



# Masteroppgave

Masterstudium i fysioterapi

Mai 2021

Lindrende behandling i livets slutfase i sykehjem  
- hva er fysioterapeutens rolle?

Kandidatnavn: Kristine Bjrheim Bøe

Kandidatnummer: 309

Emnekode: MAFYS5900\_1

Antall ord: 19976

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **FORORD**

For en prosess! Dette har vært en sann glede fra start til slutt! Intervjuene med informantene har vært lærerike, interessante og ikke minst hyggelige! Møtene har gitt meg større innsikt i fysioterapifagets mangfold, men også større innsikt i egen praksis. Tusen takk til informantene som har bidratt til å kaste lys over fysioterapeutens rolle innen lindrende behandling og omsorg, i livets slutfase, ved norske sykehjem.

Stor takk til veileder Elisabeth Wiken Telenius for kunnskapsrike, konstruktive og nyttige tilbakemeldinger. Takk også for ditt smittende gode humør, og for at du alltid er tilgjengelig! Takk rettes også til Anne Werner som har vist engasjement og villig delt tips!

Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter -Fysiofondet, for økonomisk støtte!

Jon, Jakob, Henrik og Johanne, dere er best, takk!

## SAMMENDRAG

Alle ansatte i norske sykehjem skal ifølge Stortingsmelding 24 (2019-2020) inneha kompetanse om lindrende behandling og omsorg i livets slutfase. Sykehjemsbeboere skal ivaretas i livets slutfase med en holistisk tilnærming i fra en tverrprofesjonell gruppe ansatte. Det eksisterer lite forskning på lindrende behandling og omsorg ved norske sykehjem, og det er ukjent hvilken oppgave fysioterapeuter har i dette arbeidet. Hensikten med dette studiet er å utforske fysioterapeuters erfaring med å gi lindrende behandling og omsorg til sykehjemsbeboere i livets slutfase. Seks informanter, som alle jobber ved norske sykehjem, ble rekruttert for å kaste lys over forskningsspørsmålet. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Malteruds (2017) analyseprosedyre systematisk tekstkondensering. Det viser seg at informantene har lite eller ingen erfaring med å gi fysioterapeutiske tiltak i livet slutfase. De forteller at lindrende behandling og omsorg i livets slutfase er forbeholdt helsefagarbeidere, sykepleiere og leger ved deres sykehjem. Grunner til at fysioterapeutene er lite involvert i lindrende behandling og omsorg i livets slutfase er manglende profesjonell kompetanse, lite tid og tilgjengelige fysioterapiressurser, og manglende tverrprofesjonell organisering i sykehjemmet. Informantene fremholder likevel at fysioterapeuter ved norske sykehjem har kunnskap som kan være nyttig i arbeidet med å lindre symptomer hos beboere i livets slutfase. Deltakerne mener at fysioterapeuter kan bidra i lindring av blant annet smerter, dyspne og angst for å opprettholde beboerens livskvalitet lengst mulig. Studien vil kunne inspirere fysioterapeuter som jobber ved norske sykehjem til å involvere seg i det lindrende arbeidet, men også sykehjemsledelsen til å tilrettelegge for rammer som fremmer tverrprofesjonelt samarbeid. Studiens funn vil også kunne være av interesse for utdanningsinstitusjonene med mål om å styrke fysioterapeuters sluttkompetanse innen lindrende behandling og omsorg.

## **ABSTRACT**

According to Stortingsmelding 24 (2019-2020), all employees in Norwegian nursing homes should have competency in palliative care in the final phase of their patient's life. Nursing home residents need end-of-life-care that has holistic focus provided by an interprofessional staff. There is little research on palliative care at Norwegian nursing homes, and there is little knowledge about the role of physiotherapists in this work. The purpose of this study is to explore the experience of physiotherapists providing end-of-life-care to nursing home residents. Six informants, all of whom work at Norwegian nursing homes, were recruited to shed light on the research question. The interviews were analyzed using Malterud's (2017) procedure of systematic text condensation. The results show that informants have little or no experience of giving physiotherapeutic treatment in the final phases of patients life. They express that palliative care in the end-of-life phase is reserved for assistant nurses, nurses and doctors at their nursing homes. Reasons why physiotherapists are little involved in the end-of-life-care are lack of professional competence, little time and available physiotherapy resources, and lack of interprofessional organization in the nursing home. The informants nevertheless maintain that physiotherapists at Norwegian nursing homes have knowledge that could be useful in the work of relieving symptoms. The participants believe that physiotherapists can contribute, among other things, to relieve pain, dyspnea and anxiety in order to maintain residents quality of life as long as possible. This study might inspire physiotherapists that work at Norwegian nursing homes to get involved in the end-of-life-care, but also the nursing homes managements to facilitate frameworks that promote interprofessional collaboration. The findings of this study may also be of interest to the educational institutions with the aim to strengthen the competence within end-of-life-care to newly educated physiotherapists.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1	Tidligere forskning på feltet .....	2
1.2	Hensikten med prosjektet .....	2
1.3	Forskningsspørsmålet .....	2
<b>2.0</b>	<b>Kontekst .....</b>	<b>3</b>
2.1	Lindrende behandling og omsorg .....	3
2.2	Sykehjemsbeboeren .....	4
2.2.1	Når døden nærmer seg .....	5
2.3	Hva er fysioterapi? .....	6
2.3.1	Fysioterapiutdanning .....	8
2.3.2	Fysioterapibehandling til personer i livets slutfase .....	9
<b>3.0</b>	<b>Teoretiske referanserammer .....</b>	<b>12</b>
3.1	Profesjonsteori .....	12
3.1.1	Abbotts profesjonsteori .....	12
3.1.2	Ansvar og tillit .....	14
3.2	Profesjonell kompetanse .....	15
3.3	Tverrprofesjonelt samarbeid .....	16
3.3.1	Profesjonssosiologisk og organisatorisk perspektiv .....	18
<b>4.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>21</b>
4.1	Kvalitativt design .....	21
4.2	Utvalg .....	21
4.2.1	Rekruttering .....	21
4.3	Datagenerering .....	23
4.3.1	Semistrukturert intervju .....	23
4.4	Databearbeiding .....	24
4.5	Analyse .....	24
4.6	Forskningsetisk vurdering .....	26
4.7	Forskerens rolle og refleksivitet .....	27
<b>5.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>29</b>
5.1	Lindrende behandling - et ukjent terreng (for sykehjemsfysioterapeutene) .....	29
5.1.1	Fysioterapeutenes erfaring med lindrende behandling i livets slutfase .....	30
5.1.2	Hva kan fysioterapeuter bidra med i livets slutfase? .....	31
5.2	Manglende profesjonell kompetanse innen lindrende behandling og omsorg .....	32

5.3 Tverrprofesjonelt samarbeid uten fysioterapeutenes bidrag .....	34
6.0 Diskusjon.....	37
6.1 Resultatdiskusjon .....	37
6.2 Videre behov for forskning.....	52
6.3 Implikasjoner for praksis .....	52
7.0 Konklusjon.....	53

## LITTERATURLISTE

### Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1: Modell for lindrende behandling og omsorg ved demens

Figur 2: Profesjonell kompetanse

Figur 3: Flytskjema Rekruttering

Tabell 1: Systematisk tekstkondensering

Tabell 2: Eksempler på analysen

### Vedlegg

Vedlegg I: Intervjuguide

Vedlegg II: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg III: NSD sin vurdering

## 1.0 Introduksjon

Synet på døden har i det norske samfunnet endret seg over tid. Fram til det 20. århundret var døden synlig i det sosiale livet både i familien og i samfunnet. Dødsleiet var hjemme og mange i nærmiljøet kunne være involvert. I dagens samfunn hvor vi i hovedsak dør i institusjoner, har helse- og omsorgstjenesten fått overført en stor del av ansvaret som familien og lokalsamfunnet tidligere hadde (Meld. St. 24 (2019-2020)). Omtrent 52% av Norges befolkning dør i sykehjem eller annen helse- og omsorgsinstitusjon, utenom sykehus (Folkehelseinstituttet, 2019). Gjennomsnittlig oppholdstid for beboere i sykehjem i Norge, det vil si avsluttet opphold på grunn av død, var ifølge tall fra 2016 to år (Helsedirektoratet, 2017). Variasjon i botid er stor mellom kommunene, og tendensen er at personer i de større byene har kortere oppholdstid i sykehjemmet før død (Meld. St. 24 (2019-2020)). Det er med andre ord mange dødsfall hvert eneste år ved norske sykehjem. Personer som er diagnostisert som døende vil være i behov av lindrende behandling i livets slutfase (Kaasa & Loge, 2016). Lindrende behandling og omsorg/palliasjon kan defineres som «behandling av plagsomme symptomer samt annen hjelp og støtte ved alvorlig/livstruende sykdom» (NOU 2017:16, 2017, s. 20).

I Stortingsmelding 24 (2019-2020) slås det fast at døende pasienter og deres pårørende skal være trygge på at smerter og andre symptomer lindres best mulig, og alle i sykehjem må ha kompetanse innen lindrende behandling og omsorg i livets aller siste fase. Lindrende behandling skal være et resultat av en tverrprofesjonell tilnærming, hvor minimum prest og fysioterapeut skal være involvert, i tillegg til lege og sykepleier (Haugen & Aass, 2016). «Oxford textbook of palliative medicine» fremhever at fysioterapeutene har en viktig rolle i å møte behovene til pasienter i livets slutfase, og at de har en anerkjent rolle som aktør i «palliative-team» (English, 2015). Livets slutfase, som regnes som siste uker eller dager i livet (NOU 2017:16, 2017), er i dette studiet i fokus. Sykepleiere, leger og helsefagarbeidere har erfaringsvis en rolle når en beboer i sykehjem er i livets slutfase, men hvilken rolle fysioterapeutene har er mindre kjent. En systematisk oversikt fra 2017 konkluderer med at fysioterapibehandling som en del av den lindrende behandlingen til pasienter med livstruende sykdommer, vil kunne forbedre pasientens fysiske, sosiale og emosjonelle velvære (Putt et al., 2017). Gjennom mitt arbeid i sykehjem har jeg lang erfaring med lindrende behandling og omsorg. Etter å ha diskutert dette med kollegaer i et forum for sykehjemsfysioterapeuter, er mitt inntrykk at dette er uvanlig praksis, og at kun ett fåtall av dem hadde denne erfaringen.

## **1.1 Tidligere forskning på feltet**

Forskning er etisk utfordrende å gjennomføre når en person er i livets slutfase.

Helsinkideklarasjonen krever at deltakere i forskningsstudier skal signere informert samtykke (World Medical Association, 2014), noe personer i livets slutfase, i de fleste tilfeller, ikke har mulighet til. Forskning innen lindrende behandling og omsorg er ofte forbundet med lindrende behandling i kreftomsorgen, noe systematiske litteratursøk i relevante databaser bekrefter. Det er derimot ønskelig i denne oppgaven å se nærmere på fysioterapeutens erfaring knyttet til lindrende behandling i livets slutfase hos sykehjemsbeboere. Litteratursøk på fysioterapeutens erfaring med lindrende behandling, og deres rolle i livets slutfase hos sykehjemsbeboere, gjennomført med relevante søkeord i de største medisinske databasene, ga få treff. Dette tyder på et kunnskapshull.

## **1.2 Hensikten med prosjektet**

Hensikten med studiet er å belyse fysioterapeutenes rolle innen lindrende behandling i livets slutfase hos sykehjemsbeboere. Det er ønskelig å undersøke hvilken erfaring deltakerne har i å tilby behandling til denne pasientgruppen, og hvilke grunner de har for å delta, eller å avstå fra deltakelse. Hensikten med studiet er ikke å utvikle ny teori eller begreper, men å ta i bruk teori som kan sette empirien inn i en sammenheng. Ved å løfte frem fysioterapeutenes erfaringer i lys av profesjonsteori og profesjonell kompetanse, vil en kanskje få større innsikt i det tverrprofesjonelle samarbeidet ved sykehjemmene i livets slutfase.

## **1.3 Forskningsspørsmålet**

*-Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med å gi fysioterapibehandling til sykehjemsbeboere i livets slutfase?*



## 2.0 Kontekst

I dette kapittelet vil det redegjøres for studiens kontekst, hvor blant annet lindrende behandling og omsorg, sykehjemsbeboeren og symptomer på at livet går mot slutten blir presentert. Hva fysioterapi defineres som, faktorer knyttet til fysioterapiutdanningen, og fysioterapeutiske tiltak i livets slutfase, vil også bli gjort rede for.

### 2.1 Lindrende behandling og omsorg

Begrepet «palliative care» benyttes i engelsk litteratur og det finnes ikke en fullgod norsk oversettelse (Kaasa & Loge, 2016). I norsk litteratur benyttes gjerne «palliasjon» eller «lindrende behandling og omsorg» (Meld. St. 24 (2019-2020)). I denne oppgaven vil fortrinnsvis «lindrende behandling og omsorg» bli benyttet.

En mye brukt, og mer kjent definisjon på lindrende behandling og omsorg er Verdens helseorganisasjon (WHO) (2020) sin definisjon:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients, adults and children, and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual (World Health Organization, 2020).

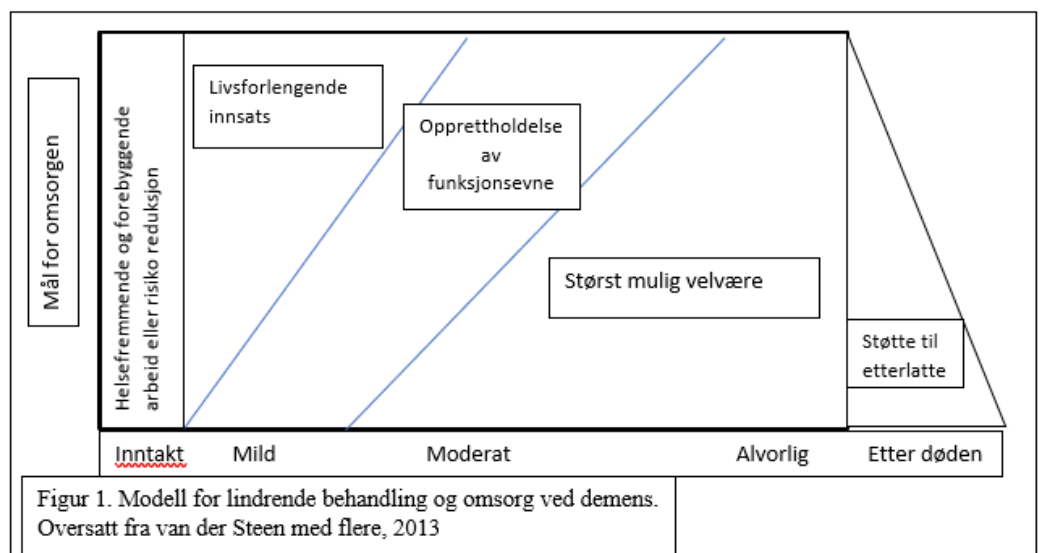
I dette studiet er det lindrende behandlingen og omsorg gitt i livets slutfase det settes fokus på. Livets slutfase i klinisk sammenheng defineres som «når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (NOU 2017:16, 2017, s. 20). Dame Cicely Saunders (1918-2005) etablerte St. Christopher`s Hospice i London i 1967. Hospicefilosofien, med Saunders begrep «total pain», innebærer ivaretagelse av pasientens fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle smerter (Kaasa & Loge, 2016). «White paper» utarbeidet av European Association of Palliative Care (EPAC) tar for seg anbefalinger for lindrende behandling og omsorg gitt til eldre personer i Europa. De anbefaler en multiprofesjonell og tverrprofesjonell tilnærming. Tilbudet skal bygge opp under Hospicefilosofien (Radbruch & Payne, 2009). I Stortingsmelding 24 «Lindrende behandling og omsorg» (2019-2020) trekker den norske regjeringen frem at målet ved norske sykehjem også er å ta vare på hele mennesket ved å ivareta fysiske, psykiske sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Ivaretagelsen av den «totale smerten» skjer best gjennom en holistisk tilnærming med stor faglig bredde med flere faggrupper involvert. Den syke og dens pårørende og familie skal ivaretas som en enhet. Det stilles også forventninger til at ansatte i

helse og omsorgssektoren skal kunne lindre smerter og gi omsorg til beboere i livets slutfase. Dette gjelder også fysioterapeuter som helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal ha knyttet til seg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). EPAC fremsetter at lindrende behandling og omsorg hverken skal fremskynde eller forskyve døden (Radbruch & Payne, 2009).

## 2.2 Sykehjemsbeboeren

Sykehjemsbeboere karakteriseres med høy alder, som oftest med kognitiv svikt og høy grad av polyfarmasi og komorbiditet (Husebø & Flo, 2020). Gjennomsnittlig levealder for de som døde i sykehjem var 87,5 år i 2016 (Helsedirektoratet, 2017). Stortingsmelding 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling -til rett sted -til rett tid* ble lansert i 2012. Reformen kom som en følge av pasienters behov for bedre koordinerte tjenester. Reformen skulle sikre brukerne gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. At befolkningen får flere kroniske og sammensatte sykdomstilstander, deriblant demens, har ifølge Samhandlingsreformen ført til et økende behov for samhandling mellom tjenestene. Kommunene fikk via reformen et større ansvar for å behandle brukere hjemme eller i sykehjem i kommunen (ibid). Det har vist seg i etterkant at reformen førte til sykehjemsbeboere som er eldre og sykere ved innflytting i sykehjem (Bruvik et al., 2017). Kortere liggetid i sykehus har ført til at flere er i behov av sykehjems plass når de skrives ut, likevel har antall langtids plasser i sykehjem de siste årene blitt redusert, i forhold til behovet til den økende andelen eldre (Wyller, 2020).

En norsk studie med nærmere 700 deltakende sykehjemsbeboere viste at kun 2,4% *ikke* hadde noen form for kognitiv svikt, mens hele 83,8% hadde demens (Røen et al., 2017).



Demens er en progressiv og dødelig sykdom, hvor personene er avhengig av lindrende behandling og omsorg allerede fra diagnositidspunktet til død (Livingston et al., 2017) (fig.1). Dette henger sammen med at personer med demens som oftest ikke evner å ta beslutninger

om omsorg og behandling, ei heller å uttrykke sine behov og ønsker (Livingston et al., 2017). En systematisk oversikt over lindrende behandling og omsorg gitt til personer med langt fremskredet demens, konkluderer med at mange personer med demens dør uten lindrende tiltak. Det gjenstår fremdeles mye forskning på lindrende behandling og demens (Murphy et al., 2016). God lindrende behandling for personer med langt fremskredet demens kjennetegnes av et multidisiplinært team som jobber kontinuerlig og integrert med blant annet håndtering av symptomer (Kupeli et al., 2016). Sykehjemsbeboere generelt er preget av skrøpelig og det kreves helhetlig og tverrprofesjonell tilnærming for at den geriatrike pasienten skal bli ivaretatt best mulig (Wyller, 2020).

Bedre levekår og medisinsk behandling har bidratt til økende levealder i form av at færre dør av sykdom tidlig i livet. Gjennomsnittlig levealder har økt de siste 150 år. Kvinner i vestlige land har en gjennomsnittlig levealder på omtrent 85 år. Levealder for menn er noe lavere (Wyller, 2020). Antall og andelen som dør i sykehjem forventes å øke i fremtiden i takt med økende levealder generelt i befolkningen i Norge (Meld. St. 24 (2019-2020)). En britisk studie viser til at beboere i sykehjem mottok varierende kvalitet på den lindrende behandlingen (Seymour et al., 2011). Kvaliteten på helsetjenester gitt til sykehjemsbeboere i Norge er også av varierende grad (Wyller, 2020), og sykehjem kan se ut til å streve med å gi en verdig omsorg i livets slutfase (Brodtkorb et al., 2017). Stortingsmelding 24 (2019-2020) har fokus på at sykehjemsbeboere skal få et bedre tilbud i livets slutfase. Sykehjem må tilrettelegges med riktig organisering og kompetanse. Orvik (2015) trekker frem viktigheten av at helsepersonell innehar organisatorisk kompetanse, men også god klinisk kompetanse. Ifølge Wyller (2020) skal fysioterapeuter med geriatrik kompetanse inngå i det tverrprofesjonelle samarbeidet i sykehjem for å innfri god og riktig behandling av sykehjemsbeboere.

### **2.2.1 Når døden nærmer seg**

Lindrende behandling og omsorg er et forskningssvakt området (Meld. St. 24 (2019-2020)). Anbefalinger for symptomlindring til døende mennesker er ofte basert på klinisk praksis og erfaringer. Det foreligger få og små randomiserte studier innen feltet grunnet forskningsetiske hensyn. Det finnes derimot studier som beskriver symptomene som hyppigst opptrer mot livets slutt. En systematisk oversikt i fra 2013 beskriver symptomer hos døende (uavhengig av diagnose), de siste to ukene i livet. Hele 57% opplevde dyspne, 52% smerter, 51% sekret/dødsralling, 50% konfusjon, 31% agitasjon/delirium og 23% opplevde kvalme (Kehl & Kowalkowski, 2013). Sandvik med flere (2016) viste i sitt studie at overraskende mange sykehjemsbeboere, opplevde dyspne (53%), smerter (46%), søvnproblemer (40%) og angst

(31%) på selveste dødsdagen. Studien konkluderte med at for mange beboere opplevde uakseptabelt høye nivå av smerter og plagsomme symptomer i livets slutfase.

Døden er en irreversibel fysiologisk prosess. Som oftest forekommer en gradvis funksjonsnedsettelse hos dem som dør av alderdom og progressive lidelser. Når døden nærmer seg blir personen mer sengeliggende, slutter å spise og drikke, og får et lavere bevissthetsnivå. Urinproduksjonen og tarmfunksjonen endres (Brenne & Dalene, 2016). Tegn som agitasjon, Cheyne-stokes respirasjon, marmorert hud, surkling, progressivt vekttap, økende fatigue, redusert evne til å kommunisere, redusert mobilitet og sosial tilbaketrekking ses også ofte mot slutten av livet (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Tiltaksplanen «Livets siste dager», basert på Liverpool Care pathway, er et verktøy for å ivareta den døende best mulig. Tiltaksplanen benyttes ved mange norske sykehjem. For at planen skal kunne tas i bruk skal det tas en beslutning av et tverrprofesjonelt team, *minimum* sykepleier og lege, om at beboeren er døende (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, 2021).

En prospektiv studie gjennomført ved 47 norske sykehjem fulgte 607 beboere i minst ett år etter innflytting. 152 av dem ble fulgt helt til dødstidspunktet. Funn viste at det var vanskelig å identifisere når døden nærmet seg. Det tverrprofesjonelle teamet klarte å identifisere at døden var nært forestående for 82 beboere (61%) (Sandvik et al., 2016). En engelsk rapport viser også til vansker med å kjenne igjen tegn på at en person er døende (Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2015). En svensk studie utført ved sykehjem støtter ovenfor nevnte funn. Studien tilføyer at kunnskap om tidlige og sene tegn på at døden er nært forestående, kan hjelpe det tverrprofesjonelle teamet til å iverksette lindrende behandling og omsorg på riktig tid (Persson et al., 2018).

### **2.3 Hva er fysioterapi?**

Fysioterapifaget har vært i endring og utvikling siden utdanningens oppstart i Norge i 1936 og en fysioterapeut skal dekke et stort kunnskapsfelt (Messel & Slagstad, 2014).

World Physiotherapy (2019) har definert fysioterapi som følger:

«Physical therapy is services provided by physical therapists to individuals and populations to develop, maintain and restore maximum movement and functional ability throughout the lifespan. The service is provided in circumstances where movement and function are threatened by ageing, injury, pain, diseases, disorders, conditions and/or environmental factors and with the understanding that functional

movement is central to what it means to be healthy» (World Physiotherapy, 2019, s. 1).

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapifaget er teoretisk forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap (Messel & Slagstad, 2014). Det er med andre ord faktorer fra ulike kunnskapsfelt som er med på å opprettholde helse, bidra til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. Fysioterapeutiske tiltak som velges skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Målene for behandlingen skal være relevante og meningsfulle for pasienten (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). World Physiotherapy (2019) trekker frem at fysioterapi foruten å involvere brukeren også involverer samarbeid med andre helseprofesjoner og pårørende. Gjennom fysioterapeutiske tiltak skal fysioterapeuter kunne påvirke fysiske, psykologiske, emosjonelle og sosiale faktorer for å opprettholde god livskvalitet lengst mulig (World Physiotherapy, 2019). I en nylig publisert fagartikkel er også omsorg trukket frem som nødvendig i en fysioterapeuts virke (Ottesen, 2020). Fysioterapifagets historie har dreid i fra berøring i form av massasje mot rehabilitering og fysisk aktivitet på 2000-tallet. Artikkelen trekker frem at fysioterapeutene må omfavne sitt berøringsmandat og innlemme omsorgstekning i fysioterapifaget igjen (ibid).

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar ovenfor pasienter (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Yrkesgruppen er underlagt helsepersonelloven, noe som innebærer utøvelse av faglig forsvarlig fysioterapi, og det stilles krav til at en skal holde seg faglig oppdatert (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Det finnes ikke retningslinjer for hva fysioterapeuter i norske sykehjem skal utføre av oppgaver. Det finnes heller ingen retningslinje som utelukkende omhandler fysioterapi og lindrende behandling. Det finnes derimot stillingsbeskrivelser for fysioterapeuter i sykehjem i den enkelte kommune. En slik stillingsbeskrivelse har vært tilgjengelig under utarbeidelsen av denne oppgaven. Denne stillingsbeskrivelsen skisserer opp ansvarsområder og arbeidsoppgaver for fysioterapeuten, men kun overordnet. Lindrende behandling nevnes ikke eksplisitt. Det som likevel er verdt å fremheve er at fysioterapeuten ifølge stillingsbeskrivelsen har ansvar for å utvikle den faglige kvaliteten, at fysioterapipraksisen skal være kunnskapsbasert, og at fysioterapeuten skal bidra til tverrprofesjonelt samarbeid. Fysioterapeutens rolle som veileder ovenfor beboere, pårørende, medarbeidere og studenter trekkes også frem som viktig i den aktuelle stillingsbeskrivelsen. Norsk fysioterapiforbund har

skissert opp kun kort hva en fysioterapeut i sykehjem skal ha fokus på. Fokuset skal være rettet mot å utnytte funksjonspotensialet som finnes hos den enkelte beboer (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). En kvalitativ studie hvor en så på fysioterapeutens rolle i behandling av personer med demens i sykehjem, ikke spesifisert i livets slutfase, konkluderte med at fysioterapeutens rolle var uskarp og uavklart. Informantene i studiet ga uttrykk for at de var usikre på hva som er en fysioterapeuts domene i sykehjem, og uttrykker at rollen som sykehjemsfysioterapeut er mangesidig (McCarroll et al., 2020).

### **2.3.1 Fysioterapiutdanning**

Fysioterapiutdannelsene har etter hvert blitt svært innholdsrike (Messel & Slagstad, 2014) og i fra studieåret 2020-2021 innføres nye programplaner ved alle de tre norske fysioterapiutdanningene (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019). Bakgrunnen for denne endringen er at kompetansen til nyutdannede fysioterapeuter ikke imøtekommer tjenestenes kompetansebehov, og behovet brukerne har for kvalitet i tjenesten (Regjeringen.no, 2020). Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning (2019) har som hensikt å sikre et likeverdig faglig nivå hvor alle ferdigutdannede fysioterapeuter skal ha felles sluttkompetanse og en tydelig profesjonsidentitet. Fysioterapeuter med sin kompetanse skal kunne ivareta mennesker i alle livsfaser. Det vektlegges også at fysioterapeutene i helse- og omsorgssektoren skal bidra med sin kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid og skal også være i stand til å lede dette samarbeidet.

Kompetansen hos helsepersonell (inkludert ansatte i sykehjem) har ikke blitt tilsvarende høyere mens beboerne har blitt skrøpeligere (Bruvik et al., 2017). Stortingsmelding 24 (2019-2020) presiserer at lindrende behandling og omsorg skal inkluderes i alle relevante helse- og sosialfaglige utdanninger. Ifølge eksisterende programplan ved Bachelorutdannelsen ved OsloMet Storbyuniversitetet skal studentene kunne utøve fysioterapi som er basert på forskning, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker. Fysioterapeutene skal inneha et bredt repertoar av tiltak som kan benyttes i behandling, habilitering, rehabilitering, forebygging og innen lindrende behandling (OsloMet Storbyuniversitetet, 2020). En spesialist i «fysioterapi for eldre», godkjent av Norsk Fysioterapiforbund (NFF), har dyptgående kunnskap om aldringsprosesser og kunnskap om de vanligste sykdommene blant eldre. Spesialisten skal kunne undersøke, vurdere og gjennomføre fysioterapeutiske tiltak deriblant utøve lindrende behandling (Norsk fysioterapeutforbund, 2018). I Forskrift for sykehjem mv (1988) står det ikke presisert at det kreves fysioterapiutdanning på masternivå eller spesialist

kompetanse for å arbeide i sykehjem. Forskriften slår kun fast at sykehjemmene skal ha tilknyttet «organisert fysioterapitjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988).

### **2.3.2 Fysioterapibehandling til personer i livets slutfase**

«Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life. Physiotherapy in Palliative Care» (2013) er den første og hittil eneste boken (undertegnede bekjent) som omhandler fysioterapi i lindrende behandling, deriblant også i livets slutfase. Boken er et resultat av et europeisk samarbeid og det konkluderes med at fysioterapitilgangen til de som trenger fysioterapitiltak i livets slutfase ikke er god nok (Taylor et al., 2013). Mangelen på fysioterapeuter i lindrende behandling har blitt demonstrert og ytret av flere forskere i ulike land (Kinley et al., 2014; McLeod & Norman, 2020). Kinley med flere (2014) tok for seg 38 sykehjem i Storbritannia og gjennomgikk 2444 dødsfall. Funnene her var entydige i retning av at tilgangen til lege, sykepleiere og fysioterapeuter i sykehjem må økes. Det ble konkludert med at tilgangen til eksempelvis fysioterapi ikke skal være tilfeldig, men at en må arbeide proaktivt for å møte fremtidens behov. En dansk studie utforsket selvrappporterte behov knyttet til ulike symptomer. Utvalget var voksne personer med kronisk sykdom, som var henvist til et lindrende behandlingsteam i sykehus. Funn i studien var at pasientene hadde behov som ikke ble møtt. Dette kunne eksempelvis være behov for smertelindring eller hjelp til å lette bekymringer. De konkluderte med at fysioterapeuter og ergoterapeuter kunne ha bidratt i stor grad til å dekke disse behovene -om yrkesgruppene hadde blitt inkludert i tverrprofesjonelle lindrende behandlingsteam (Høgdaal et al., 2020). Livets avslutning kan ha ulikt forløp for den enkelte og fysioterapeutene må kunne utøve et bredt spekter av spesifikke fysioterapitiltak (Lienert, 2013). 13 kvalitative studier som omhandler fysioterapi og lindrende behandling og omsorg, i fra 1994-2014, ble inkludert i den systematiske oversikten til Putt med flere (2017). Fysioterapeuters unike evne til å tilpasse aktiviteter og tiltak til det nivået pasienten er på ble trukket frem. Fysioterapi er aktuelt uansett funksjonsnivå hos den progredierende syke pasienten. Det konkluderes med at fysioterapitiltak vil kunne gi pasientene i livets slutfase opplevelse av bedre livskvalitet.

Målet med fysioterapitiltak gitt til personer i livets slutfase i sykehjem er å bedre eller å optimalisere livskvaliteten gjennom å håndtere: Mobilitet, autonomi, smerter, dyspne og respiratoriske problemer, leddbevegelighet, muskelstyrke, bekymringer, motorisk uro, fatigue, lymfødem og hudproblemer (Taylor et al., 2013). Både forskningsbasert kunnskap, fysioterapeuters erfaring og brukertilbakemeldinger viser til at fysioterapibehandling gitt til

døende personer med ulike kroniske lidelser vil kunne påvirke symptomer som tungpusthet/dyspne, smerter, fatigue, angst og spenning i positiv retning (Lienert, 2013; Marcant & Rapin, 1993). Lindrende behandling gitt av fysioterapeuter skal i høyeste grad være personsentrert (English, 2015). En personsentrert tilnærming vil si å fokusere på personers referanser, på at hver person er unik, fremfor deres diagnoser og begrensninger (Kitwood, 1997). Som fysioterapeut må man også inneha kunnskap og ferdigheter for å hankses med de vanskelige spørsmålene og følelsene pasientene kan ha mot slutten av livet (English, 2015). En må kunne utvise en trygghet i måten en kommuniserer på for å oppnå tillit hos den alvorlig syke og døende beboeren (Taylor et al., 2013). Gode kommunikative evner fremheves spesielt i arbeidet med personer med demens (Livingston et al., 2017), som sykehjemsfysioterapeuter kan komme til å behandle i livets slutfase. Fysioterapeuter skal i livets slutfase videre kjenne til tegn på at døden er nært forestående for å kunne vurdere sammen med eventuelt pasienten og deres familie om fysioterapibehandlingen skal fortsette eller avsluttes (Lienert, 2013) .

I det videre omhandles kort fysioterapeutisk symptomlindring av blant annet smerter og respiratoriske endringer. Dette anses som relevant for oppgaven for å gi leseren en forståelse av fysioterapeutens mulige roller innen lindrende behandling i livets slutfase. Det ligger utenfor rammene til denne masteroppgaven å utføre dyptgående litteratursøk etter forskning på fysioterapeutisk tiltak på de enkelte symptomer knyttet til personer i livets slutfase. Smerter hos eldre blir ofte underrapportert. Samtidig viser studier at utskriving av smertestillende medisin ved norske sykehjem har økt i årene etter år 2000 (Husebø & Flo, 2020). For å lindre smerter ved livets slutt er medikamentell behandling stort sett nødvendig, og medisineringsen må gis i tide før smertegjennombrudd. For å gi god smertelindring kreves det at man har kjennskap til type smerte (eksempelvis nociceptiv eller nevropatisk) og hvordan smerten presenterer seg (Taylor et al., 2013). Det er evidens for at massasje og bevegelse vil kunne avlette smerter. Dette er ikke-medisinske tiltak hvor fysioterapeutene bør lede an i veiledning av både familien, men også annet helsepersonell (Lienert, 2013). Når det gjelder dyspne/tungpusthet anbefales det å alltid vurdere ikke-medisinske tiltak i livets slutfase (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Ikke-medisinsk fysioterapeutisk tiltak kan være lungefysioterapi i form av aktive sykluser med pusteteknikker, tilpasning av riktig ganghjelpemiddel, avslapningsteknikker eller bruk av eksempelvis håndholdt vifte (Bausewein & Simon, 2013). I en systematisk oversikt hvor 24 studier var inkludert var evidensen god for at aktiv syklus med pusteteknikker mobiliserte



sekret i luftveiene i et korttids perspektiv (Lewis et al., 2012). Kortvarig reduksjon i dyspne ble også rapportert ved tiltak som pusteteknikk og blant annet psykologiske tilnærminger (Williams, 2011).

### **3.0 Teoretiske referanserammer**

Teorien er en integrert del av forskningsmetoden, og har, i tråd med Malterud (2017) sin anbefaling, blitt utviklet undervis i samspill med datagenerering og analyse. Oppgaven vil benytte seg av de teoretiske rammeverkene profesjonsteori, profesjonell kompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid i lys av profesjonsteori.

### **3.1 Profesjonsteori**

Yrker hvor deres faglige ansvar er definert kan betegnes som en profesjon (Orvik, 2015). Abbott (1988) mener at den beste måten å se en profesjon på er som en yrkesgruppe som tilfører en abstrakt kunnskap til spesielle situasjoner. Profesjonenes praktiske ferdigheter vil vokse ut av et abstrakt system av kunnskap, og en kontroll over denne abstrakte kunnskapen, evne til abstraksjon, gir en kontroll over profesjonen (Abbott, 1988). Fysioterapi er en profesjon og profesjoner generelt forvalter oppgaver på oppdrag fra samfunnet, har monopol på å utføre oppdraget, og autonomi til å bestemme hvordan en løser oppdraget best mulig. Profesjonsetikk ivaretar relasjonen mellom for eksempel fysioterapeuten og pasienten (Dahl-Michelsen, 2018). Profesjoner har høy grad av selvstendighet og styrer sine egne arbeidsoppgaver. Definisjonsmakten og profesjoners beslutningsmyndighet kan gi store konsekvenser for andre menneskers liv. Det diskuteres blant annet om profesjoner generelt har den kompetansen som må til for å ivareta sitt samfunnsmandat (Molander & Terum, 2008).

#### **3.1.1 Abbotts profesjonsteori**

Profesjonsforskning er vitenskapelige studier som omhandler profesjoner, profesjonsutøvelse og/eller profesjonsutøvere. Sosiologen Andrew Abbott er en av de mest kjente profesjonsteoretikerne og utgav i 1988 boken «The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor» (Fauske, 2008). Boken bygger på case-studier fra flere land. I et historisk perspektiv har profesjonsstudier ofte handlet om å skille profesjoner fra andre yrker. Profesjonsforskningens fokus har også vært rettet mot selve profesjonaliseringsprosessen, profesjonaliseringen et yrke gjennomgår for å bli en profesjon. Forskere har gjerne fokusert på en enkelt profesjon, gjerne den profesjonen de selv representerer. Abbott derimot legger vekt på relasjonene mellom profesjonene, og hvordan de er gjensidig avhengige av hverandre. Han ser profesjonene i et systemteoretisk perspektiv. Han presiserer at profesjonene aldri står alene, og de kan heller ikke puttes inn i en kategori kalt «profesjoner», de eksisterer simpelthen i et system (Abbott, 1988).

Abbott (1988) betegner det området en profesjon har ansvar, myndighet og makt over i forhold til andre profesjoner, som deres jurisdiksjon. En jurisdiksjon er forbindelsen mellom en profesjon og dets arbeidsoppgaver, en forbindelse som ikke er absolutt eller permanent. Jurisdiksjon omhandler en profesjons domene (Orvik, 2015). Det kan oppstå konflikter mellom profesjoner når en profesjon ønsker å overta arbeidsområder fra andre, eller når grensene mellom profesjonene forandres (Abbott, 1988). Dette kan eksemplifiseres med at fysioterapeuter (med manuellterapi utdanning) fikk sykemeldings- og henvisningsrett, noe som hadde vært forbeholdt legeprofesjonen (Thornquist, 2009). En profesjon utvikler seg når en jurisdiksjon blir ledig, enten fordi det er et nytt oppstått arbeidsområde, et arbeidsområde en annen profesjon har gitt i fra seg, eller mistet grepet om. Profesjonene vil som oftest beholde makten over sine domener, men kan også utvise makt til å gi i fra seg arbeidsområder som ikke lengre er interessante. Når en profesjon hevder å være den rettmessige utøveren av en arbeidsoppgave betegnes dette som «jurisdictional claim» (Abbott, 1988). Abbott (1988) har definert seks forskjellige former for jurisdiksjon og fem av dem vil bli presentert under:

En form for jurisdiksjon er *full jurisdiksjon*. Ingen andre profesjoner har rett til å utføre oppgavene som en profesjon har full jurisdiksjon over. Arbeidsområdene er her gjerne legitimert i kulturen og stadfestet ved lov, og det er en allmenn oppfattelse om at profesjonen skal utføre disse oppgavene. Ved full jurisdiksjon opplever profesjonene at det er klare grenser mellom de ulike profesjonenes ansvar. Målet for alle profesjoner er å oppnå full jurisdiksjon, forsvare det, men gjerne også utvide arbeidsområdet (Abbott, 1988).

Legestanden har full jurisdiksjon innen medisinske spørsmål hvor de har eneansvar (Orvik, 2015). Hvor det har rådet full jurisdiksjon, og en har mislykkes med å dele opp arbeidsområdet, kan en ende med å inneha en *underordnet jurisdiksjon*. Abbott eksemplifiserer med sykepleier og legeprofesjonen. En profesjon underordnes en annen og det er en hierarkisk inndeling av arbeidsoppgavene, og en allmenn oppfattelse om at den ene profesjonen er ledende (Abbott, 1988). Thornquist (2009) plasserer også fysioterapi i et historisk perspektiv som underordnet legeprofesjonen. *Delt jurisdiksjon* forekommer når to profesjoner har en funksjonelt differensiert arbeidsdeling med bakgrunn i sine kunnskapsgrunnlag, som fysioterapi og ergoterapi, eller en deling hvor profesjonene skal utføre de samme arbeidsoppgavene. *Intellektuell jurisdiksjon* befinner seg mellom full- og underordnet jurisdiksjon. En profesjon har kontroll over kunnskapen innenfor ett område, men blir tvunget til å godta at andre profesjoner konkurrerer om å yte samme type tjeneste (Abbott, 1988). Legene hadde den intellektuelle jurisdiksjonen over fysioterapeuter da fysioterapeuter

ikke kunne utøve sitt virke uten henvisning fra lege. Dette er nå endret i fra 2018 (Helfo.no, 2020). *Rådgivende jurisdiksjon* oppstår når en profesjon gir rådgivning til en annen profesjon. Et eksempel kan være fysioterapeuter som gir råd og veiledning til andre profesjoner som sykepleiere (Orvik, 2015).

### **3.1.2 Ansvar og tillit**

Jurisdiksjon henger sammen med ansvar og tillit. Fysioterapi som profesjon har et ansvar for å ivareta bestemt oppgaver. Ansvarer bærer med seg en ansvarsbevissthet (Orvik, 2015).

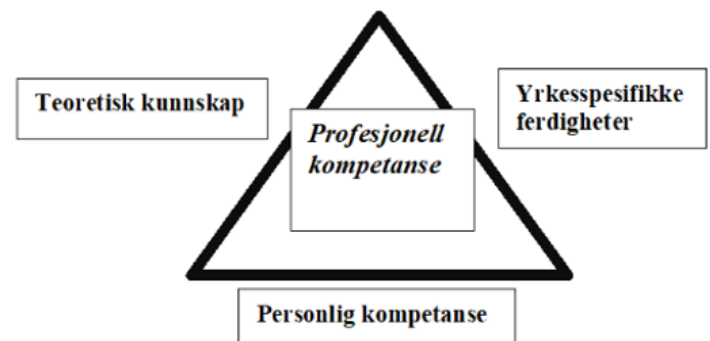
Jurisdiksjon knyttes til profesjonenes kontroll over egne arbeidsoppgaver og deles inn i en intern og en ekstern kontroll. Intern kontroll menes kontrollen den enkelte profesjon har over arbeidsoppgaver innad i organisasjonen, mens ekstern kontroll menes kontrollen over «adgangen» til å utføre arbeidsoppgavene. Profesjonen får en eksklusiv rett eller myndighet i fra staten til å ivareta arbeidsoppgaver på vegne av fellesskapet (Molander & Terum, 2008). Det er knyttet forventninger og forpliktelser til den profesjonsrollen fysioterapeuter innehar (blant annet i sykehjem) (Grimen, 2009). For å kunne forvalte oppgaver på vegne av fellesskapet må en til enhver tid være oppmerksom ovenfor behov uttrykt av pasienter og fra omgivelsene. En står ansvarlig for de valg som foretas (Orvik, 2015). Grimen og Molander (2008) beskriver tilliten gitt fra styresmaktene til fysioterapeuter som en betinget tillit gitt gjennom autorisasjonen. Tilliten kan bli trukket gjennom tap av autorisasjonen om yrkesutøveren ikke viser seg den verdig.

Mandatet om å utøve profesjonelle oppgaver fører til at profesjonene må kunne gi gode begrunnelser for sine valg. De står ovenfor flere alternativer som man må treffe et valg mellom. Når profesjonsutøveren treffer valg må en holde seg innenfor lovverket, forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene og verdiene innen egen profesjon, men også vise til kunnskap og utprøvd erfaring. Desto større handlingsrom en profesjon har, desto større er gjerne ansvaret (Svensson & Karlsson, 2008). I tilliten gitt profesjonene ligger troen på at profesjonene vil ta fornuftige beslutninger og at den enkelte utøver har god dømmekraft (Grimen & Molander, 2008). Fysioterapeuter har med andre ord fått en tillit til å løse oppgavene slik de best mener oppgavene bør løses, og det antas at fysioterapeutenes kompetanse gjør dem i stand til å ta de riktige beslutningene i hvert enkelt tilfelle. Grimen (2008) mener tilliten gitt fysioterapeuter åpner opp for å bruke skjønn i det profesjonelle virket. Skjønn kan defineres som: «Det som må ta over når regler kommer til kort» (Fossheim, 2015, s. 12). Skjønn vil kunne være praktisk resonnering for å konkludere med hvilke tiltak som skal velges i konkrete tilfeller hvor det er lite holdepunkter (Grimen &

Molander, 2008). En fysioterapeut må kunne forene den teoretiske fagkunnskapen med god omsorgsevne -samtidig med at godt skjønn utøves (Nortvedt & Grimen, 2004). Det handler om å se helheten i situasjonen og vurdere hva som er relevant og vesentlig, før en beslutning treffes (Fossheim, 2015). Det kreves at profesjonsutøverer er bevisst utøvelsen av skjønn og utøvelse av klinisk skjønn vil henge sammen med erfaringen til den enkelte profesjonsutøver (Grimen & Molander, 2008). En vil anta at profesjonell kompetanse med godt utviklet personlig kompetanse ledsages av et godt utviklet skjønn.

### 3.2 Profesjonell kompetanse

Kompetanse defineres her som en persons nødvendige kvalifikasjoner for å inneha en stilling, utføre bestemte oppgaver, eller uttale seg om et spørsmål (Skau, 2017). Profesjonell kompetanse handler om at profesjonsutøverer i sin utøvelse av yrket innehar nødvendige og hensiktsmessige kvalifikasjoner (Skau, 2017). Profesjonell kompetanse utvikles gjennom en prosess som foregår over tid (Brosky & Scott, 2007), og som ifølge Rønnestad (2008) er i endring fra grunnutdanningen til profesjonslivets slutt. Å utvikle profesjonell kompetanse krever oppmerksomhet, selvbevissthet og tilstedeværelse av profesjonsutøverer (Epstein & Hundert, 2002). Skau (2017) beskriver at den profesjonelles kompetanse består av teoretisk kunnskap (forskningsbasert), yrkesspesifikke ferdigheter (profesjonsspesifikk praksis) og personlig kompetanse (menneskelige kvaliteter, egenskaper og holdninger) (fig. 2). Gjennom utvikling av profesjonell kompetanse trekkes det frem at den personlige kompetansen som en persons holdning til kunnskap, og holdningen til det profesjonelle arbeidets utfordringer, er viktig for profesjonell utvikling. Hvor engasjert og kunnskapssøkende den enkelte er, og om vedkommende innehar en forståelse for at dette er et krevende og komplekst arbeid, er avgjørende for den profesjonelle utviklingen. Det samme er toleransen for flertydighet, og det at den yrkesaktive kan forholde seg til sammensatte og vanskelig problemstillinger (Rønnestad, 2008).



Figur 2. Profesjonell kompetanse (Skau, 2017)

En studie som omhandler profesjonell vekst refererte til inndelingen *noviser, lærlinger, kandidater, den etablerte profesjonelle, den erfarne profesjonelle* og *seniorer*. Noviser innehadde mindre enn 1,5 års erfaring, mens seniorer hadde fra 25-50 års erfaring.

Profesjonsutøvere med lengre arbeidserfaring opplevde en mer effektiv praksis og konstruktiv

involvering. En konstruktiv involvering innebar opplevelse av mestring og kompetanse, lite opplevde vanskeligheter i arbeidet, personlig investering i pasientrelasjonen og følelse av flyt i eget arbeid (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Fysioterapeuter arbeider ofte som eneste ansatt innen faget i sykehjem og English (2015) konkluderer med at fysioterapeuter må ha kollegial støtte, veiledning og muligheter for å ha en kontinuerlig profesjonell utvikling. Kunnskap og erfaring må kontinuerlig bearbeides gjennom refleksjon. Kontinuerlig refleksjon fremstår som: «den sentrale læringsprosess på alle nivåer av profesjonell erfaring» (Rønnestad, 2008, s. 287).

### **3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Under vil det tverrprofesjonelle samarbeidet beskrives nærmere før tverrprofesjonelt samarbeid blir sett i lys av et profesjonssosiologisk og organisatorisk perspektiv.

Ifølge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) plikter kommunene å sørge for at kommunens innbyggere tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Videre trekkes det frem i loven at brukeren skal få en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og tilbudet skal også være verdig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For å kunne tilby en helhetlig, koordinert og verdig tjeneste i helse- og omsorgssektoren er tverrprofesjonelt samarbeid nødvendig (St.meld.nr 47 (2008-2009)). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer tverrprofesjonelt samarbeid når to eller flere profesjoner lærer fra hverandre og om hverandre. Samarbeidet mellom profesjoner må effektiviseres hvis helsetjenestene skal bedres (World Health Organization, 2010).

Tverrprofesjonelt samarbeid dreier seg om ulike profesjonsutøvere som står sammen i en felles oppgave, som har respekt for hverandres kunnskap og er støttende (Willumsen & Ødegård, 2016). Målet med tverrprofesjonelt samarbeid er å sikre at den faglige kompetansen utnyttes slik at kvaliteten i arbeidet sikres. Både i teori og praksis er det nødvendig med tverrprofesjonelt samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). Valg og konklusjoner i det tverrprofesjonelle teamet følger i lys av diskusjoner og refleksjon. Sammen skapes en form for «merviten» (Willumsen & Ødegård, 2016).

Det benyttes ulike begrep for å beskrive faglig samarbeid og samarbeid mellom profesjoner da ulike fagmiljøer har utviklet begrepene uavhengig av hverandre (Willumsen & Ødegård, 2016). Alt fra tverrfaglig, tverrprofesjonelt, multidisiplinært og interdisiplinært benyttes blant annet i litteraturen for å beskrive samarbeid mellom aktører. Det skilles gjerne i norsk litteratur mellom tverrfaglighet og flerfaglighet. Innen flerfaglig samarbeid er det ingen

direkte kontakt mellom fagene og deres kunnskapsbaser. Den enkelte profesjonsutøver arbeider parallelt rundt brukeren og det mangler et helhetssyn og en felles forståelse.

Tverrfaglig samarbeid har til motsetning en tett kontakt mellom aktørene og det skapes en felles forståelse og kompetanse på tvers av fagenes grenser (Lauvås & Lauvås, 2004). Det er en faglig interaksjon på både et teoretisk og/eller praktisk plan når innhenting av tilgjengelig viten fra litteratur, ressurspersoner og fagmiljøer skjer (Helsedirektoratet, 2019). Tverrfaglig samarbeid kan betegnes som tverrprofesjonelt samarbeid ifølge Lauvås og Lauvås (2004) og det er begrepet «tverrprofesjonelt samarbeid» som er valgt benyttet i denne oppgaven. Det tverrprofesjonelle samarbeidet som omhandles i denne oppgaven vil som Lauvås og Lauvås (2004) beskriver omfatte fagpersoner hvis hovedfokus er brukeren.

Viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid løftes frem i flere nasjonale styringsdokumenter som «Samhandlingsreformen» (St.meld.nr 47 (2008-2009)) og Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Verdens Helseorganisasjon (WHO) har laget en rapport med strategier for å styrke den tverrprofesjonelle utdanningen og samarbeidet i praksis. Med en økende verdensbefolkning, med økende behov for hjelp fra helsevesenet må det tverrprofesjonelle samarbeidet settes på den politiske agendaen (World Health Organization, 2010). Spesielt når kompleksiteten i tiltakene er stor vil en tverrprofesjonell tilnærming være å foretrekke (Husebø & Flo, 2020). Lauvås og Lauvås (2004) beskriver også at ved behandling gitt til mennesker som er alvorlig og kronisk syke er samarbeid på tvers av profesjoner eneste måten å oppnå gode resultater på. Sykehjemsbeboerne er da nettopp personer som vil kunne vinne på samarbeid mellom profesjonene.

Det tverrprofesjonelle samarbeidet krever stor bevissthet rundt egen kompetanse (Willumsen & Ødegård, 2016). Profesjonsutøverne opparbeider seg til stadighet ny kunnskap og kompetanse innen eget fagfelt. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) må den nye kunnskapen sammen med tidligere kunnskap også gjøres tilgjengelig for de andre profesjonene om samarbeidet skal fungere. Fysioterapeutene skal foruten å kjenne til egen kompetanse også være kjent med andre profesjoners kompetanse og hvordan denne kompetansen bidrar til et tilpasset tjenestetilbud til brukerne (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning (2019) er et resultat av et tverrfaglig samarbeid mellom aktører fra ulike helseinstitusjoner og målet har vært at alle de helsefaglige utdanningene skal ha en likere programplan hvor samarbeid står på timeplanen. Studentene skal bli kjent med de ulike helsefaglige profesjonene gjennom fag som tilrettelegger for samarbeid på tvers av profesjonene

(Regjeringen.no, 2020). Kjernekompetansen er den kompetansen en profesjon innehar og som andre profesjoner ikke har. Den enkelte profesjon bygger på en kjernekompetanse og fysioterapi bygger på kropp og bevegelse. Overlappendekompetanse er en kompetanse som flere profesjoner kan inneha (Willumsen & Ødegård, 2016). Lege og fysioterapeuter har overlappende kompetanse innen eksempelvis anatomi. Felleskompetanse er en faglig kunnskap som utvikles igjennom et konkret samarbeid mellom profesjonene.

Spisskompetanse er en smalere kompetanse enkelte profesjonsutøvere innehar. Kompetansen er spesifikk og tilegnes gjennom videre utdanning etter grunnutdanningen (ibid). I praksis vil det tverrprofesjonelle samarbeidet kunne oppleves som utfordrende da samfunnet går i retning av mer spesialisering innen den enkelte profesjon. Den generelle kompetansen, som profesjoner innehar på tvers av profesjongrensene, må vike for mer spesialisert kompetanse (Thornquist, 2009). En spisskompetanse kan vanskeliggjøre integreringen av de ulike profesjonene i forhold til brukerens behov (Willumsen & Ødegård, 2016). Lauvås og Lauvås (2004) beskriver at «murene er enda høyere» mellom profesjonene når flere og flere profesjonsutøvere får spesialisert kompetanse.

Ved siden av bevissthet rundt egen og andre kompetanse bør også målsetningen den enkelte profesjonsutøver har for beboerne være kjent. Hver profesjon kan ha mer eller mindre uuttalte målsetninger for beboeren, noe som blir «skjulte målsetninger» og dermed heller ikke kjent for andre profesjoner i organisasjonen. Målene til den enkelte styrer ofte ens prioriteringer. I det tverrprofesjonelle teamet vil samarbeidet vanskeliggjøres når ulike aktører har fokus på sin målsetning som i noen tilfeller også kan være motsetninger (Orvik, 2015).

### **3.3.1 Profesjonssosiologisk og organisatorisk perspektiv**

Når et samarbeid skal foregå mellom profesjonsutøvere vil nettopp det at de er profesjonsutøvere kunne påvirke samarbeidet. En profesjons domene, autonomi, makt eller innflytelse (som nevnt under punkt 3.1. og 3.1.1) vil påvirke et tverrprofesjonelt samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). Tidligere var det tydeligere arbeidsdeling mellom profesjonene innen helsesektoren. Makt og status fulgte enkelte yrker som eksempelvis legeprofesjonen. Helsesektoren har gjennomgått en demokratiseringsprosess og dette har resultert i at flere profesjoner vil ha medbestemmelse og være selvstendige (Thornquist, 2009). Tradisjonelt har lege, tannlege og blant annet psykologer vært regnet som profesjoner. Fysioterapi og eksempelvis ergoterapi er nyere profesjoner. Nye profesjonsgrupper ønsker gjerne innflytelse og kontroll over arbeidsoppgaver og dette er noe som kan skape konflikter i den tverrprofesjonelle samhandlingen i organisasjonen (Orvik, 2015). Profesjoner har gjerne en



ulik fagforståelse og perspektiv (Thornquist, 2009). Profesjonene må gå inn i et tverrprofesjonelt samarbeid hvor de gjerne må kunne gi avkall på noe av autonomien sin for å oppnå et faglig stimulerende samarbeid, noe som på mange måter går imot profesjonenes iboende ønske om status, makt og innflytelse (Lauvås & Lauvås, 2004). Det er fremdeles legene som har lovfestet beslutningsmandat når det kommer til medisinskfaglige spørsmål, og organiseringen i helsevesenet bærer fremdeles preg av hierarkisk inndeling både mellom og innenfor de ulike yrkesgruppene. Det vil kunne eksistere uformelle maktsentre innad i en organisasjon som et sykehjem (Thornquist, 2009). Å finne sin naturlige plass i organisasjonen vil da ikke alltid være så enkelt for marginale yrkesgrupper som for eksempel fysioterapeuter. Å innlemmes i allerede eksisterende hierarkier fører til at andre profesjoner vil ha større makt og innflytelse over de marginale yrkesgruppene. De marginale profesjonene, gjerne bare representert med en person i organisasjonen, vil kunne ende opp med å få mindre handlingsrom selv (Orvik, 2015).

Til tross for en profesjons iboende ønske om å kontrollere sine domener, er det ikke nødvendigvis slik at det enkelte arbeidssted blir preget av profesjonskamp. De ulike profesjonene på en arbeidsplass ønsker å få ting gjort og velger dermed å finne praktiske løsninger på arbeidsoppgaver, i stedet for å skape konflikter mellom seg. En slik organisering innad på arbeidsstedet kommer gjerne i stand som følge av at enkelte profesjoner opplever å være overarbeidet. Den profesjonelle lærer opp andre ansatte som ikke innehar kompetansen som den profesjonelle innehar. De ulike fagpersonene blir assimilert opp i den andres praksis ved arbeidsstedet (Abbott, 1988). På selve arbeidsplassen, som for eksempel et sykehjem, vil uansett resultatet til slutt telle. Hvem som har utført hvilken oppgave er ikke nødvendigvis det viktigste (ibid). En helsefagarbeider eller sykepleier kan gjennomføre mobilisering i seng (noe som kan anses som en fysioterapeuts oppgave), for å lettere få gjennomført et smertefritt stell etterpå.

En organisasjon som et sykehjem er et sosialt system hvor både målene og strukturen er bestemt (Thornquist, 2009). Det kan likevel ofte mangle avklaring i forhold til helheten og organiseringen av det tverrprofesjonelle samarbeidet i fra organisasjonens/ledelsens side (Orvik, 2015). En tydelig ansvars- og oppgavefordeling må i hver enkelt organisasjon forekomme mellom profesjonene hvis det tverrprofesjonelle samarbeidet skal være fruktbart (Lauvås & Lauvås, 2004). Profesjonene springer ut fra en individorientert utdanningskultur, mens det beste for en beboer i livets slutfase er en holistisk tilnærming hvor profesjonene står

sammen og er godt organisert (Orvik, 2015). Yrkesutøvere som blant annet fysioterapeuter, må foruten å ha god klinisk kompetanse, også inneha organisatorisk kompetanse.

Organisatorisk kompetanse beskrives som en refleksiv og handlingsrettet kompetanse.

Profesjonsutøvere må kjenne til hvordan organisasjoner fungerer for å forstå hvordan en best kan organisere egen hverdag i samarbeid med andre profesjoner ved arbeidsstedet.

Organisatorisk kompetanse beskrives som tverrprofesjonell. Ved et sykehjem er profesjoners kompetanse innen organisering nødvendig for å sikre kvalitet og oppnå sikkerhet for brukeren. Ressursbruken vil også kunne bli mer effektiv (ibid). Orvik (2015) nevner at organisatorisk tilrettelegging likevel ikke er noen garanti for et godt samarbeid. McCarroll med flere (2020) konkluderer i sin studie med at støtte for tverrprofesjonelt samarbeid og organisatorisk arbeid, vil kunne forbedre fysioterapeutenes rolle i arbeidet i sykehjem, men dette er ikke knyttet opp spesielt til livets slutfase.

## 4.0 Metode

I dette kapitlet vil forskningsdesignet, metode for generering av data, og analyseprosedyren bli presentert. Kapitlet avsluttes med forskningsetiske vurderinger og tanker rundt forskerens rolle og refleksivitet.

### 4.1 Kvalitativt design

Kvalitativ metode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Forskingen skal være en systematisk og refleksiv prosess, en prosess som skal være etterprøvbart ved at fremgangsmåten er transparent (Malterud, 2017).

Dette er en kvalitativ studie hvor det er forsøkt å forstå menneskelig virksomhet, og deres opplevels- og meningsverden. Designet har en induktiv tilnærming hvor empiri er utgangspunktet og hvor teori vil bli tatt i bruk for å sette empirien inn i en sammenheng. Det kvalitative forskningsintervjuet er benyttet som verktøy for å generere data. Jeg som intervjuer er en samarbeidende part med intervjuobjektene når det kommer til å konstruere kunnskap (Bauman et al., 2011). Resultatet blir en tolkende beskrivelse, som viser tematiske mønstre og fellestrekk av det studerte fenomenet *fysioterapeuters erfaringer med fysioterapibehandling i livets sluttfase hos sykehjemsbeboere*.

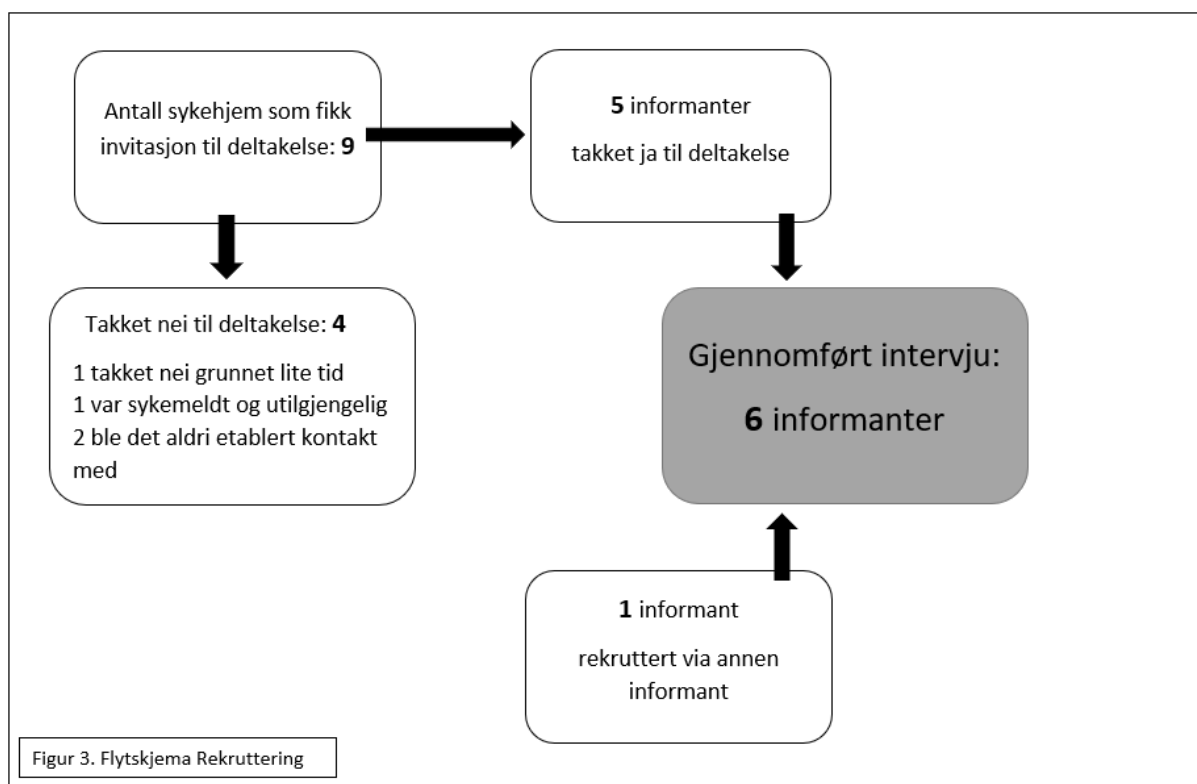
### 4.2 Utvalg

Seks informanter har gjennom intervjuene delt sine erfaringer fra arbeidet som fysioterapeut i sykehjem. Alle informantene jobber i en større kommune. Både menn og kvinner er inkludert i studien, henholdsvis fire menn og to kvinner. Alle informantene er autoriserte fysioterapeuter, og ansatt i en 100% stilling ved et sykehjem. Gjennomsnittsalder er 33 år, med et aldersspråk fra 25 til 40 år. Informantene har siden grunnutdannelsen arbeidet i gjennomsnitt 6 år og 3 måneder som fysioterapeut. Arbeidserfaringen fra sykehjem for den enkelte er derimot adskillig lavere, gjennomsnittlig 2 år og 4 måneder. Ingen av fysioterapeutene er spesialister i fysioterapi for eldre, men flere har andre utdannelsesløp i tillegg til fysioterapiutdannelsen. For to av informantene er denne tilleggsutdannelsen helserelevant. I det videre er informantene benevnt med nummerering 1 til og med 6.

#### 4.2.1 Rekruttering

Rekruttering av informanter startet opp sommeren 2020. Da målet var å undersøke erfaringene til fysioterapeuter i sykehjem, var det naturlig å rekruttere fra denne populasjonen.

Det var ønskelig å rekruttere informanter hvor variasjonsbredden i alder og arbeidserfaring var god. Innenfor tidsrammene til denne masteroppgaven måtte rekrutteringen likevel ta utgangspunkt i informanter som var tilgjengelig i det smale tidsvinduet som var avsatt til intervju. Informasjon om studien og samtykkeskjema ble sendt ut til ni kommunale sykehjem (vedl. I). Sykehjemmene ble valgt ut etter informasjon (mottatt fra kommunen), med hvor det var ansatt fysioterapeut i 100% stilling. Utvelgelsen ble videre gjort ved selvseleksjon. Fem personer meldte sin interesse umiddelbart ved å ta kontakt med undertegnede. En informant ble inkludert etter informasjon fra en annen deltaker, en såkalt snøballutvelgning (fig. 3). Det ble presisert i invitasjonen at det ikke var nødvendig for fysioterapeutene å ha erfaring med lindrende behandling i livets slutfase, for å delta i studien. Ett par uker etter utsendt invitasjon ble det forsøkt opprettet kontakt med dem som ikke hadde latt høre ifra seg. En fysioterapeut ved et sykehjem takket da nei. Vedkommende mente at tiden ikke strakk til. En annen person var sykemeldt og ikke tilgjengelig, mens de to siste personene lyktes det ikke å etablere kontakt med.



## 4.3 Datagenerering

Metoden valgt for å generere data er det kvalitative forskningsintervjuet.

### 4.3.1 Semistrukturert intervju

Type intervju benyttet er et semistrukturert intervju. Intervjuene ble gjennomført etter mal hentet i fra «Det kvalitative forskningsintervju» (Kvale & Brinkmann, 2015). Deltakerne valgte selv tid og sted for gjennomføring av intervjuene. Intervjuene varte i fra 60 til inntil 80 minutter. Det er undertegnede selv som utførte alle seks intervjuene, og lydbåndopptak av samtale ble utført ved bruk av digital diktafon, Olympus WS-853 (med minnekort). Non-verbale uttrykk og kroppslige meddelelser ble forsøkt nednotert underveis for å ivareta emosjonelle, og sosiale aspekter i intervjusettingen. Ønsket i intervjuprosessen har vært å gjennomføre intervju som ligger nært opp til dagligdags samtale, samtidig med at formålet likevel skulle være tydelig, og intervjuene forsøkt utført profesjonelt. Før intervjuene ble gjennomført signerte alle informanter samtykkeerklæring for deltakelse i studien (vedl. I).

Intervjuene tok utgangspunkt i en tematisert intervjuguide (vedl. II). Intervjuguiden var delt inn i følgende tematiske overskrifter: 1. Arbeidsoppgaver, 2. Palliasjon, terminalfase/livets siste dager, 3. Erfaring/manglende erfaring, 4. Tverrfaglighet, 5. Veiledning, 6. Pårørende, 7. Beboeren, 8. Fagkunnskap, 9. Hjelpemidler, 10. Kartleggingsverktøy, 11. Støtte og 12. Etikk. Alle temaene hadde underspørsmål. I løpet av intervjuene ble alle tema i intervjuguiden løftet frem. De ulike temaene i intervjuguiden tok større eller mindre plass i de forskjellige intervjuene. Underspørsmålene var til hjelp enkelte ganger, men andre spørsmål som opplevdes relevante i intervjusettingen ble fortløpende stilt. Informantene tok også selv initiativ til andre tema som de ønsket å prate om. Gjennomføring av intervjuene opplevdes som en fin prosess hvor informantene fremstod avslappet, og humøret var lett. Opplevelsen var at praten fløt fint, og intervjusituasjonen opplevdes som interessant og spennende.

Intervjuguiden var godt kjent for undertegnede og fungerte etter sin hensikt. Informantene fikk alle tilbud om å ta kontakt etter avsluttet intervju hvis de ønsket å presisere eller tilføye noe. Ingen informanter benyttet seg derimot av dette tilbudet. Hadde tidsrammen avsatt vært romsligere ville det muligens ha kommet frem enda flere nyanserte meninger da jeg enkelte ganger måtte avbryte informantene for å lede intervjuet videre. Inntrykket var likevel at ingen tema ble avrundet før informantene hadde fått mulighet til å utdype seg.

#### 4.4 Databearbeiding

Den muntlige intervju samtalen i fra lydopptaket ble omgjort til skriftlig tekst av undertegnede. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil transkripsjonene alltid være en svekket utgave av de direkte intervju samtaler. For å redusere antall feilkilder ble intervjuene transkribert verbatim fortløpende etter gjennomføring av hvert intervju. Transkripsjonene forsøkte å ivareta informantenes erfaringer og meninger på mest mulig opprinnelig måte. Pauser i intervjuene ble markert og alle lyder som kremting og latter ble nedskrevet. Intervjupersonene ble aidentifisert og alle data ble anonymisert allerede ved transkripsjonen.

#### 4.5 Analyse

Tematisk analyse er benyttet for å hente ut meninger på tvers i fra empirien, slik at man ender opp med en multivokalsyntese av tema (Malterud, 2012). Den tematiske analyseprosedyren benyttet i dette studiet er «Systematisk tekstkondensjon» (STC). STC er en analyseprosedyre som ifølge Malterud (2012) har sprunget ut av «Giorgis psykologisk fenomenologisk metode», og som er egnet til å analysere semistrukturerte individuelle intervju. I STC dekontekstualiseres transkripsjonen til tema. Videre blir meningsbærende enheter fra transkripsjonen kodet. Neste steg er å gå inn i en fortolkende prosess hvor man rekontekstualiserer. Modellen er bygd opp av fire trinn (tabell 1) (Malterud, 2012).

<b>Tabell 1. Systematisk tekstkondensering</b>
<b>1. Få et helhetsinntrykk (fra rådata til tema)</b>
<b>2. Identifisere meningsbærende enheter (fra tema til koder)</b>
<b>3. Kondensering (fra kode til mening)</b>
<b>4. Sammenfatning (fra kondensering til beskrivelser og begreper)</b>
Oversatt i fra Malterud (2012)

Med utgangspunkt i tabell 1 og Malterud (2012, 2017) sin gjennomgang av analysetrinnene, vil analyseprosessen i dette studiet beskrives under:

1. For å bli kjent med datamaterialet og danne seg et helhetsinntrykk, ble alle seks intervju lyttet igjennom i sin helhet, samt alle transkripsjoner ble lest igjennom.
2. Åtte tema ble så intuitivt valgt ut, for siden å bli redusert til fem. Veileder var aktivt deltakende i denne prosessen. Datamaterialet (transkripsjonene) ble deretter gjennomgått systematisk linje for linje for å identifisere informantenes egne meninger. De meningsbærende enhetene ble så sortert/kodet i kodegrupper under hver av de fem

temaene. Kodegruppene ble på dette trinnet redusert til kun fire kodegrupper i håp om at kodene ikke skulle overlappe hverandre i større grad. Likevel forekom både en dobbel- og trippelkoding ved at mange av de meningsbærende enhetene ble plassert i flere kodegrupper. Kodegruppene ble igjen endret og meningsinnholdet flyttet mellom kodene med tanke på å gjøre kodegruppene mer gjensidig utelukkende. Den videre analyseprosessen var en bearbeiding av de meningsbærende enhetene i kodegruppene inn i subgrupper. Subgruppene ble også omrokkert slik at kodegruppene ifølge Malterud (2017), gjøres mer «robuste». Dette arbeidet ble utført i samarbeid med veileder, og over en lengre tidsperiode. Blikket ble deretter igjen rettet mot den opprinnelige transkriberte teksten for å eventuelt fange opp aktuelle forbigåtte moment. Enkelte meningsytringer stod da tydeligere frem som følge av undertegnedes utvidede innsikt -etter arbeidet med analyseprosessen så langt.

3. Hver subgruppe med meningsbærende enheter ble omformulert til et kondensat som sammenfattet, og gjenfortalte den aktuelle subgruppen. Kondensatet ble skrevet i «jeg»-format. Sitater ble valgt ut for å underbygge kondensatet.
4. Analytiske tekster basert på hver kodegruppe ble dannet til slutt. Disse tekstene ble skrevet i 3. person for igjen å få noe avstand til empirien. De endelige sitatene ble valgt ut. De analytiske tekstene ble videre sammenliknet med transkripsjonene for å validere tekstene. Hver kodegruppe ble deretter gitt en overskrift som samlet tekstene i kategorier.

Under i tabell 2 fremstilles eksempler i fra analysearbeidet.

<b>Tabell 2. Eksempler på analysen</b>			
<b>Sitater</b>	<b>Koder</b>	<b>Subkoder</b>	<b>Resultatkategorier</b>
<p>«I jobben som fysioterapeut har jeg ikke hatt noe med palliativ behandling å gjøre».</p> <p>«Jeg synes alt er spennende, men da har jeg liksom prioritert gruppetreninger, fallforebyggende gruppetreninger».</p>	Fysioterapeutenes erfaring med fysioterapibehandling i livets slutfase	<p>Tiltak i livets slutfase</p> <p>Det trygge</p>	Lindrende behandling, et ukjent terreng
<p>«Jeg er usikker på hva jeg eventuelt skulle bidra med, men også kunnskapen om palliasjon».</p> <p>«Er det lungefysioterapi så hadde jeg følt meg veldig utrygg, for det er jeg ikke noe god på».</p>	Barrierer	Usikkerhet og manglende erfaring med lindrende behandling i livets slutfase	Manglende profesjonell kompetanse innen lindrende behandling
<p>«For er det noe jeg synes er utfordrende her på sykehjemmet så synes jeg det er å få innpass i avdelingene».</p> <p>«Sykepleier og legen styrer og holder på. Jeg er lite involvert».</p> <p>«Det virker som at når beboeren blir palliativ så mener avdelingen at de ikke er aktuelle for fysioterapi».</p>	Organisering	<p>Tverrprofesjonelt samarbeid</p> <p>Ikke plass til fysioterapeuten hos den døende</p>	Tverrprofesjonelt samarbeid uten fysioterapeutenes bidrag

#### **4.6 Forskningsetisk vurdering**

Lyddopptak av intervjuene regnes som personopplysninger. Prosjektet ble derfor meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet med plan for datalagring ble godkjent 16.06.20, referansekode 633398 (vedl. III). Lyddopptak ble slettet fortløpende etter at intervjuene var transkribert. Intervjupersonene ble alle aidentifisert allerede ved transkripsjonen. Tema som omhandles i intervjuene er for fysioterapeutene arbeidsrelatert og andre personopplysninger om den enkelte ble ikke innhentet. Det ble i lys av dette vurdert, sammen med veileder, at søknad til Regional etisk komite (REK) ikke var nødvendig for dette



studiet. Det ble presisert i forkant av alle intervju at informantene burde unngå å nevne navn på for eksempel beboere, kollegaer, eller institusjoners navn. Alle informanter fikk informasjonsskriv i forkant av at de takket ja til deltakelse. Alle deltakerne signerte samtykkeskjema med blant annet informasjon om at de når som helst kunne trekke sin deltakelse, uten å oppgi noen grunn for dette. Underveis i arbeidet, men også i denne ferdige oppgaven skal alle informanter fremstilles anonymt da et viktig etisk henseende er å ivareta anonymiteten til deltakerne (Fangen, 2010).

#### **4.7 Forskerens rolle og refleksivitet**

Refleksivitet handler om at jeg som forsker er «redskapet» når data genereres, og jeg er aktivt med på å skape resultatet i den kvalitative forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Viktigheten av refleksivitet i forskerrollen omhandles av flere (Kvale & Brinkmann, 2015; Leseth & Tellmann, 2018; Malterud, 2017), og med bakgrunn i forskernes anbefalinger har jeg forsøkt å være denne rollen bevisst og erkjenne mitt ståsted. I møtet med andre fysioterapeuter har inntrykket vært at fysioterapeuter i sykehjem avslutter sine intervensjoner, når beboerne går inn i livets slutfase. I forberedelsen til intervjuene forsøkte jeg bevisst å se fysioterapitjenestens oppgaver fra flere perspektiv, blant annet gjennom samtaler med kollegaer, både fysioterapeuter, men også andre profesjoner. Disse samtalene førte til at jeg stilte meg spørsmål i forkant av intervjuene om fysioterapeuter faktisk burde ha en rolle rundt den døende og -om det er en riktig prioritering? Med klinisk erfaring fra sykehjem over mange år, og med kunnskap fra kurs innen lindrende behandling og omsorg, har jeg sett behovet for å engasjere seg i dette fagfeltet. Jeg er spesialist i fysioterapi for eldre og ved mitt arbeidssted er fysioterapeutiske tiltak til personer i livets siste dager en viktig del av fysioterapiverdagen.

Informantene fremstår veldig samstemte og jeg har reflektert rundt hvordan jeg stilte spørsmålene til informantene, og hvordan dette eventuelt påvirket svarene. Et pilotintervju gjennomført i forkant av intervjuene ville gi erfaring og en mulighet til å justere spørsmål, eller måten spørsmålene ble stilt på. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver intervjusituasjoner hvor intervjueren er en «ekspert» og hvor maktforholdet er skjevt. Underveis i intervjuene forsøkte jeg å reflektere rundt i hvilken grad min nærhet til feltet påvirket informantene, og spor som ledet i motsatt retning av egen forforståelse ble bevisst forfulgt i intervjuene.

En høy grad av intersubjektivitet er ønskelig. Dette handler om at leseren skal være informert om hvilke betingelser kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2017). Leserens forsøkt

ledsaget nøyaktig gjennom metoden for å øke transparensen. Intervjuopptak eller transkripsjonene er det ingen andre som har hatt tilgang til, og dette svekker intersubjektiviteten. Informantene har heller ikke fått mulighet til å lese transkripsjonene og har dermed ikke fått bidra til å øke graden av intersubjektivitet. I tillegg til refleksivitet som allerede omhandlet, er relevans og validitet to parametere innenfor kvalitativ forskning som er vesentlige når det gjelder å vurdere hva som er vitenskapelig kunnskap, dens rekkevidde, begrensninger og mening (Malterud, 2017). Målet er at studien skal være relevant for flere da litteratursøk, også gjennomført sammen med bibliotekar, avdekket ett kunnskapshull i forskningsfeltet fysioterapi i lindrende behandling i livets slutfase i sykehjem. Studiens relevans er gjort rede for blant annet under kapittel 1.2 «Hensikten med prosjektet». Kvale og Brinkmann (2015) deler den kvalitative forskningsprosessen inn i syv trinn; tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. Valideringen er forsøkt å være gjennomgående i dette studiet i alle disse syv trinnene. Metoden med et semistrukturert intervju og en induktiv tilnærming anses å være egnet for å få svar på forskningsspørsmålet. Den tematisk tverrgående analyseprosedyren Systematisk tekstkondensering (STC) tilrettelegger også for en transparent forskningsprosess (Malterud, 2012). Den interne validitet kan vurderes som god hvis resultatene gir informasjon om det studerte fenomenet (Leseth & Tellmann, 2018), noe det oppleves at det gjør i dette studiet.

Den eksterne validiteten er forsøkt ivaretatt ved at det er gjort rede for hvor studiet er gjennomført og hvem informantene er. Demografien ved hvert enkelte sykehjem er likevel ikke opplyst om da personvernet til informantene, med lovnad om full anonymisering, har veid tyngst i dette henseende. Dette vil kunne gi en usikkerhet ved overføring av kunnskapen til andre sykehjem i Norge. Om informantene er representative for fysioterapeuter i sykehjem er heller ikke kjent da det ikke foreligger noe register med gjennomsnittsalder, eller arbeidserfaring, hos fysioterapeuter i sykehjem. I kvalitativ forskning anses likevel ikke det å være representativ som et mål (Malterud, 2017). Informantene i dette studiet er alle samstemte i flere saker. Kvale og Brinkmann (2015) omhandler dette som å oppnå «metning», hvor ytterligere flere informanter ikke vil tilføre ny kunnskap, eller at det er et «fallende utbytte». Et større utvalg ville likevel vært å foretrekke hvor variasjonsbredden på alder, arbeidserfaring og arbeidssted var større. Flere informanter, også *med* erfaring innen lindrende behandling i livets slutfase, ville definitivt tilført nye perspektiv til oppgaven.

## 5.0 Resultat

For å belyse forskningsspørsmålet vil jeg løfte frem hovedfunnene i form av meninger hentet i fra analysen. Resultatene er min fortolkning og sammenfatning av data, som ble generert i løpet av intervjuene, og gjennom analyseprosessen.

Hovedfunnene oppsummert er at fysioterapeutene har lite eller ingen erfaring med å gi fysioterapibehandling til sykehjemsbeboere i livets slutfase. Informantene jobber konvensjonelt hvor fallforebyggende treningsgrupper, tilpasning av ganghjelpemidler, og gangmobilisering inngår. Manglende profesjonell kompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid innen lindrende behandling, lite fysioterapiressurser og for lite tid tilgjengelig omtales som plausible årsaker til hvorfor fysioterapeutene ikke engasjere seg med tiltak i livets slutfase.

Analysene er delt inn i følgende fem kategorier: Lindrende behandling – et ukjent terreng, fysioterapeutenes erfaring med lindrende behandling i livets slutfase, hva kan fysioterapeuter bidra med i livets slutfase?, manglende profesjonell kompetanse innenfor lindrende behandling og omsorg, og tverrprofesjonelt samarbeid uten fysioterapeutenes bidrag.

### 5.1 Lindrende behandling - et ukjent terreng (for sykehjemsfysioterapeutene)

Informantene har alle et forhold til begrepet «palliasjon» og beskriver at det handler om å ivareta beboerne best mulig den tiden de har igjen. Informant 6 og 1 uttrykker hver for seg: «jeg assosierer det med lindring om å gjøre livets aller siste fase så smertefri og fin som mulig» og «det handler om å ta vare på, og skape gode øyeblikk». Når det derimot kommer til å utføre lindrende fysioterapitiltak i livets slutfase har informantene svært begrenset, enn om ingen erfaring. Informant 3 og 2 uttrykker henholdsvis: «I jobben som fysioterapeut har jeg ikke hatt noe med palliativ behandling å gjøre», og «når livet går mot slutten, da er ikke noen av oss særlig mye inne i bildet».

Det finnes ingen prioriteringsnøkkel for hvilke arbeidsoppgaver fysioterapeutene skal utføre i sykehjem som informantene kjenner til. Informant 1 forteller at de har en stillingsbeskrivelse, men at den er vag og «dekker i alle fall bare 10% av det jeg faktisk gjør». De fleste informantene beskriver at de har valgt en fysioterapeutisk rolle som er konvensjonell. En rolle som omhandler mobilisering, gangtrening, ledelse av fallforebyggende treningsgrupper samt hjelpemiddelformidling. De tiltak de utfører i løpet av arbeidsdagen føler de seg stort sett trygge på. Styrke- og balansetreningsgrupper prioriteres og gjennomføres i stor skala av informantene hver uke. Som flere uttrykker: «Jeg er veldig glad i styrketrening», informant 4

og 5 er tydelige på at «styrketrening, det er det jeg kan!» og «det er det jeg prioriterer». Til tross for at styrke- og balansetreningssgrupper kan defineres som lindrende behandling når tiltaket gis til personer med en kronisk og progressiv lidelse, har de færreste reflektert over dette. Dette tiltaket gjennomføres likevel ikke i livets slutfase. Ingen beskriver sitt arbeid som palliativt eller lindrende, foruten informant 1 som sier: «Demens i seg selv er jo egentlig en dødsdiagnose, og vi driver jo med palliasjon i fra de kommer inn her, selv om man ikke sier det». Ingen av informantene skisserer opp at de er en aktiv part i et lindrende behandlingsteam rundt beboeren i livets slutfase. Informant 3 oppsummerer sin kunnskap om lindrende behandling og omsorg: «Jeg føler meg litt grønn når det kommer til palliasjon».

### **5.1.1 Fysioterapeutenes erfaring med lindrende behandling i livets slutfase**

Informant 4 sier «når de blir mer sengeliggende, da er jeg ikke så mye tilknyttet, det blir i tilfelle mer rådgivning til avdelingene med tanke på forflytning, eller hjelpemidler».

Ganghjelpemidler som prekestol og trykkfordelende/trykkavlastende madrasser er begge hjelpemidler som informantene deler ut, og tilpasser til beboere i livets slutfase. Disse tiltakene blir av informantene presentert som noe som utføres og slutføres.

Fysioterapitiltakene er ikke noe som krever oppfølging fra informantene hos den døende i større grad. Det beskrives ingen systematikk i denne type tiltak. Fysioterapeutene kan selv ta initiativ, men forteller at tiltakene som oftest kommer i stand som følge av initiativ i fra andre faggrupper: «Det kommer litt an på hvor mye de på avdelingen etterspør meg» (Informant 2). Informant 5 beskriver at vedkommende har godt samarbeid med enkelte sykepleiere: «Noen sykepleiere her ber ofte om trykkavlastende madrasser som jeg da tilrettelegger for, og vi har egentlig lite trykksår her». Fysioterapeutene beskriver også at det kan være tilfeldig om eksempelvis trykkavlastende madrasser for sårprofylakse og smertelindring leveres ut. Skal tiltakene iverksettes avhenger dette av at fysioterapeutene er informert om hvem som er i livets slutfase, noe fysioterapeutene ikke alltid er orientert om. Utover ovenfor nevnte tiltak nevner informantene at de forsøker å være en emosjonell støtte for beboerne. De trekker frem at beboere ofte kan initiere prat om at de snart skal dø, og at de da forsøker å lytte og støtte. Ingen av informantene beskriver at disse samtalene kommer i stand etter initiativ i fra dem. Disse uformelle samtalene kan gjerne finne sted i forbindelse med trening, men det er stort sett før livets slutfase per definisjon.

### 5.1.2 Hva kan fysioterapeuter bidra med i livets slutfase?

Informantene løfter alle frem utfordringer med å utføre tiltak hos personer med demens. De beskriver en gruppe mennesker som har store vansker med å uttrykke seg og sine behov, og personer som har vansker med å ta til seg verbal instruksjon. Informantene trekker frem hva de tenker er viktig for beboerne i livets slutfase. De nevner spesielt det å lindre beboernes smerter, angst, og uro som viktig i livets slutfase. Dette er sammenfallende meninger for samtlige informanter. Informant 6 uttrykker «Jeg tenker det å redusere smerte, angst, uro den siste perioden, og få det så skånsomt som mulig er viktig», mens informant 3 beskriver: «Jeg tenker i hvert fall at det er noe med å bli kvitt det ubehaget, kvalmen, smerten eller hva det måtte være, bare få det vekk». Å skape trygge rammer rundt den døende beboeren slik at livskvaliteten opprettholdes lengst mulig, er noe alle trekker frem som vesentlig. Informant 1 forteller at vedkommende har grublet litt over målet med fysioterapitjenesten og beskriver: «hovedhensikten med det jeg holder på med her, er å sørge for at hver og en av de som bor her skal ha det ålreit den siste tiden sin». Informant 3 formulerer at fysioterapeutene bør være der i den siste fasen og «på en måte gi trygghet gjennom blant annet berøring». Når det kommer til spørsmål rundt hvilke konkrete tiltak den enkelte fysioterapeut kunne tenke seg å bidra med hos beboerne i livets slutfase, bruker flere av informantene tid for å reflektere over dette – i fellesskap med intervjuer. Flere uttrykker seg som informanten under:

«jeg tror at det der med å bevisstgjøre det vi kan og så knytte dette opp mot pasientgruppen, er nøkkelen. For jeg tror at vi har ganske mye kunnskap som vi kunne ha brukt på pasientene, men det er liksom det å trekke trådene og dra det sammen» (Informant 5).

Noen nevner likevel massasje og profesjonell berøring som tiltak for smertelindring, og for å dempe angst og uro. Ingen av informantene utfører dette per tid. Flere foreslår også lungefysioterapi som tiltak for å fremme respiratoriske forhold, men også leiring og bevegelse trekkes frem av flere som tiltak for å redusere dyspne, muskel-/skjelettplager/smerter eller forebygge sår. En informant uttrykker:

«Jeg tenker spesielt på dette her med muskel- og skjelettplager og bevegelse. Hva disse to tingene kan gjøre i forbindelse med smerter, og i forbindelse med et sengeleie med redusert bevegelse. Alle disse tingene som liksom er kjerneområder innen fysioterapi. Jeg tenker vi kan masse om smerter. Og så kan sykepleierne for eksempel andre deler av smertebildet, men at vi kunne ha sagt noe og bidratt noe i forhold til bevegelsesbildet og muskel- og skjelettplager hos den palliative: jeg tror vi har en kjempe rolle!» (Informant 5).

På direkte spørsmål: «tenker du at fysioterapeuten bør ha en rolle rundt beboeren i livets slutfase» svarer alle informantene «ja». Svarene er likevel nyanserte da enkelte bruker tid for å resonnerer seg frem til svaret sitt:

«ja, jeg tror jo at vi kan utøve noe. Berøring kan jo være med på å smertelindre og skape trygghet, ja og så har vi jo lungefysioterapien, det kan forebygge angst, eller lindre angst» (Informant 1).

En annen informant svarer som følgende:

«Jeg synes jo absolutt det. Om det ikke er så store ting, men kanskje bare hjelpe til med å få lagt beboeren i en god stilling, eller bare for å få beveget litt, eller bare for å ha det godt da, så da tenker jeg jo det» (Informant 2).

Informant 5 svarer tydelig og raskt: «Absolutt, å optimalisere og gjøre det best mulig mot livets slutt, hvis vi da tenker på terminalfasen. Jeg føler jeg har masse å bidra med». Informant 1 tilføyer at fysioterapeutene bør være til stede for «å lette dødsprosessen, ikke forkorte eller forlenge, men bare gjøre den litt greiere å gjennomgå!» (Informant 5). Vansker med å prioritere mellom beboere med ulike behov for fysioterapi gjør seg gjeldende ved spørsmålet om fysioterapeuten bør ha en rolle rundt beboeren i livets slutfase. Tid knyttes inn her som en knapp ressurs. Tid brukt på treningsgruppene «går selvfølgelig på bekostning av andre ting», og «tiden strekker ikke til» er utsagn fra informantene. Informant 4 svarer et «betinget ja» på spørsmål om deltakelse i livets slutfase. Vedkommende spiller inn at fysioterapeutens rolle kanskje burde være en veiledende rolle, en rådgivende jurisdiksjon ovenfor pleiepersonell og sykepleiere som pleier den døende, eksempelvis innen lungefysioterapi eller leiring.

## **5.2 Manglende profesjonell kompetanse innen lindrende behandling og omsorg**

Et gjennomgående tema i alle intervjuene er informantenes beskrivelse av manglende kompetanse innenfor lindrende behandling og omsorg. De sier det kan være utfordrende å gå inn på feltet når en selv mangler teoretisk kunnskap. Deltakerne snakker om manglende erfaring ved siden av manglende teoretisk kunnskap. En deltaker, informant 2, uttrykker: «Skal jeg gi fysioterapi til en beboer i livets slutfase vil jeg gjerne ha med meg en mer erfaren person inn». Informantene fremhever likevel egen profesjon og dens kunnskapsbaser, og konkluderer med at fysioterapeuter er egnet til å bidra med symptomlindring hos personer i livets slutfase. Ingen av informantene kan huske at de hadde lindrende behandling og omsorg

som tema i sin grunnutdanning. Informant 3 understreker at «Faglig påfyll ville jeg satt pris på». Et sitat fra informanten under oppsummerer hva flere uttrykte:

«Tenker vi skulle hatt mer i grunnutdanningen, men så er det jo hver enkeltes ansvar, hver enkelt fysioterapeuts ansvar å gå kursrekker og videreutdanne seg hvis man føler man trenger mer da. Men det å ha mere kompetanse på tema, det tror jeg absolutt hadde vært nyttig, men også det å bevisstgjøre hva vi egentlig kan gjøre, for jeg tror det er mer å gjøre der» (Informant 5).

Fysioterapeutene beskriver alle at de ønsker å gi best mulig livskvalitet til beboerne den tiden de har igjen. De uttrykker alle at de har ønske om å hjelpe beboerne. De beskriver videre at de opplever at fallforebyggende treningsgrupper er det enkelttiltaket de opplever gir best effekt på flere parametere. De har fagkunnskap om styrke- og balansetrening ervervet gjennom grunnutdanningen, enkelte også gjennom annen utdanning og kursing. Deres personlige erfaringer er gode med blant annet gode tilbakemeldinger i fra deltakerne i treningsgruppene. Når treningsgruppene avholdes nevner flere av informantene at det er godt å prioritere tid på dette tiltaket da de vet at forskningen støtter opp under dette. Informant 4 beskriver: «Det er derfor jeg har holdt mest på med styrke- og balansetrening, for både forskning og min erfaring tilsier at det er det jeg føler jeg får mest igjen for».

Flere av informantene nevner at å tilegne seg profesjonell kompetanse hvor økt fagkunnskap inngår er krevende. Arbeidshverdagen beskrives av informantene som travel, og det å sette av tid til aktive søk etter forskning nedprioriteres. Deltakerne kjenner ikke til eksisterende forskning innenfor lindrende behandling og omsorg knyttet til fysioterapi. Lindrende behandling er et felt hvor forskning derimot kan være etisk uansvarlig å bedrive, noe enkelte av informantene trekker frem. Informant 6 forteller at «alt kan jo ikke måles i effekt heller, ikke sant? For det medmenneskelige er jo ikke målbart på den måten». En informant som faktisk beskriver en hverdag hvor søk etter gyldig forskning prioriteres beskriver likevel litteratursøkene sine som ett «ekkokammer» hvor interessen for fallforebyggende treningsprinsipper styrer søkene. Mange uttrykker at å stå alene som profesjon på arbeidsstedet gjør egen utvikling mer krevende. De savner et større fagmiljø. Flere informanter beskriver at de gjennom tidligere jobber, i større fagmiljø sammen med andre fysioterapeuter, deltok aktivt i egen utvikling. En informant som jobber som eneste fysioterapeut ved sykehjemmet forteller at «du må selv sette deg ned foran pc-en, og selv finne ut hva du vil hente kunnskap om. Du skal innhente og bearbeide den. Det er tyngre å

gjøre, men veldig viktig» (Informant 2). «Det blir gjerne å jobbe mer erfaringsbasert og det man har lært her på sykehjemmet» sier informant 6.

På spørsmål om de føler seg usikre på å håndtere prat om døden, eller selve døden, forteller flere at de selv har et avklart forhold til døden. Informant 5 beskriver at «Det er fort gjort å tenke at døden er en fremmed ting, men det er jo ikke det på noen som helst måte. Og folk dør jo hele tiden». Å prate om livets avslutning og døden med beboerne er noe de ofte gjør. Enkelte informanter forteller at det likevel kan være vanskelige samtaler. Informant 4 sier: «Jeg synes av og til det kan være litt vanskelig, men mindre vanskelig nå enn da jeg startet her». Informantene sier at beboerne har tillit til dem, og at de selv i store trekk har kompetanse til å håndtere prat om døden, men at det er utryggheten tilknyttet fysioterapitiltak i livets slutfase som hindrer enkelte i å involvere seg i livets slutfase. Fysioterapeutene trekker også frem at det er krevende å prioritere mellom hvilke beboere, og hvilke tiltak som skal iverksettes i en travel hverdag.

Lungefysioterapi er et felt som hyppig nevnes i forbindelse med fagområder informantene savner mer kompetanse innen. «Jeg føler meg veldig utrygg på lungefysioterapi, for det er jeg ikke noe god på» (Informant 3). Informantene ønsker gjerne kurs og videreutdanning, men også en erfaren fysioterapeut, eller annen person som lege, sykepleier eller hjelpepleier, som kan veilede eller gi bekreftelser. Informant 6 sier: «Jeg hadde kjent det som en ressurs å ha med en person i for eksempel leiring, fått noe veiledning på det».

### **5.3 Tverrprofesjonelt samarbeid uten fysioterapeutenes bidrag**

Informantene beskriver hvordan deres egen tjeneste er organisert i sykehjemmet. Enkelte trekker også frem erfaringer i fra tidligere arbeidsgivere og organisasjonsmodeller der. Deltakerne forteller at det å være organisert i en egen fagavdeling, sammen med annet tverrprofesjonelt personalet oppleves som en styrke. En slik tverrprofesjonell avdeling beskrives å bestå av fysioterapeut, kvalitetssjef eller fagsykepleier, ergoterapeut og for eksempel lege. Under denne organisasjonsmodellen er gjerne institusjonssjef fysioterapeutens nærmeste leder, men også en av de andre profesjonene kan være leder. De andre profesjonene organisert i denne avdelingen jobber også på tvers av avdelinger i hele sykehjemmet. De fremstilles som mer faginteressert, og informantene mener de i større grad møter forståelse for sin rolle her. Informant 4 beskriver at organisering i egen fagavdeling er fordelaktig da «man jobber tett på andre mennesker som er opptatt av kvalitet, og å øke kvaliteten i tjenesten». Det er også enklere å slå av en prat i gangen eller på kontoret med de andre fagprofesjonene som



er organisert i samme avdeling. Enkelte informanter beskriver en annen vanlig organisering i sykehjem hvor fysioterapeuten er plassert i en sykeavdeling med avdelingsleder, gjerne sykepleier, som sin nærmeste leder. Utfordringer beskrevet her er at informantene erfarer å stå mer alene. De nevner at det ikke finnes noe fagfellesskap og at det er vanskeligere å starte opp tiltak, da helsefagarbeidere og sykepleiere ikke nødvendigvis kjenner til faget fysioterapi. Informant 3 uttrykker: «Så selv om jeg tilhører den sykeavdelingen teoretisk så er jeg ikke der i praksis. Jeg blir rett og slett litt glemt». Informant 2 forteller at «min nærmeste leder er en sykepleier på en post, men arbeidsoppgavene mine er jo på hele huset, det blir ikke helt naturlig synes jeg».

Informantene beskriver pleierne (helsefagarbeidere og ufaglærte pleieassistenter) og sykepleierne som noen av sine nærmeste samarbeidspartnere i hverdagen. Fysioterapeutene beskriver at de selv ofte oppdager udekkede behov hos beboere. Fysioterapeutene tar med bakgrunn i dette initiativ til behandlinger eller treninger. De mottar også i stor grad «bestillinger» på fysioterapeutiske tiltak i fra pleiepersonellet. Bestillingene kan komme via e-post, men som oftest muntlig i korridoren. Et fellestrekk ved informantenes arbeidssted er at mye av informasjonsflyten er tilfeldig eller mangelfull. Flere savner tettere samarbeid spesielt med legen, både når det gjelder konkrete avgjørelser rundt medisiner, men også i andre medisinske spørsmål. En informant beskriver følgende:

«savner kanskje litt en sånn tverrfaglig møteplattform for leger og fysioterapeuter sammen for å diskutere saker mer. Nå går det gjerne på internmeldinger, eller når man møter på hverandre over gangen» (Informant 4).

Hoveddelen av informantene snakker om tverrprofesjonelle møter som de forsøker å gjennomføre ukentlig eller månedlig, hvor enkeltbeboere «tas opp». Møtedeltakere kan være sykepleiere, leger og pleiepersonell i fra avdelingene. Det tverrprofesjonelle møtet omtales som et møte som raskt «glir ut» og som tenderer til å omhandle saker som «har vært», og ikke forslag til tiltak som skal iverksettes. Møtet mangler en fast struktur, og har sjeldent en tydelig ledelse. Informant 6 beretter om tverrprofesjonelle møter som «Det er lite struktur på. Det er ikke tid til å gå igjennom alt, og ting sklir fort ut i samtaler som burde vært mye mindre pratet om». Informant 1 beskriver likevel ett tverrprofesjonelt møteforum hvor strukturen er stram og hvor fysioterapeuten selv har en sentral rolle i ledelse av møtet. Her er spørsmål om hvilken livsfase beboerne befinner seg i inkludert i møtet. Til tross for fastsatte

tverrprofesjonelle møter forteller informantene i liten grad om tverrprofesjonelt samarbeid i praksis rundt beboerne i hverdagen.

Når en person er døende er det ingen av informantene som får henvisning fra lege, eller forespørsel fra sykepleier eller pleier, om å delta med sine tiltak. Fysioterapeutene har ikke alle oversikt over hvordan den lindrende behandlingen og omsorgen er organisert i deres organisasjon når beboere går inn i livets slutfase. Som informant 4 uttaler: «Jeg vet ikke helt hva de har drevet med i palliasjons-teamet» og informant 2 forteller at «det var meningen at det skulle være en fysioterapeut med, men det ble det ikke noe av». Kun en informant forteller om et lindrende behandlingsteam som er aktive på arbeidsstedet, og også underviser andre ansatte.

De fleste informantene opplever at både pleiere, sykepleiere og legen har en holdning til fysioterapi som «noe som skal gis til de oppegående». Det er en formening om at trening og fysisk aktivitet er det som skal stå i fokus blant fysioterapeutene. Utsagn fra informant 2 illustrerer dette: «Man tenker at fysioterapi liksom er opptrening og rehabilitering, og at de andre tenker *-du skal jo dø, så du trenger ikke fysioterapi du liksom*». Andre har fått beskjed om at «nå er jo hun sengeliggende og døende så det her kan du bare avslutte» (Informant 3). En informant uttrykker tydelig at det ville være av stor interesse å involvere seg i livets siste fase, men også denne informanten, informant 5, fremstiller en holdning i avdelingene om at fysioterapi ikke er aktuelt, når en beboer er i livets slutfase: «Vi blir liksom kuttet ut av pleiepersonellet fordi de har en formening om at vi ikke har noe der å gjøre».

Fysioterapeutene gir også uttrykk for forståelse for at lege, sykepleier og avdelingen ikke involverer. Fysioterapeutene har aldri selv gitt uttrykk for at de ønsker å delta med tiltak hos personer i livets slutfase. Deltakerne forteller at så lenge de selv er usikre på hva de skal bidra med, vil nok også andre profesjoner være usikre på hva fysioterapeutene kan bidra med i livets slutfase. Følgende utsagn i fra informant 3 gjenfinnes også som meningsytringer hos andre informanter: «Og kanskje ikke sykehjemmet vet helt selv, og de ansatte helt selv, hva fysioterapeuten skulle gjort, og hvis jeg ikke selv kan redegjøre for det så er det kanskje litt vanskelig å gå inn der».

## 6.0 Diskusjon

Under vil funnene drøftes i tilknytning til annen aktuell litteratur og forskning, før videre behov for forskning, og implikasjoner for praksis, presenteres.

### 6.1 Resultatdiskusjon

De seks informantene har alle delt av sine erfaringer fra arbeid i sykehjem. Funnene vil oppsummeres kort, før de knyttes opp til aktuell litteratur og teoretiske referanserammer.

Intervjuene avdekker at informantene har svært lite erfaring med å gi fysioterapibehandling til beboere i livets slutfase. Informantene forteller at de mangler kompetanse for å utøve fysioterapibehandling i livets slutfase. De uttrykker likevel at fysioterapeuters kjernekompetanse om kropp og bevegelse vil kunne spille en sentral rolle i et tverrprofesjonelt team, som utøver lindrende behandling til personer i livets slutfase. Informantene savner retningslinjer for hva fysioterapeut rollen ved sykehjem skal inneholde av oppgaver. De ønsker mer ressurser i form av tid, men også flere fysioterapeuter inn i sykehjemmene. Hvordan fysioterapitjenesten er organisert ser ut til å påvirke tverrprofesjonelt samarbeid.

#### *Profesjonell kompetanse*

Informantene har jurisdiksjon i form av den eksterne kontrollen som er gitt dem via myndighetene. Alle informantene har via sin autorisasjon fått en tillit til å kunne utøve fysioterapi i sykehjem, noe også en informant trekker frem i intervjuet. Informanten er opptatt av å ikke utøve fysioterapi som vil føre til at beboerne blir skadelidende, og at autorisasjonen trekkes tilbake. Tilliten bærer i seg at informantene skal inneha relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid (Molander & Terum, 2008). Informantene er alle positive til at profesjonen fysioterapi har kunnskapsbaser, både anatomi, fysiologi, og sykdomslære, som er viktige ved ivaretagelse av personer i livets slutfase. At profesjonen har noe å bidra med når det kommer til symptomlindring er informantene samstemte i, men informantene uttrykker alle selv at de *ikke* har nok kompetanse innen lindrende behandling. Det kan på den andre siden fremstå fra myndighetens side at fysioterapeuter derimot *skal* inneha kompetanse til å behandle personer i livets slutfase (Meld. St. 24 (2019-2020)). Fysioterapeutene uttrykker at de ikke har nødvendig og hensiktsmessig kvalifikasjoner slik Skau (2017) definerer profesjonell kompetanse. Deltakerne viser derimot at de har relevant profesjonell kompetanse når det kommer til gjennomføring av fallforebyggende treningsgrupper. De har teoretisk kunnskap og

yrkesspesifikke ferdigheter fra utdanningen, og positiv erfaring med gjennomføring av treningsgruppene. Dette står frem som en felles sluttkompetanse (etter endt studie), og en tydelig profesjonsidentitet hos alle informantene. Flere deltakere beskriver stor entusiasme hos deltakerne på treningsgruppene, og ikke minst at tiltaket har «utrolig god effekt». Sykehjemmene informantene representerer har fra en til to hele stillinger (ved ett av de største sykehjemmene). Det er et stort ansvar alle informantene bærer med seg å skulle gi fysioterapibehandling til anslagsvis 50-100 demente sykehjemsbeboere. Med manglende retningslinjer for sykehjemsfysioterapeuter gir informantene uttrykk for at de har et stort handlingsrom. De utdyper dette i at de andre faggruppene, også ledelsen, blander seg lite i hva fysioterapeutene driver med. Et stort handlingsrom kobles til det å ha et stort ansvar (Orvik, 2015). Ansvaret innebærer at de til enhver tid skal være oppmerksomme ovenfor behov ytret fra beboere, men også ta hensyn til de politiske signalene. Informantene er ikke orientert om hvilke politiske føringer som Stortingsmelding 24 (2019-2020) inneholder. Når profesjonsutøveren treffer valg blant annet vedrørende hvem som skal motta fysioterapi og hvilke tiltak som iverksettes må en kunne vise til kunnskap og utprøvd erfaring (Svensson & Karlsson, 2008). Innen lindrende behandling i livets slutfase klarer derimot ikke informantene å vise til kunnskap og erfaring i samme grad som de gjør når det kommer hvorfor de prioriterer fallforebyggende tiltak.

Kompetansen til nyutdannede fysioterapeuter imøtekommer ikke tjenestenes kompetansebehov (Regjeringen.no, 2020), noe informantene bekrefter innen lindrende behandling i livets slutfase. Informantene i studien viser generelt til flere velutviklede yrkesspesifikke ferdigheter gjennom intervjuene, men innen lindrende behandling er det lite konkret teoretisk kunnskap å forene med praksisen, slik Grimen (2008) beskriver. Flere informanter sier at når de selv er usikre på sin profesjonelle kompetanse i forbindelse med livets avslutning, vil ikke dette gjøre det enklere for personer rundt dem å ha en tydelig forståelse av hva fysioterapeutene kan bidra med. At sluttkompetansen hos en fysioterapeut, etter endt utdanning, skal inneholde teoretisk og erfaringsbasert kunnskap innen lindrende behandling og omsorg (Meld. St. 24 (2019-2020); OsloMet Storbyuniversitetet, 2020) er noe informantene i denne studien ikke kjenner igjen. Utdanningsløpet har ikke gitt informantene den profesjonelle kompetansen de trenger for å møte kravet om å gi fysioterapi i livets slutfase. Informantene representerer flere forskjellige utdanningsinstitusjoner, og ble ferdig utdannet på ulike tidspunkt over en periode på 15 år. Det er ikke kjent om informantene hadde lindrende behandling og omsorg i sine programplaner. Profesjonell kompetanse er likevel noe

man utvikler over tid, gjennom tilegnet erfaring fra arbeidslivet, og gjennom utdanning fra for eksempel relevante kurs (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Flere av informantene deltar regelmessig på kurs i regi av arbeidsgiver, eller eksterne aktører, men har ikke deltatt på kurs omhandlende lindrende behandling og omsorg.

Gjennomsnittlig arbeidserfaring som fysioterapeut er rett over 6 år, men arbeidserfaring i sykehjem er adskillig lavere med gjennomsnittlig 2,5 år. To av informantene kan plasseres i kategorien som «den etablerte profesjonelle», mens de resterende informantene havner i kategorien «lærling» og «kandidat» etter Rønnestad (2018) sin inndeling. Å utøve lindrende behandling og omsorg er krevende, og det kreves en høy grad av profesjonell kompetanse (Taylor et al., 2013). Det er ikke gitt at «lærlinger» og «kandidater» skal ha den profesjonelle kompetansen som er nødvendig for å utøve god lindrende fysioterapibehandling i livets slutfase. Å utvikle sin profesjonelle kompetanse er en livslang prosess (Brosky & Scott, 2007). Med lite teoretisk og praktisk kunnskap ervervet i fra grunnutdanningen innen lindrende behandling, er dette, sammen med kort arbeidserfaring i sykehjem, kanskje den viktigste, og er en plausibel forklaring på hvorfor informantene ikke er involvert i livets slutfase.

En vil anta en fysioterapeut som skal omgås mennesker med fordel bør være trygge i mellommenneskelige relasjoner. Flere av informantene uttrykker at de innehar en personlig kompetanse (som inngår som en del av den profesjonelle kompetansen), som er egnet ved jobb i sykehjem. De formidler alle at de er trygge når det handler om å stå i livets slutfase som et medmenneske sammen med beboere og pårørende. På den andre siden skyter likevel en informant inn at vedkommende ikke ønsker å være alene sammen med den døende. Skau (2017) fremholder at den personlige kompetansen hviler på profesjonsutøverens holdning til utfordringer en møter i det profesjonelle arbeidet, og holdning til kunnskap. Hvordan informantene forholder seg til utfordringer er ukjent, men flere av informantene beskriver svært innholdsrike dager hvor flere utfordrende arbeidsoppgaver må løses. Alle har en holdning som tilsier at de anser kunnskap som en viktig del av det å være profesjonell. Informantene sier de ønsker å tilby tiltak som er forskningsbasert. Når det gjelder fysioterapi og lindrende behandling i norske sykehjem er det gjennomført lite forskning og informantene kjenner følgelig ikke til denne type forskning. Det er generelt tidkrevende, nevner flere, å lese forskning og finne ut hvilke studier som er overførbare til deres praksis. Fysioterapeutene nevner at dette er spesielt utfordrende når de jobber alene som fysioterapeut ved sykehjemmet. Å ha få eller ingen fysioterapikolleger å støtte seg på i søken etter for

eksempel forskning, gjør kunnskapssøken mer krevende. De informantene som i større grad klarer å, om noe uregelmessig, søke forskningsbasert kunnskap, opplever likevel at de gjerne søker etter det temaet som opptar dem, nemlig styrke- og balansetrening. En kan tenke seg at å utvikle seg som profesjonsutøver gjøres best i samspill med andre. English (2015) trekker frem at kollegial støtte i arbeidet med lindrende behandling og omsorg må til for å oppnå profesjonell utvikling. Å ha få eller ingen fysioterapikolleger vil kunne føre til at erfaringsutveksling som et kompetansespringbrett er fraværende. En informant nevner en fysioterapikollega som tidligere var involvert i lindrende behandling, men ingen av informantene har per tid en erfaren kollega å hente inspirasjon i fra når det kommer til lindrende behandling i livets slutfase.

Epstein og Hundert (2002) mener videre selvbevissthet, oppmerksomhet og tilstedeværelse er personlig kompetanse som må til for å utvikle sin profesjonelle kompetanse. Når det gjelder selvbevissthet er informantene selvbevisste på hvilken kompetanse de innehar og hva de trenger å utvikle ytterligere. Informantene fremstår ellers som oppmerksomme og tilstedeværende i den rollen de har valgt som fysioterapeut i sykehjemmet. Utover dette ble ikke informantenes personlige kompetanse tematisert i intervjuene. Det er likevel mulig at deltakerne har en personlig kompetanse som er egnet i arbeidet som sykehjemsfysioterapeut i livets slutfase, og at usikkerheten de uttrykker ikke er koblet til deres personlige kompetanse, men deres teoretiske og yrkesspesifikke ferdigheter innen lindrende behandling og omsorg. Å utvikle den profesjonelle kompetansen som gir oss utøvere en trygghet i ulike situasjoner tar tid, men med riktige holdninger til utfordringer og kunnskap vil informantene kunne utvikle sin personlige kompetanse og, tilegne seg teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter i tiden som kommer.

### *Fysioterapeutens rolle i sykehjem*

Ifølge World Physiotherapy Organization (2019) skal fysioterapeutene kunne bistå pasienter gjennom hele livet når det kommer til bevegelse og funksjon. Dette er også noe informantene er samstemte i. For eksempel vil smerter kunne forebygges, men også lindres som følge av bevegelse (Lienert, 2013; Marcant & Rapin, 1993). Uten å være kjent med oppbyggingen av fysioterapitjenesten henholdsvis i Canada og Storbritannia, viser både McLeod og Norman (2020) og Kinley med flere (2014), at det henvises for lite til fysioterapeuter når beboere er døende. Dette kan dreie seg om manglende kunnskap hos den som henviser, eller lite kjennskap til hva fysioterapeutene kan bidra med. Det at fysioterapeuter er mangelvare rundt beboere i livets slutfase i sykehjemmene, står i kontrast til dokumentasjonen om at

fysioterapeuter kan bidra med flere effektfulle tiltak. Om litteraturen som beskriver at det henvises for lite til fysioterapeuter i livets slutfase speiler norske forhold er ukjent. Informantene i dette studiet etterlyser bedre dekning av fysioterapeuter ved sitt arbeidssted. Skal dekningsgraden av fysioterapi økes i sykehjemmene må først og fremst politiske føringer og bevilgninger legges til rette for dette, men også den enkelte organisasjon bør da være kjent med verdien av fysioterapi for den døende beboeren.

Med en økende aldrende befolkning, og sykehjemsbeboere som er skrøpeligere enn tidligere, peker litteraturen i retning av at sykehjemsbeboere er i økende behov av lindrende behandling og omsorg (Livingston et al., 2017; McLeod & Norman, 2020). En studie fra Storbritannia konkluderer med at fysioterapeutens rolle i sykehjem er omfangsrik. Både fysioterapeuter, men også andre yrkesgrupper som henviser sykehjemsbeboere til fysioterapi, er intervjuet. Rollen til fysioterapeutene beskrives som kompleks og uklar. Hva som er fysioterapeutenes domene er utydelig for fysioterapeutene selv, men også for andre faggrupper (McCarroll et al., 2020). Om ikke alle informanter i dette studiet beskriver sin rolle som uklar, beskrives den som en rolle hvor det er lite føringer for hvilke oppgaver som skal utføres. Informantene forteller at de ikke alltid vet når en beboer er døende, og heller ikke er orientert for hvilke behov beboeren måtte ha. Litteraturen viser til at pasienter i livets avslutning har behov som ikke blir møtt, deriblant behov for smertelindring, bevegelse, eller hjelp til å avlette bekymringer (Høgdaal et al., 2020). Sykehjemsbeboere i Norge har også udekkede behov i livets slutfase (Sandvik et al., 2016). Fysioterapeuter og ergoterapeuter trekkes frem som faggrupper som kan bidra til å lindre symptomer hvis de blir involvert i lindrende behandlingsteam (Høgdaal et al., 2020). En informant forteller om arbeidsoppgaver rundt den døende «som ingen gjør», men det fremkommer ikke hvilke oppgaver dette gjelder.

Ikke alle sykehjem i Norge har fysioterapeut fast ansatt slik som er tilfellet ved informantenes sykehjem. Sammensatte og komplekse fysioterapeutiske behov hos sykehjemsbeboerne må da eventuelt dekkes av fysioterapeuter som også må dekke andre arbeidsoppgaver hos hjemmeboende brukere. En vil anta at disse fysioterapeutene kjenner institusjonen dårligere enn en fysioterapeut ansatt i selve sykehjemmet. Hvis fysioterapeutenes tjenester ikke blir etterspurt i livets slutfase til beboerne, vil fysioterapeutene uavhengig av tilknytning til sykehjemmet, være avhengig av å selv initiere oppstart av lindrende behandling hvis dette skal bli en realitet. Fysioterapeutene vil da måtte kjenne til tegn på at livet går mot slutten for å gi riktig behandling til riktig tid (Persson et al., 2018), og en vil anta at en fysioterapeut som er daglig til stede ved sykehjemmet lettere vil kunne fange opp slike tegn. Lindrende

behandling i livets slutfase vil ikke kunne utøves om en ikke klarer å identifisere at personer faktisk nærmer seg livets slutfase -før det er for sent.

Fysioterapeutene tilhører en profesjon som ofte jobbet tett med beboerne gjennom sine intervensjoner og vil med dette kunne være de første som fanger opp tegn på at beboerens liv faktisk går mot slutten. Noen av informantene kjenner til enkelte tegn på at døden er nært forestående. For å stille diagnosen at noen er døende må en benytte det kliniske skjønn i tillegg til å kjenne til tegn på at døden nærmer seg. Fysioterapeutene vil her kunne ha en rolle med sitt gode kliniske blikk (Taylor et al., 2013). I mange tilfeller kan det være vanskelig å vurdere om en pasient er døende (Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2015; Sandvik et al., 2016). For å iverksette tiltaksplanen «Livets siste dager» skal minimum et tverrprofesjonelt team med lege og sykepleier være enige om at personen er døende (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, 2021). Ingen av informantene er en aktiv part i ett tverrprofesjonelt team som diagnostiserer beboere som døende. Når kun 61% av de døende ble identifisert ved norske sykehjem (Sandvik et al., 2016), kan en anta at denne prosentandelen vil kunne bli betydelig høyere om også fysioterapeutene bidrar i teamet som diagnostiserer beboere som døende. Den lindrende behandlingen til døende sykehjemsbeboere må ikke bli overlatt til tilfeldighetene, og en må jobbe proaktivt for å øke tilgangen til fysioterapeuter ved sykehjemmene (Kinley et al., 2014).

Når det hverken finnes retningslinjer for fysioterapi og lindrende behandling, eller stillingsbeskrivelser som eksplisitt setter livets slutfase på terapeutenes agenda vil en anta at det kan være krevende å bevege seg inn på feltet. To informanter snakker begge om stillingsbeskrivelser som ikke er særlig til hjelp i hverdagens utfordrende prioriteringer, og hvor lindrende behandling ikke nevnes. Det økte presset på helsetjenester i sykehjem har (etter samhandlingsreformen) medført at det må prioriteres hardere mellom syke beboere (Bruvik et al., 2017), noe som også fremstår som tilfelle ved sykehjemmene til informantene. Hverdagen i sykehjem handler om å prioritere mellom demente skrøpelige beboere som alle er i behov av fysioterapitjenester. Informantene beskriver at hvis allerede knappe fysioterapiressurser skal benyttes i livets slutfase vil dette måtte gå på bekostning av andre arbeidsoppgaver. Kinley (2014) presiserer at tilgangen på fysioterapeuter, men også leger og sykepleiere må økes i sykehjemmene. Det kvantitative bemanningsproblemet foreslås av Wyller (2020) å løses gjennom nasjonale bemanningsnormer.



### *Ulike former for jurisdiksjon i en fysioterapeuts sykehjemshverdag*

Flere informanter forteller at arbeidshverdagen består i å prioritere og sjonglere mange oppgaver, inkludert oppgaver som oppstår akutt. En deltaker uttrykker at vedkommende gjør alle mulige slags oppgaver i løpet av en arbeidsdag, også mange oppgaver som ikke er relatert til fysioterapifaget. Dette kan være alt fra å arrangere sangstunder til mer praktiske oppgaver ved sykehjemmet. I mangel av en prioriteringsnøkkel for hvilke oppgaver som skal løses ved sykehjemmet for fysioterapeuter har informantene selv formet sin stilling. Å velge sine arbeidsoppgaver er noe en profesjonsutøver i fysioterapi har et selvstendig ansvar for (Orvik, 2015). Hver informant har en intern jurisdiksjon over egne arbeidsoppgaver i sykehjemmet (Molander & Terum, 2008). Fra 2018 står fysioterapi som profesjon friere da kravet om henvisning fra lege, for å få fysioterapibehandling, bortfalt (Helfo.no). Profesjonen hadde da inntil nylig en underordnet jurisdiksjon i forhold til legene, hvor legene hadde den intellektuelle jurisdiksjonen (Orvik, 2015). Fysioterapeutene har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar (Norsk fysioterapeutforbund, 2012), og vil selv stå ansvarlig for å velge/velge bort lindrende behandling i livets slutfase. Det kommer frem i dette studiet at informantene ikke har gjort bevisste valg hva gjelder deltakelse med lindrende behandling i livets slutfase. Enkelte sier at lindrende behandling og omsorg er noe de ikke har tenkt noe særlig over før intervjuet. En konvensjonell rolle hvor fysioterapeutene veileder beboere i fallforebyggende trening står frem som fysioterapeutenes jurisdiksjon, profesjonens fremste domene. Kontroll over fallforebyggende treningsgrupper fremstår som fysioterapeuters «jurisdictional claim», som er jurisdiksjonen en profesjon hevder å være en rettmessig eier over (Abbott, 1988). Informantene i denne studien legger frem arbeidsoppgaven med å trene beboere som en jurisdiksjon de har full kontroll over innad i sykehjemmet. Informantene beretter om at de andre profesjonene i sykehjemmet ser på fysioterapeutene som «dem som tar seg av treningen».

Informantenes erfaring er at behandling i livets slutfase er forbeholdt helsefagarbeidere, sykepleiere og leger, at lindrende behandling og omsorg er deres domene. Profesjoner vil som oftest beholde makten over sine domener (Abbott, 1988). Om dette er tilfellet i de aktuelle sykehjemmene er ukjent. Fysioterapeutene mener at det ikke er noen forventning i fra de andre profesjonene om deres deltakelse i livets slutfase, og fysioterapeutene har som kjent heller ikke forsøkt å tilegne seg makt over dette domenet. Informantene forteller at det er legene som styrer forordningen av medisiner i livets slutfase, og har med dette full jurisdiksjon på feltet. Sykepleiere er tradisjonelt sett underordnet legene i et hierarkisk forhold

hvor legene er premissleverandører (Lauvås & Lauvås, 2004). Denne organiseringen bekreftes også gjennom intervjuene med informantene, og fysioterapeutene plasserer også seg selv hierarkisk under legene når beslutninger rundt beboere skal tas. Samtlige informanter forteller at legene og sykepleierne mener at fysioterapeutene ikke skal bidra, eller kan bidra når en person er i livets avslutning. Flere av informantene forteller at de har blitt bedt av lege eller sykepleier om å avslutte fysioterapibehandlingen når beboer er definert som døende.

Det er konsensus blant informantene om at lindrende behandling i livets slutfase kan være et av domene hos fysioterapeuter i sykehjem. Informantene presiserer derimot at dette er betinget i at rammebetingelsene ved sykehjemmet er tilrettelagt. Dette favner alt fra nok fysioterapiressurser til riktig behandlingsutstyr, og nok tid avsatt til tverrprofesjonelt samarbeid. Vil det være aktuelt for den enkelte informanten å involvere seg i livets slutfase i form av en underordnet jurisdiksjon, hvor fysioterapeutene er underordnet sykepleierne? Fysioterapeuter og sykepleiere har funksjonelt differensiert arbeidsfordeling hvor alle informantene plasserer administrasjon av medisiner som et område sykepleierne har ansvar for, foruten å gi omsorg i livets slutfase. Skal fysioterapeutene ta en større plass i behandlingen av beboere i livets slutfase kan det argumenteres for at sykepleiere og helsefagarbeidere må godta at fysioterapeutene innehar en delt jurisdiksjon med dem i livets slutfase.

Deltakerne trekker flere frem at de veileder annet personalet i sykehjemmet som en av sine mange arbeidsoppgaver. Å kunne inneha en veiledende rolle er nevnt i enkelte stillingsbeskrivelser. Veiledningens art kan ifølge informantene være råd og tips til sykepleiere og helsefagarbeidere i forbindelse med forflytningsteknikker, men også som opplæring i form av gangmobilisering. I studien til McCarroll med flere (2020) diskuteres det om fysioterapeuter skal ha en rådgivende jurisdiksjon ovenfor annet helsepersonell i sykehjem, ikke spesifisert spesielt i livets slutfase. Konsensus oppnås ikke blant deltakerne i den ovenfornevnte studien. Enkelte mener at de ikke innehar nok kompetanse om blant annet demens til å gi råd til andre profesjoner. Skal informantene ha en rådgivende rolle ovenfor annet helsepersonell i sykehjem, i livets slutfase, trer kompetanse frem som en nøkkelfaktor hos den som skal veilede. Å inneha en rådgivende jurisdiksjon fremstår som uproblematisk for informantene når det gjelder gangmobilisering. De uttrykker at gangmobilisering er arbeidsoppgaver de har teoretisk og praktisk ferdighet innen, og som det også er en aksept for i avdelingene at fysioterapeutene veileder innen. En deltaker foreslår at fysioterapeuter i sykehjem (hvor tidsrammer og fysioterapiressursene er begrenset) burde ha en rådgivende

jurisdiksjon ovenfor sykepleiere og helsefagarbeidere i livets slutfase. Denne rådgivende jurisdiksjonen kan ifølge informanten være innen områder som mobilisering, lungefysioterapi og smertelindring med blant annet leiring som tiltak. Fysioterapeuten skal fremstå som den profesjonelle, og vil da lære opp andre ansatte som ikke besitter den kompetansen som den profesjonelle innehar. Denne organiseringen tvinger seg gjerne frem som et resultat av at en profesjon kan føle seg overarbeidet (Abbott, 1988). Informantene i denne studien påpeker at fysioterapi som profesjon allerede, uten involvering i livets slutfase, skal ivareta mange oppgaver.

I felt hvor det er en delt jurisdiksjon eller en rådgivende jurisdiksjon mellom profesjonene vil det kunne oppstå konflikter grunnet ønske om å kontrollere jurisdiksjonen alene som profesjon (Abbott, 1988). På arbeidsstedene til informantene opplyses det ikke om konflikter mellom profesjonene, men en informant har historier om å bli oversett, og at fysioterapitjenesten dermed ikke blir utnyttet til det fulle. Stort sett fremstiller informantene sine arbeidsplasser som et godt arbeidssted hvor de får arbeidsoppgavene gjort, og hvor de fokuserer på at beboerne skal ha det så godt som mulig. Som beskrevet ovenfor utfører flere av informantene oppgaver som ikke nødvendigvis faller inn under deres teoretiske kunnskapsgrunnlag. Det er mulig at det ved informantenes sykehjem har forekommet en arbeidsplass assimilasjon mellom profesjonene, i stedet for at uenighet om hvem som skal utføre hvilke oppgaver preger sykehjemmet (Abbott, 1988). Informantene som har blitt bedt om å avslutte sine fysioterapibehandlinger når en beboer er i livets slutfase har ikke utfordret denne anbefalingen, eller beslutningen. Konflikter er for øvrig ikke tema i intervjuene, men en kan likevel spørre seg om det vil kunne oppstå konflikter, mellom profesjonene, om informantene beveger seg inn i de tverrprofesjonelle teamene med sine fysioterapeutiske tiltak i livets slutfase?

### *Kjennskap til de ulike profesjoners kompetanse*

At legene og sykepleierne ikke inviterer fysioterapeutene inn når en beboer ligger for døden kan ha flere årsaksforklaringer. Handler dette mer om at legene og sykepleierne ikke kjenner til fysioterapeutenes kompetanse, enn at det er revirtenkning? Legene og sykepleierne har i vekslende grad kjennskap til fysioterapeuters kunnskap og kompetanse ifølge Lauvås og Lauvås (2004). Å vite hva de andre faggruppene kan tilby er viktig for å finne sin plass, men også for å kreve sin plass i tverrprofesjonelle team (Taylor et al., 2013). Willumsen og Ødegård (2016) beskriver at foruten den kjernekompetansen fysioterapifaget bygger på, har man overlappende kompetanse og felleskompetanse mellom profesjoner. Sandvik med flere

(2016) avdekket at 46% i sykehjem døde med smerter. Skal fysioterapeutene inn på smertearenaen hos døende må lege og sykepleier kjenne til hva fysioterapeutene kan tilby. En vil anta at både legene og sykepleierne vil ha en overlappende kompetanse med fysioterapeutene når det kommer til kropp og dens fysiologi og anatomi. Flere av informantene snakker om den overlappende kompetansen som finnes mellom sykepleierprofesjonen og fysioterapiprofesjonen nettopp innenfor kunnskap om smerter.

Kjennskap til andre profesjoners kompetanse er trukket frem i Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanningen (2019) som et viktig mål. I definisjonen av hva fysioterapi er beskriver World Physiotherapy organization (2019) at en fysioterapeuts virke blant annet er, å samarbeide med andre helseprofesjoner. En skal jobbe på tvers av fagprofesjonene allerede i utdanningen for å kjenne til hverandres kjernekompetanse og overlappende kompetanse (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019). Om omlegging av utdanningsløpene vil bære frukter i form av profesjonsutøvere med godt utviklet tverrprofesjonell kompetanse, vil dette kunne bidra til å gjøre livets avslutning bedre for den døende sykehjemsbeboeren. Informantene gir uttrykk for at de andre profesjonene ved sykehjemmet ikke nødvendigvis kjenner til hva fysioterapifaget innebærer.

Fysioterapeutene tar beslutninger som gir store konsekvenser for menneskers liv (Molander & Terum, 2008). Å inngå i et tverrprofesjonelt samarbeid vil foruten å kunne sikre beboeren en best mulig tjeneste med høy kvalitet, også kunne gi fysioterapeuten støtte når vanskelige beslutninger må fattes (Willumsen & Ødegård, 2016). To informanter nevner at det hadde vært fint å få veiledning fra en med mer erfaring enn dem selv når beslutninger skal tas innen lindrende behandling og omsorg i livets slutfase. Felleskompetanse er også en av kompetanseformene Willumsen og Ødegård (2016) omhandler. Den faglige kunnskapen som profesjoner utvikler i samspill med hverandre som skaper en «merviten» og en felleskompetanse, har ikke informantene utviklet innen lindrende behandling da de ikke deltar i et etablert samarbeid rundt den døende. McLeod og Norman (2020) bekrefter i sin studie at det ofte i livets slutfase vil være overlappende roller i de tverrprofesjonelle teamene. Disse overlappende rollene vil en kunne anta at er et resultat av nettopp deltakere som har utviklet en felleskompetanse og har overlappende kunnskapsbaser. Å inneha overlappende roller i livets slutfase er krevende (McLeod & Norman, 2020). Skal en lykkes med dette arbeidet må profesjonene støtte hverandre og vise forståelse for hverandres kompetanse (Willumsen & Ødegård, 2016), også fysioterapeutenes kompetanse.

Innenfor helsevesenet blir det stadig viktigere med mer spesialisert kunnskap (Thornquist, 2009). Dette vil en anta gjelder i aller høyeste grad ved sykehjem hvor beboere med svært sammensatte diagnoser og polyfarmasi skal ivaretas. To av informantene har relevant utdanning utover bachelor i fysioterapi, men ingen av informantene er spesialister i fysioterapi for eldre. Det er ikke stilt noen krav til at fysioterapeuter i sykehjem skal inneha spesialistkompetanse, men Wyller (2020) mener at fysioterapeuter bør inneha eksplisitt kunnskap om geriatri for å jobbe i sykehjem. Han fremsetter at de kvalitative problemene med generelt manglende kompetanse i sykehjem kan løses ved at arbeid i sykehjem blir formelt meritterende, og ved å stille spesifiserte kompetansekrav til utøverne. Skal det stilles krav om spesialistkompetanse hos fysioterapeuter ansatt i sykehjem må det sikres at det utdannes nok spesialister. På den andre siden vil en spesialist i fysioterapi for eldre ha spisset sin kompetanse, gjerne på bekostning av andre områder innen fysioterapifaget. Dette vil kunne føre til at den overlappende kompetansen mellom profesjonene blir mindre, og avstanden mellom profesjonene større (Thornquist, 2009). Lauvås og Lauvås (2004) bemerket at den økende spesialiseringen allerede i 2004 ble sett på som en utfordring i det tverrprofesjonelle samarbeidet. To av informantene forteller i intervjuene at de gjerne ønsker en utdanning innen lindrende behandling, men er ikke kjent med hvor denne type studium finnes. Sykehjemsansatte (ikke spesifisert som fysioterapeuter spesielt) som er godt øvede, eller utdannede, trekkes frem som viktige for å gi bedre lindrende behandling og omsorg. Det er likevel for enkelt å kun peke på mer utdanning som en løsning når fokus på lederskap og holdninger også er vesentlige for å kunne tilby god lindrende behandling (Seymour et al., 2011).

#### *Forslag til fysioterapeutiske tiltak i livets slutfase*

European Association for Palliative Care (EAPC) har gjennom «White paper» utarbeidet klare anbefalinger for lindrende behandling og omsorg for eldre (Radbruch & Payne, 2009), og eldre med demens i Europa (van der Steen et al., 2013). Optimal symptomlindring med fokus på omsorg og livskvalitet er hva den lindrende behandlingen skal dreie seg om (Radbruch & Payne, 2009). Fysioterapeuters bidrag vil her være viktige i den anbefalte holistiske tilnærmingen (Meld. St. 24 (2019-2020)) for å avlette potensielt fysiske, psykiske, sosiale og spirituelle smerter (Kaasa & Loge, 2016). Et poeng alle informantene trekker frem er at de ønsker å gjøre livets avslutning best mulig for beboerne, at livskvaliteten skal opprettholdes lengst mulig. En informant gjentar flere ganger gjennom intervjuet at hovedoppgaven som fysioterapeut i sykehjemmet er å gjøre livet beboeren har igjen best mulig. Det å gi omsorg er

også noe som ligger i kjernekompetansen til fysioterapifaget (Ottesen, 2020). Flere av informantene mener de er velegnede personer til å gi omsorg. Fysioterapeutene behandler stort sett beboere i flere avdelinger, gjerne over tid, og kjenner beboerne etter hvert godt. Informantene uttrykker at de forsøker å være en emosjonell støtte for beboerne. De prater gjerne med beboerne om døden, men dette er stort sett når beboere selv initierer dette. Disse samtalene foregår gjerne i forbindelse med trening, men kunne fysioterapeutene vært en ressursperson også i livets siste dager? En systematisk oversikt viser at pasienters opplevelse av bedre livskvalitet etter fysioterapibehandling i livets slutfase, vil kunne redusere behovet av tjenester i fra andre ansatte i omsorgstjenestene (Putt et al., 2017). Om fysioterapeutene trer inn med fysioterapibehandling i livets slutfase vil dette muligens kunne avlaste andre ansatte i aktuell sykehjemsavdeling. Når en profesjon er oppmerksom ovenfor den døende med sine tiltak og omsorg vil andre faggrupper få frigitt tid. Fysioterapeuter regnes som fagpersoner med et godt klinisk blikk, evne til klinisk resonnering og innehavere av god fagkunnskap (Taylor et al., 2013). Fysioterapeutene vil være egnede personer til eksempelvis å fange opp behov for smertelindring, og vil kunne være en støtte ved å melde slike observasjoner videre til den som skal administrere medisineren.

Informantene kommer med flere forslag til hvilke konkrete tiltak det vil være naturlig at de involverer seg i i livets slutfase. Deltakerne foreslår å utøve tiltak for blant annet smertelindring, angst/uro, og tiltak for lungeproblematikk som dyspne. Litteraturen på dette området er klar på at fysioterapeuter kan påvirke symptomer i livets slutfase i positiv retning (Lienert, 2013; Marcant & Rapin, 1993). Kjennskap til smerter og lungefysiologi inngår i en fysioterapeuts kjernekompetanse, og er noe flere av informantene prater om. Fysioterapeutene nevner både berøring, passiv eller aktiv gjennombevegelse, og riktig posisjonering i seng som aktuelle tiltak for smertelindring, men også for å trygge beboeren. Fysioterapeutene med sitt perspektiv vil når det gjelder smertelindring ha en viktig rolle også i arbeidet med kartlegging av smerter (Taylor et al., 2013). Flere informanter omhandler kartleggingsverktøy i intervjuene, men dette er primært knyttet opp til bruk i fallkartleggingen. Informantene forteller alle om lungefysioterapi hvor aktive teknikker inngår, men at dette er tiltak de utøver på personer før livets slutfase. Forslag om å også benytte lungefysioterapi som en del av den lindrende behandlingen hos personer med dyspne støttes av litteraturen (Bausewein & Simon, 2013; Williams, 2011).

McLeod og Norman (2020) sin intervjustudie viser at fysioterapeutene gir mange av de samme tiltakene til beboere i livets slutfase som informantene her foreslår å utøve. Fysioterapeutene fremhevet også at deres rolle var knyttet til å gi bedre livskvalitet og å fokusere på pasienter og familienes opplevelser, og ikke minst pasientenes egne mål (McLeod & Norman, 2020). WHO (2020) sin definisjon på lindrende behandling og omsorg inkluderer også pårørende/familiene. Informantene har generelt lite kontakt med pårørende, men stiller seg alle positive til å støtte pårørende hvis det er behov for dette. Tre av informantene uttrykker også som informantene i McLeod & Norman (2020) at beboerens ønsker og mål må være det som blir styrende når fysioterapibehandling i livets slutfase skal gis. Om det viser seg å stemme at sykehjem ikke klarer å gi verdig omsorg i livets slutfase til sykehjemsbeboere, slik Brodtkorb med flere (2017) konkluderer med, vil informantenes forslag til fysioterapeutiske tiltak være viktige bidrag for å endre dette.

#### *Organisering som fasilitator for det tverrprofesjonelle samarbeidet*

Tilrettelegging på et organisatorisk nivå står sentralt skal en lykkes med tverrprofesjonelt samarbeid (Orvik, 2015). Informantene savner et fungerende tverrprofesjonelt samarbeid i hverdagen i sykehjemmet og uttrykker at de spesielt savner samarbeid med legene. Det nevnes at det ikke eksisterer planmessig, eller formelt samarbeid mellom fysioterapeutene og legene, ei heller i livets slutfase. Et funn er at alle informantene snakker om ulike måter å organisere fysioterapitjenesten på, både ved eksisterende arbeidsforhold, men også hos tidligere arbeidsgivere. Hvordan tjenesten er organisert kan knyttes opp til informantenes videre mulighet for utvikling av profesjonell kompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid. Informantene presenterer i hovedtrekk to måter fysioterapitjenesten er organisert på. De fysioterapeutene som er organisert i en egen tverrprofesjonell avdeling fremstår mer fornøyd med sin tilhørighet, og de møter i større grad forståelse for utfordringer knyttet til sin rolle, enn informanter med annen organisering. Informantene forteller at de står hverandre nærere enn om de ikke var organisert i samme avdeling. Informanter som på den andre siden er plassert ut i organisasjonen i en sykehjemsavdeling, med en avdelingssykepleier som nærmeste leder, uttrykker større misnøye med arbeidet i sykehjemmet. Deltakerne forteller at de er plassert i en lokal sykehjemsavdeling ifølge organisasjonskartet, men skal utøve faget sitt på flere andre avdelinger i løpet av dagen. Denne måten å organisere tjenesten på fører til at informantene opplever at de står mer «alene». Det er større avstand til andre profesjoner ved sykehjemmet. Sykepleiere og helsefagarbeidere teller mange hoder i avdelingen og fysioterapeuten blir gjerne en marginal profesjon til sammenlikning. Det forventes i en

organisasjon at ens leder skal kunne føre ens sak både i og utenfor organisasjonen (Orvik, 2015). En vil anta at en avdelingssykepleier som kun er tilknyttet en avdeling har mindre kjennskap til fysioterapeutens rolle som innbefatter å utøve fysioterapi ved hele sykehjemmet. Til sammenlikning har informantene organisert i en tverrprofesjonell avdeling en leder som også selv arbeider på tvers i sykehjemmet. Denne lederen vil muligens kunne være i bedre posisjon til å fremme tverrprofesjonelt samarbeid. Sykehjemmets ledelse må legge til rette for et samarbeid hvor fysioterapeutene, helsefagarbeiderne, sykepleierne, legene, ergoterapeutene med flere kan bidra med sin kompetanse slik at profesjonene utvikler en felleskompetanse i livets slutfase.

Kinley med flere (2014) plasserer ansvaret for et velfungerende lindrende behandlingsopplegg hos ledelsen. Vellykket lindrende behandling og omsorg (som skjer tverrprofesjonelt), vil avhenge av en aktiv informert og kunnskapsrik ledelse i organisasjonen. Seymour med flere (2011) konkluderer med at de sykehjemmene som hadde innført tiltaksplaner i livets slutfase rapporterte om bedre lindrende behandling og omsorg. Å innføre tiltaksplaner er også en prosess som krever organisatoriske beslutninger fra ledelsen. Selve benyttelsen av dokumentet skjer tverrprofesjonelt og vil kunne knytte profesjoner tettere sammen. De fleste informantene har ikke noe forhold til tiltaksplanen «livets siste dager». En informant har til motsetning kjennskap til planen, og har også en rolle i tilknytning til implementering av planen. Til tross for at organiseringen i norske sykehjem er forskjellige, er en fellesnevner likevel at det tverrprofesjonelle samarbeidet i hverdagen, rettet mot beboerne, er mindre veletablert, noe Brodtkorb med flere (2017) bekrefter. Det fremstår som at informantene jobber mer flerfaglig enn tverrprofesjonelt, og at profesjonene har fokus på egne målsetninger, som Orvik (2015) poengterer gjerne er uuttalte ovenfor andre profesjoner. Om målsetningene i tillegg er motsetninger vil en anta at beboeren ikke opplever å motta en holistisk lindrende behandling. Unntaket fra en flerfaglig tilnærming er det ukentlige, eller månedlige tverrprofesjonelle møtet som enkelte sykehjem gjennomfører, men som beskrives av informantene som et møte som raskt «glir ut». Fysioterapeuter skal kunne lede tverrprofesjonelt samarbeid innen habilitering og rehabilitering (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019), noe kun en av informantene forteller at vedkommende gjør per tid. Mulig fysioterapeuter er i stand til å lede an i et tverrprofesjonelt samarbeid ved sitt arbeidssted, og at en ikke er avhengig av initiativ i fra andre faggrupper, eller ledelsen? Dette vil på en annen side kunne være en krevende rolle å inneha, som en marginal profesjon i sykehjemmet, gjerne hvor makt- og autoritetsforhold mellom profesjoner vil kunne være uavklart (Måseide, 2008).



Å lede an, eller være handlingsrettet beskrives som organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015). Organisatorisk kompetanse som hver enkelt profesjonsutøver bør inneha ved siden av sin kliniske kompetanse, vil kunne være en styrke for fysioterapeutene i dette studiet. Å ha kjennskap til sykehjemmenes organisering med blant annet kunnskap om kvalitets- og forbedringsarbeid, vil for fysioterapeutene kunne påvirke organiseringen av egen arbeidshverdag i positiv retning. De vil kunne forbedre det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt beboerne, også i livets slutfase. Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanningen (2019) uttrykker seg også eksplisitt om at fysioterapeuter skal ha kunnskap om helsevesenets organisering og andre profesjoners kompetanseområder. De vil i så måte kunne være en egnet person til å lede an i sykehjemmets tverrprofesjonelle arbeid.

### *Veien videre*

I vår tid hvor det enkelte sykehjem har et større ansvar for å ivareta skrøpelige mennesker i livets slutfase, er det synliggjort at profesjoners kompetanseheving er viktig (Husebø & Flo, 2020; Kaasa & Loge, 2016; Orvik, 2015; Wyller, 2020). Aktuell litteratur har demonstrert at fysioterapeutene bør bidra til å heve kvaliteten på den lindrende behandlingen sammen med annet tverrprofesjonelt personalet. En kan likevel sette spørsmålsteget ved fysioterapeutenes deltakelse i livets slutfase med informantenes uttalelser som bakteppe. Bør sykehjemsfysioterapeutene, i en presset hverdag, prioritere fysioterapibehandling også til de som befinner seg i livets slutfase? Viktige fysioterapiressurser vil da måtte tas bort i fra andre beboere hvor det utføres tiltak med god dokumentert effekt. Trengs det en avklaring på hvilke faggrupper som skal ivareta hva, og hvilke oppgaver den enkelte profesjon har ansvar for? Innehar de ulike profesjonene ved sykehjemmet god nok organisatorisk kompetanse til å heve det tverrprofesjonelle samarbeidet? Å få bidra med fysioterapeutiske tiltak til personer med kronisk, progredierende sykdommer for å bedre livskvaliteten, oppleves av flere fysioterapeuter som meningsfullt (McLeod & Norman, 2020). Til tross for at litteraturen er positiv til fysioterapeutenes bidrag i livets slutfase trekker Lienert (2013) også frem viktigheten av at fysioterapeutene må bruke sitt kliniske skjønn til å vite i hvilke tilfeller man eventuelt skal avslutte fysioterapibehandlingen og trekke seg tilbake.

Informantene i studien ser alle verdien av fysioterapi i livets slutfase selv om de selv ikke er involvert i større grad. McLeod og Norman (2020) konkluderer med at en må jobbe for å fremme oppmerksomhet og større forståelse for rollen og verdien av fysioterapi innenfor lindrende behandling og omsorg. Fysioterapeutenes rolle må også synliggjøres ovenfor fysioterapistudentene. Annet helsepersonell må være klar over hva fysioterapeuter kan bistå

med og bidra til å knytte fysioterapeutene inn tidligere i behandlingsforløpet. Fysioterapeuter må fremdeles markedsføre seg og sin rolle ved livets avslutning, blant annet ovenfor deltakerne i det lindrende behandlingsteamet, dette til tross for at fysioterapeuter både har kunnskap og ferdigheter til å støtte pasientene. Det er på tide at ansatte i sykehjem ikke bare anerkjenner at det er et behov for lindrende behandling og omsorg, men at det også er deres ansvar å forsørge lindrende behandling og omsorg (Kinley et al., 2014).

## **6.2 Videre behov for forskning**

Det er lite forskning på de aller eldste i samfunnet. Forskning som innbefatter sykehjemsbeboere, fysioterapeutens rolle og lindrende behandling i livets slutfase ved norske sykehjem, er fraværende. Med mål om å kunne tilby best mulige tjenester til sårbare sykehjemsbeboere i livets slutfase, er det behov for å undersøke fysioterapeutens rolle i dette arbeidet. Hvordan fysioterapeuter selv oppfatter sin rolle, og hva som påvirker deres deltakelse i behandling av beboere i livets slutfase, vil være nyttig å kjenne til. Forskning på effekt av fysioterapitiltak gitt til sykehjemsbeboere i livets slutfase vil også være av interesse, og vil kunne bidra til at beslutningstakere prioriterer økte ressurser til fysioterapi i lindrende behandling ved norske sykehjem. Om mulig vil studier hvor sykehjemsbeboerens stemme blir hørt også være viktige i arbeidet med å løfte den lindrende behandlingen og omsorgen i livets slutfase.

## **6.3 Implikasjoner for praksis**

Det er i denne masteroppgaven tydeliggjort at sykehjemsfysioterapeuter er tiltenkt en plass i den lindrende behandlingen og omsorgen i livets slutfase i fra myndighetenes side. Den lindrende behandlingen og omsorgen gitt til sykehjemsbeboere skal ivaretas av et tverrprofesjonelt team hvor fysioterapeuten er inkludert. Det er ønskelig at denne masteroppgaven kan bidra til et perspektiv som gir leseren større bevissthet, og forståelse for, fysioterapeutens rolle og verdi, i livets slutfase hos sykehjemsbeboere. Studiens funn vil kunne være av interesse for utdanningsinstitusjonene hvor målet bør være å styrke utdanningen i retning av at sluttkompetansen er tilstrekkelig god for deltakelse i tverrprofesjonelle team -i livets slutfase. Funn i denne studien bør også være av interesse for beslutningstakere, som eksempelvis arbeidsgivere/ledelse, som bør tilrettelegge de organisatoriske rammene slik at det fremmer god tverrprofesjonell lindrende behandling og omsorg, i livets slutfase. Fysioterapeuter som jobber ved norske sykehjem vil kunne få tips og motivasjon til å involvere seg i det lindrende arbeidet ved sitt sykehjem, etter å ha lest denne oppgaven.

## 7.0 Konklusjon

Fysioterapeutene i studien har lite eller ingen erfaring med å gi fysioterapibehandling til sykehjemsbeboere i livets slutfase. Informantene uttrykker usikkerhet rundt egen kompetanse innen lindrende behandling og omsorg. Fysioterapeutene presiserer at det er vanskelig for andre faggrupper å vite hva fysioterapeutene kan bidra med i livets slutfase -når de også selv uttrykker usikkerhet rundt egen profesjonell kompetanse. Andre grunner til at fysioterapeutene ikke involverer seg i lindrende behandling og omsorg i livets slutfase oppgis å være lite tid og tilgjengelige fysioterapiressurser, samt manglende tverrprofesjonell organisering i sykehjemmet. Lindrende behandling ved sykehjemmene i livets slutfase er helsefagarbeidere, sykepleiere og legers jurisdiksjon ifølge informantene. Informantene mener likevel at fysioterapi som profesjon har noe å tilby sykehjemsbeboere i livets slutfase, og foreslår tiltak for smertelindring, dyspne og angst/uro. Dette er en liten studie med få deltakere, noe en bør være oppmerksom på ved vurdering av funnenes gyldighet og overførbarhet til andre sykehjem og fysioterapeuters praksis. Det er mulig at andre sykehjemsfysioterapeuter har ulik erfaring, og er mer aktivt deltakende når en beboer er i livets slutfase, men det at informantene likevel er så samstemte antyder at dette er en oppfatning som flere fysioterapeuter deler. Studien vil kunne inspirere fysioterapeuter ved norske sykehjem til å involvere seg i det lindrende arbeidet, men også sykehjemsledelsen til å tilrettelegge for rammer som fremmer tverrprofesjonelt samarbeid. Studiens funn vil også kunne være av interesse for utdanningsinstitusjonene med mål om å styrke fysioterapeuters sluttkompetanse innen lindrende behandling og omsorg. Med mer kompetanse og bevisstgjøring kan sykehjemsfysioterapeuter være aktive bidragsytere i det tverrprofesjonelle teamet for å gi sykehjemsbeboere en verdig avslutning på livet.

## Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Bauman, Z., Beck, U., Beck-Gernsheim, E., Benhabib, S., Burgess, R., Chamberlain, M., Thompson, P., Chamberlayne, P., Bornat, J. & Wengraf, T. (2011). Qualitative interviewing: Asking, listening and interpreting. *Qualitative research in action*, 226-241.
- Bausewein, C. & Simon, S. T. (2013). Shortness of breath and cough in patients in palliative care. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(33-34), 563.
- Brenne, A.-T. & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg., s. 638-652). Gyldendal Akademiske.
- Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 78-84.
- Brosky, J. & Scott, R. (2007). Professional competence in physical therapy. *Journal of allied health*, 36, 113-118.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem-hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12(60613), 10.4220.
- Dahl-Michelsen, T. (2018). *Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi*. Samlaget.
- English, A. M. (2015). *Physiotherapy in palliative care* (5. utg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.003.0049>
- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2), 226-235.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (4. utg., s. 31-53). Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-410>
- Fossheim, H. (2015). Etisk skjønn i forskning. I H. Fossheim & H. Ingierd (Red.), (s. 12-21). Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/file/pdf/66808313/regler-begrunnelse-og-ansvar-i-forskningsetisk-skjonn.pdf>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander, Terum, Lars Inge (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-85). Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2009). Evidensbasert profesjonsutøvelse. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), (s. 191-222). Abstrakt.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (Bd. 2019, s. 179-195). Universitetsforlaget.
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg., s. 112-124). Gyldendal Akademisk.
- Helfo.no. (2020). *Regelverk for fysioterapeut*. Helfo.no. Hentet 26.04.21 fra <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-fysioterapeut#omhenviing>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. Analysenotat 02/17. SAMDATA kommune*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02>
- Helsedirektoratet. (2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Husebø, B. S. & Flo, E. (2020). *Eldreboen : diagnoser og behandling* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Høgdal, N., Eidemak, I., Sjøgren, P., Larsen, H., Sørensen, J. & Christensen, J. (2020). Occupational therapy and physiotherapy interventions in palliative care: a cross-sectional study of patient-reported needs. *BMJ supportive & palliative care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002337>
- Kehl, K. A. & Kowalkowski, J. A. (2013). A Systematic Review of the Prevalence of Signs of Impending Death and Symptoms in the Last 2 Weeks of Life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 30(6), 601-616. <https://doi.org/10.1177/1049909112468222>
- Kinley, J., Hockley, J., Stone, L., Dewey, M., Hansford, P., Stewart, R., McCrone, P., Begum, A. & Sykes, N. (2014). The provision of care for residents dying in U.K. nursing care homes. *Age and ageing*, 43(3), 375-379. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft158>
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.
- Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest. (2021). *Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase*. Kompetansesenter i lindrande behandling (KLB). Hentet 01.04.21 fra <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell>
- Kupeli, N., Leavey, G., Moore, K., Harrington, J., Lord, K., King, M., Nazareth, I., Sampson, E. L. & Jones, L. (2016). Context, mechanisms and outcomes in end of life care for people with advanced dementia. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1-15.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Lewis, L. K., Williams, M. T. & Olds, T. S. (2012). The active cycle of breathing technique: a systematic review and meta-analysis. *Respir Med*, 106(2), 155-172. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2011.10.014>

- Lienert, B. F. (2013). Physiotherapy in the terminal phase. I J. Taylor, R. Simader & P. Nieland (Red.), *Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life. Physiotherapy in Palliative Care* (s. 143-149). Urban & Fisher.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A. & Cohen-Mansfield, J. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.
- Malterud. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marcant, D. & Rapin, C.-H. (1993). Role of the physiotherapist in palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 8(2), 68-71.
- McCarroll, C., Van't Riet, C. & Halter, M. (2020). How is the emerging role of domiciliary physiotherapists who treat residents with dementia in nursing homes perceived by allied health professionals? A phenomenological interview study. *Health & social care in the community*, 28(1), 279-290.
- McLeod, K. E. & Norman, K. E. (2020). "I've found it's very meaningful work": Perspectives of physiotherapists providing palliative care in Ontario. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 25(1), e1802. <https://doi.org/10.1002/pri.1802>
- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Messel, J. & Slagstad, R. (2014). *Profesjonshistorier*. Pax.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier - en introduksjon*. Universitetsforlaget.
- Murphy, E., Froggatt, K., Connolly, S., O'Shea, E., Sampson, E. L., Casey, D. & Devane, D. (2016). Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Måseide, P. (2008). Profesjoner i interaksjonsteoretisk perspektiv. I L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (Bd. 2019, s. 367-382). Universitetsforlaget.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2012). *Hva er fysioterapi? -utdypet*. Norsk fysioterapeutforbund NFF. Hentet 29.10.20 fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2018). *Spesialist i fysioterapi for eldre*. Hentet 29.10.20 fra <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Kompetanseutvikling/Spesialitetene-i-NFF/Spesialist-i-fysioterapi-for-eldre>
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal akademisk.
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm Akademisk.
- OsloMet Storbyuniversitetet. (2020). *Emneplan for FYBRA2 Klinisk fysioterapi -II*. OsloMet Storbyuniversitetet. Hentet 10.11.20 fra <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/emne/FYBPRA2/2020/>
- Ottesen, A., Askheim, C. & Ahlsen, B. (2020). *Omsorg i fysioterapi: Lyssky virksomhet eller uomgjengelig del av kunnskapsbasert praksis?* Fysioterapeuten.no. Hentet 16.11.20

- fra <https://fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-omsorg-ottesen/omsorg-i-fysioterapi-lyssky-virksomhet-eller-uomgjengelig-del-av-kunnskapsbasert-praksis/128436>
- Parliamentary and Health Service Ombudsman. (2015). *Dying without dignity*. Parliamentary and Health Service Ombudsman. Hentet 07.11.20 fra [https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/Dying\\_without\\_dignity.pdf](https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/Dying_without_dignity.pdf)
- Persson, H. A., Sandgren, A., Furst, C. J., Ahlstrom, G. & Behm, L. (2018). Early and late signs that precede dying among older persons in nursing homes: the multidisciplinary team's perspective. *BMC geriatrics*, 18, 11, Artikkel 134. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0825-0>
- Putt, K., Faville, K. A., Lewis, D., McAllister, K., Pietro, M. & Radwan, A. (2017). Role of physical therapy intervention in patients with life-threatening illnesses: a systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 34(2), 186-196.
- Radbruch, L. & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, 16(6), 278-289.
- Regjeringen.no. (2020). *RETHOS: Bakgrunn og organisering*. Regjeringen.no. Hentet 07.02.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/organisering/>
- Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I. & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x>
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (Bd. 2019, s. 279-292). Universitetsforlaget.
- Sandvik, R. K., Selbaek, G., Bergh, S., Aarsland, D. & Husebo, B. S. (2016). Signs of imminent dying and change in symptom intensity during pharmacological treatment in dying nursing home patients: a prospective trajectory study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 821-827.
- Seymour, J. E., Kumar, A. & Froggatt, K. (2011). Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliative medicine*, 25(2), 125-138. <https://doi.org/10.1177/0269216310387964>
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg., Bd. 2020). Cappelen Damm Akademisk.
- St.meld.nr 47 (2008-2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. H.-o. omsorgsdepartementet.
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (Bd. 2019, s. 261-275). Universitetsforlaget.
- Taylor, J., Simader, R., Nieland, P. & Taylor, B. (2013). *Potential and Possibility: Rehabilitation at End of Life: Physiotherapy in Palliative Care*. Urban & Fischer.
- Thornquist. (2009). Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis I helsetjenesten,(2. utg.) Gyldendal Akademisk.
- van der Steen, J., Radbruch, L., Hertogh, C., Boer, M., Hughes, J., Larkin, P., Francke, A., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R. & Volicer, L. (2013). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine*, 28. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
- Williams, M. (2011). Applicability and generalizability of palliative interventions for dyspnoea: one size fits all, some or none? *Current opinion in supportive and palliative care*, 5(2), 92-100.

- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. Universitetsforl.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Department of Human Resources for Health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. WHO. Hentet 02.11.20 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Medical Association. (2014). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Am Coll Dent*, 81(3), 14-18.
- World Physiotherapy. (2019). *Description of physical therapy. Policy statement*. Hentet 10.08.2020 fra <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici. En medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.



Vedlegg I

## **Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet** **«Fysioterapeutens rolle i det palliative arbeidet ved norske sykehjem»**

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få frem hvilke erfaringer fysioterapeuter har med deltakelse i palliasjonsarbeidet ved sykehjem i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Mer enn 50% av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem eller annen helseinstitusjon. Fysioterapeutene i sykehjem arbeider tett på beboerne for å opprettholde fysisk funksjon så lenge det er mulig, men hva slags rolle har fysioterapeutene når beboerne trer inn i siste fase av livet? Deltar fysioterapeutene i den palliative omsorgen? Hvilke erfaringer har de i så fall fra dette arbeidet? Har fysioterapi som profesjon noe å bidra med ovenfor den døende beboeren? For å undersøke dette vil vi intervjuer fysioterapeuter som arbeider i sykehjem.

Intervjuet vil foregå når det måtte passe for deg, og vil vare rundt en time.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet Storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

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

Deltakere må være heltidsansatt ved en langtidsavdeling i et sykehjem. Om du har lang eller kort arbeidserfaring spiller ingen rolle. Det er videre ønskelig å inkludere både menn og kvinner i utvalget fra ulike aldersgrupper.

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

Deltakelse innebærer for deg at du må være tilgjengelig for ett intervju med undertegnede. Intervjuet vil kunne finne sted på ditt arbeidssted, eller på annet egnet sted i tråd med gjeldende smittevernråd. Alternativt kan også digitale plattformer som Zoom benyttes dersom det er påkrevd eller ønskelig. Det vil ikke bli stilt spørsmål hvor en må oppgi personopplysninger. Lydopptak vil benyttes under intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

## Vedlegg 1

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun undertegnede og veileder ansatt ved OsloMet Storbyuniversitetet som vil ha tilgang til intervjuet. Lydopptaket vil bli slettet så snart intervjuet er transkribert. I den ferdige masteroppgaven vil alle bidrag være anonymisert.

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

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i mai 2021.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: OsloMet Storbyuniversitetet ved Kristine Bjorheim Bøe, tlf. 93219831 og/eller veileder Elisabeth Wiken Telenius, Elisabeth-Wiken.Telenius@oslomet.no

Vårt personvernombud:

Ingrid S. Jacobsen, personvernombud@oslomet.no

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

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

Med vennlig hilsen

---

Elisabeth Wiken Telenius  
(Forsker/veileder)

---

Kristine B. Bøe

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: ”*Fysioterapeutens rolle i det palliative arbeidet ved norske sykehjem*”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

Før intervjustart vil jeg minne om å: ikke å gi opplysninger som vil øke sannsynligheten for gjenkjenning. For eksempel opplysninger om geografi som stedsnavn, og institusjonen du er tilknyttet, skal ikke oppgis uten at det er nødvendig for datamaterialet.

### Bakgrunnsinformasjon:

Utdannelsesinstitusjon, uteksaminert når?

Kursing, videreutdanning eller annen høyere utdanning av relevans?

Arbeidserfaring innen geriatri og sykehjem?

Alder?

Stillingsbenevnelse og stillingsprosent, eventuelt turnusarbeidende?

<p style="text-align: center;"><i>1. Arbeidsoppgaver</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plassering av fysioterapeutstillingen i organisasjonen (Organisasjonskart, avdeling, leder).</li> <li>• Kan du fortelle om arbeidshverdagen din? (Oppgaver, fysioterapitiltak, prioriteringer).</li> <li>• Utfører du arbeidsoppgaver i forbindelse med at en beboer er døende? (Hvilke tiltak?).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>2. Palliasjon, terminalfase/livets siste dager</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjenner du begrepene palliasjon, terminalfase og «livets siste dager» - hva legger du i begrepene?</li> <li>• Er det fokus på palliasjon på din arbeidsplass? (Internundervisning, palliasjonsgruppe/-team?).</li> <li>• Har du erfaring innenfor feltet palliasjon? (Arbeidserfaring i sykehjem? Palliativt team?).</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><i>3. Erfaring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortell om hvordan det palliative arbeidet er bygget opp.</li> <li>• Beskriv din rolle som fysioterapeut i behandling av beboere i terminal fasen. (Interesse, samarbeid, involvering).</li> <li>• Hvem bestemmer at en døende skal få fysioterapiintervensjoner? (Henvisning, prioritering, kapasitet).</li> <li>• Hvilke fysioterapeutiske tiltak iverksetter du i forbindelse med at en beboer er døende? (Viktigste tiltak? Forskningsbasert? Tiltak som ikke lar seg gjennomføre av ulike årsaker?).</li> <li>• Kunnskap om palliasjon? (Generelt hos fysioterapeuter, hos intervjuobjektet, i utdannelsen).</li> <li>• Tenker du at fysioterapeuten bør ha en rolle rundt den døende i sykehjem?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>3. Manglende erfaring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenker du at fysioterapeuten bør ha en rolle rundt den døende i sykehjem?</li> <li>• Kunnskap om palliasjon? (Generelt hos fysioterapeuter, hos intervjuobjektet, i utdannelsen).</li> <li>• Finnes det barrierer på ditt arbeidssted/hos deg som fører til at det er vanskelig å ha en rolle rundt den døende?</li> <li>• Opplever du at du har tilstrekkelig kunnskap om palliasjon til å gi fysioterapi til en døende?</li> <li>• Hvilke tiltak tenker du at du kunne satt i gang hvis du ble bedt om å gi fysioterapi til en døende?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utfordringer forbundet med ditt arbeid innen palliasjon?</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><i>4. Tverrfaglighet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeider du tverrfaglig? (Hva legges i det å jobbe tverrfaglig? Samarbeidspartnere?).</li> <li>• Deltakelse i legevisitt? (Utbytte?)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>5. Veiledning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du veiledende oppgaver på arbeidsstedet ditt? (Kollegaer, pårørende, beboere, andre? Tema?).</li> <li>• Er det noen tema/felt som du er bedre på (i regi av å være fysioterapeut) enn dine kollegaer?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><i>6. Pårørende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du noe samarbeid med pårørende? (Når beboer er døende, ellers?).</li> <li>• Har du noe å bidra med ovenfor pårørende til en døende beboer?</li> <li>• Hva kan pårørende bidra med?</li> <li>• Veileder du pårørende?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>7. Beboeren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er din opplevelse av hvordan den døende beboeren har det på ditt sykehjem? (Eventuelt forbedringsforslag?).</li> <li>• Hvordan opplever du at ditt bidrag blir mottatt hos beboeren? (Effekt?)</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><i>8. Fagkunnskap</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du kunnskap om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- leiring (Tiltak? I forhold til smerter, respirasjon, ødem, sårprofylakse).</li> <li>-mobilisering (Tiltak? Smerter, respirasjon).</li> <li>- lungefysioterapi (Tiltak? Apne, dyspne, respirasjonsmønster, respirasjonsfrekvens).</li> <li>- smerter (Tiltak? Nociseptive, nevrologiske, idopatiske, psykogene).</li> <li>- uro (Tiltak? Urinretensjon, smerter).</li> <li>-lymfødembehandling</li> <li>-berøring, massasje (uro, respirasjon, smerter).</li> <li>-medisiner (De 4 viktigste; morfin, robinul, midazolam, haldol?)</li> <li>-annet?</li> </ul> </li> <li>• Er du kjent med/bruker du «Kliniske retningslinjer»?</li> <li>• Er du kjent med Nasjonalt kompetansesenter for lindrende behandling? Regionale kompetansesentre for lindrende behandling? Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester? Fagnettverk, palliasjonsenheter i ditt distrikt osv).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>9. Hjelpemidler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvem har ansvar for tekniske hjelpemidler, og hva har eventuelt du ansvar for? (Løftere, trykkavlastende madrasser, elektriske dusj-/toalettstoler, ganghjelpemidler, mini-pep).</li> <li>• Kan du tenke deg noen hjelpemidler som kan være aktuelle i bruk hos den døende?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du hospitert ved andre sykehjem/sykehus?</li> <li>• Er du kjent med begrepet «Kunnskapsbasert praksis»? (Hva betyr dette? Jobber du kunnskapsbasert?).</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><i>10. Kartleggingsverktøy</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benytter du kartleggingstester? (VAS, MOBID II, ESAS, andre?).</li> <li>• Kjennskap til tiltaksplan «Livets siste dager»? Benytter du kartleggingsverktøy? (Pulsoksymeter, stetoskop, oksyngenerator, termometer, annet?).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>11. Støtte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan opplever du å jobbe med døende? (Emosjonelt?)</li> <li>• Finnes det mulighet for refleksjon/bearbeiding av vanskelige følelser (Underveis i arbeidet? Etter dødsfall?).</li> <li>• Har du behov for støtte i arbeidet med døende beboere, eventuelt hva?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><i>12. Etikk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksistensielle spørsmål hos beboer?</li> <li>• Beboers autonomi? Ivaretagelse av menneskeverd?</li> <li>• Kan det være vanskelig å vite når man skal avslutte fysioterapiintervensjoner/trekke seg ut?</li> <li>• Opplever du å komme til kort når det gjelder fagkunnskap?</li> <li>• Selvrefleksjon?</li> <li>• Hva om en beboer skulle dø mens du ga fysioterapibehandling?</li> <li>• Hva er det viktigste for en døende tenker du? Har du noe å bidra med?</li> </ul>	

Er det noe mer du ønsker å tilføye eller fortelle?

Takk!

*Palliasjon* er definert som «behandling av plagsomme symptomer samt annen hjelp og støtte ved alvorlig/livstruende sykdom. Omtales også som palliativ behandling eller lindrende behandling» (NOU 2017:16, kap. 3, s. 20).

*Livets slutfase* i klinisk sammenheng defineres som «Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (NOU 2017:16, kap. 3, s.20).

Vedlegg III

## **NSD sin vurdering**

### **Prosjekttittel**

Fysioterapeutens rolle i palliasjonsarbeidet på sykehjem.

### **Referansenummer**

633398

### **Registrert**

03.06.2020 av Kristine Bjorheim Bøe - s105864@oslomet.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Elisabeth Wiken Telenius, eliwt@oslomet.no, tlf: 99273229

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Kristine Bjorheim Bøe, kristineboe@hotmail.com, tlf: 93219831

### **Prosjektperiode**

01.07.2020 - 31.05.2021

### **Status**

16.06.2020 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

#### **16.06.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 16.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å

### Vedlegg III

oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.



### Vedlegg III

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)