tværfagligt teamarbejde har, ifølge studierne brugt i Nationale retningslinjer, stor betydning for at opnå gode resultater (niveau 1A), og teamsamarbejdet påvirker både graden af fremgang og liggetid. I beskrivelsen af den tværfaglige struktur og organisering af det tværfaglige teamarbejde, lægges der vægt på fast organisering af tværfaglige samarbejds møder med fast struktur, samt daglige uformelle møder. Samarbejdet bør indeholde: "*mål for behandling og rehabilitering, samt planlegging av videre oppfølging og utskrivning sammen med pasient og ev. pårørende*" (Helsedirektoratet, 2010. s. 60). Retningslinjerne siger ikke noget om hvordan fagprofessionerne i teamet bør være organiseret. For eksempel om de bør være organiseret i samme afdeling. Det tværfaglige samarbejde står dermed centralt i akut slagbehandling:

"Proessen må være målrettet, med klar definisjon av både kortsiktige delmål og mer langsiktige mål for rehabiliteringen. Pasienten og ikke minst pårørende bør trekkes med i prosessen og pasientens motivasjon og egeninnsats er av stor betydning. Kompetansen i slagenheten og ikke minst holdningen blant personalet er avgjørende for å få til en god rehabiliteringsprosess. Det er viktig at miljøet i avdelingen er tilrettelagt for rehabilitering 24 timer i døgnet" (Thommesen og Wyller, 2007. s. 4/8).

2.1.4 Tidlig mobilisering og træning

Tidlig mobilisering og aktivisering er vigtige bestanddele af indsatsen i akut slagbehandling. Træningen bør være opgaverelateret og omfatte daglige aktiviteter, som for eksempel forflytning, påklædning, spisning og kommunikation. De Nationale faglige retningslinjer beskriver dette som tidlig tværfaglig rehabilitering. Hovedelementerne i den tidlige rehabilitering bør, ifølge retningslinjen, være stimulering og træning. Slagpatienten må kunne tilbydes målrettet stimulering og træning gennem hele døgnets vågne timer, og plejepersonalet må derfor deltage aktivt i denne indsats. Dette bør foregå i et konstruktivt tværfagligt samarbejde med formulering af klare mål i samarbejde med patient og pårørende. Nationale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering af hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) beskriver akut slagbehandling både som behandling og tidlig rehabilitering. Her bliver tidlig rehabilitering, altså en række målrettede tværfaglige

interventioner, primært på funktionsniveau, og formuleret i tæt samarbejde med patient og pårørende.

Rehabiliteringsmeldingen, St. melding nr. 21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998), formulerede en definition af rehabilitering (og habilitering). Ønsket var at den kunne bidrage til at skabe en fælles forståelse for hvad indholdet af rehabilitering burde være.

Rehabiliteringsmeldingen var et led i målet om at forbedre kvalitet og drift, samt øge medbestemmelsen hos brugerne af de offentlige helse- og omsorgstjenester. Heri understreges det, at rehabilitering kræver samarbejde på tværs af forskellige faggrupper, tjenester og niveauer i forvaltning og etater. Rehabilitering er defineret som:

"Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998).

Meldingen fastslår altså, at rehabilitering er en "proces" og et samarbejde, både mellem de professionelle som for eksempel sundhedspersonale og offentlige instanser, men også med brugeren. Brugermedvirkning står her centralt. Rehabilitering skal bidrage til brugerens selvstændighed og mestringsevne. Det handler ikke kun om at genvinde tabt funktionsevne, men også om at kunne deltage aktivt på sociale og samfundsmæssige arenaer. Dermed sagt, kan en enkel specifik fagindsats, som for eksempel ergoterapi eller fysioterapi, ikke defineres som rehabilitering, og træning af specifikke funktionssvigt er ikke i sig selv rehabilitering. De kan derimod være en del af en rehabiliteringsproces, der bidrager til at brugeren kan "*oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). En rehabiliteringsproces kan indeholde specifikke faglige kompetencer. For slagpatienter i akutfasen kan det for eksempel dreje sig om, logopædi, fysioterapi og ergoterapi, samt legefaglige specialiteter som neurologi.

2.2 Akut slagbehandling og ergoterapi

Menneskelig aktivitet er ergoterapifagets kerneområde. Ergoterapeuter anvender aktivitet som både vurderings- og træningsredskab. Der sættes også mål og delmål for den ergoterapeutiske intervention inden for aktivitet og deltagelse. En stor del af de som rammes af hjerneslag får problemer med udførsel og deltagelse i dagliglivets aktiviteter. Enten på grund af fysiske eller kognitive udfald – eller en kombination af begge dele.

Vurdering og træning af slagpatienten i ADL, er en stor del ergoterapeutens arbejdsområde i arbejdet med akut slagbehandling. Hovedsageligt vil det dreje sig om PADL-aktiviteter som bad, påklædning og spisning. Nationale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering af hjerneslag graderer vurdering og træning i PADL til højeste grad og niveau (A,1a) på kundskab og anbefalinger:

"Alle pasienter med begrensninger i PADL bør få intervensjon rettet mot PADL fra et tverrfaglig team (inkludert ergoterapeut) som sikrer tilstrekkelig intensitet og mengde av trening gjennom hele døgnets våkne timer" (Helsedirektorat, 2010, s.138).

Allerede første døgn, anbefales det, at patienten mobiliseres ud af sengen, og at alle faggrupper skal bidrage til dette. Blandt andet siger nationale retningslinjer dette om tidlig aktivisering og tværfaglig behandling:

"Alle pasienter bør vurderes av et tverrfaglig team som tidlig bør starte utredning, definere mål og starte oppgaverelatert trening tilpasset den enkelte pasients funksjonsnivå" (Helsedirektoratet, 2010, s. 56).

ADL er ikke et entydigt begreb, og det anvendes i flere betydninger, både som en samlet betegnelse for en bestemt type aktiviteter, og som et arbejdsområde for flere fagprofessioner indenfor sundhed- og omsorgssektoren. ADL er et fagudtryk der anvendes som indikator for funktionssvigt. Begrebet anvendes ofte til at kortlægge en eller anden grad af funktionsnedsættelse, men bruges også som måleredskab (Tuntland, 2014). ADL er dog ikke, som nogen anvender det, en samlet betegnelse for en persons funktionsevne. Begrebet dækker kun en afgrænset type af daglig dags aktiviteter, og dækker for eksempel ikke arbejde- og fritidsaktiviteter (Tuntland, 2014). ADL-aktiviteter karakteriseres ved, at uanset om man selv er i stand til at udføre dem, så har man fortsat behov for at andre gør det for en – at man dermed bliver plejeafhængig. Her opstår der et skæringspunkt mellem de forskellige fagprofessioner, der har ADL som arbejdsområde. Hanne Tuntland skriver i sin bog "*En innføring i ADL*" (2014), at nogle faggrupper har selvhjulpethed som mål for ADL-træning. Dermed kan der opstå et skille mellem de professioner der har selvhjulpethed som mål, og de fagprofessioner, hvis udgangspunkt er at yde bistand – at hjælpe, ved at overtage udførslen af en aktivitet for et andet menneske:

"Når ADL brukes i betydningen selvhjulpenhet, kan ADL og pleie/omsorg ses på som to ytterligheter langs et kontinuum. Mens ADL handler om å gjøre oppgaver selv så langt man klarer, vil pleie og omsorg handle om å utføre en oppgave for en annen" (Tuntland 2014. s. 26).

I følge Tuntland vil der være en gråzone med glidende overgang mellom ADL og pleje, afhængigt af hvilke fagpersoner der er involveret. Der kan derfor opstå usikkerheder om hvorvidt en mangelfuld ADL-færdighed som for eksempel påklædning, er en ADL-færdighed med hjælpebehov eller personen er pleje- og hjælpetrængende.

Om man har udgangspunkt i ADL-færdighed med hjælpebehov, er fokuset på mestring og personens ressourcer, mens det er modsat om udgangspunktet er at personen er pleje- og hjælpetrængende. Akkurat denne gråzone bliver et aktuelt skæringspunkt, når for eksempel ADL-træning bliver et fælles arbejdsområde for fagprofessioner, der har forskellig opfattelse eller udgangspunkt for begrebet ADL. I dette tilfælde indenfor akut slagrehabilitering. ADL bliver her et begreb som anvendes både af terapeuter og personale som sygeplejersker og hjælpeplejere.

En fælles forståelse for indhold og formål med ADL-træning, og betydning af det som en målrettet proces, får derfor betydning for samarbejdet. ADL-træning er derfor et tværfagligt fagfelt i akut slagbehandling, og målrettet ADL-træning til slagpatienter er en del af en intervention, hvor planlagt og systematisk samarbejde er grundlæggende.

2.3 Rehabilitering som samarbejdsområde og fagfelt

Rehabilitering beskrives i bogen "*Rehabilitering*" (Solvang og Slettebø, 2012), som et tværprofessionelt fagområde, der danner ramme for samarbejdet mellem professionelle, myndigheder og brugere. I bogen "*Om rehabilitering – Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*" (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013) argumenterer forfatterne for hvordan rehabilitering kan kaldes et *virksomhedsområde* fremfor et *fag* eller et *felt*. Ingen profession har specielt monopol på kundskab om rehabilitering, men tværtimod går rehabilitering på tværs af fag og professioner. Rehabilitering kræver ofte god og relevant kundskab, samt en stor grad af kommunikation og samarbejde:

"Med tværfaglig og tverretalig felleskunnskap mener vi kunnskaper og ferdigheter som ikke uten videre er knyttet til yrkesrollen eller er etatsspesifikk. Det vi tenker på, er kunnskaper, ferdigheter og innsikt i å bistå brukere i deres egen innsats. Det gjelder

relasjonskunnskap og evne til samarbeid med andre fagfolk, og evne til å se sin egen innsts som ledd i en større helhet" (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013, s. 80).

Rehabilitering som et virksomhedsområde kan risikere, at blive et begreb som hverken defineres med en fælles definition eller beskrivelse i et samarbejde mellem forskellige professioner. Hvordan rehabilitering defineres og hvad det forventes, at de enkelte fagprofessioner må bidrage med, vil have betydning for hvordan samarbejdet opleves og praktiseres af de enkelte professioner. Det vil derfor også påvirke effektivitet og kvalitet i en rehabiliteringsproces.

I akut slagbehandling, stiller det krav til både kundskab og samarbejdsevner hos de involverede professioner. Det gælder også i samarbejdet omkring målrettet ADL-træning til slagpatienter, da den er en tidlig del af rehabiliteringsprocessen for et menneske ramt af hjerneslag.

Om teori og forskning indenfor akut slagbehandling, har sammenhæng med de erfaringer og oplevelser, som fagprofessionelle har i arbejdet med målrettet ADL-træning, er noget af det jeg forsøger, at få mere klarhed over med denne undersøgelse.

3.0 Teoretisk og begrebsmæssigt grundlag

I dette kapitel præsenteres de teoretiske begreber og perspektiver, som jeg har valgt som grundlag for at beskrive og diskutere hvad som fremmer og hæmmer implementering af målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen. Først præsenteres nogle generelle kendetegn ved rehabilitering. Desuden præsenteres nogle perspektiver på rehabilitering i sygehus regi, med de udfordringer det kan indebærer. Derefter præsenteres teori om reformbevægelsen New public management. Til slut præsenteres tværfagligt samarbejde mellem professioner i et professionsteoretisk perspektiv.

3.1 Rehabilitering

I dette afsnit præsenteres en kort beskrivelse af indholdet i rehabilitering, samt hvad der er hensigten rehabilitering bør bidrage med. Desuden præsenteres en kort uddybning om rehabilitering i sammenhæng med fokuset på funktionsevne, samt perspektiver på rehabilitering i sygehus, og om rehabilitering som virksomhedsområde.

3.1.1 Hvad er rehabilitering

Rehabiliteringsmeldingen, St. melding nr. 21 (1998-99), beskriver hvordan rehabilitering er et samarbejde mellem professionelle og brugeren, om en målrettet proces mod et liv med bedst mulig fysisk funktion og deltagelse i samfundet. Meldingen lægger vægt på, at rehabilitering er en proces der kræver koordinering. Titlen på rehabiliteringsmeldingen; "*Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitik*" (Helse-og omsorgsdepartementet, 1998), understreger hensigten om, at rehabilitering handler om mere en genoptræning af en fysisk funktion eller en indsats, der hjælper brugeren tilbage i arbejdslivet. Den handler om *hele* mennesket. Rehabiliteringsmeldingen fastslår, at brugeren er det centrale omdrejningspunkt. Det er brugeren, hvis liv har ændret sig, og derfor må han/hun også involveres i processen med at finde fodfeste igen (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013). Rehabilitering bliver på mange måder en lidt uklar størrelse, da begrebet rehabilitering ikke er dækkende for indholdet i virksomheden. Rehabilitering er ikke en enkelt indsats, men en samling af flere forhold. Det er en samarbejdsproces mellem brugere (pårørende) og bistandsydere, og mellem de forskellige bistandsydere som er involveret. Det handler om koordinering og planlægning. Rehabilitering er også tidsafgrænsede processer, hvor der sættes konkrete mål og delmål for rehabiliteringsprocessen (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013). For eksempel ved brug af individuel plan (IP), som er et tilbud og en lovfæstet rettighed for alle tjenestemodtagere med behov for langvarige koordinerede helse- og

socialtjenester. Den har til formål at bidrage til mere sammenhængende tjenestetilbud, og tjenestemodtageren har ret til at deltage i arbejdet med egen individuelle plan. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Rehabilitering skal bidrage til flere ting. Det skal blandt andet bidrage til selvstændighed, forstået på den måde, at rehabilitering skal bidrage til et menneskes "*persons mulighet og rett til å bestemme over vitale forhold*" (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013, 50). Et vigtigt skille, understreger forfatterne er, at selvstændighed ikke er det samme som det at være selvhjulpen. Det er to forskellige ting, hvor selvhjulpenhed desuden, oftest forstås som det at være uafhængig af hjælp. Selvstændighed handler om at have selvråderet. Dog understreger de, at optimal selvhjulpenhed kan være med til at bidrage til større selvråderet. I og med større personlig frihed og mindre behov for hjælp kan være med til at give større råderet, når afhængigheden af et tjenesteapparat bliver mindre. Rehabilitering skal desuden bidrage til mestring. Forstået, ifølge Normann, Sandvin og Thommesen (2013), som at føle sig kapabel og duelig. En vigtig del af rehabiliteringsprocessen handler derfor om at ligge til rette for at mennesker for denne type oplevelser.

En af hovedpointerne i bogen "*Om rehabilitering – mot en helhetlig og fælles forståelse*" af Normann, Sandvin og Thommesen (2013), er at begreberne der definerer rehabiliteringsmeldingen, ofte kan forstås på forskellige måder. Det kan være med til at skabe forskellig praksis, afhængig af hvordan begreberne forstås af de tjenesteapparater og fagprofessioner, som fungerer som bidragsydere i en rehabiliteringsproces.

3.1.2 Rehabilitering og funktionsevne

Rehabiliteringsmeldingen angiver også vigtigheden af at opnå bedst mulig funktionsevne. Derfor er fysisk genoptræning ofte en vigtig del af rehabiliteringsprocessen. Her er tidlig indsats med ret intensitet vigtig. Fysisk funktionsevne er derfor ofte også noget af det, som der fokuseres først på i en rehabiliteringsproces. Historisk set har det medicinske fokus domineret indholdet i rehabilitering:

"Virksomhetene var (og er) preget av medisinere og medisinsk kompetanse, og man tok ofte utelukkende utgangspunkt i diagnose og diagnosebeskrivelser når man foreskrev behandlings-, opplærings-, og opptreningstilbud" (Thommesen, 2010, s. 32).

En hovedpointe, understreger de i bogen, er at selvstændighed og deltagelse er det overordnede mål i en rehabiliteringsproces. Her er både funktionsevne og mestring vigtig, men det er ikke mål i sig selv for rehabiliteringen:

"Selv om opptrening av tapte eller reduserte funksjoner kan være et viktig tiltak i en helhetlig rehabiliteringsprosess, advarer vi altså mot ensidig fokusering på opptrening. Også fordi det vil kunne få andre uheldige konsekvenser. Det vil kunne føre til at livet for noen blir en eneste lang treningsøkt, og at andre behov blir tilsidesatt. Det kan dessuten forlede oss til å tro at det er opptreningstiltak som er det essensielle når det gjelder rehabiliteringsinnsatser" (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013, s. 60).

3.1.3 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

En rehabiliteringsproces tager ofte sin begyndelse med et ophold i specialisthelsetjenesten på et sygehus. Koordineringen af tjenester og samarbejdet både inden- og udenfor sygehuset er derfor vigtige i en rehabiliteringsproces. Sygehusene er i dag højspecialiserede enheder, der består af en lang række specialområder. Ifølge den norske lægeforening er der mere end 45 hoved- og grenspecialiteter (Svendsgård, 2010). Sygehusene behandler i højere grad mere og mere komplicerede sygdomme. Samarbejdet indenfor specialisthelsetjenesten, ikke bare sygehusene i mellem, men også mellem klinikker og afdelinger, er derfor vigtig for dem som trænger bistand i en rehabiliteringsproces (Svendsgård, 2010).

I bogen *"Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt"* beskrives de udfordringer som rehabiliteringsprocessen kan møde i det specialiserede helsevæsen (Svendsgård, 2010). Hun henviser til to offentlige udredninger (NOU) fra henholdsvis 1997 og 2005 *"Pasienten først"* og *"Fra stykkevis til helt"* (Helse og omsorgsdepartement, 1997 og 2005). Udredningerne viste, at der var mindre fokus på samarbejdet internt på sygehuset med andre afdelinger, sammenlignet med samarbejdet med kommunen. Når samarbejdet drejede sig om rehabilitering som mål, var informanterne i undersøgelsen mest optaget af tilbuddet i egen afdeling. Rehabilitering var kommunens ansvar, og opmærksomheden var rettet mod at få patienten udskrevet. Rehabilitering som begreb var informanterne ikke noget særlig optaget af. De havde lidt eller ingen kendskab til at rehabilitering også handler om koordinerede og sammenhængende tjenester. Rehabilitering blev først og fremmest defineret som noget fysioterapeuten havde ansvar for (Svendsgård, 2010).

Sygehusenes finansieringssystem, pointerer Svendsgård, går også på bekostning af sammenhængende rehabiliteringsforløb. Finansieringssystemet, den såkaldt "indsatsstyret finansiering" (ISF), hvor de enkelte helseforetak får finansieret deres virksomhed, delvis som basisbevilling (60%) og delvis efter antallet af behandlede patienter (40%), betyder blandt andet, at et større antal patienter med kort liggetid, er mere lønsomt for sygehusene. Fokus vil derfor først og fremmest være rettet mod indsatser, der betyder kort ligge tid for patienterne. Samtidig så bidrager det til en prioritering af mere lønsomme patienter fremfor de mere ulønsomme. Det betyder, ifølge en kritisk kronik i Tidsskrift for Norsk legeforening (Wyller et. al., 2013), at kodningen stjæler ressourcer fra primæropgaverne. Konsekvensen, argumentere kronikken, bliver et øget fokus på de aktiviteter, der giver den enkelte afdeling indtægter, fremfor hvad som er fornuftig ressourcebrug for fællesskabet. En høj grad af specialisering, som er tilfældet på sygehusene, kan også bidrage til koordineringsproblemer mellem enhederne. De to mest almindelige problemer er dobbeltarbejde og gråzoner:

"Gråsoner oppstår når ingen har et klart ansvar for en oppgave. Sykehus har stor grad av spesialisering, slik at det her vil være stor fare for dobbeltarbeid og gråsoner" (Svendsgård, 2010, s.62).

Samtidig betyder sygehusenes specialisering, en stor grad af formalisering og opgavefordeling som kan skabe egne koordineringsproblemer mellem sygehusets afdelinger:

"Hver avdeling har sine "regler", personell og andre ressurser, og sine standarder for hvordan samarbeidet skal foregå. All forskning er i følge Jacobsen (2004), entydig på at når man samler deloppgaver innenfor formelle enheder og grupper, så prioriterer man koordinering internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter" (Svendsgård, 2010, s.66).

Koordinering internt mellem enheder og afdelinger på sygehuset udfordres altså af to modstridende styringssignaler, i følge Svendsgård (2010). På den ene side stykprisfinansiering, der initierer kort liggetid, og på den anden side kravene om sammenhængende koordinerede tjenester, altså rehabilitering. De to ser ud til at modarbejde hinanden. Man bør, understreger Svendsgård, uanset, få fokus på oplæring i rehabilitering og

øge kundskaben således, at der skabes en fælles forståelse for hvad rehabilitering er, og hvad det bør bidrage til.

3.2 New Public management

I dette afsnit præsenteres en beskrivelse af reformbevægelsen New Public management, med nogle perspektiver på dens konsekvenser, blandt andet med udgangspunkt i den danske sociolog Rasmus Willigs bog "*umyndiggørelse*" (2009).

New Public management er betegnelsen for en række moderniserings- og omstillingsreformer indenfor den offentlige sektor, ikke bare i Norge, men i store dele af den vestlige verden. Begrebet opstod i 1980'erne hvor man fandt behov for at vende det, man betragtede som ineffektive, langsomme og mindre kundeorienterede offentlige tjenester (Ramsdal og Skorstad, 2004). Indenfor New public management fremhæves det, at organisationsmodeller og styringsformer fra private organisationer, med stort udbytte, også kan overføres til offentlige organisationer. I bogen "organisationsteori om offentlig sektor" (Christensen et. al., 2009), bestrides dette. Udgangspunktet er her, at private og offentlige organisationer adskiller sig på flere fundamentalt forskellige punkter:

"Det er to hovedelementer i argumentet om at offentlig og private organisasjoner er fundamentalt forskjellige på alle viktige områder. For det første skiller offentlige interesser seg fra private interesser ved at det må tas hensyn til et bredere sett av mål og verdier. Mange ulike hensyn må avveies mot hverandre. Demokratiske hensyn, rettsstatlige verdier og hensynet til fellesskapet tillegges en helt annen vekt i offentlige enn i private organisasjoner. For det andre er argumentet at ledere i offentlige organisasjoner er ansvarlige overfor borgerne og velgerne mer enn overfor aksjonærer eller interessegrupper, og det kreves en større vekt på åpenhet, innsyn, likebehandling, upartiskhet og forutsigbarhet fra offentlige organisasjoner"
(Christensen et. al., 2009, s. 15).

Sygehusene ligger under for sådanne hensyn. I New public management termer består den offentlige sektor af en række *tjenester* som *brugere* eller *kunder*, har rettigheder til. Den overordnede målsætning er, at offentlig sektor skal tilbyde mere udgiftseffektive tjenester. Sygehusene er en del af offentlig sektor, og karakteriseres i tillæg som en stor kompleks organisation. På den ene side må sygehusene drive kvalitets- og forskningsbaserede tjenester,

altså behandling, og på den anden side må de i varetage de etiske og moralske hensyn, der følger med i behandlingen af syge mennesker.

Ramsdal og Skorstad refererer i deres bog til organisationsteoretikeren Christopher Politt, der beskriver seks grundelementer i New public management reformer:

1. *Vektlegging av økt konstadsbevissther/effektivisering, der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter.*
2. *Vektlegging av et "brukerperspektiv".*
3. *Innføring av nye organisasjonsmodeller, kjennetegnet ved "divisjonalisering" og resultatenheter.*
4. *Helhetsledelse/totalansvarsledelse – "managementledelse".*
5. *Målstyring som viktigste planlegginssystem.*
6. *Resultatevalueringssystemer som kopler mål og resultatvurderinger*
(Ramsdal og Skorstad, 2004, s. 61).

New Public management handler om strategier for effektivitet. To typer effektivitet vægtlægges; omkostningseffektivitet og formåleffektivitet. Omkostningseffektivitet drejer sig om at organisere og drive produktion og tjenester på billigste måde. Formåleffektivitet drejer sig om at nå de mål virksomheden har sat sig, ved at tilpasse virksomheden bedst mulig. I sundhedssektoren handler New public management om "mere sundhed pr. krone", ved at få enhedsprisen på offentlige tjenester ned (Ramsdal og Skorstad, 2004). Flexibilitet og kvalitet er to begreber der har haft sit indtog i helsevæsnet i forlængelse af New public management. I følgende afsnit uddybes de derfor lidt nærmere.

Fastsættelse af mål og måling af resultater er, som tidligere nævnt, et af grundelementerne i New public management. Her er det nødvendigt, at kunne sammenkoble mål og resultater for at kunne vurdere, hvilke tiltag som er nødvendige for at nå de fastsatte mål. Måling af kvalitet i arbejdslivet møder dog udfordringer, først og fremmest fordi meget ikke lader sig måle. I arbejdslivet, argumentere Ramsdal og Skorstad, har man løst det ved at, kvalitative størrelser i stigende grad afløses af kvantitative størrelser, fordi de er lettere at måle, og knyttet til effektivitet og rentabelhed. Argumentationen og troen på at virksomheder, og i New public management de offentlige tjenester, satser på kvalitet er fastholdende:

"Vi trenger for så vidt heller ikke spørre dem fordi de stadig, kan fortelle oss om sine satsinger på kvalitetsledelse, kvalitetssikringer, kvalitetssirkler, serviceerklæringer, og

liknende tiltak som skal gjøre oss trygge på at de har et fullgodt produkt. Til og med McDonald's, sier George Ritzer, har nerve nok til å påstå at "we do it all for you", mens tilføyer han, "in reality, McDonald's we do it all for them. We stand in line, take the food to the table, dispose of the waste, and stack our trays. As labor costs rise and technology develops, the consumer often does more and more of the work" (Ritzer 1996) i (Ramsdal og Skorstad, 2004, s. 205).

Fordelene ved denne kvantifisering, kan være de indikationer, de forskjellige talstørrelser giver, for hvilken vej en virksomhet eller offentlig tjeneste bør gå. Men faren opstår, i følge Ramsdal og Skorstad, når de bliver dominerende for de afgørelser og vurdering og retninger som tages. I Sundhedsvæsnen handler det om at få patienten hurtigst muligt i gennem systemet. Kort liggetid er god og effektiv drift. Konsekvensen kan være nedkortet behandlingstid der rammer forebyggende og nødvendig omsorg (Ramsdal og Skorstad, 2004). Fleksibilitet knyttes til noget fordelagtig og positivt, men kritikken i følge Ramsdal og Skorstad er, at de altid er underordnet målet om effektiv drift, mere sundhed pr. krone, som tidligere nævnt. Det er derfor ikke alle typer fleksibilitet som er ønskelig. Det er de omkostningsbesparende, og mere kalkulerende varianter som efterspørgeres. Søgen efter fleksibilitet som middel til effektivitet i den offentlige sektor resulterer i gentagende omorganiseringer:

"trylleformelen går stadig oftere ut på at det er om å gjøre å reorganisere seg, noe som på en eller annen mystisk måte skal føre til at en får mer innsats ut av færre ansatte, uten at de må jobbe hardere. Økt fleksibilitet er gjerne en del av denne formelen, men altså ikke en tilfeldig, men en helt spesiell form for fleksibilitet" (Ramsdal og Skorstad, 2004, s. 226).

Argumentationen her er også, at fleksibiliteten der efterspørgeres kan føre til mindre frihed og mere tvang for den som arbejder i disse organisationer, netop fordi den er underlagt kravet om effektivitet. Konsekvenserne for de fagprofessionelle på sygehusene er ifølge Ramsdal og Skorstad, at der må løbes hurtigere, behandles flere patienter med færre ressourcer, og at en del af denne effektivisering går på bekostning af kvalitet og fagudvikling.

3.2.1 Umyndiggørelse og "kritikkens infrastruktur"

I bogen "*umyndiggørelse*" af den danske lektor i sociologi, Rasmus Willig, omtales følgerne af den kraftige omorganisering af offentlig sektor (Willig, 2009). Bogen tager udgangspunkt i erfaringer og oplevelser hos pædagogerne i en større dansk kommune. De ligger med hans ord "underdrejet" af de mange omstruktureringer. For pædagogerne, resulterer det i det han betegner som dobbeltbindende arbejde. De pædagogiske institutioner bliver hele tiden pålagt flere og nye opgaver, som ikke er en del af det reelle pædagogiske arbejde, som for eksempel arbejdspladsvurdering og evalueringer af forældretilfredshed. Når ressourcerne til at løse disse opgaver, ikke er til stede, bliver opgaverne meningsløse. Der bliver for stort gab mellem de krav der stilles, og som lang hen ad vejen umuliggør hinanden:

"Der findes mange såkaldt påførte dobbeltbindinger. Sørg for bedre fysiske rammer/Spar på budgettet. Fokuser på det psykiske arbejdsmiljø/Effektiviser din tid. Koncentrerer dig om det enkelte barns udviklingsbehov/Pas på flere børn for færre ressourcer" (Willig, 2009, s. 54).

En af konsekvenserne er afmagtsfølelse hos pædagogerne, der heller ikke oplever, at kritik baseret på faglig argumentation bliver hørt. Kritikken bliver gennem evalueringer af pædagogernes arbejde flyttet ud fra de legitime kanaler på arbejdspladsen og i systemet, og ind til selvet i pædagogernes "egne rækker" så at sige. Begrebet "kritikkens infrastruktur" er beskrivelsen af, hvordan kritikken flytter sig, når den ikke imødekommes hos den tiltænkte modtager. Det er Rasmus Willig ansats til en samfundskritisk teori, som først og fremmest ser pædagogernes forhold og kritikkens infrastruktur som et samfundsmæssigt symptom.

Bogen giver andre eksempler end de påførte dobbeltbindinger, på hvordan omorganisering og effektivitetsprocesser betyder tab af indflydelse og selvbestemmelse over eget arbejde.

Konsekvensen er umyndiggørelse. Hovedelementerne er blandt andet mangel på tid, krav om dokumentation og evaluering. Noget som går igen hos andre ansatte i det offentlige system, som for eksempel i sygehusorganisationen. Beskrivelserne i bogen viser en tendens til hvordan økonomisk rationalitet går foran i det offentlige system. Effektivitet – mere service for færre penge.

For professionsudøverne i sundhedsvæsenet, er der ifølge en kronik i Tidsskrift for norsk legeforening (Wyller et. al., 2013), tre vigtige kendetegn ved New public management, som er særlige vigtige, "Ekspansjon av markedsmakt og statsmakt samtidig", "krav om lojalitet oppover", samt "delegering av ansvar og dilemmaer nedover". De sidste to er særlig

interessante, set ud fra et professionsudøvende perspektiv. Konsekvenserne, som beskrives i artiklen, har mange fællestræk med det pædagogerne i Willigs bog ligger under for. Ansatte i sundhedsvæsnet som i varetager det egentlig patientansvar, afkræves en loyalitet mod ledelsen:

"Slik omdannes autonome professionsutøvere til disiplinerte funksjonærer. I new public management blir selvstendig nromer, for eksempel den tradisjonelle medisinske etikk og vurdering av medisinsk forsvarlighet, fortrenget av det som bestemmes i "Linjen" (Wyller et. al., 2013, s. 655).

Desuden bliver ansvaret for de dilemmaer nu skubbet nedover i systemet. Efterhånden helt ned til "fodfolket", professionsudøverne, som mangler de tilstrækkelige ressourcer det kræver, at i mødekomme dilemmaerne, eller som er årsagen til at de opstod i første omgang - effektivitetsprincippet der handler om mere sundhed pr. krone.

3.3 Profession og samarbejde på tværs af fag

I dette afsnit præsenteres kendetegn ved professionsidentitet og professionsudøvelse, samt betydningen af professionernes hierarki i det tværfaglige samarbejde.

Professioner kan blandt andet karakteriseres ved at være faggrupper som er specialiseret i specifikke færdigheder, og kræver en bestemt uddannelse med autorisation for at kunne udøve i praksis. Dette er kendetegnet for alle professioner, der udøver praksis i akut slagrehabilitering på sygehus. Uddannelse til en særlig type profession er samtidig en specialisering, hvor man fordyber sig indenfor en eller dele af helheden. Ved at specialisere sig gennem en professionsuddannelse, kan man miste evnen til at se helheden, fordi man bare fordyber sig inden for få dele af den. De mange professioner som i dag repræsenteres i sundhedsvæsnet kan siges at være en måde at imødekomme dette på, ved at de enkelte professioner supplere hinanden, og således, ideelt set, bidrager til at ivaretage helheden (Lauvås og Lauvås, 2004).

Implementering af målrettet ADL-træning er, som nævnt, et samarbejde mellem flere professioner. Hvordan samarbejdet fungerer, er blandt andet afhængig af hvordan de enkelte professionelle udøver deres profession. Professionsudøvelse, hvordan en professionel praktiserer sit fag, skabes gennem læring af kundskab og færdigheder. Det handler blandt andet om hvordan den professionelle identificerer sig med sit fagfelt og sin profession

(Heggen, 2010). Herudover er professioner altid knyttet til organisationer. Det kan for eksempel være forbund for forskellige fag eller arbejdsorganisationer, der selve udøvelsen sker. Derfor er professioner også stærkt organisations- og kontekstafhængige (Heggen, 2010). Noget som bidrager til en stærk professionsidentitet og -udøvelse i en organisation som det somatiske sygehus. Den bygger på specialisering og professionalisering, som både skabes gennem formel uddannelse og praktisering af faget i organisationen:

"Yrkesuddanningen vil, gennem den kunnskap, og de verdier den formidler, påvirke holdninger og virkelighetsopfatninger hos profesjonens medlemmer. Tiller (1985:195) sier det så sterkt som at utdanningen i det enkelte fag for det meste er en indoktrinering i den "rette tro", det vil si en bestemt forståelsesform" (Lauvås og Lauvås, 2004, s. 147).

Specielt socialisering gennem praksis, understreges at have betydning for professionsidentiteten i langt højere grad end den formelle socialisering gennem faguddannelse. Det betyder, at professionsidentitet og professionsudøvelse i stor grad påvirkes af den organisationskultur som eksisterer på en sengeafdeling eller enhed, som den professionelle ansættes og socialiseres ind i. Den høje grad af specialisering skaber egne begreber og normer indenfor de enkelte sengeafdelinger og enheder, og der opstår egne subkulturer. Nyansatte socialiseres ind i denne subkultur. Subkulturene kan have fokus på forskellige ting, og derfor både overlappe, stå i konflikt, eller modarbejder hinanden (Svendsgård, 2010).

3.3.1 Professionsudøvelse, skøn og ansvar

Professionsudøvelse har ofte, ifølge Kåre Heggen (Heggen og Molander, 2010), en normativ karakter, hvilket betyder at der ikke er et klart rigtig eller galt svar på hvad som bør gøres i en aktuel arbejdssituation. Det er nødvendig at bruge skøn: *"Kravet om profesjonsstatus forutsetter både en standardiserbar og overførbar kunnskap og en ubestmethet i kunnskapsanvendelsen"* (Heggen og Molander, 2010, s. 179). I sammenhæng med professionsudøvelse følger begrebet ansvar. Ansvar knyttes i almindelighed til individers handlinger (Svensson og Karlsson, 2010). En ansvarlig aktør må foretage egne bedømmelser af sin handlingssituation, og af hvilke pligter og normer som er gældende i denne. Skøn og ansvar er derfor tæt forbundet. Disse to begreber får også betydning i samarbejdet mellem professioner. Skøn anvendes i arbejdssituationer, der ikke har klare retningslinjer eller klar

kundskab om handlingsvalg, samt ved arbejdsopgaver der ikke er indbefattet i retningslinjer eller andre kontrollerende og ansvarsgivende forskrifter. Det kunne for eksempel være udførelse af tiltag indenfor ADL-træning. Da bliver det op til den enkelte professionelle, at bruge skøn i udførelsen eller vurdering af graden af ansvar for den enkelte arbejdsopgave.

3.3.2 Professionernes hierarki

I bogen "*tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*", beskriver Lauvås og Lauvås (2010) hvordan professionernes hierarki i en sygehuskultur kan influere på det tværfaglige samarbejde mellem professionerne. Om man tager udgangspunkt i professionernes natur, om altid at ville søge at bedre egen professions status, magt og indflydelse, så vil det tværfaglige samarbejde udfordres om det indebærer professioner med forskellig status i hierarkiet:

"For høystatusprofesjonene er minimumsambisjonene å beholde den makt og innflytelse man allerede har. Reelt tverrfaglig samarbeid representerer for dem åpenbart et mulig tapsprosjekt. For lavstatusprofesjonene – og for dem som ennå ikke har oppnådd noen profesjonell status – innebærer tverrfaglig samarbeid, om ikke en mulighet for å bedre sin profesjonelle status, makt og innflytelse, så i hvert fall å bli synlig og medvirkende i virksomheten og ikke en marginalisert gruppe som deltar i en virksomhet som i store deler er behersket, kontrollert og styrt av andre profesjoner"
(Lauvås og Lauvås, 2010, s. 106).

Kampen om domæner, er specielt aktuelt indenfor sygehuset. Her er det fortsat den medicinske profession, som er dominerende. Det har præget sygehusorganisationen, både kundskabsmæssigt og ideologisk. Det har, traditionelt set, været op til lægen hvornår og i hvilket grad andre fagområder skulle involveres i en aktuel patientbehandling. Sådan kan det vel argumenteres fortsat, at være eftersom mange professioners involvering i patientbehandlingen er afhængig af henvisning fra en læge.

Det professionelle hierarki i sygehuset, kan kategoriseres efter hvor længe professionen har eksisteret og praktiseret. Lauvås og Lauvås (2010) anvender benævnelsen højstatus og lavstatus professioner i sammenhæng med professionsstatus, men skiller også mellem de "gamle", og de "nye" fagprofessioner. De "gamle" professioner, som for eksempel det medicinske fag, er højstatusprofessioner, mens de "nye" professioner, for eksempel er fysio- og ergoterapeuter. De indtager en position længere nede i hierarkiet. Kampen om domæner har traditionelt foregået mellem læger og sygeplejersker. Nye professioners involvering i

behandling og udredning har specielt udfordret sygeplejerskernes domæne. En del af de nye professioner, som for eksempel ergoterapeuter, socionomer og diætister i varetager opgaver som tidligere har været ivaretaget af sygeplejefprofessionen. Professionernes arbejde med at forsvare og udvide eget domæne kan ske med to forskellige strategier; Samarbejds- eller afskærmningsstrategi. De "gamle" etablerede professioner vil benytte afskærmningsstrategier, for at forsøge at bevare og forsvare eget domæne. De "nye" professioner vil oftere benytte sig af samarbejdsstrategier, for at få indpas:

"Ved å benytte samarbeidsstrategien inngår man et samarbeid med visse profesjoner og gjør til slutt sine tjenester uunnværlige for samarbeidet. På denne måten oppnår man mer eller mindre umerkelig et større domene" (Lauvås og Lauvås, 2010, s. 100).

Kampen mellem professioner kan eksempelvis være aktuell på en sygehusafdeling med forskellige fag, som det er tilfældet på en slagenhed. Her vil professionerne ifølge Lauvås og Lauvås (2010), ofte besidder noget fælles kundskab om flere sider af en behandling, mens den faglige indsigt på fælles områder kan variere meget.

Ifølge Lauvås og Lauvås (2010) bliver begrebet "tværfaglighed" i sig selv en snublesten ind i et samarbejde. For hvordan opfatter den enkelte begrebet tværfagligt samarbejde? Og hvordan forestiller den enkelte sig, at tværfaglighed så skal praktiseres? Hvad har det af betydning for et samarbejde om de forskellige professioner i samarbejdet har forskellig opfattelse af hvad tværfagligt samarbejde indebærer, eller har forskellig opfattelse af nødvendigheden af denne arbejdsform? I sammenhæng med professionernes hierarki, bidrager det til udfordrende vilkår for det tværfaglige samarbejde indenfor den komplekse organisation, som et sygehus er.

4.0 Metode

I dette afsnit vil jeg beskrive mit valg af forskningsdesign, herunder overvejelser omkring forskningsmetode, udformning af interviewguide og udvalg af informanter. Desuden beskrives den praktiske gennemførelse af min dataindsamling og brug af metode til analyse af datamaterialet.

Det videnskabsteoretiske grundlag i et forskningsprojekt har betydning for den forforståelse, man som forsker bærer med sig ind i et projekt, men også hvad jeg som forsker søger information om, og hvad som er med til at forme den forståelse, jeg udvikler undervejs i et forskningsprojekt (Thagaard, 2013).

Samfundsvidenskabelig metode har som mål at afdække og forklare sociale processer og social interaktion og forstå samfundsforhold. Brug af samfundsvidenskabelig metode som forskningsgrundlag, som jeg gør i dette projekt, bygger på et ønske, om at gå i dybden med sociale fænomener (Halvorsen, 2008).

4.1 Design

Jeg har, med udgangspunkt i min problemstilling og forskningsspørgsmål, valgt en kvalitativ tilnærmelse med brug af interview som metode. Valg af kvalitativ metode kan give en forståelse for, og en forklaring på de bagvedliggende meninger og intentioner i menneskelig adfærd i forhold til det aktuelle tema i denne opgave. Den kvalitative metode hænger oftest også sammen med et ønske om en åben tilnærmelse til det som man ønsker at undersøge. Det betegnes også som en induktiv tilnærmelse, som kendetegnes ved, at man som forsker går fra empiri til teori (Jacobsen, 2005). Altså, at man går ud og undersøger virkeligheden med et åbent sind, og ud fra de data og fund man gør, dannes teorien. Modsat har man ved en deduktiv tilnærmelse på forhånd dannet sig et teoretisk grundlag på baggrund af allerede definerede teorier og tidligere forskning. Denne forkundskab anvendes som udgangspunkt for en hypotese om, hvordan virkeligheden ser ud, og dataindsamlingen anvendes til at be- eller afkræfte denne eller disse hypoteser. Fordelen ved en induktiv tilnærmelse er, at jeg som forsker må bestræbe mig på, at forholde mig åbent overfor ny information (Jacobsen, 2005). Jeg ønsker i dette studie, at få frem oplevelser, erfaringer og meninger hos fagpersonalet, der arbejder med målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen.

En kvalitativ undersøgelsesmetode, hvor kundskaben om temaet er begrænset, sætter også krav til åbenhed og fleksibilitet i forhold til det tema forskeren ønsker at undersøge. Tove Thagaard uddyber dette således:

"Innlevelse er viktig for å oppnå forståelse. Ved å sette oss inn i den sosiale situasjonen som de vi studerer, inngår i, kan vi oppnå forståelse for deres situasjon. Forskeren må derfor være åpen og mottakelig for inntrykk som kan gi informasjon om de personer vi studerer, inngår . Den intuitivt pregede innlevelsen kan både bidra til å utvikle en god kontakt i felten og gi ideer til refleksjon omkring dataens meningsinnhold" (Thagaard, 2013, s. 15).

En tilgang til undersøgelsesoplægget, hvor man går i dybden, karakteriseres også som et intensivt design, hvor man som forsker vil tilstræbe at få frem alle de forskellige variationer og forskelle som findes i forståelsen af et fænomen, samtidig som man ønsker at få frem lighederne ved fænomenet (Jacobsen, 2005). Endvidere karakteriseres den kvalitative forskningsmetode ved at få frem meninger og betydninger som ikke kan måles ved brug af kvantitet og tal.

Temaet implementering af målrettet ADL-træning, er som nævnt i tidligere i kapitel 2.0, hovedsageligt beskrevet i form af retningslinjer, nationale føringer og teori om rehabilitering. Dermed hvordan det "bør" foregå, og ikke hvordan det gøres. Hvordan virkeligheden ser ud. Min opgave baserer sig derfor på en epistemologisk tilnærmelse, der tager udgangspunkt i, at virkeligheden, eller kundskab om "sandheden", befinder sig "der ude". Empiri kan da, et stykke af vejen, forsøge at sige noget om den virkelighed, man som forsker, ønsker at undersøge (Jacobsen, 2005). Denne virkelighed er konstrueret af mennesker, og derfor må forskningen undersøge hvordan mennesker opfatter virkeligheden (Thagaard, 2013). Det er denne virkelighed, jeg ønsker at undersøge gennem fagpersoners meninger og erfaringer om implementering af ADL-træning. Data bliver da i form af ord om erfaringer og meninger fra et subjektivt perspektiv.

I denne undersøgelse anvender jeg desuden et fænomenologisk videnskabssyn, der netop tager udgangspunkt i den enkelte persons, subjektets, oplevelse og søger at opnå en forståelse af meninger i de erfaringer enkelte personer har:

"Sentralt innen fenomenologien er å forstå fenomener på grunnlag av perspektivene til de personer vi studerer, og å beskrive omverdenen slik den erfares av dem" (Thagaard, 2013, s. 40).

Ved bruk af en samfundsvidenskabelig metode er hermeneutikken også en del af mit videnskabsteoretiske fundament til denne opgave. Hermeneutikken er læren om fortolkning, og da jeg må fortolke et datamateriale, som består af menneskers oplevelser, meninger og holdninger står hermeneutikken, i forlængelse af fænomenologien (Thagaard, 2013).

4.2 Undersøgellesmetode

Jeg har valgt at anvende fokusgruppeinterview, som kvalitativ forskningsmetode.

Fokusgruppeinterview kendestegnes ved en form af gruppeinterview, hvor intervieweren bestemmer temaet, og samspillet mellem deltagerne i interviewet står centralt. Bente Halkier (2010) definerer fokusgruppeinterview således:

"Min defintion av en fokusgruppe knytter seg til David Morgans forståelse. Han er en av de mest siterte fokusgruppeforskerne. Også Morgan oppfatter fokusgrupper som en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt...Kjennetegnet på en foksugruppe er altså kombinasjonen av gruppesamhandling og forskerstyret emnefokus" (Halkier, 2010, s. 10).

Grunden til, at jeg vælger fokusgruppe som forskningsmetode, er først og fremmest fordi problemstillingen definere et "skæringspunkt" mellem forskellige fagpersoner.

Implementering og udførsel af målrettet ADL-træning, bliver i praksis et afhængighedsforhold mellem forskellige faggrupper, her ergoterapeuten og personalet på sengeafdelingen. En faggruppe, ergoterapeuterne, kortlægger og vurderer, mens en anden faggruppe, plejepersonalet, udfører og praktiserer kortlægningen. Derfor har jeg fundet det interessant, at sætte disse samarbejdspartnere sammen, og se hvad som kommer frem af meninger, erfaringer og refleksioner når de skal diskutere temaet i fællesskab. Ved at sætte forskellige faggrupper sammen, og dermed skabe mulighed for at få flere aspekter af temaet frem, håber jeg samtidig at genere potentielle konstrueringer af fælles og/eller nye meninger og synspunkter.

Victoria Wibeck (2011) understreger, at fokusgruppeinterview oftest bliver valgt, når der er tale om nye emner, som kan være vanskelige eller komplekse at forstå. Som tidligere nævnt, har temaet for denne opgave, ikke været belyst, med det perspektiv før; Overgangen fra kortlægning og vurdering til implementering af målrettet træning, som i praksis er afhængig af et tværfagligt samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale.

4.3 Udvalg

Jeg har foretaget en strategisk udvælgelse af deltagere til undersøgelsen, bestående af kliniske ergoterapeuter og plejepersonale fra sengeafdelingen. Ergoterapeuter fordi det som oftest er ergoterapeuten, der gennem observation, vurderer og kortlægger ADL-funktion. Personale, sygeplejersker og assistenter, på afdelingen, fordi det oftest vil være dem som i praksis udfører ADL-træning, gennem de daglige morgenrutiner som bad, påklædning og spising (disse faggrupper har jeg valgt at omtale med en samlet betegnelse "plejepersonale").

Desuden er de enkelte fokusgrupper segmenteret i forhold til arbejdsområde (diagnosegruppen hjerneslag), faglige baggrund (terapeuter og plejepersonale), samt fælles arbejdssted. Det betyder at de enkelte fokusgrupper er sammensat af fagpersoner, som har kendskab til hinanden gennem fagligt samarbejde og fælles patienter. En af fordelene ved en strategisk udvælgelse er at deltagerne kender hinanden, og dermed føler sig trygge, og deltagerne kan på grund af fælles erfaringer og oplevelser, uddybe hinandens perspektiver (Halkier, 2010).

På grund af de fysiske store afstande i Norge, og begrænsede ressourcer til rådighed for projektet, ønsket jeg derfor, at fokusgruppeinterviewene skulle foregå indenfor samme helseforetak. Jeg havde samtidig et ønske om at indsamle data fordelt på både lokalsygehuse og større sygehuse. Dette for at få størst mulige "bredde" i den organisatoriske struktur på sygehusene, her tænker jeg specielt på forskellen i organisering af slagenheder på lokalsygehuse og større sygehuse, samt de forskelligheder, jeg antager der vil være, mellem arbejdsgang og arbejdsliv på små og store sygehuse.

I udgangspunktet havde jeg planlagt tre gruppeinterview på tre forskellige sygehuse. I tillæg havde jeg tanke om et fjerde interview på et større sygehus. Det var dog først efter resultater fra det andet gennemførte interview, med frafald af deltagere på interviewdagen, at jeg gjorde aftale med det fjerde sygehus. Resultatet blev derfor fire interview fordelt på to større regionale sygehuse samt to lokalsygehuse.

Baggrunden for valg af antal deltagere til fokusgrupperne var med tanke på, at skabe en tilstrækkelig gruppedynamik til at få frem flest mulig nuancer og meninger, og for at sikre en tilstrækkelig størrelse på gruppen til at mindske sårbarheden overfor frafald. Kirsti Malterud anbefaler at tilstræbe grupper på fem til otte deltagere (Malterud, 2012). Først og fremmest lægges der, i litteraturen, vægt på at man må vælge antal ud fra hvad som passer bedst til temaet for forskningsprojektet, samt hvilke typer interaktion mellem deltagerne man er ude efter at undersøge (Halkier, 2010). Udgangspunktet var derfor fokusgrupper bestående af fem til syv personer bestående af mindst en ergoterapeut, samt plejepersonale fra slagenheden/sengeafdelingen, eksempelvis sygeplejersker og assistenter. Det viste sig dog, at blive svært udfordrende at få det ønskede antal deltagere til hvert interview, og jeg måtte undervejs i rekrutteringsprocessen reducere ønsket om antal deltagere til tre til fem i hvert interview. For at sikre, at deltagerne kunne byde ind med noget i diskussionen på temaet, blev ønsket, at slagsygeplejersker som har videreuddannelse indenfor slagbehandling, skulle deltage sammen med andet fagpersonale fra sengeposten med erfaring inden for slagbehandling.

4.4 Dataindsamling

Før jeg tog kontakt med de udvalgte sygehuse, fik jeg godkendelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) til at gennemføre projektet og dataindsamlingen (se bilag 1). Jeg etablerede kontakt, med afdelingslederen på de enkelte afdelinger, med forespørgsel om deltagelse i fokusgruppeinterview. I denne fase sendte jeg ud et informationsskriv med beskrivelse af formål og tema, samt praktiske rammer for interviewet, som for eksempel varighed af interviewet og anonymisering (Se bilag 2). Videre formidling til potentielle deltagere er foregået gennem lokale kontaktpersoner. De har desuden bistået med fastsættelse af dato og tidspunkt, og booking af lokale for gennemførelse af interviewet.

Jeg har, gennem fagligt netværk, haft en perifer samarbejdsrelation til fagpersoner på to af sygehusene. Disse blev et, gensidigt, naturligt valg som kontaktperson på stedet. Dette oplevedes som en fordel, at "have ansigt" på kontaktpersonerne i en lang proces med at fastsætte en dato, hvor det var praktisk muligt at gennemføre interviewet.

4.4.1 Interviewguide

Udarbejdelse af interviewguide for at sikre, at jeg kom omkring de områder indenfor temaet jeg ønskede belyst. Interviewguiden er bygget op omkring centrale temaer fra problemstillingen og forskningsspørgsmålene, med et par indledende spørgsmål af deskriptiv

karakter (se bilag 3). Disse er bevidst placeret i begyndelsen af interviewet, med henblik på at "varme op" informanterne, og få dem i gang med at fortælle, og snakke sammen. Udover de første og afsluttende spørgsmål, blev interviewguiden ikke fulgt kronologisk, men snarere brugt som en tjekliste for at sikre at gruppen kom indenfor de temaer jeg ønskede. Malterud beskriver dette som en huskeliste med få udvalgte punkter. Fordelen ved denne typen, påpeger hun, er:

"Flere påpeger at i en eksplorerende studie kan det være mye å hente på at intervjuet ikke struktureres alt for mye....vi skal ikke møte deltakerne med blanke ark, uten å ha tenkt gjennom samtalen på forhånd, men vi skal heller ikke legge for høy grad av forhåndsregi på det som blir sagt" (Malterud, 2012, s. 33).

Under udarbejdelsen af interviewguiden, har jeg foretaget et prøveinterview på egen arbejdsplads. Det var hovedsageligt for at teste kvaliteten på teknisk udstyr, samt afprøve hvordan gangen i interviewguiden fungerede, både i forhold til formulering og antal spørgsmål og tidsbrug. Samtidig fik jeg mulighed for at øve rollen som moderator. Steinar Kvale understreger i bogen "*Det kvalitative forskningsinterview*", at interview er et håndværk som læres gennem praksis, og afhænger af interviewerens færdigheder og personlige vurderinger (Kvale og Brinkmann, 2012).

4.4.2 Gennemføring av Fokusgruppeinterview

Jeg gennemførte fire fokusgruppeinterview med en varighed på 60-90 minutter. De tre første interview foregik på arbejdspladsen mellem klokken tretten og femten. Det sidste interview foregik i forbindelse med en fagkonference, og blev gennemført på konferencehotellet. I alt ti personer blev interviewet.

Tabel 1: Oversigt over deltagere i gruppeinterview.

Sygehus	Deltagere
Lokalsygehus Antal senge i slagenhed: 4 Organisering: Medicinsk sengeafdeling	3 deltagere: Ergoterapeut Slagsygeplejerske Sygeplejerske
Lokalsygehus Antal senge i slagenhed/geriatri: 4 Organisering: Medicinsk sengeafdeling	2 deltagere: Ergoterapeut Fysioterapeut (frafald av en person på interviewdagen)
Regionalt sygehus Antal Senge i slagenhed: 11 Organisering: Egen enhed, Neurologisk sengeafdeling	3 deltagere: Ergoterapeut Ergoterapeut Slagsygeplejerske
Regionalt sygehus Antal senge i slagenhed: 10 Organisering: Egen enhed på afdeling med to andre diagnosegrupper	3 deltagere: Ergoterapeut Geriatrisk sygeplejerske Sygeplejerske

Alle informanter havde før interviewstart læst det udsendte informationsskriv, og givet skriftlig samtykke til at deltage. Jeg informerede dem mundtlig, ved begyndelsen af hvert interview, om tema og problemstilling samt anonymisering og sletning af lydoptag ved afslutning af projektet. Interviewene blev optaget på en lydoptager, og umiddelbart efter interviewet overført til pc, og transskriberet.

4.5 Etiske overvejelser

Jeg har i forholdet mellem informanterne og mig som forsker, bestræbt mig på at følge tre grundlæggende forskningsetiske krav; Informeret samtykke, krav på privatliv (anonymisering), samt krav om at blive gengivet korrekt (Jacobsen, 2005).

4.5.1 Informeret samtykke

Alle informanter har fået tilsendt skriftlig information på mail før deltagelse i interviewet. Mit informationsskriv informerer om opgavens formål og tema, samt de praktiske rammer omkring selve interviewet (se bilag 2). Jeg har desuden informeret mundtlig om de samme temaer umiddelbart før hvert interview, hvor informanterne også har haft mulighed for at stille spørgsmål, eller få uddybet temaer omkring opgaven. Desuden har alle informanter deltaget frivillig, og blev informeret (som tidligere nævnt), både skriftlig og mundtlig, om muligheden for at trække sin deltagelse tilbage før og efter interviewet.

4.5.2 Anonymisering

Alle informanter er informeret om, at lydoptag og notater taget undervejs bliver makuleret når projektet er afsluttet. Desuden har alle informanterne fået synonymer i transskriberingen og den videre analyse. For at sikre at informanterne forbliver anonyme, er persondata i analysen begrænset, ved at undgå genkendelige detaljer i teksten om en informant der refereres til. I transskriberingen af interviewene er de enkelte sygehuse desuden nummereret fra et til fire.

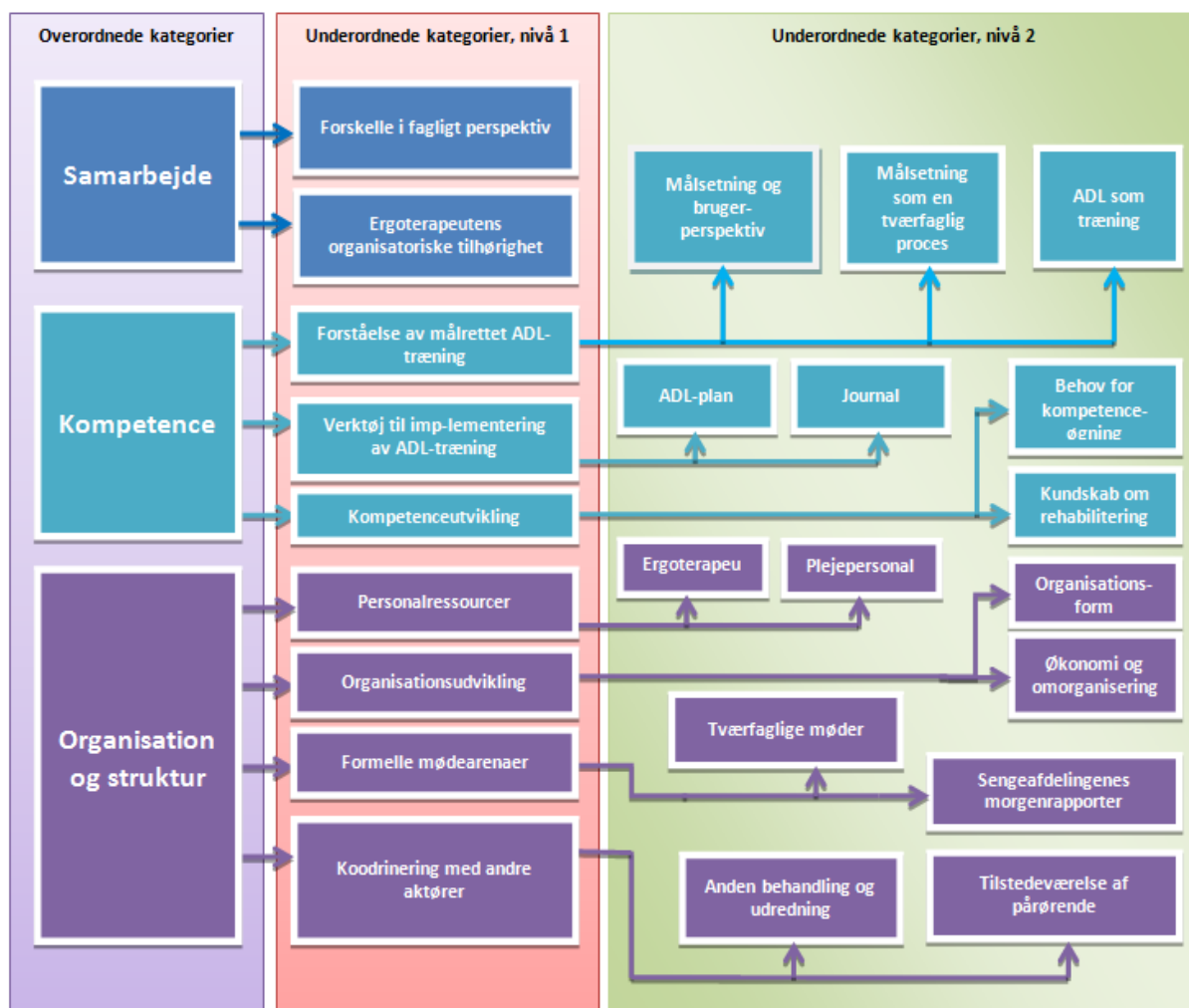
4.6 Analysemetode

I min analyse af de fire fokusgruppeinterview har jeg valgt at benytte en tematisk og tværgående datastyret analyse, som beskrevet af Kirsti Malterud (Malterud, 2012), også betegnet som en indholdsanalyse. En Datastyret analysemetode er anvendelig når der er tale om forskning af eksplorerende karakter, hvor tematisering tager udgangspunkt i datamaterialet, og ikke i en teoretisk referenceramme. Dette karakteriseres også som en induktiv tilnærmelse, hvor forskeren i udgangspunkt forholder sig nært den undersøgtes fortolkning, og fortolker den information som datamaterialet giver (Jacobsen, 2005). Interviewene er transskriberet fortløbende kort efter interviewet, således at jeg har haft indhold, kropssprog og stemning i frisk erindring. Interviewene er transskriberet ordret med parenteser for kropssprog, når dette har understreget et udsagn eller en mening, eller for eksempel har givet udtryk for enighed (*smiler, ler, nikker*). Jeg har vurderet det til at være vigtig, både i forhold til budskab og tone i de ord som datamaterialet nu består af, og for at fremhæve når et udsagn eller en mening støttes af andre i gruppen, og dermed står ”stærkere” i sin betydning.

For at overskueliggøre analyseprocessen er beskrivelsen delt op i følgende fire trin:

4.6.1 Trin 1: Kategorisering

Efter gennemlæsning af interviewene har jeg foretaget en kategorisering i overordnede enheder. Tre overordnede kategorier er formuleret ud fra temaet "Målrettet ADL-træning"; "Samarbejde", "kompetence", "organisering og struktur". Efterfølgende er de enkelte overordnede kategorier defineret i underordnede kategorier, som afhængig af kategori, er delt i et eller to niveauer mere (se figur 1). Kategoriseringen består dermed af henholdsvis to og tre niveauer. Kategoriseringen er desuden gjort med udgangspunkt i, at kategorien må være relevant for mindst to enheder i undersøgelsen.



Figur 1: Kategorioversigt

Jeg har udarbejdet matricer med udgangspunkt i kategoriseringen, og udbygget disse undervejs i analyseprocessen. Der er udarbejdet matricer for samtlige underkategorier. Matricen indeholder matricenummer, interviewhenvisning, citat, vurdering samt formulering af subtema og tema. Se eksempel på matrice.

Tabel 2: Eksempel på matrice.

Matricenummer. Avendes som referencenummer i følgende kapitel om beskrivelse af fund.

Interviewkode. Henviser til Interviewnummer og sidetal i interviewet.

Informant. Henviser til informantens fagprofession til den der udtaler sig.

Citat: Meningsbærende enhed fra datamaterialet (*Trin 2*).

Vurdering: Formulering af en umiddelbar vurdering af indholdet i den meningsbærende enhed. (*Trin 3*).

Subtema og tema: Gradvis kondensering af den meningsbærende enhed til tematisering af hvad der er centralt indhold i citatet (Trin 3).

Nr.	Interview Kode	Informant	Citat	Vurdering	Subtema	Tema
N6	I2s3	Slagsygepl	Jeg tænker jo, at forskellighederne... og ja en anden ting jeg tænker i en hektisk hverdag er, at vi pleiere er raskere frem på med å tilby hjælp til ting som patienten egentlig kunne ha gjort selv, om han bare hadde fått mer tid på seg. Men vi husjer litt på, og der er en litt stresset stemning, og vi vet der er tre senger til der trenger hjelp, og så må vi bare få op farten litt, og så gjør vi en del ting som patienten egentlig kunne ha gjort selv.	Tidspræs har afgørende betydning for om ADL-træning bliver prioriteret.	Manglende personaleressourcer og prioritering af ADL-træning.	Prioritering og tid

Eksempel på en hel matrice findes i bilag 5.

4.6.2 Trin 2: Kodning af enheder

I trin to organiseres det datamateriale som indeholder meningsbærende enheder i forhold til problemstilling og kategoriseringen. De enkelte meningsbærende enheder tilordnes de enkelte underkategorier formuleret i Trin 1.

4.6.3 Trin 3: Kondensering

Når kodningen er færdiggjort foretages en kondensering af de meningsbærende enheder i trin tre. Under kondenseringen begynder analyseprocessen at gå fra en beskrivende til en mere fortolkende fase, hvor der arbejdes med betydningen af de enkelte meningsbærende enheder. Hvad bliver der egentlig sagt, og hvilken betydning repræsenterer de meningsbærende enheder. Underkategorierne har således ført til udvælgelse af nye tilordninger af enheder i form af ny kodning af meningsbærende enheder.

4.6.4 Trin 4: Sammenfatning

I fjerde trin har jeg arbejdet med at finde sammenhænge i datamaterialet, for eksempel når forhold forklarer eller påvirker et eller flere andre. Det kan også være når informanterne oplever, at et forhold kan være årsag til at noget andet opstår. Jeg har i den videre beskrivelse anvendt direkte citater både til at understrege fund og afvig.

4.7 Validitet

Validitet handler om undersøgelsens gyldighed, og hvorvidt man kan vurdere om noget er rigtig eller forkert, eller sandt eller falsk. Man skiller mellem intern og ekstern gyldighed.

4.7.1 Intern gyldighed

Intern gyldighed handler om hvorvidt resultaterne kan opfattes som rigtige, eller sande. I et kvalitativt studie som dette, anvendes ofte begrebet intersubjektivitet fremfor *rigtigt* eller *sandt*. Intersubjektivitet handler om, hvor tæt man kan komme på, at noget kan siges at være en sandhed, når flere personer siger det samme. Jo flere der er enige, jo større sandsynlighed er der for at det er rigtig – eller kan siges at være gyldig. I vurderingen af intersubjektivitet har jeg lagt vægt på, at kilderne i datamaterialet har haft god kundskab og erfaring med temaet der blev taget op. Bare en af de i alt ti informanter, havde mindre end tre års erfaring med akut slagbehandling. Herudover har informanterne haft en nærhed til temaet, i og med det er deres egne erfaringer, oplevelser og meninger der fremkommer. Dette betegnes også som førstehåndkilder. Desuden er temaer i datamaterialet, som gentager sig uafhængigt af hinanden, kommet uopfordret, uden at jeg som forsker har stimuleret til det. Dette giver etter min vurdering, en troværdighed omkring indholdet i datamaterialet:

"Som en gylden regel sier vi ofte at: Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse af fenomenet. Dette trenger ikke bety at kildene er enige i beskrivelsen. Det kan være akkurat like godt tegn på gyldighet at vi får ulike beskrivelser av et fenomen. Det innebærer jo bare at mennesker tolker ting ulikt. Og å få tak på slike ulikheter er et av hovedpoengene med kvalitative tilnærminger. Det er summen av informasjon fra ulike respondenter som er den riktige beskrivelsen av fenomenet, enten denne beskrivelsen går mot enighet (konvergens) eller uenighet (divergens)" (Jacobsen, 2013, s. 218).

Et af de fire interview havde fravær af sygeplejefaglig baggrund, hvilket betød, at der bare var terapeuter til stede under interviewet. Dette interview mangler derfor en del af den dynamik

og det perspektiv som tilstedeværelse af informanter med plejefaglig baggrund vil antages at kunne bidrage med. Alligevel er det de samme temaer, som går igen i dette interview, som i de andre tre.

Gennem brug af interviewguide har jeg sikret mig, at informanterne kom omkring de temaer jeg ønskede, samtidig med, at en del andre informationer kom frem. Empirien har frembragt data om det jeg ønskede at undersøge, og har som nævnt tidligere, også kommet med data, som ikke var forventet, men som har været relevant i forhold til problemstilling og forskningsspørgsmålene.

4.7.2 Ekstern gyldighed

Undersøgelsen er baseret på fire gruppeinterview på både lokale og regionale sygehuse, med typiske ligheder i forhold til organisering og struktur af slagenheden på henholdsvis lokale og regionale sygehuse. Samtidig tilhører informanterne professioner, der er repræsenteret på de fleste sygehuse med slagenheder. Selvom organisering og struktur vil være sammensvarende, kan der være regionale forskelle, som ville være kommet frem, hvis interviewene havde foregået på sygehuse i forskellige helseforetak. Dette kunne have bidraget til en overførbarehed i fundene.

4.8 Reliabilitet

Reliabilitet handler om undersøgelsens pålidelighed. Det handler om hvorvidt der er træk i selve undersøgelsen, som har påvirket datamaterialet. Både informanterne påvirkes af mig som undersøger, samtidig som jeg kan påvirkes af de relationer der opstår med de undersøgte undervejs i interviewene (Jacobsen, 2013).

På grund af min egen faglige baggrund som ergoterapeut, og som en del af et slagteam på et lokalsygehus, er jeg i fare for forudindtagede holdninger til egen organisation og de udfordringer som arbejdet byder på. Jeg har under hele processen med formulering af interviewguide, udvælgelse af informanter, udførsel af interviewene og tolkning af data, været bevidst på at forholde mig åbent.

Lydoptagene af de fire fokusgruppeinterview er med til at styrke undersøgelsen pålidelighed. De er transskriberet ordret, og kort efter hvert interview, således at jeg har haft interviewet, konteksten og stemning i frisk erindring, når interviewet blev overført til skriftlig form. Informanterne blev placeret, så de kunne have øjenkontakt med hinanden for at skabe en visuel gruppedynamik, der gave gode forudsætninger for, at give alle mulighed for at komme til orde. Jeg placerede mig for eksempel ved bordenden, eller i en stol fremfor i sofaen ved

siden af informanterne. På den måde signalerede jeg, at have en anden rolle end resten af gruppen, samtidig som jeg undgik, at have mærkbar fysisk afstand fra gruppen.

Flere af deltagerne har jeg haft perifært kendskab til gennem mit arbejde. Jeg vurderer at det resulterede i flere fordele end ulemper. Stemningen i de interviewene, var fra starten mere afslappet, og informanterne kom hurtigere i gang med at tale mere frit. Min rolle som undersøger vurderer jeg derfor ikke har haft mærkbare konsekvenser for resultatet af det indsamlede datamateriale.

Interviewene foregik, med undtagelse af et, på arbejdspladsen. En naturlig kontekst for informanterne. Konteksteffekten, ved brug af naturlig kontekst har den fordel, at informanterne for eksempel ikke antages, at ændre adfærd afhængig af konteksten de befinder sig i (Jacobsen, 2013). Ulempen kan være forstyrrelser undervejs i interviewet. Det hændte en gang under et af interviewene, men påvirkede ikke den videre samtale i fokusgruppen. Det tredje interview foregik på et møderom på sidste dagen af en faglig konference. Konteksten var derfor "neutral", i og med at både undersøger og informanter var i en ukendt kontekst. Rummets indretning var ikke anderledes end de møderom de andre interview foregik på. Der er derfor ikke noget under dette interview der giver anledning til at antage, at konteksteffekten har påvirket gyldigheden af det indsamlede datamateriale.

4.9 Metodiske svagheder

Valg af metode har bygget på afvejninger i forhold til teoretiske fordele og ulemper, samt forhold jeg har vurderet ville bidrage til at belyse problemstillingen bedst mulig.

Problemstillingen og forskningsspørgsmålene er valg jeg har foretaget ud fra egen interesse, og er derfor ikke et produkt af andres ønsker.

4.9.1 Antal informanter i fokusgrupperne

På alle fire sygehuse, hvor interviewene foregik, var ergoterapeuter organiseret i en anden enhed end plejepersonalet, med undtagelse af et sygehus, hvor en enkelt af ergoterapeuterne var ansat på slagafdelingen. Det betød etablering af kontakt til flere afdelinger på samme geografiske sted.

Arbejdet med at få en dato og et tidspunkt for udførelse af gruppeinterview blev langstrakt. Her spillede travlhed og uforudsigelighed i forhold til patientmængde, som karakteriserer akut sygehusbehandling, en vigtig rolle. Ingen af de fire sygehuse, klarede derfor at stille med mere en til to fagpersoner fra sengeafdelingen samt en ergoterapeut. Jeg har, som tidligere nævnt, forsøgt at imødegå dette ved at udvælge informanter med en vis erfaring indenfor temaet, samt flere med specialkompetence som for eksempel slagsygeplejersker.

4.9.2 Relation til informanterne

Jeg har som tidligere nævnt, et perifært kollegialt forhold til flere af deltagerne i undersøgelsen. Det er vigtigt at understrege, at det ikke er personer jeg omgås i mit daglige arbejde. Jeg har heller ikke benyttet mig af dette i forhold til, at rekruttere disse til undersøgelsen.

Jeg henvendte mig til ledelsen, da jeg etablerede kontakt for aftale om interview. På den måde har jeg forsøgt at undgå, at informanterne har følt sig presset til at stille op til interview. I interviewsituationen oplevedes det som en fordel, at jeg for nogen var "et kendt ansigt", da det, som tidligere nævnt, bidrog til en afslappet og uformel stemning.

5.0 Fund

I denne del af opgaven vil jeg præsentere de fund, jeg er nået frem til gennem analyse af datamaterialet. Præsentationen er delt ind tre afsnit med hver sit overordnede tema, baseret på kategorierne formuleret i analysen og forskningsspørgsmålene. Til sidst følger en kort opsummering af det, som jeg er nået frem til i undersøgelsen.

5.1 Implementering af målrettet ADL-træning

I dette afsnit vil jeg prøve, at svare på følgende forskningsspørgsmål; *Hvordan beskriver ergoterapeuter og sygeplejersker målrettet ADL-træning?*

Målrettet ADL-træning i akut slagbehandling, kan være et eksempel på en intervention, som en del af en rehabiliteringsproces. Her må fagprofessionerne samarbejde for at indsatsen opnår kontinuitet og passende intensitet. Beskrivelsen af ADL-træning bliver, for informanterne i undersøgelsen, også en måde hvorpå de beskriver akut slagbehandling i sammenhæng med rehabilitering. Dette vil jeg i følgende afsnit belyse nærmere.

Informanterne i undersøgelsen beskriver målrettet ADL-træning som en tværfaglig proces, hvor alle faggrupper arbejder sammen mod et fælles mål, i udgangspunkt defineret af patienten, som en af informanterne udtrykker det:

"Ja, målrettet ADL-trening, da er det ideelt sett en tværfaglig vurdering av et mål for pasienten. Altså noe konkret som pasienten skal oppnå, og så setter man inn konkrete tiltak. For eksempel å være selvstendig i morgenstell, og kunne kle på seg og sånt. Og ut fra det lages en plan, og alle er lojale overfor den plan, og prøver å oppnå det målet".

Vigtigheden af arbejdet med målrettet ADL-træning som et fælles arbejde med fælles fokus for ergoterapeuter og plejepersonale, understreges af alle i undersøgelsen. En udtaler for eksempel: *"Det jeg tenker først og fremst, det er, at vi drar i samme retning. Hele personalet, altså også plejepersonalet"*, og der opstår konsensus i alle fokusgrupperne omkring dette, med sammenstemmende bemærkninger som for eksempel: *"Men det er jo sant som du sier, at alle må jobbe i samme retning"*.

Brugerperspektivet i arbejdet bliver nævnt i mindre grad, og da, primært af ergoterapeuterne i forbindelse med målsætning for ADL-træningen. Flere af ergoterapeuterne understreger, at

der er tale om patientens mål, eller at patienten må være en del af målsætningsprocessen, hvor der arbejdes med delmål, mod et langsigtet mål sat af patienten:

"Og så kanskje de målene, som patienten kommer med, de er så langt fremme i tid, og så voldsomme, at jeg pleier å si...kan vi ta et lite steg på veien...ikke sant. Sånn at du kommer deg noen små steg før du komme deg til målet".

Samtidig så stiller en af informanterne spørgsmål ved om målrettet ADL-træning handler om fagprofessionernes mål eller patientens mål:

"Ja, og hva menes der med målrettet. Hvem sitt mål skal det være. Skal det være mitt mål som pleier, eller skal det være pasientens sitt mål. Hvem er det som har defineret det. Altså målrettet ADL".

Det kan, efter min vurdering, tyde på at brugerperspektivet, hvor patienten er med til at formulere egne mål for træningen, ikke nødvendigvis betragtes som en naturlig del af en målsætningsproces i akutfasen.

Fundene i undersøgelsen giver ikke noget klart billede, på graden af brugermedvirken i akutfasen i en slagrammets rehabiliteringsproces. Jeg har ikke stillet uddybende spørgsmål, der kunne afklare dette. Der kan dog antages at være flere udfordringer, som kan vanskeliggøre at patienten er delagtig i målsætningsprocessen, for eksempel kognitive udfald med manglende sygdomsindsigt eller problemer med at forstå og udtrykke sig sprogligt. Derudover kan akutfasen være præget af chok, både hos patient og pårørende, hvilket kan gøre det vanskeligt, at skulle forholde sig til mål for egen genoptræning så tidlig i forløbet.

Den Nationale faglige retningslinje (Helsedirektoratet, 2010) giver ikke nogen eksplicit beskrivelse eller anbefaling i forhold til brugerperspektivet i målrettet ADL-træning i akutfasen, men understreger, som tidligere nævnt, vigtigheden af plejepersonalets involvering, og det tværfaglige samarbejde omkring mål for behandling og rehabilitering. De skriver dog at: *"Det bør sammen med pasient og ev. pårørende settes klare mål for rehabiliteringen"* (Helsedirektoratet, 2010 s.61). Rehabiliteringsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) lægger modsat retningslinjerne, stor vægt på brugerperspektivet. Brugerens involvering er her et vigtigt udgangspunktet for en rehabiliteringsproces der i varetager hele mennesket.

5.1.1 Er slagbehandling akut rehabilitering

Flere af informanterne betegner akut slagbehandling, som "akut rehabilitering". Hvad som er indholdet i rehabilitering og akut rehabilitering, bliver ikke klart defineret af informanterne. Både fordi det ikke var tema for diskussionen, og fordi jeg som undersøger ikke initierede til at få uddybet det nærmere. Det kunne have været interessant, hvis jeg havde opfordret informanterne til at diskutere dette nærmere. Blandt andet for at få et mere klart billede af, om det flere betegner som akut rehabilitering egentlig er vurdering og træning af fysisk funktion. Men også for at forstå hvordan informanterne generelt definere rehabilitering. Under interviewene var rehabilitering som begreb nærmere noget som indgik som et "naturlig implicit" i sammenhæng med den pågående diskussion. Da ofte, som en af ergoterapeuterne nævner, i forbindelse med behovet for kompetenceøgning hos plejepersonalet:

"Det jeg tenker er viktig for å få en bedre oppfølging i ADL-trening, det er jo bedre opplæring for de pleiere og assistenter som kommer inn. Og skape en bedre forståelse for, at det faktiske er akutt rehabilitering vi driver med".

Rehabilitering bliver dog flere gange nævnt i forbindelse med fysisk optræning. Eksempelvis som denne informant udtrykker det:

"Forskjellen er vel den, at innen en rehabiliteringskultur, da ønsker vi at pasienten skal bruke sine ressurser i størst mulig grad, og bli mest mulig selvstendig, og vi ser gjerne, at pasienten jobber litt og strever litt for å kunne oppnå mer selvstendighet på sikt".

Her beskriver informanten målet om øget selvstændighed, altså opnåelse af en bedring i fysisk funktion, i sammenhæng med rehabilitering. I følge rehabiliteringsmeldingen, St. meld. nr. 21, kan opnåelse af bedring i fysisk funktion, være en del af rehabiliteringsprocessen, for at opnå en vellykket integrering i samfundet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998).

Undersøgelsen viser, at flere af informanterne, betragter aktiviteten i akut slagbehandling som rehabilitering.

En af de vigtigste årsager, som kommer frem i undersøgelsen, er, at en slagenhed adskiller sig fra den "vanlige" måde at gøre tingene på i en sengeafdeling i sygehuset. Flere af informanterne trækker flere gange frem denne forskel. Både i sammenhæng med behovet for kundskab om akut slagbehandling hos plejepersonlet (omtales nærmere i næste afsnit), og i

forbindelse med udfordringerne med manglende personaleressourcer (omtales nærmere i afsnit 5.2; Organisering og struktur). I den forbindelse nævner de rehabilitering:

"Jo, men vi må også tenke på at vi er fire sykepleier, eller to sykepleiere ute, knapt. Og så to pleiere i form av assistenter eller pleiere. Når man har ofte full avdeling, da går vi bare og slukker branne, og gjør det du absolutt må, og da blir det her, og da blir de rehabiliteringsting og ADL...det vi egentlig skulle ha gjort. Det blir jo ikke fokusert på".

Rehabilitering knyttes, i undersøgelsen, ikke umiddelbart sammen med rehabiliteringsmeldingen, St. melding nr. 21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998), og sættes ikke i sammenhæng med for eksempel behovet for koordinerede tjenester, eller igangsættelse af Individuel plan (IP), hvor for eksempel målrettet ADL-tiltag kunne have indgået som et delmål. Netop den målrettede ADL-træning som en tværfaglig indsats, der kræver personaleressourcer og tid udover det "normale" på en akut sengeafdeling, bliver en del af argumentet. I undersøgelsen fremkommer der altså ikke nogen referencer til rehabilitering som det forstås i rehabiliteringsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 1998).

5.2 Kompetence er afgørende i implementeringen af målrettet ADL-træning

I dette afsnit vil jeg prøve at svare på følgende forskningsspørgsmål; *Hvilke elementer har betydning for implementering af målrettet ADL-træning?*

I følge min undersøgelse, er ADL-plan et vigtigt redskab til implementering af målrettet ADL-træning. Brugen udfordres blandt andet af tid og planens fysiske synlighed i afdelingen. Først og fremmest peger informanterne i undersøgelsen dog på kompetence hos plejepersonalet, som det helt afgørende. Kompetence om slagbehandling, tværfagligt samarbejde, samt forståelse for vigtigheden af kontinuerlig og målrettet træning, er afgørende for implementeringen og den videre opfølgning på målrettet ADL-træning. Vigtigheden og behovet for kompetenceøgning understreges af alle deltagerne i undersøgelsen. Det er samtidig også manglen på samme, der kan give grobund for uoverensstemmelser og konflikt. Jeg vil belyse disse temaer nærmere i de følgende afsnit.

5.2.1 ADL-plan er et nyttigt værktøj i implementeringen af målrettet ADL-træning

Tre af de fire ergoterapeuter i undersøgelsen udarbejder ADL-plan til brug i ADL-træningen (se bilag 4). I tillæg er flere af slagsygeplejerskerne involveret i kortlægning og udarbejdelse. De første dages observation og udredning bliver anvendt som udgangspunkt, for en skriftlig ADL-plan i papirform:

"Der gjør jeg jo ofte en ADL-vurdering for å se hva han får til og ikke får til, og så sier jo gjerne pasienten også litt selv, om hva han ser han ikke får til...hva som er vanskelig. Så blir det laget en ADL-plan etter det".

ADL-planen bliver brugt som et tværfagligt arbejdsredskab, primært af sygeplejerskerne på sengeafdelingen, hvor målet er at alle benytter samme tilgang, og har samme fokus i ADL-træningen:

"Det er bra å følge sånn til daglig for å se hvordan vi skal mobilisere, og så bruker det å stå noe om svelgfunksjon på ADL-plan, så det er et veldig bra redskap å bruke. At ting også blir gjort likt, det er også litt viktig. At man har likt fokus. At mobilisering blir det samme, og hvordan man steller pasienten".

Udover ADL-plan i papirform anvendes behandlingsplan i den elektroniske journal, som dokumentation for tiltag i ADL.

Tilgængeligheden til ADL-planen er afgørende for om den bliver brugt, og flere af ergoterapeuterne i undersøgelsen, virker til at bruge en del af deres arbejdstid på at gøre sygeplejerskerne opmærksom på dens eksistens og følge op på, om det bliver brugt;

"Ja, den ligger nå der, og så bruker jeg å skrive et ekstra notat, der det bare står laget ADL-plan". Behovet for at ergoterapeuterne gør dette, bekræftes samtidig af sygeplejerskerne:

"Også fordi vi ikke er gjort oppmerksom på at den ligger fremme, eller at vi ikke selv er oppmerksom på at den ligger fremme. Det er noe med å gå inn på et rom å se hva som finnes. Hva som er...den er jo laminert, så den ligger jo der synlig, men noen ganger så er den gjemt bak klær eller annet".

ADL-planen er, i denne undersøgelsen, ikke en del af det elektroniske journalsystem, og der er derfor stor risiko at den "forsvinder". Det virker til at dette er ergoterapeutens ansvar, men

at opgaven kan være vanskelig at følge op på, med tre vagtskifte i døgnnet, og udfordringer med kontinuitet i personalegruppen.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen betragter ADL-planen som et nyttigt arbejdsredskab. Samtidig betragtes den som tidskrævende med behov for bevidst prioritering for at den bliver brugt. Informanterne i undersøgelsen med plejefaglig baggrund ser ikke ud til, at betragte ADL-planen som en integreret del af de faste rutinemæssige opgaver, men derimod som en "bør" opgave, der må prioriteres. Dog understreger flere af dem, at dette er en meget vigtig del af det arbejde, de betragter som en naturlig arbejdsopgave på en slagenhed. Men sygeplejerskerenes brug af ADL-plan, udfordres i høj grad på kontinuiteten grundet vekslende personale med varierende grad af kompetence i brugen af ADL-plan, og varierende grad af ansvarsfølelse og forpligtelse i forhold til denne, for mange en ekstra, arbejdsopgave:

"Men det er jo vedig stor forskjell avhengig av hvem som er på jobb, og da tenker jeg, at det handler jo om at de ikke vet, eller at de ikke orker. Altså de regner det ikke som en del av jobben sin rett og slett".

Brug af ADL-plan og gennemføring af målrettet ADL-træning udfordres altså af professionernes ansvarsfølelse i forhold til arbejdsopgaven med gennemførelse af ADL-tiltag. Det er uklart hvem som har det egentlige ansvar for opfølgning og udførsel af de ADL-tiltag som sættes i gang. Ergoterapeuten eller sygeplejerskeren. Det kan blandt andet hænge sammen med gråzoner i arbejdsopgaverne og den enkeltes professionsidentitet. Det kommer for eksempel frem i undersøgelsen i forhold til nyansatte. Flere informanter nævner udfordringerne med nyansatte, der endnu ikke er socialiseret ind i den måde og de forventninger der er, til deres profession og arbejdsopgaver på en slagenhed:

"Jeg ser jo at nye sykepleiere har vanskelig med å la pasienten gjøre ting selv, og de er veldig snar med å smøre på maten, og vaske dem, mens dåkker som har vært her en stund blir bare flinkere og flinkere til å sitte på hendene (smiler)" (bilag 5, N17).

5.2.2 Behov for kompetenceøgning om patientgruppen og rehabilitering

Behovet for oplæring af nyansatte i brug af ADL-plan, og kundskab generelt om akut slagbehandling og rehabilitering er et af de elementer, som informanterne i undersøgelsen

fremhæver som helt afgørende for at lykkes med målrettet ADL-træning, og generelt i forhold til tværfagligt samarbejde om slagpatienter:

"Det jeg tenker som det helt grunnleggende, for å få det til. Det er at alle de som er på teamet, har en forståelse for viktigheten av denne treningen. For det er jo det, at når det er knapt med ressurser, og det tar ofte lengre tid å trene på et stell enn det gjør å gjennomføre det. Så øh..alle må jo ha en forståelse for at det er viktig".

En af informanterne udtrykker det således:

"Ja det er jo en del som ikke får opplæring, som ikke vet korsn dem skal følge den. Ka betyr guiding, hvorfor skal vi gjøre det, og det er jo et veldig stort tema egentlig... når de ikke vet hvorfor dem skal gjøre det, for så gjør de det ikke. Det ser vi kanskje spesielt i helga, at det ikke blir brukt".

Og en anden udtrykker det således:

"Det jeg tenker er viktig for å få en bedre oppfølging i ADL-trening, det er jo bedre opplæring for de pleiere og assistenter som kommer inn. Og skape en bedre forståelse".

Den Nationale faglige retningslinje for behandling og rehabilitering af hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler netop specialopplæring om slag og slagenhedsbehandling til alt personale på en akut slagenhed, som en central del af effektiv og forskningsbaseret slagbehandling i akutfasen. Min undersøgelse viser konsekvenserne af, at have personale uden den rette oplæring. Da bliver ADL-planen ofte ikke brugt, og dermed forsvinder kontinuiteten i den målrettede ADL-træning. Andre eksempler på hvordan manglende forståelse kan udspille sig, er beskrevet af en af ergoterapeuterne:

"Der er mange pleiere som ikke har forståelsen for at en pasient uten motoriske utfall kan ha like stort behov for oppfølging i ADL, enn en som er helt sengeliggende. Vi har hatt noen pasienter, ikke i det sidste, men for et halvt års tid siden, så hadde vi et sånn flow med noen som bare hadde kognitive utfall. Og det gikk det over stakk og stein, fordi pleieren ikke forstod, og jeg måtte gå inn gang på gang å si: "Hør her, denne her

pasienten, du må ikke glemme" ...denne her pasienten gikk ut av avdelinga i helga og rotete seg bort og fant ikke tilbake, eller ikke hadde fått stelt seg ordentlig, for han er jo så ung, herregud han klarer seg selv. Og pasienten selv sier, at han klarer seg selv ikke sant".

En tydelig og faglig kompetent ledelse med forståelse for rehabilitering og tværfagligt samarbejde, har afgørende betydning for at lykkes med systematisk kompetenceøgning. Det fremhæves dog bare i en af de fire fokusgrupper:

"Jeg tror sluttpoenget mitt, er at det er krevende å jobbe tverrfaglig. Det er både en måte å organisere seg på, og en måte å tilnærme seg på. Jeg tror medisinsk klinikk har være for lite ydmyk i forhold til den oppgaven, og isteden tenkt, at her må vi faktisk lære os noe nytt. Her må vi jobbe på en ny måte, og jeg tror det er det som mangler litt".

Både i bogen *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (Lauvås og Lauvås, 2004), og i bogen *Om rehabilitering – helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013), understreges vigtigheden af god kundskab, som forudsætning for at lykkes med tværfagligt samarbejde.

5.3 Organisering og struktur

I dette afsnit vil jeg prøve at svare på følgende forskningsspørgsmål; *Hvordan oplever ergoterapeuter og plejepersonale, at organisering og struktur påvirker implementering av aktiviserende træning?*

Mine fund giver et klart billede af, at organisering og struktur på de fire sygehuse, hvor undersøgelsen er udført, har stor betydning for, hvordan informanterne oplever arbejdet med målrettet ADL-træning. Manglende personaleressourcer, er den faktor som ser ud til at størst indlydelse på, om indsatsen med kontinuerlig og målrettet opfølgning på ADL-tiltag lykkes. Andre faktorer der har betydning, er omorganiseringer og ændringer i struktur. Desuden er udfordringer med at finde tid i løbet af dagen til at udfører vurdering og træning mellem patientens behov for hvile, besøg af pårørende og anden behandling og udredning. Jeg vil belyse dette nærmere i de følgende afsnit.

5.3.1 Organisering af slagenheden

Alle fire sygehus har en defineret slagenhed, der enten er et geografisk afgrænset antal senge eller område. Fælles for alle fire er, at ingen har en helt egen slagenhed uafhængigt af andre patientgrupper eller dækning med personale fra andre enheder. Forskellen er, at de to lokalsygehuse, som er med i undersøgelsen har slagenhed, som et antal geografisk afgrænset senge i en medicinsk sengeafdeling. Se tabel for oversigt over de fire slagenheders organisering og ergoterapeuternes organisatoriske tilhørighed.

Tabel 2: Organisering af slagenheder

	Sygehus A	Sygehus B	Sygehus C	Sygehus D
Sygehus	Regionalt sygehus	Lokalsygehus	Regionalt sygehus	Lokalsygehus
Slagenhedens organisatoriske placering	Egen slagenhed på en neurologisk afdeling	Medicinsk afdeling med slagenhed	Egen slagenhed på en afdeling med to andre patientgrupper	Fælles medicinsk og kirurgisk afdeling med slagenhed
Organisering af ergoterapeuten	Organiseret i slagenheden	Organiseret udenfor slagenheden	Organiseret udenfor slagenheden	Organiseret udenfor slagenheden

Alle fire sygehuse har organisering af ugentlige tværfaglige møder, hvor læge, slagsygeplejerske/sygeplejerske og terapeuter deltager: *"Jo det er jo sånn, at det samlingspunkt vi faktisk har, det er det tværfaglige møte som er en gang i uken"*.

Organisering af tværfaglige møder minimum en gang i ugen, er en af de anbefalinger, de forskningsbaserede retningslinjer for slagbehandling, giver. Undersøgelsen viser altså, at organisering af slagenheder og tværfaglige møder, er veletablerede.

5.3.2 Manglende personaleressourcer udfordrer kontinuiteten i den målrettede ADL-træning

Samtlige af respondenterne uanset faglig baggrund, oplever, at der er mangel på personaleressourcer i plejefunktionen. *"Og så er det jo også...dækker er jo for lite folk altså...dækker er for lite i pleien"*. Den begrænsede tid til arbejdsopgaverne, gør det svært at få tid til at følge op på for eksempel tiltag i ADL. Flere udtrykker også frustration over, at

normeringen af plejepersonale ikke er i overensstemmelse med anbefalingerne i de Nationale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering af hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010):

"Vi har ikke ressourser nok til å holde oss etter retningslinjene, for å gjøre det beste for pasienten. Også det her med å forholde seg til ADL-plan".

Baggrunden for normeringen er netop patientgruppens særlig behov for kontinuerlig stimulering og træning. Træning af ADL funktion kan tage mærkbart længere tid end hvis patienten modtager passiv hjælp, hvor andre overtager udførelsen af aktiviteten. Det kræver derfor mere tid af personalet at praktisere målrettet ADL-træning end hvis patienten får hjælp, noget informanterne også gør sig tanker omkring:

"For det at du tenker, at i en slagenhet, der skal du ha det roligere, vi skal være bedre bemannet, og vi skal på en måte gi dem mer tid og sådan".

For personalet på afdelingen og slagsygeplejersken, kan manglende personaleressourcer betyde, at de opgaver og den funktion det i egentlige skal ivaretage må bortprioriteres til fordel for andre sygeplejefaglige opgaver:

"Ja, det er jo sånn, at vi er ganske skjært i forhold til ressurer, og da hender det jo at jeg som slagsygepleier er ansvarlig for alle pasientene ute den dagen, og hvor jeg ikke har sjanse til å gå til de to slagpatientene, som vi har, og gjøre den viktige oppstarten for eksempel...det syns jeg er en utfordring".

Slagsygeplejersken har en nøglerolle med ansvar for kontinuitet, kompetenceløft og koordinering af plejevirksohmheden i slagenheden (Helsedirektoratet, 2010). Når manglende personaleressourcer betyder, at slagsygeplejersken må ivaretage andre arbejdsopgaver har det konsekvenser. For eksempel for planlægning og koordinering af den målrettede ADL-træning. Ergoterapeuterne og plejepersonalet er, som nævnt tidligere, oftest organiseret i forskellige afdelinger på baggrund af deres fagprofession, forskellige arbejdsopgaver og arbejdsvilkår.

En af forskellene mellem plejepersonalet og ergoterapeuterne, er at ergoterapeuterne har ADL-vurdering og træning som deres primære arbejdsområde. Sygeplejerskerne har en lang række andre behandlings- og plejemæssige arbejdsopgaver som må udføres i løbet af en vagt.

Ergoterapeuterne har, i udgangspunkt langt større indflydelse på udførelse og planlægning af egne arbejdsopgaver sammenlignet med personalet på sengeafdelingen: *"Der føler jeg jo, at jeg er privilegeret. Fordi jeg tar mig den tid det tar. Ikke sant... jeg har ikke det presset"*. Men ergoterapeuterne oplever også, at ressourcemangel kan have betydning for kvaliteten på målrettet ADL-træning. En enkel af ergoterapeuterne oplever, som sygeplejerskerne, at have mangel på personaleressourcer; *"Vi har jo veldig lenge prøvd å ropt ut et behov for mere ergoterapiressurser"*, og bakkes op af slagsygeplejersken:

"Jeg støtter veldig det ho Heidi sir. Det her med at vi har bruk for en ergoterapeut på post. Det ville blant annet ha lettet vår sykepleiefunksjon, med tanke på en del observasjoner som vi ville ha nådd. Det ville på en måte ha frikjøpt os til andre oppgaver, som vi også er tillagt å gjøre".

Selv om der kun er én af ergoterapeuterne, der efterlyser flere ergoterapiressourcer, så nævner andre behovet for mere tid til at gennemføre kontinuerlig opfølgning på ADL-træningen, en tid som ikke er til stede, når en hel slagafdeling skal dækkes:

"De gange hvor jeg ikke har haft så mange henvisninger, sådan at jeg har kunnet gå inn til pasienten hver morgen i flere dager, og kanskje bare et opphold på en eller to dager, og så kan gå inn igjen, for der klarer du å få en rød tråd i den trening som er. Men det er klart at du må dele deg på fler, og så nytter det ikke... så altså".

Her bliver bemanningen af sygeplejersker derfor vigtig, så der er tid og ressourcer hos personalet på afdelingen til at følge op på ADL-træningen som ergoterapeuten, oftest, er den der iværksætter.

5.3.3 Omorganiseringer påvirker arbejdet med målrettet ADL-træning

Økonomiske besparelser og organisatoriske og strukturelle omorganiseringer, er en del af dagens arbejdsliv for ansatte i sundhedssektoren. Disse omstillingsprocesser, er også en del af organisationsudviklingen for de klinikker og afdelinger, som akut slagbehandling er organiseret i.

Konsekvenser af omorganisering, hvor slagenheden er slået sammen med andre enheder, der ivaretager andre typer af patientgrupper, er tilfældet for flere af slagenhederne i undersøgelsen. Informanterne udtrykker flere udfordringer med aktuell organiseringsstruktur i

forhold til arbejdet på en slagenhed, og tiltag indenfor ADL. En afgørende faktor er den, at de enkelte enheder i afdelingen, deler på personalet. Specielt i tilfælde af fravær, som for eksempel i weekenden, eller ved sygdom og ferie. Hensigten med en organisering der bygger på fleksibilitet ved personalemangel, og behovet for flere sygeplejersker i vagten, betyder, at slagenheden i perioder, må dækkes af sygeplejersker tilknyttet andre enheder end slagafdelingen:

"Det var vel det som var målsettingen med hele sammenslåingen...at kunnskapen skulle likesom pulveriseres, og alle skulle likesom kunne brukes overalt. Noe som i seg selv er stikk i mot retningslinjene for slagbehandling".

Personel tilknyttet andre afdelinger eller enheder, har ofte ikke den nødvendige kundskab om slagbehandling, og formålet og vigtigheden med for eksempel målrettet ADL-træning:

"Vi merker jo, at kvaliteten på ADL-trening er dårligere etter vi er blitt slått sammen med hud og reuma, det er jeg ikke i tvivl om. Før så var vi en ren nevrologisk avdeling....og nå kan det likeså godt være en pleier fra hud, som er plassert på slag for å få nok folk, som ikke aner hva der er snakk om egentlig, og kanskje heller ikke har den oppriktige interessen av det".

Min undersøgelse indikerer, at fleksibilitet og økonomisk rationalisering, går på bekostning af den specialiserede kompetence som betragtes, som helt afgørende for at lykkes med målrettet ADL-træning i akut slagbehandling. Samtidig oplever informanterne i undersøgelsen en uforudsigelighed, og manglende indflydelse i arbejdet med de gentagende omorganiseringer og strukturændringer:

"Ja, der skal vi slåss sammen med sånn, eller klinikken skal slås sammen sånn, eller...altså der er hele tiden noe nytt".

"Man tenker likesom ka blir det neste. Man må hele tiden tilpasse seg ka som skjer, og så har vi ikke så mye å si".

Informanterne, som er "de på gulvet" har ingen, eller meget lidt indflydelse på de organisatoriske og strukturelle ændringer, som er rammen om deres arbejde, og bidrager til

at ændre forudsætningerne for udførelsen af deres arbejde. Både i forhold til arbejdsomfang, når der er få personaleressourcer, men også i forhold til samarbejdet omkring arbejdsopgaver. Dette blandt andet i form af udfordringer med personalets kompetence i akut slag behandling og målrettet ADL-træning. Denne frustration peger i retning af de kollegaer som enten opleves at mangle den rette kompetence for akut slagbehandling, eller ikke har interesse og vilje.

5.3.4 Manglende koordinering mellem anden behandling og udredning begrænser tilgængeligheden til patienten

Arbejdsgangene på et akut sygehus, kan udfordre mulighederne for kortlægning og opfølgning i ADL-funktion hos slagpatienten. Den første tids indlæggelse, er præget af udredning, blandt andet i form af CT eller MR undersøgelse og laboratorieprøver. Disse er oftest ikke aftalt til en bestemt tidspunkt, og udføres med kort varsel. Undersøgelser og medicinsk behandling har en naturlig første prioritet i behandlingskæden af slagpatienten. Undersøgelsen viser, at disse ofte kan komme på tværs af for eksempel vurdering og træning i ADL:

"Ja, ikke minst de undersøkelser som avbryter. For ja vi må jo prioriterer MR, og røntgen og utredning og sånn. Og det betyr mange ganger, at terapeutene blir avbrutt i sitt arbeide".

Kortlægning og udredning der foregår i afdelingen bliver tydeligt påvirket, når andre afdelinger skal ivertage deres opgaver i behandling og udredning af patienten:

"Men der er klart at røntgen MÅ bare prioriteres, for har han time på røntgen, så har han time på røntgen, mens vi som avdeling vi må bare vente, men det er klart at det gjør jo, at det kan ta lengre tid før vi kommer i gang med ADL-trening...det gjør det... og det er mange ting som blir tatt på grunn av ting som foregår på andre avdelinger, som pasienten må ut fra avdelinger for å gjøre".

Afbrydelserne virker næsten til at være en del af ergoterapeutens arbejdsvilkår:

"Ja, selv om morgenen ikke sant, når de kommer fra laboratoriet, og skal ta blodprøver, så sitter mange ganger pasienten på badet. Og så er det med at få på litt

klær, sånn at de er så tilpass anstendige, at du kan si, ja nu får du komme. For det er klart det blir et avbrekk i det vi styrer med".

Afbrydelserne bidrager til udfordringer med sammenhengende treningsperioder. Desuden må behandlings- og udredningstiltag prioriteres fremfor ADL-tiltag. Det betyder også risiko for aflysning af tiltag, der kræver både tid og at patienten er udhvilet på grund af begrænset kapacitet.

5.4 Samarbejdet omkring målrettet ADL-træning

I dette afsnit vil jeg prøve at svare på følgende forskningsspørgsmål; *Hvordan oplever ergoterapeuter og sygeplejersker samarbejdet om målrettet ADL-træning?*

Undersøgelsen præsenterer store variationer i hvordan samarbejdet mellem faggrupperne opleves at fungere. Ikke mindst i beskrivelsen af det tværfaglige samarbejde omkring målrettet ADL-træning. Desuden opleves ergoterapeuternes organisatoriske tilknytning i nogen fokus grupper at have betydning for samarbejdet, mens det i andre ikke opleves, at have nogen særlig betydning. Jeg vil belyse dette nærmere i de følgende afsnit.

5.4.1 Forskelle i fagprofessionernes perspektiv udfordrer arbejdet med målrettet ADL-træning

Professionernes forskellige fokus på samme arbejdsopgave opleves i flere af fokusgrupperne, at give udfordringer med en fælles og kontinuerlig måde at gennemføre ADL-træning på:

"Udfordringene er at noen er "snill", pleiepersonalet altså (smiler), og hjelper pasienten for mye. Jeg pleier at si, at jeg kommer ikke med deg hjem, du er nødt å prøve. Når du kommer hjem, så må du faktisk klare det her. Så det er noen som er litt for behjelpelig på veien. På rehabiliteringsveien som pasienten bygger på....og egentlig tror jeg ikke de tenker over hva de gjør" (bilag 5, N4).

Målsætningen i professionernes arbejdsopgaver kan i nogle tilfælde komme i konflikt med hinanden. Her kan der, som beskrevet i kapitel 2.0, opstå en gråzone, når begrebet ADL hos nogen professioner, i dette tilfælde ergoterapeuten, betragtes som et mål for selvhjupenhed. Hos andre professioner, her sygeplejerskerne, er målet at hjælpe ved at overtage udførelsen af ADL-aktiviteten. En af slagsygeplejerskerne i undersøgelsen beskriver forskellene således:

"Det er jo egentlig mange ting som... eller der er ting som er forskjellige. Blant annet det her med, at vi tenker at vi skal overta en del mere. Det, at vi tenker vi skal ivareta det pleiemessige. At vi skal forebygge trykksår og sårutvikling, så vi vil gjerne ha sjekket nedentil, og det får du ikke til, om de skal stå ved vasken. Det er litt sånn pleiehode vi bruker" (bilag 5, N6).

Her får erfaring med patientgruppen og kompetence på akut slagbehandling også betydning for graden af hjælp, som den professionelle giver patienten:

"Der er ikke alltid forståelse for at pleien også er den del av treningsopplegget for pasienten. Det er kanskje det som er det største problemet blant de som er ny. At de ser ikke seg selv som en del av rehabiliteringsprocessen" (bilag 5, N21).

En anden siger det samme med lidt andre ord:

"De ser det ikke som en integrert del av jobben. Det å bruke litt ekstra tid, på å trene pasienten til å kle på seg, og gå på avdelinger, eller hva det må være" (bilag 5, N14).

Fundene i undersøgelsen indikere altså, at forskelle i professionsidentitet og professionsudøvelse har betydning for implementering af målrettet ADL-træning. Desuden ser det ud til, at indsatsen ikke ses som en del af et rehabiliteringsforløb, hvor den tidlige målrettede intervention, som for eksempel ADL-træningen, har betydning for senere funktionsniveau. Her viser de tværfaglige møder sig at have betydning i forhold til diskussion og planlægning af tiltag under indlæggelsen, og selvom de tværfaglige møder er veletablerede, så opleves de, at have store indholdsmæssige variationer: *"Vi har ukentlige møter, men de brukes ikke på den måten til å jobbe tverrfagligt, og jobbe målrettet"*. Flere oplever, at de tværfaglige møder bruges til afklaringer om behandling og udskrivelse. Det er specielt informanterne på lokalsygehusene, der oplever udfordringer med indholdet på de tværfaglige møder. Her er slagenheden organiseret i en medicinsk afdeling, hvor medicinske læger ivaretager behandlingen af slagpatienterne. Derudover er lokalsygehusene i langt højere grad bemandede med vikarlæger. Kontinuitet og forståelse for patientgruppen bliver dermed i højere grad personafhængig:

"Det er jo et lite sykehus, så det er ofte en eller to leger som er her i lengre perioder på vårt team. Så kommer der noen der har fokus på tidlig utskriving, og så kommer der noen som ikke har det (ler litt). Vi ser veldig stor forskjell på hvem det er, og hvilke interesser de har" (bilag 5, N23).

Samtidig indikerer det også, at lægen fortsatt er den dominerende fagprofession, der setter dagordenen på de tværfaglige møder.

Samarbejdet mellem ergoterapeuter og sygeplejersker er også afhængig af ergoterapeuternes tilstedeværelse på slagenheden. På sygehus A (se tabel 2 s. 44), hvor en af ergoterapeuterne er organiseret på slagenheden, og derfor udelukkende har sin arbejdsgang der, opleves en tydelig ergoterapeutisk tilstedeværelse. Det skaber gode rammer for samarbejde, når ergoterapeuten er tilgængelig og der er mulighed for kontinuerlig kontakt, uanset tidspunkt i løbet af dagvagten:

"Ja, men ikke sant jeg går her hele tiden. Sånn at ja...og så kommer de som jeg jobber i lag med og spør om jeg ikke kan komme og hjelpe med å finne ut av denne rullestol, og hva er det her for noe, og kan du finne en rullestol ikke sant. Så du går her hele tiden, så du er lett tilgjengelig...og ja og så det her med at ha kontakt hele tiden (ser på slagsygeplejersken)" (bilag 5, N24).

På sygehus C, hvor ergoterapeuten er organiseret i egen afdeling i fysisk afstand fra slagenheden, har informanterne samme oplevelse af ergoterapeutisk tilstedeværelse:

"Nei, det tror jeg...jeg vet ikke om dåkker merker noe til det egentlig...Jeg går jo bare opp for å spise lunsj" (bilag 5, N27).

Den ergoterapeutisk tilstedeværelse ser altså ikke ud til at være organisatorisk betinget. På sygehus D har ergoterapeutens stillingsprocent betydning for den fysiske tilstedeværelse på slagenheden. Trods det, at ergoterapeuten kun er tilknyttet slagenheden i 50 % stilling, oplever informanterne, at de har et godt tværfagligt samarbejde. Dette selv om ergoterapeuten har en begrænset tilstedeværelse på slagenheden, i og med at andre arbejdsfunktioner må ivaretages. Noget af svaret på dette, kan findes i det stærke teamsamarbejde som findes på sygehus D. Her bestræber man sig på fast plejepersonale tilknyttet slagenheden, og man har gennemført et undervisningsprogram med henblik på kompetenceøgning i akut

slagbehandling. Her oplever man, trods mange af de samme udfordringer som de andre, at det tværfaglige samarbejde fungerer godt. Hvis man sammenligner de fire sygehuse så fremstår sygehus D, som det sted, hvor man i længst udstrækning har lykket sig med et teambaseret tværfagligt samarbejde. Her har man iværksat systematisk kompetenceøgning, og langt hen ad vejen, lykket sig med tilknytning af fast personale.

Fundene i undersøgelsen indikerer desuden at professionerne manglende ansvarsfølelse har betydning i det tværfaglige samarbejde. Flere af informanterne nævner kollegaers manglende ansvar, som en del af udfordringerne i implementering af målrettet ADL-træning, som en sygeplejerske udtrykker det:

"For det har noe å gjøre med den ansvarliggjørelsen og det eierforholdet du får til pasienten. Igjen, på den tverrfaglige rehabiliteringsenheten jeg var på. Der var der et tverrfaglig team med ergoterapeut og fysioterapeut, og alle hadde ansvar for den pasienten, og du var personlig ansvarlig for at denne her pasienten skulle oppnå sine mål, som han hadde definert når han kom inn i avdelingen. Og det var på en måte min jobb, og ergoterapeutens jobb, og fysioterapeutens jobb, å hjelpe pasienten til å oppnå det mål, han hadde satt seg, og det ble et mye mer personlig ansvar".

Informanten pointerer her den store forskel, der er mellem en slagenhed i det somatiske sygehus og en rehabiliteringsinstitution. Manglende ansvarsfølelse i forhold til opfølgning af patienten i for eksempel ADL-træning bliver en konsekvens af det som informanten mener, er organisering og fysisk afstand mellem fagprofessionerne:

"Det er veldig lett å fraskrive seg ansvar i en avdeling med seksti sytti ansatt, hvor vi går i deltidsstillinger, og vi kommer og går. I morgen skal jeg have denne her posten så skitt nu hvordan det går".

5.5 Opsummering

Målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen, er kendetegnet ved et samarbejde mellem ergoterapeuter og personalet på slagenheden. Det er et samarbejde som (ofte) går på tværs af organisering og ikke mindst professioner. Målrettet ADL-træning er en del af de behandlingstiltag som den slagrammede modtager i akutfasen.

De fund, som denne undersøgelse bygger på, indikerer, at der er stort forbedringspotentiale i indsatsen rundt implementering af målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen. Kontinuitet og kvalitet i indsatsen udfordres af manglende kompetence og personaleressourcer hos plejepersonalet, samt udfordringer i det tværfaglige samarbejde. Omstruktureringer, med blandt andet sammenslåning af slagenheden med andre enheder, har en negativ konsekvens for gennemførelse og kontinuitet i den målrettede ADL-træning. Begrænsede personaleressourcer betyder, at slagenheden ofte er afhængig af sygeplejersker og assistenter, uden tilstrækkelig kompetence eller forståelse for, for eksempel vigtigheden af målrettet ADL-træning og brugen af en ADL-plan.

Mine fund viser også, at personalet har vældig lidt eller ingen indflydelse på de organisatoriske og strukturelle ændringer, som har indflydelse på deres hverdag. I undersøgelsen er et fåtal af kritikken rettet direkte mod ledelse og politikere. I stedet, er den rettet mod de kollegaer som mangler kompetence og oplæring.

Fundene i min undersøgelse viser også, at det tværfaglige samarbejde udfordres, både af organisatoriske og strukturelle rammer, og af manglende kompetence, samt fælles forståelse for akut slagbehandling. Desuden er koordinering mellem de forskellige behandlings- og udredningstiltag, en faktor, der kan betyde afbrydelser i ADL-træningen.

Rehabilitering som en proces med koordinering og brugermedvirken, samt fokus på en helhedstænkende indsats, ser ifølge min undersøgelse, ikke ud til at være repræsenteret i den akutte slagbehandling på sygehuset. Rehabilitering i akut slagbehandling fremstår nærmere som enkle interventioner på funktionsplan.

6.0 Diskussion

Eksisterende forskning og litteratur, som beskrevet indledningsvis i opgaven, bidrager til en solid kundskab, om hvordan god kvalitativ og effektiv slagbehandling, inklusiv målrettet ADL-træning bør fungerer. Fundene i undersøgelsen, viser at anbefalinger i forhold til personaleressourcer, ret kompetence og tværfagligt teamarbejde ikke er i tråd med praksis. Det udfordrer både kvalitet og effektivitet i implementeringen af målrettet ADL-træning. Årsagerne til dette situationsbillede af praksis har blandt andet organisatoriske og strukturelle årsager. Desuden har professionernes hierarki, og forståelse for den akutte slagbehandlings position i en rehabiliteringsproces, indflydelse på det tværfaglige samarbejde omkring målrettet ADL-træning. Jeg vil i de følgende afsnit diskutere dette nærmere.

6.1 *Målrettet ADL-træning og reformpolitikken New public management*

Konsekvenserne af kravene om effektivisering på de somatiske sygehuse mærkes i høj grad af de professioner som udgør medarbejderstaben. Begrænsede personaleressourcer betyder blandt andet, at tempoet sættes op, og der bliver mindre tid til for eksempel implementering af målrettet ADL-træning. Det, understreges af informanterne, at ADL-træning kræver mere tid. Når patienten selv skal have tid til at udføre aktiviteter i ADL tager det mærkbart længere tid, end hvis patienten får hjælp til for eksempel vask og påklædning, en tid plejepersonalet på slagenheden ofte ikke har.

Reformbølgen New public management, har i høj grad bidraget til måden sygehusene styres og drives på, både økonomisk og organisatorisk. Kravene til effektivitet og fleksibilitet gennem moderniserings- og omstillingsprocesser har haft konsekvenser for både patientbehandling og professionsudøvere i sygehusene.

Min undersøgelse viser, at ergoterapeuter og sygeplejersker i akut slagbehandling, ofte står overfor uløselige udfordringer, når de på den ene side skal ivaretage god patientbehandling, som er i tråd med nationale forskningsbaserede retningslinjer, og på den anden side ligger under for et dagligt tidspres på grund af manglende personaleressourcer. Den målrettede ADL-træning får svære vilkår med sådanne rammer.

Kravene om fleksibilitet og måling af resultater er en af årsagerne. De omstruktureringer som flere af sygehusene i undersøgelsen har været igennem, har betydet sammenlægning af forskellige afdelinger med forskellige diagnosegrupper og behandlingskulturer. Formålet har blandt andet været øget fleksibilitet i personaleressourcerne. Begrebet fleksibilitet er problematisk i denne sammenhæng, som uddybet i kapitel 3, netop fordi mål om en effektiv

virksomhed og organisering altid vil være en præmis for fleksibilitet. Ramsdal og Skorstad uddyber, at fleksibiliteten ikke efterspørges for sin egen del, netop fordi den altid vil være underordnet effektivitetskravet. Det betyder, at den altid vil tage helt bestemte former, og uanset vil handle om, at være tilpasningsdygtig overfor de som dikterer betingelserne (Ramsdal og Skorstad, 2004).

Min undersøgelse viser, at fleksibilitet går på bekostning af kvalitet og kontinuitet, blandt andet på grund af det somatiske sygehus' komplekse organisation. Akut slagbehandling kræver tværfagligt teamarbejde og specialiseret kompetence. Det er en af grundene til organiseringen af slagenheder, som er vel bevist både, at mindske dødelighed og alvorlig funktionsnedsættelse (Helsedirektoratet, 2010).

Trods det faktum, at slagenheder i dag er veletablerede, så er kvaliteten på indholdet af de tværfaglige tiltag langt mere usikkert. I hvert fald når man tager udgangspunkt i min undersøgelse om implementering af målrettet ADL-træning. De organisatoriske og strukturelle rammer som New public management har skabt, betyder at Nationale anbefalinger, på visse områder, ikke følges op. I hvert fald hvis de kommer i konflikt med målene om økonomisk effektive og fleksible løsninger. Samtidig så bidrager den indsatsstyrede finansiering (ISF), til at fokus ligge på økonomien og driften i den enkelte afdeling. Noget som heller ikke bidrager til at skabe hele og koordinerede forløb på tværs af afdelingerne.

Informanternes oplevelse af konstante organisatoriske og strukturelle forandringer, samtidig med øget krav til for eksempel kvalitetsindikatorer i det kliniske arbejde, er en del af det daglige arbejdsliv. Samtidig har forandringerne ført til, at effektivitet og ledelseskontrol bliver sat foran kundskabskontrol og kollegialitet (Svensson, 2010). New public management har også, ifølge Wyller et. al. (2013) betydet, at der sættes krav til loyalitet opover i niveau samtidig som ansvar og dilemmaer delegeres nedover, først og fremmest fra politisk til byråkratisk niveau. Wyller nævner helseforetaksreformen som et godt eksempel på dette. Nu er det foretaksstyrene, og ikke politikerne, som har det overordnet ansvar for sygehusdriften. Dernæst delegeres dilemmaerne ned til "fodfolket", som med utilstrækkelige ressourcer må forsøge, at ivaretage det ansvar som pålægges dem (Wyller et. al., 2013).

Professionsudøverne stilles overfor valg mellem troskab mod linjen versus troskab mod patienten. En konsekvens som jeg også mener, kan føre til, at professionerne ofte vil stå i dilemmaer, der kan karakteriseres som dobbeltbindende arbejdsopgaver. Et begreb blev præsenteret i kapitel 3.0.. På den ene side skal de forholde sig til kundskab og retningslinjer, der anbefaler en kontinuerlig opfølgning på, for eksempel målrettet ADL-træning i "alle

døgnet våkne timer 7 dager i uka" (Helsedirektoratet, 2010). På den anden side så må der ivaretages flere patienter med færre personaleressourcer. Noget der tilnærmelsesvis synes umulig.

Konsekvenserne af de rammevilkår professionsudøverne i min undersøgelse arbejder under, kan sammenlignes med pædagogernes i bogen "*Umyndiggørelse*" (Willig, 2009). I begge tilfælde, er der tale om professioner der arbejder i den offentlige sektor, og som har gennemgået en lang række reformer, besparelser og omstruktureringer. I pædagogernes tilfælde, som Willig beskriver det (2009), kan det ofte føre til handlingslammelse i og med, at de ingen indflydelse har på de forhold, der skaber dobbeltbindende arbejdsopgaver. Dilemmaer som i pædagogernes tilfælde, også fører til Willigs ansatser til en teori om kritikens infrastruktur (Willig, 2009). I min undersøgelse kommer kritikken af disse arbejdsvilkår kun frem i begrænset omfang. Informanterne udtrykker frustration og til dels opgivelse over for de rammevilkår som lægges for deres arbejde; Omstruktureringer med fokus på fleksibilitet, og manglen på personaleressourcer. Kritikken *kunne* være fremkommet langt kraftigere mod de, som har ansvar for forudsætningerne og rammerne for fagprofessionernes arbejde, politikkerne og ledelsen. Men, som en af informanterne i undersøgelsen påpeger, så oplever de ikke at have nogen indflydelse på de beslutninger som tages. De faglige argumenter, både de professionelles faglige vurdering og de forskningsbaserede retningslinjer bliver ikke hørt, eller de nedprioriteres i en organisation hvor effektivitet, og "mere sundhed pr. krone" er styrende for aktiviteten. De vinder ikke gehør i ledelsen, hvor beslutningerne tages. Dette kan være med til at forklare noget af grunden til, at informanternes kritik i højere grad, er rettet mod eksempelvis kollegaer, der mangler kompetence om akut slagbehandling. Professionsudøverne i min undersøgelse har ikke oplevelsen af, at blive hørt af ledelsen. For er det ikke ledelsen som har det overordnet ansvar for oplæring og opbygning af kompetence? Eller hvad med politikernes fastsættelse af finansielle og organisatoriske rammer for sygehusdriften? Rasmus Willig gør en metaforisk sammenligning af kritikken med en trafik-motor. Når kritikken ikke træffer der den har til hensigt, som i tilfældene i min undersøgelse, kan det siges at kritikken må vælge en alternativ rute, og dermed flyttes kritikken over på en part, i dette tilfælde, kollegaer der mangler kompetence om slagbehandling.

New public management har altså været med til at skabe rammevilkår for professionsudøvernes arbejde i min undersøgelse. Det har bidraget til blandt andet dobbeltbindende arbejdsopgaver og prioriteringer der betyder fravalg af arbejdsopgaver, der

anbefales, at være en del af god og effektiv slagbehandling. Udviklingen hævder Wyller et. al. (2013), går i første omgang ud på, at professionsudøverne i sygehuset må arbejde stadig hurtigere. Noget som flere af informanterne i min undersøgelse påpeger.

Langtidsvirkningerne, siger Wyller et. al. (2013), er der i mod demotiverede sundhedsarbejdere med faldende personlig ansvarsfølelse. Ansvarsfølelse for arbejdsopgaven målrettet ADL-træning, er netop et tema i min undersøgelse. Hvorfor er det, at nogen professionsudøvere ikke betragter målrettede ADL-træning som deres arbejdsopgave? De rammevilkår som New public management har været med til at skabe for de som arbejder i sundhedsvæsnet, kan være noget af forklaringen.

Målrettet ADL-træning, kan desuden karakteriseres som værende i et gråzonefelt. ADL er et fælles fagområde for ergoterapeuter og sygeplejersker, som er præget af varierende faglig indsigt. I min undersøgelse påpeges det i særlig grad i forhold til kundskab, både i forhold til betydningen af målrettede træningsindsatser i ADL, men også når det gælder forståelse for beskrivelse af specifikke ADL-tiltag, som eksempelvis i en ADL-plan.

6.2 Målrettet ADL-træning i et professionsteoretisk perspektiv

Et godt tværfagligt samarbejde hvor alle fagprofessioner arbejder mod samme mål, og hvor for eksempel en ADL-plan følges op, er afgørende for at lykkes med implementering af målrettet ADL-træning. Det understreges i undersøgelsen, at når dette fungerer, så skaber det gode forudsætninger for kontinuitet i den målrettede proces med implementering af ADL-træning. Men, hvorfor er det da, at dette samarbejde fremstår som både skrøbeligt og stærkt personafhængigt? Undersøgelsen viser, at organiseringen af fagprofessionerne ikke er det afgørende. Enkelte i undersøgelsen oplever at den fysiske afstand har betydning for samarbejdet, og andre gør ikke.

En del af de udfordringer der opstår i samarbejdet vurderer jeg, kan forklares ud fra professionernes hierarki, og den relativ hierarkiske struktur på sygehus- og afdelingsniveau (Lauvås og Lauvås, 2004). Et hierarkisk system mellem professionerne, hvor ergoterapeuter som en "marginaliseret" gruppe. Det kan bidrage til udfordringer i samarbejdet.

Undersøgelsen viser, at implementering af målrettet ADL-træning i høj grad er afhængig af forståelse og velvilje hos sygeplejerskerne. Ergoterapeuten, kan siges, at indtage en position, hvor de på den ene side tilhører en marginaliseret gruppe i hierarkiet af fagprofessioner på sygehuset, og på den anden side må indtage en rolle hvor de kan opfattes, at diktere "ekstraarbejde" for personalet på sengeafdelingen. Det kan være med til at skabe en spænding eller uoverensstemmelser i samarbejdet. Implementering af målrettet ADL-træning møder

derfor vanskelige vilkår i det somatiske sygehus system, fordi det præges af et professionelt hierarki i det tværfaglige samarbejde.

ADL-træning er et kerneområde i det ergoterapeutiske arbejde. Det er det ikke for sygeplejersker og assistenter. Disse fagprofessioner har, traditionelt, en mere omsorgsorienteret forståelse af ADL-begrebet. Det beskriver både ergoterapeuter og sygeplejersker i undersøgelsen. Derfor, vurderer jeg, kan den målrettede ADL-træning opfattes af plejepersonalet som ekstraarbejde, der udføres afhængig af tid og prioritering hos den enkelte fagprofessionelle. Også selvom de betragtes som en vigtig del af behandlingsoplægget i akut slagbehandling. ADL-træning er, som ergoterapifaget, relativt ny i somatisk sygehus sammenhæng. De traditionelle arbejdsområder for fagprofessioner på sygehus, har en mærkbart længere og traditionel plads i behandlingskulturen på somatiske sygehus. Eksempelvis medicinering og i varetagelse af hygiejne og trygsår. Det vil uanset altid, komme højere på prioriteringslisten over arbejdsopgaver, når personaleressourcerne er få. Implementering af målrettet ADL-træning, er derfor også afhængig af de involverede fagprofessioners følelse af ansvar og forpligtelse overfor en opgave, som traditionel ligger uden for deres arbejdsområde, og som i det organisatoriske og fagprofessionelle hierarki, ivaretages af en marginaliseret gruppe.

Herudover, viser undersøgelsen en noget uklar arbejds- og ansvarsfordeling i implementeringen af ADL-træning. Det er uklart, om det er ergoterapeuten der har ansvar for igangsættelse og gennemførelse af ADL-træning, og hvornår i forløbet ansvaret overføres til andre professioner. Den uklare ansvarsfordeling skaber i sig selv dårlige vilkår for implementeringen af målrettet ADL-træning. Somatiske sygehuse har klare opgave- og ansvarsfordelinger for størstedelen af alt klinisk aktivitet som foregår. Implementering af målrettet ADL-træning afhænger af et tværfagligt samarbejde, og igangsættelse og udførsel afhænger i høj grad af en faggruppe som står lavt i det hierarkiske system.

ADL-træning kan derfor siges, at være en arbejdsopgave, som mangler den klare opgave- og ansvarsfordeling, som er nødvendig for at sikre implementeringen på et mere formelt plan. Det er desuden også et spørgsmål, om prioritering af ADL-træning, har den nødvendige ledelsesmæssige forankring. Det hierarkiske præg i organisering og mellem fagprofessionerne, får også her en betydning. Arbejdsopgaven, målrettet ADL-træning, vil i de fleste tilfælde i undersøgelsen, være forankret i en enhed og en ledelse, som organisatorisk og hierarkisk, står udenfor den afdeling og det personale, hvor opgaven skal udføres, eftersom ergoterapeuterne i de fleste tilfælde er organiseret i egne enheder. Ergoterapeuterne har desuden, i de fleste tilfælde, ikke turnus. De arbejder på dagtid i ugedagene. Den ene

ergoterapeut i min undersøgelse, som har en delvis turnus med nogen få aftenvagter og weekendvagter, fremhæver dette som en fordel. Det giver mulighed for at følge op på patienterne på en anden måde, og bidrager til træningsmuligheder på tidspunkter hvor der traditionelt set ikke foregår nogen særlig aktivitet.

Spørgsmålet er, om nogle af udfordringerne med implementering af målrettet ADL-træning, kunne afhjælpes, om ergoterapeuter gik i delvis turnus, og på den måde, havde mulighed for, at være involveret i aktiviserende tiltag i flere af patientens vågne timer.

Samarbejdet bliver i høj grad afhængig af et tværfagligt samarbejde med gode samarbejdsrelationer. Noget som er tilfældet i flere eksempler i undersøgelsen, mens det i andre eksempler viser sig at møde store udfordringer. Her skaber uoverensstemmelser i forventningerne til andre professioners opgaver og ansvar frustration. En terapeut i undersøgelsen beskriver, at den spænding der opstår mellem terapeuter og plejepersonale, bygger på en uoverensstemmelse mellem egne og andre professioners krav til den rolle som en bestemt profession forventes at udøve. Rolleforventninger stammer hovedsageligt fra omgivelserne, men er også skabt af rolleindehaveren selv. I et tværfagligt samarbejde, skriver Lauvås og Lauvås (2004), vil samarbejdspartnerne have forventninger til indhold og form på hinandens roller, samtidig som de vil have forventninger, mere eller mindre klar, til egen rolle. Dermed er rolleindehavere både normsender og normmodtager, skriver Lauvås og Lauvås (2004).

Når der opstår uoverensstemmelse i forventningerne mellem normsender og normmodtager, og kravene bliver uforenelige kan der opstå en rollekonflikt. Rollekonflikter kan, ifølge Lauvås og Lauvås (2004), udspille sig i forskellige samarbejdssituationer. I undersøgelsens tilfælde kan der være tale om uforenlige forventninger mellem normsender og normmodtager. Denne type rollekonflikt, mener Lauvås og Lauvås, er særlig udtalt hos ansatte som arbejder både internt og eksternt. Organiseringen af professionerne involveret i implementering af målrettet ADL-træning, med terapeuter der ivaretager arbejdsopgaver både i og udenfor slagenheden, er et eksempel på ansatte der arbejder både internt og eksternt. Selvom alle professionerne tilhører en fælles overordnet organisering, syghuset, så kan sygehusets komplekse struktur og specialisering bidrage til oplevelsen af egen afdeling som intern og andre afdelinger som eksterne. Det betyder, ifølge Svendsgård (2010), at der skabes subkulturer i de enkelte afdelinger i sygehusorganiseringen. Det bidrager dermed til, at de enkelte afdelinger har hver sin måde, at definere og udføre egne opgaver på.

Svendsgård (2010) nævner dette i sammenhæng med organisationskultur, hvor interne forhold på en enhed eller sengeafdeling vejer tungere i professionsudøvelsen end samarbejdet mellem enheder eller sengeafdelinger. Informantens frustration over sygeplejerskernes manglende forståelse for de arbejdsopgaver som må udføres, kan altså forklares med en opstået rollekonflikt. Uoverensstemmelserne kan føre til sanktioner. Både af positiv og negativ karakter. Disse er ifølge Lauvås og Lauvås (2004), vigtige mekanismer i socialisering til udformningen af egen rolle. Specielt i forhold til de, uformelle roller, som er en del af det daglige arbejde. Hvis grundlagt for den viden man har om hinandens roller, er usikkert, vil sanktioner af negativ karakter målrettet mod afvigende rolleadfærd, opleves uretfærdig og uforståeligt for rolleindehaveren (Lauvås og Lauvås, 2004).

Afklaring af rolleforventninger er derfor helt nødvendig i et tværfagligt samarbejde. Lauvås og Lauvås (2004) påpeger, at den kundskab vi har om andre professioners roller ofte er mangelfuld og overfladisk. I et tværfagligt samarbejde er det helt nødvendig at informere, diskutere og afklare de enkeltes roller i samarbejdet. Kundskab om andre professioners rolle, nævnes af flere i min undersøgelse. De påpeger udfordringer i samarbejdet når netop samarbejdspartnere med en anden profession, ikke har kundskab om deres rolle, eller opfattelsen af rollen bygger på stereotyper og konventionelle opfatninger. Det, pointerer Lauvås og Lauvås (2004), er specielt karakteristisk i flerfagligt arbejde, hvor sådanne rolleopfattelser, har lettere ved at overleve. Årsagen er hovedsageligt, at man i flerfagligt samarbejde, ikke på samme måde, som i tværfagligt samarbejde er præget af gensidig afhængighed og nærhed.

Netop definitionen af samarbejdsformen er interessant her. Min undersøgelse indikerer, at samarbejdet i flere tilfælde kan betegnes som flerfagligt samarbejde fremfor tværfagligt samarbejde. I sygehuset arbejder professionerne i højere grad parallelt med hinanden, og de tværfaglige møder bærer præg af rapportering fra de enkelte professioner, fremfor diskussion og formulering af fælles mål for tiltag. En enkelt af informanterne påpeger, at de tværfaglige møder ikke indeholder den nødvendige tværfaglige diskussion med fælles målsætning. Det tværfaglige teamarbejde i slagenheden, kan af denne grund, også siges at have vanskelige vilkår. Organisering, professionernes hierarki og uafklarede rolleforventninger er alle elementer, der bidrager til udfordringer for tilrettelægning af et godt tværfagligt teamarbejde. De i min undersøgelse som oplever, at have et godt tværfagligt samarbejde, har relativt afklarede rolleforventninger, og fremfor alt god fortløbende kommunikation.

6.3 Målrettet ADL-træning, akut slagbehandling og rehabilitering

Implementering af målrettet ADL-træning i akut slagbehandling, kan være en intervention i den tidlige fase af en rehabiliteringsproces. Det forudsætter at interventionen er målrettet, og tværfagligt med kontinuerlig opfølgning og evaluering. Tilstedeværelsen af disse elementer er forudsætning for en kvalificeret og effektiv intervention. Sådanne interventioner, er en del eller en start på en rehabiliteringsproces, og kan være med til at bidrage til en videre rehabiliteringsproces. Akutfasen, er altid bare først skridt på den videre vej for den slagrammede. Uanset om det drejer sig om en bedring i, for eksempel fysisk funktion eller tilpasninger i aktivitetsudførelse, så må tiltag i akutfasen altid ses i sammenhæng med det videre forløb, og dens slagrammedes ønsker og håb.

Informanterne i undersøgelsen taler om "akut" eller "tidlig rehabilitering". Indsatsen i akut slagbehandling fremstår primært som fysisk funktionstræning, en intervention som nævnes i rehabiliteringsmeldingen som værende en *del* af målene for en rehabiliteringsproces. Samtidig så lægger informanterne stærk vægt på betydning af tværfagligt samarbejde, hvor der sættes fælles mål for indsatsen. Det kan vise til et ønske og en intention hos informanterne i undersøgelsen, om at det er sådan praksis *burde* være.

Rehabilitering handler først og fremmest om en *proces*, hvor koordinering af tjenester og brugermedvirken er vigtige elementer. Den akutte slagbehandling må, om der skal være tale om interventioner i en rehabiliteringsproces betragte sig selv, som netop en del af denne proces. Min undersøgelse indikerer, at rehabilitering i akut slagbehandling udfordres af flere elementer. Først og fremmest viser min undersøgelse, at tiltagene mangler målrettet og kontinuerlig opfølgning, blandt andet på grund af manglende personaleressourcer og specialopførte plejepersonale, med forståelse for vigtigheden af implementeringen af de målrettede ADL-tiltag. Det indikeres desuden, at koordinering af behandling og udredning under indlæggelsen på en slagenhed, kun er til stede i mindre grad. Visse ting internt på slagenheden, for eksempel samarbejdet med fysio- eller ergoterapeut er muligt at koordinere. Koordinering af anden behandling og udredning som foregår udenfor slagenheden, er præget af en større grad af tilfældighed, og planlægges ikke i sammenhæng med for eksempel den målrettede ADL-træning. Sygehusets hierarkiske organisering og det medicinske hegemoni kan bidrage til at forklare, hvorfor koordinering mellem enheder og opgaver udenfor slagenheden kan være udfordrende.

Informanterne efterlyser desuden kompetence om rehabilitering og akut slagbehandling hos pandre sygeplejersker og assistenter. De vurderer, det vil bidrage til bedre forståelse, både for det tværfaglige målrettede samarbejde mellem professionerne, samt vigtigheden af målrettet ADL-træning.

Min undersøgelse kan tyde på, at rehabilitering, som beskrevet i undersøgelse om specialhelsetjenesten nævnt i kapitel 3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997 og 2005), fortsat er et begreb, som knyttes til for eksempel den fysioterapeutiske profession.

Rehabilitering nævnes i undersøgelsen ofte i sammenhæng med fysisk funktionstræning. Som nævnt i kapitel 3, så er det medicinske fokus fortsat dominerende indenfor rehabilitering.

Professionernes hierarki og den komplekse struktur, der kendetegner det somatiske sygehus, bidrager til entydigt fokus på fysisk funktionstræning. Jeg mener for så vidt ikke det er et problem. Som beskrevet tidligere i opgaven, er den første tid på somatisk sygehus, præget af medicinsk behandling og udredning, og sådan skal og bør det være. Desuden er tidlig og intensiv træning af fysiske funktionstab, som nævnt i teorikapitlet, også både anbefalet, og ofte en naturlig del af den tidlige fase i en rehabiliteringsproces. Problemet opstår, når rehabilitering betragtes som bestemte professioners ansvar og virkeområde, eller når den fysiske funktionstræning mangler både intensitet og målrettethed, hvilket er tilfældet i mange af eksemplerne i min undersøgelse. Da bliver indsatsen i værste fald både fragmenteret og præget af tilfældighed og "hvem som er på job". Når det er tilfældet, er der hverken tale om interventioner som en del af en rehabiliteringsproces, eller tidlig/akut rehabilitering som informanterne i min undersøgelse og de nationale faglige retningslinjer beskriver.

Det er desuden interessant, at begrebet rehabilitering fortsat opfattes i en så relativ smal form, som min undersøgelse indikere. Rehabilitering bliver ikke nævnt i sammenhæng med rehabiliteringsprocesser, der ivaretager hele mennesket. Tiltagene i akut slagbehandling bliver, kun i mindre grad nævnt, som en del af en rehabiliteringsproces, der strækker sig udover den akutte sygehusbehandling. Det betyder for så vidt ikke, at professionsudøverne ikke har dette med sig. Men rehabilitering som en koordineret og brugerinvolverende proces med målrettede tværfaglige tiltag, ser ikke ud til at være en del af de daglige refleksioner.

Selvom jeg dermed konkludere, at akut slagbehandling, på flere afgørende punkter, ikke er i tråd med rehabiliteringsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) og de Nationale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010), så er der elementer i akut slagbehandling, som adskiller sig fra almindelig sygehusbehandling. Man har fokus på samarbejde på tværs af professioner, og lægger vægt på mobilisering og aktiverende træning. Det er nogle af de

elementer, som professionsudøverne i min undersøgelse kæmper for at praktisere. Flere af dem taler netop om udfordringer med manglende forståelse hos personale udenfor slagenheden. Det giver samtidig, de som er i slagenheden, en bekræftelse på, at de adskiller sig fra de "normale" miljøer i sygehuset. Men fundene i min undersøgelse viser, at rehabilitering som en proces med målrettede og koordinerede tiltag, er begrænset i akut slagbehandling.

6.4 Målrettet ADL-træning – mellem teori og praksis

Fundene i min undersøgelse giver et billede af en påfaldende stor afstand mellem teori og praksis, når det gælder målrettet og kontinuerlige opfølgning på ADL tiltag til slagpatienter i akutfasen. Som nævnt flere gange, er implementering af målrettet ADL-træning i akutfasen ideelt set et tværfagligt samarbejde mellem professioner. Min undersøgelse har vist, at målrettet ADL-træning har svært vanskelige vilkår, både på grund af rammevilkår med utilstrækkelig personaleresourcer, men også på grund af manglende kompetence. Det er de ting som især fremhæves af informanterne i undersøgelsen.

Fundene giver dog ingen svar på, hvilke muligheder professionsudøverne selv har for at påvirke samarbejdet på tværs af professioner. Der gives heller ikke andre bud på, hvad der kan skabe bedre vilkår for opfølgningen på målrettede ADL-tiltag. Definitionen af tværfagligt samarbejde, som andet end fælles målsætning, har ikke været tema i interviewene. Svaret på udfordringerne i det, som defineres som tværfagligt samarbejde, er manglende kompetence og forståelse for indholdet i akut slagbehandling og betydningen af målrettet ADL-træning. Professionsforskelle nævnes i mindre grad, og ingen i min undersøgelse peger på sygehusets hierarkiske og komplekse system, som en del af årsagen. Tværfagligt samarbejde har, som nævnt tidligere, vanskelige vilkår i sygehusene, blandt andet på grund af professionernes hierarki og uoverensstemmelse i rolleforventninger (Lauvås og Lauvås, 2004 og Svendsgård, 2010).

Om det antages at professionsidentiteten står så stærkt som litteraturen beskriver det, og kundskaben om andre professioner ofte er begrænset, hvilke forudsætninger giver det som professionsudøver til at se egen professionsudøvelse, som en del af både problemet og løsningen? Refleksion af den karakter bliver helt afgørende, når samarbejde af den type skal praktiseres. Rammerne bør ligges tilrette for at diskutere og formulere samarbejdspraksis, noget som Lauvås og Lauvås (2004) fremhæver, er helt afgørende i tværfagligt samarbejde. En enkel af informanterne efterlyser dette, og fremhæver netop manglen på sådanne diskussioner som en del af årsagen til samarbejdsproblemer. Det faktum, at min undersøgelse

bygger på fokus grupper sammensat på tværs af professioner kan desuden tænkes, at bidrage til begrænsede fund af den karakter. Fordi udtalelser med et sådant indhold vil kunne skabe konflikt.

Tværfagligt samarbejde som tema og kundskabs- og virksomhedsområde virker, ifølge min undersøgelse, ikke til at være et tema i akut slagbehandling, trods forskningsbaserede retningslinjer, der fremhæver denne samarbejdsform som helt afgørende for god og effektiv slagbehandling. Det er derfor også interessant, hvor begrænset beskrivelsen af tværfagligt samarbejde er i undersøgelsen, sammenlignet med de gange denne samarbejdsform nævnes som helt afgørende i arbejdet med målrettet ADL-træning.

Kritikken af den målrettede ADL-træning, som en praksis, der i høj grad er personafhængig, og mangler kontinuerlig opfølgning, fremstår mærkbart moderat i min undersøgelse. Er det loyalitet mod det systemiske og hierarkiske sygehus, eller ligegyldighed, efter år, hvor arbejdspress og krav er fortsat øgende (Wyller et. al., 2013)? Med udgangspunkt i min undersøgelse, er det bestemt ikke min oplevelse. Informanterne i undersøgelsen har hver og en fremstået som dedikerede og kompetente professionsudøvere, der strækker sig langt for at give den bedst mulige patientbehandling, men de har svært vanskelige vilkår. Så måske er det fordi, at hverdagen er fyldt med tilstrækkelig af udfordringer og opgaver, og dermed giver minimal af tid, til den type refleksion. Jeg tror, et stykke afvejen, så ser man sig tilfreds med det man får til, netop fordi rammevilkårene udfordrer professionsudøvelsen i den grad den her fremstår at gøre. På det sygehus, i min undersøgelse, hvor man har arbejdet målrettet med kompetenceøgning, og slagenheden er bemandet af et fast tværfagligt team, der fremstår manglende personaleressourcer også som et vilkår. Det virker dog til, at man trods dette, langt hen ad vejen lykkes med kontinuerlig og målrettede ADL-tiltag.

I 2012/2013 begyndte Norsk Hjerneslagregistre sin registrering af personer med akut hjerneslag indlagt på norske sygehuse (Norsk hjerneslagregister). Formålet er, gennem registrering af nuværende praksis, at sikre og forbedre kvaliteten i behandlingen og udviklingen af tjenester. Registreringen giver de enkelte sygehuse mulighed til at trække ud statistik for egen drift, og blandt andet gøre sammenligninger på landsbasis, samt anvende sådanne data til videre kvalitetsarbejde.

Registreringen er blandt andet baseret på en række behandlingsmæssige tiltag. ADL-træning er ikke en af dem, men udførsel af svælgtest er. Det er et område, som på mange måder kan sammenlignes med målrettet ADL-træning. Det forudsætter kompetence og kontinuitet i personalegruppen, hvilket også er vigtige forudsætninger for en kontinuerlig opfølgning på målrettede ADL-tiltag. Målet for antal patienter, hvor man har testet svælgfunktion er 95%.

Landsgennemsnittet er 71,2%. Altså giver statistikken et klart billede af forbedringspotentiale på dette område (Norsk hjerneslagregister, 2014). Selvom tallet må tolkes med forbehold (udfordringer med registrering og fejlregistreringer), så mener jeg det er interessant, at netop test af svælgfunktion er en af de indikatorer der scorer lavt. Mon udfordringer med kontinuitet af specialoplärt personale og tværfagligt samarbejde også kan have betydning her? Og er det omvendt ting som fungerer godt de steder hvor man opfylder målet? Statistikken viser, at den procentvise målopnåelse er høj på det sygehus i min undersøgelse, hvor de har haft et målrettet kompetenceprogram og er organiseret i et fast tværfagligt team, mens det sygehus i min undersøgelse, der oplever størst udfordringer med samarbejde og manglende specialoplärt personale, ligger langt under den procentvise målopnåelse (Norsk hjerneslagregister, 2014).

Selvom denne sammenligning ikke giver belæg for at trække stærke konklusioner, så er det interessant. Det giver det enkelte sygehus mulighed for at evaluere og diskutere tiltag, som ikke kun handle om den medicinske udredning og behandling, men også handler om de tiltag der forudsætter godt tværfagligt samarbejde. Det kræver dog afsætning af tid og ressourcer.

7.0 Afslutning

I dette kapitel opsummeres de fund jeg har gjort i forhold til problemstillingen; *Hvad fremmer og hæmmer implementering af målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen?* Samt afsluttende refleksioner, med forslag til videre forskning.

Dette studie har behandlet en lille flig af de mange indsatser som sker hver dag på sygehusene i Norge. Den præsenterer fund fra et begrænset geografisk område af landet. Alligevel er det tankevækkende for praksis, når fund som disse indikere et så relativt stort skel mellem teori og praksis. Undersøgelsens problemstilling; "*hvilke faktorer som fremmer og hæmmer implementering af målrettet ADL-træning til slagpatienter i akutfasen*", har gennem fire fokusgruppeinterview bestående af ergoterapeuter og sygeplejersker, søgt efter forklaringer og årsager til, hvad der har betydning for en god og kontinuerlig opfølgning på målrettede ADL-tiltag til slagrammede. Udfordringer af både organisatoriske og samarbejds-mæssig karakter har vist sig, at have stor indflydelse på, om målrettet ADL-træning i det hele taget gennemføres.

De rammevilkår af organisatorisk og økonomisk karakter, som har sit udspring i New public management bevægelsen, har en stor del af ansvaret. Der er simpelthen ikke tilstrækkelig med personaleressourcer, og dette gælder også for slagenhederne. Resultatet er, at personalet må løbe stærkere og stærkere, og at nogle frasiger sig ansvaret for at følge op på ADL-tiltag, med den begrundelse, at det ikke er deres ansvar. Manglende kontinuitet påvirker kvaliteten. Det betyder i nogle tilfælde, at ADL-træning udelukkende gennemføres af faste nøglepersoner som slagsygeplejerskeren og ergoterapeuten. Det gør den særdeles personafhængig.

Min undersøgelse giver et billede af en praksis, der mangler større teoretisk grundlag, når det gælder de tværfaglige tiltag, som ikke er medicinsk funderet. I hvertfald når der tages udgangspunkt i de forskningsbaserede retningslinjer.

Rehabilitering ser, ifølge min undersøgelse, fortsat ud til, at stå overfor udfordringer i den store sygehusorganisation. Kombinationen af en organisering der fortsat går mod øget specialisering i kombination med målstyrende faktorer som effektivitet og fleksibilitet, udfordrer forudsætningerne for tværfagligt samarbejde og koordinering på tværs af fag, enheder og tjenester.

Nationale anbefalinger og rapporter giver et tydeligt billede af vigtigheden og gevinsten af gode og effektive tjenester indenfor rehabilitering, både menneskeligt og samfundsmæssigt. Men det bakkes sjældent op lovmæssig og økonomisk. De offentlige tjenester har fortsat vide

rammer for hvordan de tolker og udøver rehabiliteringstjenester. Målrettet ADL-træning til slagpatienter er et eksempel på en lille brik i et stort puslespil af interventioner, der kan udgøre en rehabiliteringsproces. De udfordringer denne indsats møder, er både store og komplekse. Ikke desto mindre findes mange af svarene allerede.

For de som arbejder i dette felt, professionsudøverne, så fremstår arbejdsvilkårene til tider mere end udfordrende. Ifølge kritikere er norsk helsevæsen under pres. New public management får en stor del af skylden. I bogen "*Helsesviket*" (Askvik, 2015) giver ansatte i helsevæsenet, gennem en række breve, et billede af de udfordringer som rammevilkårene har skabt. Først og fremmest ligger der et budskab i bogen om, at nok er nok. Mange ønsker at bruge mere tid på deres fag og patienterne, og mindre tid på administration og kontroludøvende opgaver. Som en af brevskriverne udstrykker det:

"Helsepersonell strekker seg langt, bare de får lov å holde på med det de egentlig er satt til. Denne idealismen risikierer å bli erstattet av lydig instrumentell tenkning og resignert middelmådighet" (Mack-Boander, 2015 s. 90).

I 2015 begynder revidering af De faglige nationale retningslinjer for behandling og rehabilitering af hjerneslag. Anbefalingerne bygger på studier gjort før 2008, og der er derfor behov for en opdatering af kundskab som er kommet efter 2008. Jeg håber den kan blive udgangspunkt for at skærpe fokus på de centrale anbefalinger i retningslinjen, og bidrage til større gennemslagkraft for de tiltag i akutfasen, der bygger på tværfagligt samarbejde.

7.1 Afsluttende kommentarer

Udgangspunktet i denne undersøgelse har været de professionelle klinikere, der arbejder med akut slagbehandling til daglig. Det kunne være interessant at få ledelsens perspektiv på de udfordringer, deres medarbejdere oplever. Er det, som kritikerne siger, de økonomieffektive begrundelser, som overstyrer? Har de, som er nærmest patienterne ingen reel indflydelse på de rammer og den kvalitet, der er blevet vilkårene, for eksempel for målrettede ADL-tiltag til slagpatienter?

Set ud fra eget professionsperspektiv som ergoterapeut, så ville et studie af professioners betydning for egen fagidentitet, og hvordan det påvirker samarbejdsrelationer med andre professioner, være specielt interessant. Et studie af det tværprofessionelle samarbejde på

somatiske sygehuse kunne derfor være tema for en videre fordybning. Hvordan defineres og beskrives tværfagligt samarbejde af professionerne.

Denne opgave om implementering af målrettet ADL-træning, har givet en større indsigt og forståelse for, hvorfor implementering af ADL-træning kan opleves udfordrende og til tider vanskeligt. Samtidig har det bidraget til refleksioner om videreudvikling, både indenfor samarbejdsrelationer og for eksempel i brugen af ADL-plan. Der ligger et stort ansvar hos os professionsudøvere, om at reflektere over egen praksis, og hvilken effekt vores arbejdsvilkår har for måden hvorpå vi udøver vores fag. Ikke mindst for patienternes skyld, for det er jo de som indsatsen gælder.

Referencer

Asvik L. (red.). (2015). *Helsesviket; Brev fra helsevesnet*. Oslo, Aschehoug.

Becker, Gay. (1997). *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. University of California press Ltd. London. England.

Christensen, T., Læg Reid, P., Roness P.G. og Røvik K.J. (2010). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2. utgave. Oslo, Universitetsforlaget.

Frydstad Pedersen, S. (2012). *Fra innerste fjord til ytterste holme; Ergoterapeutens arbeid med hjerneslagpasientens målsettingsprosess*”. Masteroppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.

Grimen H. og Molander A. (2010). *Profesjon og skjønn*. I Molander, A. og Ternum, L. red. *Profesjonsstudier*. 2. utgave, Oslo, Universitetsforlaget. S. 179-232.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Halvorsen K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave, Cappelen Akademisk forlag.

Heggen, K. (2010). *Profesjon og identitet*. I Molander, A. og Ternum, L. red. *Profesjonsstudier*. 2. utgave, Oslo, Universitetsforlaget. S. 321-332.

Heggen, K. og Molander, A. (2010). *Profesjon og skjønn*. I Molander, A. og Ternum, L. red. *Profesjonsstudier*. 2. utgave, Oslo, Universitetsforlaget. S. 179-196.

Helsedirektoratet.(2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Oslo, Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Ansvar og meistring. Mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. 1998-99 St. meld. nr. 21 (1998-99). Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld->

[nr-21-1998-99-/id431037/?docId=STM199819990021000DDDEPIS&ch=1&q=](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256) (Læst 3. januar 2015) .

Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt*. NOU 2005: 3 Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Pasienten først*. NOU 1997: 2 Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Forskrift og habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastsatt ved kgl. Res. 16 desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (Læst den 5. maj 2015).

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvidenskapelig metode*. 2. utgave, Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Kvale S. og Brinkmann S. (2012). *Det kvalitative forskningsinterview*. 2. utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Langhorne Peter. 2013. *Organized inpatient (stroke unit) care for stroke: A Intervention Review*. (internet), The Cochrane Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub3/full> (Hentet den 21.01.2015).

Lauvås K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. 2. utgave, Oslo, Universitetsforlaget.

Mack-Boander K.(2015) *Kjære meg selv for snart ti år siden*,. I Asvik L. (red.). *Helsesviket; Brev fra helsevesnet* (2015). Oslo, Aschehoug.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for Medisin og Helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget.

Normann T., Sandvin J.H. og Thommesen H.. (2013). *Om rehabilitering; Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. 3. utgave. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Norsk hjerneslagregister (2014). *Årsrapport 2013; Plan for forbedringstiltak*. St.Olavs Hospital, Norsk hjerneslagregister. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/MRS/Hjerneslagregisteret/%C3%85rsrapport%2012.11.pdf> (hentet den. 01.05.2015)

Ramsdal, H. og Skorstad, E. J. (2004). *Privatisering fra innsiden; Om sammensmeltning av offentlig og privat organisering..* Bergen, Fagboklaget.

Rønning O. M., Thommesen L., Russell D.. (2007). *Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 9 – 3. mai 2007. (127) 1161-1316. s. 1219-1223.

Slag.no (internet): www.slag.no Tilgjengelig fra: <http://www.slag.no/Rehabilitering/Slagrehabilitering-generelt> (Hentet den 3.01.2015).

Solvang P. og Slettebø Å. (2012). *Forståelser av rehabilitering*. I Solvang, P. og Slettebø, Å. red. *Rehabilitering*. Oslo, Gyldendal Akademisk, S. 15-32.

Steultjens E.M., Dekker J., Bouter L.M., Van de Nes J.C., Cup E.H., Van den Ende C.H. (2003). *Occupational therapy for stroke patients: A systematic review*. Netherlands Institute for Health Care Research. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12624291>. (Hentet den 13. januar 2015).

Svendsgård, B. (2010) *Sykehuset er en kompleks organisasjon*. I Thommesen, H. red. *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo, Gyldendal Akademisk. S. 55-68.

Svensson L.G. og Karlsson A. (2010). *Profesjoner, kontroll og ansvar*. I Molander, A. og Ternum, L. red. *Profesjonsstudier*. 2. utgave, Oslo, Universitetsforlaget. S. 261-275.

Thagaard T, (201 3). *Systematikk og innlevelse; En Innføring I kvalitativ metode*. 4. utgave, Bergen, Fagboklaget.

Thommesen, B. og Wyller Bruun T. (2007). *Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 9 – 3. mai 2007. (127) 1161-1316. s. 1224-7.

Thommesen H. (2010). Rehabiliteringspolitikk. I *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Thommesen H. red. Oslo, Gyldendal Akademisk. S. 31-51

Tuntland, H. (2014). *En innføring i ADL; Teori og intervensjon*. 2. Utgave, Latvia, Høyskoleforlaget, Norwegian Academic Press.

Wibeck V. (2011). *Med fokus på interaksjon – om å fange opp sammenspiillet mellom deltakere, ideer og argumenter i fokusgruppestudier*. I *Mange ulike metoder*. Fangen K., Sellerberg A. (red). Oslo, Gyldendal Akademisk. s. 15-34

Willig, R. (2009). *Umyndiggjørelse*. Danmark, Hans Reitzels forlag.

www.slag.no. Copyright Landsforeningen for slagrammede. Tilgjengelig fra:

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/slagenheter-flere-oppfyller-ikke-kriteriene/> (Hentet den 23.03.2015).

Wyller, V.B., Gisvold S.E., Hagen, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen J., Størmer, J., Thomsen, I., Wyller, T.B. (2013). *Ta faget tilbake!* Tidsskrift for Norsk Legeforening. Nr. 6 – 19. mars 2013. 133: 655-9. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/2987819> (Hentet den 20.03.2015)

Bilag 1: Godkendelse fra 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

Britt Lillestø
Fakultet for samfunnsvitenskap Universitetet i Nordland
Mørkvedtråkket 30
8049 BODØ

Vår dato: 09.07.2014

Vår ref: 39181 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.06.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39181</i>	<i>Implementering av målrettet ADL-trøning til slagpatienter i akutfasen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt Lillestø</i>
<i>Student</i>	<i>Marie Kirstine Jäntti</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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marie Kirstine Jäntti marie_kirstine_p@hotmail.com

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

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, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39181

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- formuleringen "(...) alle som deltar i intervju blir anonymisert" endres til f.eks. "(...) alle som deltar i intervju blir anonymisert i publikasjoner"
- at det ikke vil ha konsekvenser i forhold til arbeidsgiver eller arbeidsforhold om den enkelte velger å delta eller ikke tilføyes
- navn og kontakinformasjon til veileder tilføyes

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at studenten etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Studie: Master i Rehabilitering

Institusjon: Universitet i Nordland

Beskrivelse av formål og metode for forskningsprosjekt

Forsker/ansvarlig for projektet:

Marie Kirstine Jäntti, Spesialergoterapeut ved Nordlandssykehuset Lofoten

Tema: Implementering av målrettet ADL-trening til slagpasienter i akuttfasen.

Bakgrunn og formål

Formålet med denne Masteroppgave i Rehabilitering, er å undersøke hvordan fagpersonale, som arbeider med slagpasienter i akuttfasen, erfarer og opplever implementeringen av målrettet ADL-trening.

Problemstilling:

Hvilke faktorer fremmer eller hemmer implementering af målrettet ADL-trening til slagpasienter i akutfasen.

Forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever ergoterapeuter og pleiepersonale arbeidet omkring slagpasienter når det handler om målrettet ADL-trening?
- Opplever ergoterapeuter og plejepersonale, der arbeider med slagpasienter i akuttfasen, at organisering og struktur påvirker implementering av aktiviserende trening, og i så fall hvordan opplever de at det påvirker den?

Metode:

Jeg ønsker å foreta gruppeintervju med 5-7 personer bestående av klinisk ergoterapeut, og personale på sengepost sammensatt av både sykepleier og helsefagarbeider, der alle jobber med slagpasienter i akuttfasen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

I fokusgruppeintervju legges der opp til at deltakene drøfter fritt de temaer forsker presenterer. Spørsmålene under intervjuet, vil være rundt temaet ADL-trening til slagpatienter i akuttfasen.

Dette innebærer at du stiller opp til et gruppeintervju sammensatt av deg og andre av kollegaene dine, der dere drøfter de temaer og spørsmål som forsker tar opp.

Gruppeintervjuet vil foregå lokalt på arbeidsplassen i perioden september-oktober 2014, og varer ca. 2 timer. Intervjuet vil bli registrert i form av lydopptak og notater.

Opplysninger om deltaker til bruk for forsker:

Navn, yrke, ansiennitet, arbeidsplass.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og alle som deltar i intervju blir anonymisert. Forsker og veileder vil ha adgang til disse opplysninger frem til prosjektet er avsluttet. Alle data blir oppbevart utilgjengelig for andre enn forskeren. I tillegg vil navneopplysninger bli oppbevart adskilt fra øvrige data.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2015. Heretter blir alle personopplysninger, lydopptak og transkriberinger fra intervju destruert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Marie Kirstine Jäntti, Spesialergoterapeut ved Nordlandssykehuset Loftoten

Mail (privat): marie_kirstine_p@hotmail.com

Telefon privat: 986014009

Telefon arbeid: 76060275

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bilag 3: Interviewguide

Interviewguide til fokusgruppeinterview

Indledning	<ul style="list-style-type: none">• Præsentation af mig selv• Præsentation af studiet• Information om hvad indsamlet data skal bruges til.• Eventuelle spørgsmål fra informanterne omkring projektet eller rammer for interviewet.
Temaer til diskussion	<ul style="list-style-type: none">• Hva forstår I ved målrettet ADL-træning til slagpatienter?• Kan I beskrive, gerne med eksempler, hvordan overgangen fra ADL-vurdering til ADL-træning foregår hos jer?<ul style="list-style-type: none">- (Eksempelvis organisering/procedurer med mere)- (Hvilke faggrupper er involveret/har ansvar for hvad)• Hvad mener I, der skal til for at målrettet ADL-træning kan gennemføres?(praktik, samarbejde, kompetence, organisering)<ul style="list-style-type: none">- Hvad fungerer godt (Beskrivelser/eksempler)?- Udfordringer?• Hvad tænker I om organiseringen og strukturen i sygehuset i forhold til implementering av målrettet ADL-træning?<ul style="list-style-type: none">- Tænker I, det har betydning om faggrupperne er organiseret i forskellige afdelinger/enheder/klinikker – Hvorfor/hvorfor ikke?- Oplever I at faggrupperne har forskellige mål i arbejdet. Har dette betydning for samarbejdet?
Opsummering	<ul style="list-style-type: none">• Opsummering af det som er kommet frem i interviewet.• Har informanterne tilføjelser eller kommentarer.
Afslutning	<ul style="list-style-type: none">• Tilbage melding fra informanterne i forhold til interviewet.• Takke for at de ville deltage.

ADL PLAN

Mål:	Selvstendig i påkledning og øvre vask Revidering mandag den 02.02.14	
AKTIVITET	HJELP Verbalt - Fysisk - Guiding	TILTAK
Bemerkninger		Nedsatt kapasitet og utholdenhet. Begrenset bevegelse i OE samt nedsatt kraft og finmotorikk i hendene. Må ha muntlig støtte til å sette i gang aktivitet. Klarer mye selv, når han får tid - GIV TID OBS: Trenger tid for å våkne på morgenen. Spiser derfor frokost før stell og påkledning.
Spisesituasjon		<u>Tilrettelegging:</u> Sitte i stol med bord i passende høyde for å smøre på og spise selv. Viktig å sitte i lag med - Har behov for hjelp til rensning av gebiss underveis (da disse er for store og der samler seg mat mellom tannkjøtt og gebiss). Giv tid – del gjerne måltid opp utover formiddagen. OBS: Pas. klarer selv å skjære ut, åpne smør og syltetøy samt smøre på. Fordelaktig med lett tykkelig mat som <u>eksempelvis</u> grøt, potetmos og lign. uten at dette bør utelukke annen mat og konsistenser.
Påkledning		Klarer selv å få på bukser og dele av aktivitetene truse, strømper, <u>t-skjorte</u> og <u>fleece</u> .
Stell	Muntlig støtte Tilrettelegging	Oppmuntring og tilrettelegging

Bilag 5: Matricer

MATRICER

Samarbejde

Forskelle i fagligt perspektiv	Ergoterapeutens organisatoriske tilhørighed
---------------------------------------	--

Samarbejde

Forskelle i fagligt perspektiv

Nr.	Citatkode Interview	Informant	Citat	Vurdering	Subtema	Tema
N1	I2s3	Ergoterapeut	Kanskje blir det sådan at han Hans og han Jan Geir, det tar de seg av, for de driver med rehabilitering ikke sant, og ja vi er på den avdeling her, og det er interessant at se hvordan de jobber, men det kan vi ikke ta helt inn over oss ... den måten de jobber på, med denne her helhetstekning, og at de da blir borte.	Rehabilitering bliver noget bestemte faggrupper har ansvar for.	Rehabilitering forventes i varetaket af bestemt faggrupper.	Rehabilitering knyttes til bestemte faggrupper
N2	I2s4	Fysioterapeut	De andre har ikke erfaring med å jobbe med rehabilitering, men noen har likevel initiativ til å prøve nye ting, og andre har ikke det, og vi blir også møtt med sådan en holdning om at hvis de hadde noe tid til overs fra alle de andre ting de må gjør, så kunne de tenke seg å bruke tid på det, men de ser det ikke som en integrert del av jobben.	Rehabilitering som trening og mobilisering, hvor plejepersonalet ikke identifisere sig med de arbeidsoppgaver.	Rehabilitering tilhører bestemte faggrupper.	Rehabilitering knyttes til bestemte faggrupper
N3	I4s7	Slagsygeplejerske	Vi opplever ganske mye av det...og det er jo litt spesielt, for vi er jo ganske	Manglende kundskab om arbeidsmetoden i slagteam	ADL-træning er ikke en prioritert oppgave	Prioritering af arbeidsoppgaver

			aktive med å gå ut selv, på intern undervisning, og med informasjon, men det er som om det ikke trenger inn i den travle hverdagen, hvor alle egentlig har for mye å gjøre, så glemmer man, at der er team, som egentlig jobber annerledes end de andre team...så det kan fort skape konflikter.	bidrager til konflikt.	for plejepersonalet.	
N4	I1s1	Ergoterapeut	Utfordringene er at noen er snill, pleiepersonalet altså (smiler). Og hjelper pasienten for mye. Jeg pleier at si, at jeg kommer ikke med deg hjem, du er nødt å prøve. Når du kommer hjem, så må du faktisk klare det her. Så der er noen som er litt for behjelpelig på veien. På rehabiliteringsveien som pasienten bygger på... og egentlig tror jeg ikke de tenker over hva de gjør.	Hjelperkultur står i modsætning til trening i at blive selvhjulpen.	Uoverensstemmelse mellom målsætning hos professionerne.	Prioritering af arbejdsopgaver
N5	I1s2	Slagsygeplejerske	Du skal hjelpe dem til å føle mestring, og ikke føle at de får et nederlag, men jeg tenker som sykepleier, at jeg kan godt tenke mere med mitt pleiehode, end dåkker gjør. For jeg kan godt tenke at nedentil stell i seng for eksempel, fordi jeg vil ivareta bedre hygiene i sengen, end hvis pasienten skal stå ved vasken og gjør det selv, og knøvel og ikke komme godt til. Då er det er lidt vår forskjellige hovder som tenker. Tror jeg.	Forskellig fokus i samme arbeidsoppgave afhængig af fagprofession (sygeplejerske og terapeut), prioritering og fleksibilitet.	Uoverensstemmelse mellom metodebrug hos professionerne.	Fagforskelle i metode og fokus
N6	I1s3	Slagsygeplejerske	Mmm ja, det er jo egentlig mange ting	Pleje/omsorgs fokus kan	Uoverensstemmelse	Fagforskelle i

			<p>som... eller der er ting som er forskjellige. Blant annet det her med, at vi tenker at vi skal overta en del mere. Det, at vi tenker vi skal ivareta det pleiemessige. At vi skal forebygge trykksår og sårutvikling, så vi vil gjerne ha sjekket nedentil, og det får du ikke til, om de skal stå ved vasken. Det er litt sådan sykepleiehode som vi bruker.</p>	<p>komme i konflikt med fokus i trening i at blive selvhjulpen.</p>	<p>mellem målsætning hos professionerne.</p>	<p>prioritering af tiltag</p>
N7	I1s3	Slagsygeplejerske	<p>Jeg tenker jo, at forskjellighetene... og ja en annen ting jeg tenker i en hektisk hverdag er, at vi pleiere er raskere frempå med å tilby hjelp til ting som pasienten egentlig kunne ha gjort selv, om han bare hadde fått mer tid på seg. Men vi husjer litt på, og der er en litt stresset stemning, og vi vet der er tre senger til der trenger hjelp, og så må vi bare få op farten litt, og så gjør vi en del ting som pasienten egentlig kunne ha gjort selv.</p>	<p>Tidspræs har avgørende betydning for om ADL-træning bliver prioriteret.</p>	<p>Manglende personaleressourcer og prioritering af ADL-træning.</p>	<p>Prioritering og tid</p>
N8	I1s3	Slagsygeplejerske	<p>I stedet for bare å slenge et fad på sengebordet og stelle dem i full fart, klæde på dem og vifte dem over i en stol, og så er det gjort. For det er jo andre måter at gjør det på. Zip så er du ferdig, og så sitter du der. Det blir jo veldig synlig, at der er skjet noe med pasienten, men hvor delaktig har han selv vært.</p>	<p>Forskel på at udfører ADL for patienten, og støtte patienten i selv at udfører ADL.</p>	<p>Uoverensstemmelse mellem målsætning hos professionerne.</p>	<p>Fagforskelle i målsætning og fokus.</p>
N9	I1s11	Slagsygeplejerske	<p>Ja...og så tror jeg at det her</p>	<p>Forskellen på</p>	<p>Uoverensstemmelse</p>	<p>Fagforskelle i</p>

			pleiebegrepet våres, og det at forebygge skade, og de her sengeleie komplikasjoner det veier liksom sterkere, det veier på en måte sterkere hos pleiegruppen på en måte, og at de er på en måte er opptatt av de ting, sammenlignet med hva et ergoterapeuthovde tenker...men det er bare sådanne tanker jeg har gjort.	pleje/omsorgsfokus og ergoterapeutens fokus.	mellem metoder og ressurser hos fagprofessionerne.	fokus og tid til rådighet.
N10	I1s11	Slagsygeplejerske	Ja... og så ligger vi en ordentlig madrass i sengen, også kommer fysioterapeuten og sier, at det er så vanskelig at jobbe med pasienten i sengen med den her madrassen, for det gjør det mer komplisert for dem. Og det er litt sånn...det er jo ikke motsetninger, men der er faglige forskjelligheter, og jeg tenker litt at vi må forstå hverandre, og må forstå, at vi er forskjellige, og har forskjellige angrepsposisjoner inn til hver enkelt pasient. Jeg tror ikke det er noen ulempe, jeg tror det er en fordel at vi har de forskjelligheter.	Fordel at fagprofessionernes har forskjellige fokus til slagpatienten, men viktig at have kendskab til hinandens forskjelligheder.	Kundskab om professionsforskelle.	Kundskab om andre fagprofessioner
N11	I1s11	Ergoterapeut	Ja, og i mange år så fik jeg det samme spørsmål; hvem skal du inn og pleie, og så har jeg svaret, jeg skal ikke pleie noen, de skal pleie seg selv. Så nu får jeg ikke det spørsmål lengre (ler)..ikke sant. Det har noe med tankegangen egentlig...	Ergoterapeuten tager afstand fra begrebet pleje som en del af hendes arbejdsopgave.	Professionsforskel mellem plejepersonale og terapeuter.	Faglige forskelle på fælles arbejdsområder
N12	I1s11	Slagsygeplejerske	Jeg havde jo en kæmpebrat	Betydning af begrænset	Kundskab om	Kundskab om

			læringskurve (ler) i forhold til hvad i egentlig driver med, ikke sandt. Men det var ligesom... inde i mit hoved, der var det sådan, at hvad har vi ligesom brugt de til ude i kommunen. Og det var når der skulle bestilles hjælpemidler fort, og der måtte argumenteres godt på søknaden.	Kendskab til ergoterapeuters arbejdsfelt.	professionsforskelle.	andre fagprofessioner
N13	I1s12	Slagsygeplejerske	Men det har noe at gjøre med å tørre og trede over noen grenser, ikke sant, det å gå litt over i hverandre.	At gripe ind over andre faggruppers fagområde.	Overlapping af fagområder.	Faglig fleksibilitet
N14	I2s4	Fysioterapeut	De ser det ikke som en integrert del av jobben. Det å bruke litt ekstra tid, på å trene pasienten til at kle på seg, og gå på avdelinger, eller hva det måtte være....	Forskell i forståelse af ADL-begrebet som Pleje/omsorg modsat trening i selvhjulpethed.	ADL-træning betragtes ikke som et kerneområde hos plejepersonalet.	Prioritering og opfattelse af egen fagprofession
N15	I2s2	Fysioterapeut	Det her med en kultur der man er vant til at hjelpe og gi passiv pleie, men vi etterlyser at pasienten skal gjøre mest mulig selv, og dermed være mere selvstendig.	Forskell i forståelse af ADL-begrebet som Pleje/omsorg modsat trening i selvhjulpethed.	Forskellig fagforståelse for	Forskellig opfattelse af ADL-begrebet
N16	I2s7	Ergoterapeut	Begge parter må jo bevege seg i mot noen mål for pasienten sin del. Det er jo ikke noen trussel at mitt fag og min profesjon utviskes i denne gruppe her, for jeg får jo brukt det i bømte og spann, og det gjør sykepleieren og fysioterapeuten og så videre...så jeg vet ikke om det er en frykt i forhold til om det blir utvisket og bli en sådan profesjonsløs fugl...	Tværfaglig samarbeid gaver overlapping i arbeidsoppgaver mellom fagprofessionerne.	Overlapping af fagområder.	Faglig fleksibilitet

N17	I3s6	Ergoterapeut	Jeg ser jo at nye sykepleiere har vanskelig ved å la pasienten gjøre ting selv, og de er veldig snar med å smøre på maten, og vaske dem, mens dåkker som har vært her en stund blir bare flinkere og flinkere til å sitte på hendene og...	Uoverensstemmelse mellom Pleje/omsorgskultur og "rehabiliteringskultur".	Uoverensstemmelse mellom målsætning hos professionerne.	Prioritering og fokus
N18	I3s6	Sygeplejerske	Jeg kom til å tenke på, at av og til så ser jeg kanskje en pleier med matbrett, og så har dem smurt på alt, og det ser så fint ut. Men der bruker jeg å tenke...hmm det er ikke ofte jeg bruker å gjøre det klart for pasienten.	Forskellen på at utføre oppgaven for pasienten og lade pasienten selv prøve at utføre oppgaven.	Selvhjulpethed i modsætning til at hjelpe.	Forskelle i professionskultur
N19	I3s5	Ergoterapeut	Det er kanskje det som er det største problemet blant de som er ny. At de ser ikke seg selv som en del av rehabiliteringsprosessen.	Nyansatte ser ikke rehabilitering som en del af deres arbeidsopgaver.	ADL-træning betragtes ikke som et kerneområde hos plejepersonalet.	Prioritering og fokus
N20	I3s8	Sygeplejerske	Men det er jo en del av jobben, og en del av stillinger tenker jeg jo... når du er i en slagenhet. Det er jo altså, det er jo rehabilitering.	ADL-træning er en del af de faste arbeidsopgaver på en akut slagenhet.	Forventninger til udførsel af ADL-træning.	Opfattelse af egen fagprofessions arbeidsområde
N21	I3S5	Ergoterapeut	Uhm... (nikker). Ja for det er ikke alltid forståelse for at pleien også er den del av treningsopplegget for pasienten. Det er kanskje det som er det største problemet blant de som er ny. At de ser ikke seg selv som en del av rehabiliteringsprosessen..	Manglende forståelse hos plejepersonalet for ADL-træning som en integreret del af deres arbeidsopgaver	ADL-træning betragtes ikke som et kerneområde hos plejepersonalet.	Prioritering og opfattelse af egen fagprofession.
N22	I3s18	Sygeplejerske	Man har gått tre år i sykepleien for at likesom skulle gjøre det, men når man er på slag, så er man jo et tverrfaglig team, og man skal ikke sådan heve	Stærk professionsidentitet utfordrer det tverrfaglige samarbejde.		Professionsidentitet og

			<p>profesjon over andre. Det blir på en annen måte et helt annet fokus. Men der tenker jeg på det akutte med hjertestans, så har hjelperne for så vidt også kompetansen, men kanskje ikke det med medisiner og observasjoner, men den hjelpepleieobservasjonen, er jo like viktig, for den er med i stellet, og det er jo ikke vi sykepleiere. Derfor syns jeg det er veldig relevant. Og ikke tenke på at vi er sykepleiere og dem er hjelpepleiere. Det er en veldig dum og negativ tankegang... ja..</p>			
N23	I4s6	Ergoterapeut	<p>Det er jo et lite sykehuset, så det er ofte en eller to leger som er i lengre perioder på vårt team. Så kommer der noen som har fokus på tidlig utskriving, og så kommer der noen som ikke har det (ler litt). Vi ser veldig stor forskjell på hvem det er, og hvilke interesser de har. Og det er klart, det å ha en geriater som har stor forståelse for at ting tar tid, og utredningen skal gjøres, og forebygge nye innleggelse er noe annet, end noen andre. Rett og slett.</p>	<p>Lokalsykehusene har stor utskiftning i lægestaben pga vikarer. Det betyr store forskjeller i hvordan de tverrfaglige møter fungerer.</p>	<p>Lægerne setter dagsorden på de tverrfaglige møter.</p>	<p>Professionernes hierarki.</p>
23A	I2s10	Fysioterapeut	<p>De har andre forventninger til oss end vi kan innfri rett og slett... og jeg følte alltid at der var en forventning om, at jeg skulle jobbe sådan som den tidligere fysioterapeut hadde jobbet i</p>	<p>Uoverensstemmelse mellom fysioterapeuten og afdelingspersonalets forventninger til hvilke arbeidsoppgaver</p>	<p>Forskellige forventninger til rollen som fysioterapeut.</p>	<p>Rollekonflikter</p>

			<p>tretti år i hvert fall ... øhh og det var forventninga, og jeg ønsker ikke nødvendigvis å jobbe sådan, og jeg hadde lyst å jobbe på min måte, og på en litt mer moderne måte følte jeg. Ofte så får jeg henvisninger, der en pleier ønsker hjelp til en forflytning, og så får en lege til at lage en henvisning, og så spise det opp en del av dagen min, med nok så enkle mobiliseringer, som jeg egentlig forventer at pleiegruppa skal kunne selv.</p>	<p>fysioterapeuten skal utfører.</p>		
--	--	--	---	--------------------------------------	--	--

Samarbejde

Ergoterapeutens organisatoriske tilhørighet

Nr.	Citatkode Interview	Informant	Citat	Vurdering	Subtema	Tema
N24	I1s5	Ergoterapeut	<p>Ja, men ikke sant jeg går her hele tiden. Sådan at ja...og så kommer de som jeg jobber i lag med og spør om jeg ikke kan komme og hjelpe med å finne ut av denne her rullestol, og hva er det her for noe, og kan du finne en rullestol ikke sant. Så du går her hele tiden, så du er let tilgjengelig.....og ja og så det her med at have kontakt hele tiden (ser på Beate), sådan at...</p>	<p>Ergoterapeut organisert på slagafdelingen giver en tettere samarbejdsrelation med plejepersonalet.</p>	<p>Ergoterapeutisk tilstedeværelse på sengeafdelingen</p>	<p>Ergoterapeut organisert på sengeafdelingen</p>
N25	I1s5	Ergoterapeut	<p>Mens jeg er ansatt i en annen klinikk, nei en annen enhet, og er her femti prosent på nevrologisk avdeling utenom slag, egentlig. Så</p>	<p>Ergoterapeuterne er ansat i en annen klinikk, og ivaretaget oppgaver på andre avdelinger.</p>	<p>Organisering af ergoterapeuter i anden afdeling.</p>	<p>Ergoterapeut organisert i anden afdeling</p>

			tar jeg de, når Anna er borte, og prøver å overlappe litt sådan...			
N26	I1s8	Ergoterapeut	I morgen skal jeg på jobb på kvelden. Jeg har nu fire til fem tirsdager på tolv uker, og så har jeg to helger, og det synes jeg egentlig er ganske interessant at jobbe sådan. For på dagstid så skjer der jo veldig mye, som vi har vært inne på, mens på kvelden, så får jeg med meg middagen, og den får jeg jo aldri med meg på dagstid. Og så er der mange ganger en del besøk. Så altså det bliver roligere, sådan at du faktisk har tid til at sette deg ned og prate med folk. Og så går vi jo en del med folk. Der er jo flere der trenger gåtøring. Så det synes jeg i de vakter, er veldig greit at gjøre.	Organisering af ergoterapeut i samme slagafdeling med et par aften og weekendvakter, der giver mulighed for en anden opfølgning og træning af patienterne.	Fordele ved at ergoterapeuten er organiseret i slagafdelingen.	Ergoterapeut i delvis turnus
N27	I3s15	Ergoterapeut	Nei, det tror jeg... Jeg vet ikke om dåkker merker noe til det egentlig..Jeg går jo egentlig bare opp for å spise lunsj.	Oplever ikke at organisering i anden afdeling mærkes af plejepersonalet.	Organisering af ergoterapeut i anden afdeling har ikke betydning for samarbejdet.	Ergoterapeut organiseret i anden afdeling
N28	I3s15	Sygeplejerske	Dåkker er jo der. Jeg går jo på tavla og ser hvor dåkker er, hvis jeg har noen spørsmål.	Oplever at ergoterapeuten er tilgjengelig trods organisering i anden afdeling.	Organisering af ergoterapeut i anden afdeling har ikke betydning for samarbejdet	Ergoterapeut organiseret i anden afdeling
N29	I3s15	Ergoterapeut	Vi befinner oss jo stort sett i avdelingen. Fysio kan komme litt sent opp nå om dagene, men	Ergoterapeuten befinner sig fysisk på sengeposten den størstedel af tiden selv	Organisering af ergoterapeut i anden afdeling har ikke	Ergoterapeut organiseret i anden afdeling

			ergoterapeutene, vi prøver jo å være ganske tidlig med det.	om hun er organisert i en annen afdeling.	betydning for samarbeidet.	
N30	I4s10	Ergoterapeut	har tidligere vært ansatt på en rehab enhet, der jeg var ansatt inne, og det er klart at der er fordele med det. Det er lettere å jobbe målrettet i lag.	Ergoterapeut organisert i samme enhet som sengeafdelingen giver bedre tværfaglig og målrettet samarbejde.	Organisering af ergoterapeut i samme enhet giver bedre forudsætninger for tværfaglig og målrettet samarbejde.	Ergoterapeut organisert på sengeafdelingen
N31	I4s10	Ergoterapeut	tanken bak denne her stilling, at når den ble opprettet, at den ikke skulle inn på medisin, nettopp på grunn av risikoen for å forsvinne i sluket ble veldig stor, så det var vel det som var tanken... men på tross av, at både jeg og fysio er utenfor så fungerer det greit..veien er veldig kort.	Ergoterapeut organisert i annen afdeling fungerer godt i samarbeidet.	Organisering af ergoterapeut i annen afdeling har ikke betydning for samarbeidet.	Ergoterapeut organisert i annen afdeling