

HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 343**

**Eksamensnavn: SYBA3900**

**Dato: 01.06.17**

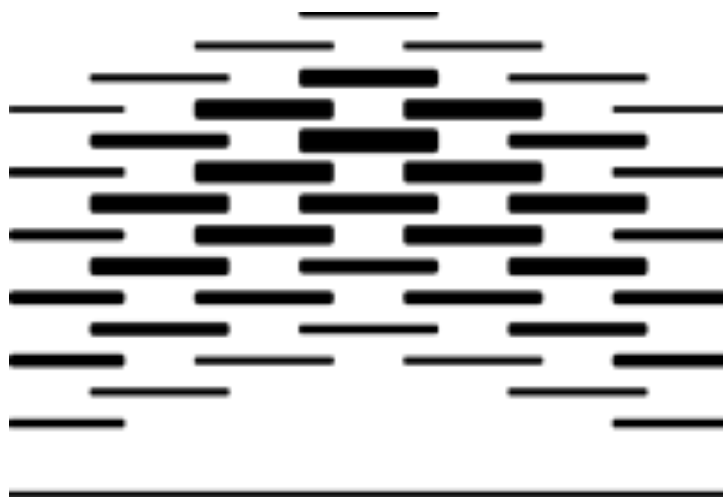
**Klasse: 3B**

**Kull: 2014**

**Antall ord: 10014**

**TITTEL:** Sykepleierkompetanse i tverrfaglig rehabiliteringsprosess

**UNDERTITTEL:** *Hva innebærer tverrprofesjonell samarbeid og hvilken kompetanse bidrar sykepleier med i hverdagsrehabiliteringen?*



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

**Publikasjonsår: 2017**

**Antall ord: 10014**

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen la til grunn at mye av ansvaret som tidligere lå hos sykehusene skulle flytte over til kommunene. Rehabilitering ble fokusert en god del på da målet med reformen var forebygge mer samt tidligere innsats. Hverdagsrehabilitering er rehabiliterende innsats i pasientens egen hjem. En av de viktigste kjennetegnene på hverdagsrehabilitering er tverrfaglig samarbeid.. Jeg har vært interessert i tverrfaglig samarbeid siden jeg startet på sykepleieutdanningen og dermed var det naturlig å skrive om rehabilitering da rehabilitering baseres på tverrfaglig samarbeid.

**Problemstilling:** *Hva innebærer tverrprofesjonell samarbeid og hvilken kompetanse bidrar sykepleier med i hverdagsrehabiliteringen*

**Metode:** I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Oppgaven skal belyse problemstillingen med utgangspunkt i faglitteratur og forskningsstudier.

**Resultater:** Rehabiliteringsprosessen er basert på tverrprofesjonell samarbeid.

Tverrprofesjonell samarbeid og rehabilitering fokuserer på at flere profesjoner samarbeider for et felles mål. I hverdagsrehabiliteringen samarbeider gjerne sykepleier, ergo- og fysioterapeuter for å bedre pasientens funksjon og aktiviteter i dagliglivet. Sykepleierens kompetanse berør gjerne flere områder, men i rehabiliteringsprosessen for å bedre funksjon og aktiviteter har sykepleier kjernekompetanse på det medisinske problemstillinger samt veiledende kompetanse.

**Avslutning:** Tverrprofesjonell samarbeid innebærer at flere profesjoner samarbeider med et fellesmål. Sykepleierens kjernekompetanse i rehabiliteringsprosessen består gjerne av medisinske problemstillinger. Selv om tverrprofesjonell samarbeid har sine positive sider, er det viktig å ta i betraktning at det har økonomiske og organisatoriske utfordringer

**Nøkkelord:** Tverrprofesjonell samarbeid, tverrfaglig samarbeid, sykepleiekompetanse, kompetanse, hjemmesykepleie, rehabilitering, hverdagsrehabilitering.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for valgt tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Hensikt med oppgaven. ....	2
1.4 Avgrensning og presisering .....	2
1.5 Oppbygging av oppgave/disposisjon.....	2
2.0 METODE.....	4
2.1 Litteraturstudie som metode. ....	4
2.2 Litteratursøk faglitteratur.....	4
2.3 Litteratursøk forskningsstudier.....	4
2.4 Kildekritikk.....	6
3.0 TEORI.....	8
3.1 Sykepleie som fag og funksjon.....	8
3.2 Politiske føringer til samarbeid.....	9
3.3 Tverrprofesjonell samarbeid.....	9
3.4 Sykepleier og samarbeid.....	10
3.5 Rehabilitering.....	11
3.6 Hverdagsrehabilitering.....	13
3.7 Oppsummering av teori.....	14
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	16
4.1 Tverrprofesjonell samarbeid - definisjon, effekt og intervensjon .....	16
4.2 Rehabilitering – definisjon, effekt og intervensjon .....	17
4.3 Kompetanse .....	18
5.0 DRØFTING .....	20
5.1 Kompetansekrav i tverrprofesjonell samarbeid.....	20
5.2 Sykepleiekompetanse .....	22
5.3 Kompetansekrav fra andre profesjoner.....	26
5.4 Oppfatning av samarbeid.....	27
5.5 Tverrprofesjonell samarbeid i praksis.....	28
6.0 AVSLUTNING.....	31
Litteraturliste.....	33
VEDLEGG .....	36

## **1.0 INNLEDNING**

I denne oppgaven skal belyse tema sykepleiers bidrag i tverrfaglig team i rehabilitering i hjemmet med hensyn til kompetanse. Jeg skal etter beste evne prøve å redegjøre for hvilken kompetanse sykepleier både innehar samt hvilken kompetanse sykepleier bør ha i et slikt team.

### **1.1 Bakgrunn for valgt tema.**

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) trådte i kraft i januar 2012. I denne reformen ble det lagt fram utfordringer og videre innsatser i arbeidet med helsetjenestene. Det ble lagt vekt på å flytte ansvaret fra sykehusene til kommunene, altså at pasienter/brukere skulle få tilbud om tjenester nærmere der de bor. Et annet viktig handling som ble skulle igangsettes av denne reformen var samarbeid eller samhandling. I følge reformen er samhandling definert som et uttrykk for tjenestenes evne til oppgavefordeling for og nå et felles mål samt gjennomføre disse på ”koordinert og rasjonell måte” (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13).

Jeg har tidligere arbeidet som sekretær i en avdeling på sykehus og hadde en del oppgaver som bl.a. pasientkoordinator, postsekretær og en del av skrivetjenesten. Av erfaring synes jeg at de pasientene med komplekse sykdommer som ble friskere var de pasientene som hadde koordinerte tjenesteytere. Dette var en av årsakene til at jeg ønsket å skrive om tverrfaglig samarbeid.

Før jeg hadde fastsatt problemstillingen hadde jeg allerede klarlagt tema for oppgaven. Jeg har ønsket å skrive om tverrfaglig samarbeid siden jeg startet på studiet. I første året ønsket jeg å opprette en form for fagdag eller lignende for sykepleierstudenter med fokus på tverrfaglig samarbeid. Jeg ble satt i kontakt med en lærer på skolen og vi diskuterte tema tverrfaglig samarbeid i studie samt sykepleiers rolle i et slikt team. Grunnet mye skolearbeid ble dette ikke realisert, men har ønsket å jobbe med tverrfaglig/tverrprofesjonell samarbeid helt siden da.

I sykepleiestudiet har jeg både vært innom hjemmesykepleien og sykehus. Brukere i

hjemmesykepleien bør få og eventuelt får hjelp fra flere profesjoner, men jeg la merke til at samarbeidet kanskje ikke var optimalt. En av de store utfordringene var kanskje rolleavklaring som endte med at alle profesjonene som sykepleier, fysioterapeuter, ergoterapeuter etc. behandlet pasientene ut ifra deres standpunkt uten å ta hensyn til pasientens behov.

### **1.2 Problemstilling.**

Ut ifra erfaring, observasjon og ikke minst interesse valgte jeg problemstillingen:

*Hva innebærer tverrprofesjonell samarbeid og hvilken kompetanse bidrar sykepleier med i hverdagsrehabiliteringen?*

### **1.3 Hensikt med oppgaven.**

Hensikten med denne oppgaven er etter beste evne å avklare sykepleierens kompetanse/rolle i arbeid med rehabilitering i hjemmesykepleien. I oppgaven vil jeg redegjøre sykepleierkompetanse som kan ses i sammenheng med sykepleierrollen. Hensikten med oppgaven er også å belyse tverrprofesjonell samarbeidet med pasienter med komplekse og sammensatte sykdommer.

### **1.4 Avgrensning og presisering.**

Pasienter med kompleks, sammensatt og uavklart sykdomsbilde finner du både i sykehus og i kommunehelsetjenestene. Siden jobben med tverrfaglige samarbeid involverer flere instanser samt profesjoner har jeg i denne oppgaven valgt å fokusere på hjemmesykepleien. I hjemmesykepleien er det mangt med pasienter med forskjellige problemstillinger. Siden omfanget av pasienter og problemstillinger er såpass store har jeg i denne oppgaven valgt å fokusere på rehabilitering. Når det gjelder tverrfaglige samarbeid og rehabilitering er det viktig med rolleavklaring slik at jeg i denne oppgaven skal prøve å beskrive ulike syn på tverrfaglig samarbeid og ikke minst hvilken yrkesgrupper som inngår. Hovedfokuset mitt vil legge vekt på sykepleierens kompetanse, rolle og rolleavklaring. Jeg skal i det teoretiske rammeverket skrive om ulike syn på tverrfaglig samarbeid og rehabilitering.

### **1.5 Oppbygging av oppgave/disposisjon.**

Oppgaven er delt opp i fem hovedkapitler med egne underkapitler. Kapittel 1 gir en innføring i innledning, bakgrunn for valgt tema, problemstilling, hensikt med oppgaven, avgrensning og presisering. I kapittel 2 redegjør jeg for hvilke metode som er brukt i oppgaven, søkeprosess for forskningsstudier og faglitteratur og kildekritikk samt presentasjon av funn gjort i forskningsstudiene. I kapittel 3 redegjør jeg for det teoretiske rammeverket med hensyn til

faglitteratur som legges til grunn for drøftingen. I dette kapitlet skal jeg beskrive hva sykepleie er, tverrfaglig samarbeid og ulike samarbeidspartnere, rehabilitering samt sykepleiers oppgaver og ansvar i rehabilitering og ikke minst hverdagsrehabilitering. I kapittel 4 skal jeg drøfte det teoretiske rammeverket opp mot forskning for å besvare problemstillingen. I kapittel 5 skal jeg komme med en konklusjon ut i fra drøftingen.

## **2.0 METODE**

I følge Dalland (2012) er metode en beskrivelse av en framgangsmåte for å produsere kunnskap. Alle midler som har problemløsning og å komme med ny kunnskap som formål kan betegnes som metode (Dalland, 2012, s. 111). Videre hevder Dalland (2012) at årsak til bruk av metode er gjerne på grunnlag at vi mener at den gir oss god nok informasjon samt belyser vår tema og problemstilling på en faglig og interessant måte.

### **2.1 Litteraturstudie som metode.**

I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode. Litteraturstudie som metode skal avklare problemstilling med utgangspunkt i teori og forskning som allerede eksisterer (Dalland, 2012). Litteraturstudie som metode omhandler å innhente skriftlig kunnskap fra litteratur samt gjøre en kritisk vurdering og avgrense innholdet (Thidemann, 2015).

### **2.2 Litteratursøk faglitteratur.**

Slik nevnt tidligere i oppgaven har jeg ønsket å skrive om tverrfaglig samarbeid helt siden første året på studiet. Jeg diskuterte både tema og problemstilling med en lærer på skolen og fikk en del tips om faglitteratur. Etter og ha fastsatt tema og problemstilling startet prosessen med å finne faglitteratur for det teoretiske rammeverket. Norsk sykepleierforbund har en faggruppe som jobber spesifikt med rehabilitering. På deres nettside har de lenke til fagstoff der det er gitt boktips om rehabilitering. I tidligere fag på skolen har jeg måttet lese om tverrfaglig samarbeid og i en av pensumbøkene fra tidligere studieår ble det henvist til boka ” Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag” (Willumsen & Ødegård, 2009). Det har nå blitt utgitt 2. utgave av denne boka som jeg valgte å bruke videre i oppgaven. Jeg fant også annet faglitteratur fra tidligere pensum som belyste tema.

### **2.3 Litteratursøk forskningsstudier.**

I henhold til problemstilling og valgt tema startet jeg søkeprosessen utvelge søkeord. Søkeordene jeg valgte å bruke var tverrfaglig samarbeid, hjemmesykepleie, kommunale helse- og omsorgstjenester, sykepleie og rehabilitering. Jeg valgte å starte med å bruke norske søkeord på google.no for å få en oversikt over norske forskere og forfattere som har skrevet



om tverrprofesjonell samarbeid. Jeg benyttet meg av både SveMed+ samt mesh.uia.no for å finne MeSH (Medical Subject Heading) på engelsk og dermed også søke i internasjonale databaser. For å innhente data startet jeg med å søke på hver av disse søkeordene gjennom en rekke databaser som SveMed+, Cinhal, Medline og PubMed samt Google Scholar. Jeg har også søkt på sykepleien.no. En annen side jeg valgte å søke i var Journal of Interprofessional Care da mange av resultatene som kom opp var basert i dette tidsskriftet. Jeg valgte dette tidsskriftet også på bakgrunn av at både Atle Ødegård og Synnøve Hofseth Almås som er medredaktører i tidsskriftet regnes som noen av de fremste innad i feltet for tverrprofesjonell samarbeid i Norge. Jeg valgte å søke ordene hver for seg i starten for å få en oversikt av både innhold og ikke minst gjøre meg bedre kjent med det teoretiske rammeverket som skal ligge til grunn for arbeidet med oppgaven.

Etter å ha vært innom flere databaser og søkt på norske og engelske søkeord bestemte jeg å søke i Cinahl da det er en database med hovedvekt på sykepleie. Jeg søkte i Cinhal med MeSH-ord som Multidisciplinary care team, rehabilitation og Home Health Care, haket over «search with AND» samt at jeg begrenset søket fra 2007-2017 og dette ga resultat på 93 funn. På første side valgte jeg Shyu et al. (2015) på bakgrunn av at det var randomisert kontrollert studie og i overskriften var det fokusert på tverrfaglig samarbeid. På første side fant jeg også Boas & Shimizu (2014) der overskriften fremhevet hjemmesykepleien. Jeg fant også Steihaug, Lippestad, Isaksen & Werner (2013) og valgte der overskriften fokuserte på hjemmesykepleien. Jeg søkte også i sykepleien.no med ord som tverrfaglig samarbeid, tverrprofesjonell samarbeid, rehabilitering, hjemmesykepleien, samhandling etc. Jeg begrenset søket mitt med årsgang fra 2007-2017 og bare haket for forskning i søkekriteriene.

Jeg valgte å bruke en god del artikler siden de både har fellesnevner i form av tverrfaglig samarbeid, rehabilitering og hjemmesykepleie, men jeg har også valgt andre systematiske oversiktsartikler som bearbeider spørsmål om bl.a. kompetanse og tverrfaglig samarbeid. En av artiklene fokuserer på utvikling av organisering i hjemmesykepleien av rehabilitering i hjemmet (Steihaug et al., 2013). I Shyu et al. (2015) er det gjennomført randomisert kontrollert studie som anses å være den mest pålitelige måten for å avgjøre effekt av tiltak (Thidemann, 2015). Når det gjelder relevansen av artiklene har tatt i betraktning som nevnt at de belyser mitt tema og problemstilling. Jeg har valgt å fokusere på rehabilitering, tverrfaglig samarbeid og sykepleiers rolle/kompetanse. Jeg har lagt som vedlegg (vedlegg) sammendrag

av alle de utvalgte artiklene etter IMRaD-strukturen (Dalland, 2012, s. 79) samt hvorfor hver av de er relevante for min oppgave.

#### **2.4 Kildekritikk.**

Kildekritikk er en metode som blir benyttet for å vurdere kvalitet og karakteristikker av kilder som brukes i oppgaveskriving (Dalland, 2012). Hensikten med kildekritikk som metode er å gi leseren mulighet til å se de refleksjonene forfatteren har tatt i betraktning for å belyse sin problemstilling med henhold til både relevans og gyldighet av fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2012). I følge Dalland (2012) er det to sider ved kildekritikk. Den første fokuserer på kildesøking/litteratursøking og den andre handler om å gjøre rede for funnet litteratur.

Jeg har i søkeprosessen beskrevet hvordan jeg kom frem til litteraturen jeg skal bruke i oppgaven.

Når det gjelder å gjøre rede for samt kritisk vurdere den litteraturen jeg fant tok jeg i betraktning både problemstilling, relevans, gyldighet, holdbarhet og i noen av tilfellene forfatter, hvilken tidsskrift de er skrevet i og ikke minst hvem teksten gjelder for.

Utvalget av faglitteratur er også foretatt på bakgrunn av at de er regnet som primærkilder. Da jeg søkte etter faglitteratur og skumleste gjennom både pensum og annet var de bøkene jeg valgte å bruke veldig ofte sitert som primærkilder. Forfatterne og redaktørene i de utvalgte bøkene var også ansett som fremst i sitt felt.

Når jeg søkte etter vitenskapelige artikler tok jeg i betraktning at de skulle være spesifikke i forhold til min problemstilling. De utvalgte artiklene skulle være spesifikke hva gjelder tverrfaglig samarbeid, rehabilitering og hjemmesykepleien/kommunal helsetjenester.

Kendall et al., (2010) og Shyu et al. (2015) er studier fra hhv. Australia og Taiwan. Jeg valgte disse studiene på bakgrunn av at deres fokus var på rehabilitering i hjemmet samt tverrfaglig samarbeid.

I utvalg av vitenskapelige artikler anvendte jeg primærstudier så mye som mulig.

Primærstudier kommer som oftest med ny kunnskap samt at metoden som er brukt skal kunne kontrolleres og etterprøves (Dalland, 2012). Jeg skal også etter beste evne bruke primærkilder da ifølge Dalland (2012) bruk av primærkilder er fordelaktig for å unngå feiltolkninger og unøyaktigheter.

I noen av forskningsartiklene jeg fant la jeg vurderingskriteriet ”sykepleiers rolle” i betraktning. Da problemstillingen min tar for seg både sykepleiers bidrag samt samarbeid med andre grupper var det viktig å finne artikler om hva sykepleier gjør, deres kompetanse og ikke minst deres rolle i et team.

Når det gjelder avgrensning valgte jeg å søke på artikler skrevet de siste 10 årene. Siden fagområder stadig er utvikling er det viktig å ta i betraktning at kunnskap fort kan bli utdatert (Dalland, 2012).

### **3.0 TEORI**

Jeg skal i dette kapittelet ta for meg det teoretiske rammeverket som legges til grunn for drøftingen.

#### **3.1 Sykepleie som fag og funksjon.**

Før jeg videre i oppgaven redegjør for både tverrfaglighet og rehabilitering synes jeg det er viktig å gi en kort innføring hva sykepleie er. Altså da en del av tema for oppgaven er sykepleiers rolle, er det meningsfullt å beskrive kort om sykepleie som fag og funksjon.

Rammeplanen for sykepleieutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) redegjør for bestemte oppgaver sykepleier skal tilegne seg hva gjelder handlingskompetanse og handlingsberedskap. Disse oppgavene er gjerne knyttet grunnleggende områder eller funksjoner (Kristoffersen, Nordvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Videre nevner Kristoffersen et al. (2016) at tjenesten sykepleie har helse, livskvalitet, mestring og omsorg som mål.

Rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008) beskriver at pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Rammeplanen nevner også andre utdanningsspesifikke mål for sykepleiere som bl.a. omfatter helsefremming og forebygging, lindring, rehabilitering/habilitering samt fagutvikling, kvalitetsikring og forskning og ikke minst undervisning og veiledning. Jeg skal senere i oppgaven redegjøre for sykepleie i rehabiliteringsfeltet, men det er viktig å allerede nevne at rehabilitering som sykepleiefunksjon er fastsatt i Rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) med hjemmel i norsk lov (Universitets- og høyskoleloven, 2005, § 3-2).

Det kan være vanskelig å konkretisere en kort og klar definisjon av hva sykepleier er, men det er viktig å merke seg at utgangspunktet for sykepleie er pasientens grunnleggende behov og opplevelser og reaksjoner på situasjon (Kristoffersen et al., 2016). Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der forebygging og mestring av sykdom og lidelse er sentrale funksjoner i rehabilitering (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015). Orem vektlegger egenomsorg og i rehabiliteringsprosessen hjelper det oss å se hvordan egenomsorg påvirker ytre og indre krav til helse.

### **3.2 Politiske føringer til samarbeid.**

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) er et av de viktigste reformene når gjelder samarbeid i helse- og sosialtjenestene. Denne reformen førte til politisk krav til samarbeid mellom profesjonsutøvere og institusjoner (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016). Det ble gjennom flere stortingsmeldinger som Samhandlingsreformen, Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013)) og Folkehelse – God Helse – Felles ansvar (Meld. St. 34 (2012-2013)) lagt til grunn at samarbeid og samhandling er en forutsetning for å skape tjenester av høy kvalitet for å bearbeide rammevilkår og voksende utfordringer (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016, s. 18). Denne utviklingen er på bakgrunn av omfattende ansvarsfordeling mellom stat, kommune og fylke samt utvikling av faglig spesialisering og ikke minst funksjonsdeling mellom profesjoner og fagmiljøer (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016). Selv om det finnes politiske føringer hva gjelder samarbeid er det viktig å påpeke at de ikke alltid fungerer i den positive retningen, selv om kravet foreligger. Videre nevner Willumsen et. al (2016, s. 19) at selv om det foreligger lovfestet krav om samarbeid og samhandling blir det fortsatt publisert rapporter om manglende koordinering av tjenester blant flere målgrupper.

### **3.3 Tverrprofesjonell samarbeid.**

Når det gjelder begrepet tverrprofesjonell samarbeid eksisterer det et mangfold av begreper, både nasjonalt og internasjonalt. Begreper som gjerne blir brukt om hverandre er tverrfaglig og tverrprofesjonell. (Willumsen, 2016). I følge Kristoffersen (2016) betegnes tverrfaglig samarbeid som et teamarbeid med helhetlig tilnærming med felles mål der ulike yrkesgrupper bidrar sammen for å bearbeide og påvirke hverandres tiltak. Men i følge Willumsen (2016, s. 38) er det ikke enighet om en felles definisjon da flere yrkesgrupper er involverte og har utviklet sine egne definisjoner av begrepet. Videre nevner Willumsen at profesjon gjerne blir brukt da ordet fag kan være vanskelig å avgrense. Tverrprofesjonelt samarbeid betegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen. Det tverrfaglige samarbeidet skal tilstrebe en helhetlig tilnærming til pasientens livssituasjon med hensyn til å identifisere problemet og komme frem til en felles målsetting. Tverrprofesjonell samarbeid forutsetter en høy grad av forståelse av sin egen profesjonsutøvelse (Willumsen, 2016) samt være klar over sine ansvarsoppgaver som sykepleier eller andre yrkes- og profesjonsutøver. (Kristoffersen, 2016, s. 228). Det er viktig å ha kjennskap til både forskjeller og likheter mellom yrkesgruppene i et team og på det grunnlaget utvikle en felles helse- og sosialfaglig identitet (Kristoffersen, 2016). Når det

gjelder tverrprofesjonell samarbeid er brukerens behov og medvirkning sentral i utforming av tjenesten (Willumsen, 2016).

I tverrprofesjonell samarbeid bidrar ulike profesjoner med hver sin kompetanse og hver av deres bidrag integreres i en helhetlig tjeneste sammen med brukerens egen bidrag (Willumsen, 2016, s.43). Det er viktig å anerkjenne at selv om bidragene er ulike skal målet være å integrere bidragene til brukerens behov. Når vi snakker om å bidra med kompetanse i et samarbeid er det viktig å skille mellom følgende type kompetanser (Willumsen, 2016); *Kjernekompetanse* er den kompetansen kun den profesjonen har og ikke de andre, altså det som skiller fagpersoner fra hverandre. *Overlappende kompetanse* er hvor flere har lik kompetanse, men ikke nødvendigvis alle i teamet samt tydelige og ikke-tydelige grenser med hensyn til kontekst og målgruppe, eksempel sosionom versus barnvernspedagog og lege versus fysioterapeut. *Felleskompetanse* består av felles faglige kunnskaper som utvikles over tid hva gjelder ferdigheter, språk, begreper og felles integrert kunnskap. *Spisskompetanse* er spesifikk kompetanse i forbindelse med spesialisering og videreutdanning. Med tanke på type kompetanse er det her også viktig å anerkjenne brukerens egen kompetanse, altså pasienten erfaringer og kunnskap om sin egen livssituasjon. Når det gjelder samarbeidsprosessen er det også viktig å ta i betraktning tjenestenes skille mellom primæroppgaver og fellesoppgaver (Willumsen, 2016). *Primæroppgaver* er nedfelt i målsetting og rammer for virksomheten og er oppgaver som skiller tjenestene fra hverandre. *Fellesoppgaver* er når flere tjenester har ansvar, som for eksempel av brukere i rehabilitering der flere tjenesteytere i helse- og sosialsektoren har ansvar (Willumsen, 2016).

Et annet viktig perspektiv i tverrprofesjonell samarbeid bl.a. utfordringene som ble kartlagt av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). En av utfordringene som ble bemerket var at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke var god nok. Det ble også nevnt at grunnet forskjell i målforståelse oppstod det gjerne samhandlingsproblemer og påvirket hvilket problemstillinger som ble vektlagt. Dårlig koordinasjon førte gjerne til lite effektiv ressursbruk.

### **3.4 Sykepleier og samarbeid.**

Jeg skal i dette delkapittelet kort redegjøre for hvem sykepleier samarbeider med samt innhold og omfang i samarbeidet. Profesjoner som sykepleier oftest samarbeider med er helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, leger, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere (Kristoffersen, 2016) samt sosionomer.

Samarbeidet fremkalles gjerne når det foreligger behov for tverrfaglig perspektiv på en konkret pasientsituasjon (Kristoffersen, 2016, s. 229).

Samarbeidet med *fysioterapeuter* består av ulike tiltak. Samarbeidet omfatter, vedlikehold og forebygging av fysisk funksjon, behandling ved skade og funksjonstap og ikke minst rehabilitering og trening. Samarbeidet omfatter også tilrettelegging i hjemmet samt gjennomføring av øvelser og opplæring. Samarbeidet med *ergoterapeuter* er ganske lik samarbeidet med fysioterapeuter, men med forskjell i forebyggende og vedlikeholds perspektivet. En av de mest sentrale samarbeidsoppgavene er opplæring i bruk av hjelpemidler (Kristoffersen, 2016). Samarbeidet med *vernepleier* dreier seg om pasienter med funksjonsbegrensning og psykisk utviklingshemmede. Her er det viktig å bemerke sykepleierens rolle i dette samarbeidet gjerne drar i retning av medisinske oppgaver da disse pasientene tradisjonelt tilhører vernepleierens hovedmålgruppe. Samarbeid med *lege* er noe av det vanligste for sykepleier. Samarbeidet går gjerne ut på at lege kontaktes når enten helsetilstanden til pasienten endres eller når det er behov for endring i medisiner og medisinsk behandling (Kristoffersen, 2016). Samarbeidet med *sosionomer* retter jeg gjerne mot tilrettelegging av tilbud for pasienten som kan for eksempel være knyttet til barn som pårørende, tildeling av hjemmehjelp, støttekontakt samt bolig og økonomisaker (Kristoffersen, 2016).

### **3.5 Rehabilitering.**

Rehabilitering brukes om tjenester for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer. I helsetjenestene brukes begrepet for å styrke funksjonsevne etter sykdom eller skade i samarbeid med pasienten (Romsland et al., 2015, s. 11). Pasienten er i en situasjon der sykdom eller skaden har forårsaket et behov for ny kunnskap og eventuelt bearbeide nye ferdigheter for å gjenvinne både helse og mestre sin livssituasjon (Kristoffersen et al., 2016). Eksempler kan være fysisk trening, undervisning, veiledning samt forståelse, motivasjon og vilje.

Som nevnt både innledningsvis samt tidligere i teorikapittelet er Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) er viktig del når det gjelder tilbud av tjenester i hjemmet samt føringer for samarbeid. De politiske føringer i stortingsmeldingen flyttet mer ansvar til kommunen fra sykehus. Rehabilitering ble lagt fram som et aktuell og fremtidig innsatsområde i kommunen.

Sykepleietjenesten er en sentral del av rehabiliteringstilbudet i kommunen. Sykepleier har flere oppgaver deriblant organisering og administrasjon av tjenester. Sykepleierens oppgaver innebærer gjerne intervensjoner i samsvar med pasienten rehabiliteringsplan, men også utover. I rehabiliteringsprosessen har sykepleier ansvar for medisinske komplikasjoner som trykksår og infeksjoner, ansvar for å ivareta mennesket i endringsprosess i livet, og ikke minst skal sykepleier være oppmerksom på den helhetlige situasjonen (Romsland et al., 2015). Rehabiliteringsprosessen er basert på tverrprofesjonell samarbeid, men det er fortsatt kommuner der sykepleier har ansvar for hele virksomheten (Romsland et al., 2015). Videre nevner Romsland et al. (2015, s. 13) at sykepleier kan ha vansker med å fortelle om deres spesifikke oppgave er hva gjelder rehabilitering. Rehabiliteringsteam består av sykepleier, lege, fysioterapeut, ergoterapeut og andre samt hjelpemiddelsentralen og NAV- eller boligkontor.

En sykepleier som jobber med rehabilitering skal ha kunnskap om rehabiliteringstjenester og rehabiliteringsprosesser, om regelverk knyttet til rehabilitering, kunnskap om funksjonsnedsettelse og hemninger samt hvordan det er knyttet til helseutfordringer og ikke minst skal sykepleier støtte opp om mestring, empowerment og brukervedvirkning (Romsland et al., 2015).

Flere teorier er utviklet som beskriver sykepleieoppgaver i rehabiliteringsfeltet. En av teoriene er basert på slagpasienter i akuttfasen, men kan brukes på andre områder også (Romsland et al., 2015, s. 29); *Den bevarende funksjonen* tar for seg forebygging av ytterligere skade samt fastholde funksjonsnivå. For å få størst mulig utbytte av de terapeutiske tiltakene er det å beholde normal funksjon samt å forebygge komplikasjoner eller traumer et viktig tiltak. *Den fortolkede funksjonen* innebærer å hjelpe pasienten og pårørende å se konsekvensene av skaden. Altså betydning av skaden for deres identitet, liv, rolle samt andre funksjoner. *Den trøstende funksjonen* omhandler intervensjoner og vurderinger sykepleier igangsetter for å lette emosjonell smerte og lidelse som følge av skaden. Denne funksjonen er knyttet til den fortolkede situasjonen, men tar i betraktning det følelsesmessige behovet. *Den integrerte funksjonen* gjelder handlinger og vurderinger sykepleier iverksetter for å hjelpe pasienten med aktiviteter i dagliglivet (ADL) samt hjelper pasienten med hverdagslige gjøremål. Dette kan være alt fra å kle på seg toalettbesøk og å spise. En annen forskningsstudie beskriver at rehabiliteringssykepleie er ”å støtte personer med funksjonsnedsettelse i å oppnå eller vedlikeholde; best mulig funksjonsnivå, optimal tilstand av helse og velbefinnende samt



hensiktsmessig mestring av de endringer og utfordringer i livet som sykdommen eller skaden fører med seg” (Romsland et al., 2015, s. 30). I Romsland et al. (2015, s. 32) er det utarbeidet en tabell som viser de sykepleiefaglige rehabiliteringsoppgavene knyttet til inndelingen av rehabiliteringssykepleie med brukerens rehabiliteringsmål som det overordnede målet.

Et av de mest grunnleggende sykepleiefunksjonen er å sørge for at pasienten blir selvstendig raskest mulig. Pasienten skal kunne så fort som mulig utøve egenomsorg etter sykdom og behandling (Romsland et al., 2015, s. 63). Egenomsorgsteorien baseres på personens mulighet til å ivareta ADL-funksjoner. Sykepleier skal rette sin oppmerksomhet på trening av alle ADL-funksjonene som realistisk lar seg utføre av pasienten, både på kortsiktig og langsiktig (Romsland et al., 2015, s. 63). Fysioterapeuten spiller en viktig rolle ved trening av ADL-funksjoner og samarbeidet vil bidra til effektiv rehabilitering. Fysioterapeuten har kompetanse i å vurdere muskulær funksjon, bevegelighet, treningsbehov, treningsprogram og gjennomføring (Romsland et al., 2015, s. 64).

### **3.6 Hverdagsrehabilitering.**

Hverdagsrehabilitering er et begrep som brukes om rehabiliterende innsats i pasientens hjem (Romsland et al., 2015, s. 65). I litteraturen (Tuntland & Ness, 2014, s. 25-26) er det ikke lyktes med utarbeide en presis definisjon, men gitt en samling av kjennetegn på hverdagsrehabilitering. Elementene i disse kjennetegnene er: målrettet og intensiv fokus på hverdagsaktiviteter, tidlig og avgrenset innsats i hjem eller nærmiljø, tverrfaglig samarbeid, pasientenes egeninnsats, selvdeltakelse og hverdagsmestring, økt selvhjulpenhet i ADL samt inkludering pårørende og frivillige. Hverdagsrehabilitering ses på som en ressursorientert arbeidsform som vektlegger pasientens helse og ressurs foran sykdom og begrensninger (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). En annen som ting som vektlegges er tidlig innsats som en form for forebyggende arbeid.

Hverdagsrehabilitering brukes gjerne om tiltak der fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleier utgjør en team i kommune eller bydel (Romsland et al., 2015). Men det er viktig å kunne skille mellom innsatsteam og hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 26). Likhetstrekkene er at begge tar for seg tidlig, intensiv og tverrfaglig rehabilitering i hjemme. Forskjellen går blant annet ut på sterkere involvering og samhandling mellom terapeuter og personalet i hjemmesykepleien med fokus på hverdagsmestring. Innsatsteam benyttes gjerne spesifikke deler av rehabiliteringen som for eksempel nevrologi og ortopedi, mens

hverdagsrehabilitering er mer generell form for rehabilitering med fokus på pasienter med omfattende helsetrengende behov (Tuntland & Ness, 2014, s. 27).

Tverrfaglig samarbeid er en av de viktigste kjennetegnene på hverdagsrehabilitering. Det tverrfaglige sammensetningen i hverdagsrehabiliteringen er fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleier, vernepleier og sosialfaglig personell. Teamets oppgaver består i bearbeide rehabiliteringsplan sammen med brukeren på bakgrunn av tverrfaglig kartlegging (Tuntland & Ness, 2014). I en slik tverrfaglig sammensetning i hverdagsrehabiliteringen krever det innsats fra alle faggrupper. Det skal vektlegges både pleie og medisinsk behandling samt rehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). Sykepleier bidrar med kompetanse på bl.a. medisinske problemstillinger, som kan være påvirkning av medikamentbruk på trening og dagsform. Både sykepleier og vernepleier bidrar med kompetanse i vurdering av pleiebehov samt vernepleiers kompetanse på hverdagsmestring og med pasienter med funksjonshemming. Ergoterapeuter og fysioterapeuter har som mål å utvikle eller bevare funksjon, aktivitet og deltakelse. Både ergo- og fysioterapeutens rolle blir beskrevet som å være pådrivere i rehabiliteringsplan, kartlegging og veiledning (Tuntland & Ness, 2014, s. 121). Individuelt kan fysioterapeutens fokus være på fysisk funksjon og ergoterapeutens fokus på mestring av aktiviteter og tilrettelegging. Av de sosialfaglige profesjonene vektlegges sosionomer som bidrar med kompetanse i sosial deltakelse i samfunnet gjennom nettverksarbeid og økonomisk rådgivning. (Tuntland & Ness, 2014). I hjemmesykepleien vil pasienter ha nytte av sosionom med tanke på tilrettelegging av arbeid, bygge nettverk samt forebygge sosial isolasjon og ensomhet (Kristoffersen, 2016).

### **3.7 Oppsummering av teori.**

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) er en reform som satte i gang en endring i helse- og sosialtjenestene. Kommunen fikk et mye større ansvar og ikke minst ble rehabilitering lagt vekt på som en fremtidig innsatsområde.

Rammeplanen for sykepleieutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) gir en innføring i de oppgaver/kompetanse sykepleier skal ha etter endt utdanning.

Tverrprofesjonelt samarbeid defineres på ulike måter, men felles for bruk av begrepet er da to eller flere profesjoner/fagfolk jobber sammen for å identifisere problemer samt komme frem til en felles målsetting. Når det er flere profesjoner som arbeider sammen er det viktig å skille mellom type kompetanser; kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse

og spisskompetanse. Men det er også viktig å anerkjenne brukerens kompetanse. I samarbeidsprosessen er det også viktig å skille mellom primæroppgaver og fellesoppgaver. Som nevnt jobber flere profesjoner sammen i tverrprofesjonell samarbeid og profesjoner som sykepleier som regel samarbeider med er fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer og ikke minst leger. Samarbeidet mellom profesjonene har både likhetstrekk og ulikheter hva gjelder innhold og omfang.

Begrepet rehabilitering brukes gjerne om å styrke funksjonsevne etter sykdom eller skade i samarbeid med pasienten (Romsland et al., 2015, s. 11). Rehabilitering tar også for seg både helse og mestring av livssituasjon. Eksempler på det kan være fysisk trening, undervisning, veiledning samt forståelse, motivasjon og vilje.

Sykepleier har i rehabiliteringsprosessen oppgaver som innebærer medisinske intervensjoner, ansvar for å ivareta mennesket i endringsprosess i livet og ikke minst være oppmerksom på den helhetlige situasjonen (Romsland et al., 2015). Flere teorier er utviklet som beskriver funksjoner sykepleier har i rehabiliteringsprosessen deriblant; den bevarende funksjon, fortolkede funksjon, den trøstende funksjon og den integrerte funksjonen.

En av de viktigste funksjonene sykepleier har er å sørge for at pasienten blir selvstendig så raskt som mulig.

Hverdagsrehabilitering er et begrep som brukes om rehabiliterende innsats i pasientens hjem (Romsland et al., 2015). Da det ikke er utarbeidet en kort og presis definisjon er det gitt en samling av kjennetegn på hverdagsrehabilitering som bl.a. er målrettet og intensiv fokus på hverdagsaktiviteter, tidlig og avgrenset innsats i hjem eller nærmiljø, tverrfaglig samarbeid, pasientenes egeninnsats, selvdeltakelse og hverdagsmestring, økt selvhjelpenhet i ADL samt inkludering pårørende og frivillige. Tverrfaglig samarbeid er en viktig kjennetegn på hverdagsrehabilitering der sammensetningen gjerne består av fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleier, vernepleier og sosialfaglig personell. Teamets oppgaver består i bearbeide rehabiliteringsplan sammen med brukeren på bakgrunn av tverrfaglig kartlegging (Tuntland & Ness, 2014).

#### **4.0 PRESENTASJON AV FUNN**

Jeg skal i dette kapittelet presentere funnene som ble gjort i artiklene. Artiklene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven har jeg lagt som vedlegg (Vedlegg) og laget en oversikt med utgangspunkt i IMRaD-struktur (Dalland, 2012, s. 79).

Ettersom problemstillingen i oppgaven tar for seg sykepleierens bidrag/kompetanse, tverrprofesjonell samarbeid og rehabilitering skal jeg presentere hvordan det utvalgte artiklene bearbeider disse begrepene.

#### **4.1 Tverrprofesjonell samarbeid - definisjon, effekt og intervensjon**

I arbeidet med å definere tverrprofesjonell samarbeid har fem av de utvalgte artiklene brukt forskjellige begreper hva gjelder tverrfaglig samarbeid/tverrprofesjonell samarbeid. I artikkelen av Steihaug et al. (2013) og Shyu et al. (2015) blir begrepet ”interdisciplinary” brukt. I artikkelen av Boas & Shimizu (2014) blir begrepet ”multidisciplinary” brukt og i artikkelen til Kendall et. al (2010) blir begrepet ”interprofessional” brukt. I artikkelen av Skumsnes, Larun & Langeland (2013) blir begrepet tverrfaglig samarbeid brukt. I alle disse overnevnte artiklene er det ingen spesifikk definisjon av tverrprofesjonell samarbeid, men det må nevnes at det er en felles forståelse av hva tverrprofesjonell samarbeid går ut på, med hensyn til at det er flere arbeidsgrupper/profesjoner som jobber med samme problemstilling, pasientgruppe eller annet. Profesjonene som er felles i alle artiklene er sykepleier og fysioterapeut. Men i alle artiklene er det tre eller flere profesjoner som har vært involvert. Andre involverte profesjoner er bl.a. ergoterapeuter i fire av artiklene samt lege, ernæringsfysiolog og sosionomer i tre av artiklene. I Shyu et al. (2015) og Skumsnes et al. (2013) nevnes også psykiater og psykolog. I både Steihaug et al. (2013) og Kendall et al. (2010) er ledelsen/administrative personale også deltakere i utvikling av studien.

Hensikten i Shyu et al. (2015) var å sammenligne langtidseffekten gjort av tverrfaglig og en omfattende omsorgsprogram med de vanlige omsorgsprogrammene for eldre pasienter med hoftebrudd med hensyn til egenomsorgsevne, bruk av helsetjenester og dødelighet. Både det tverrfaglige omsorgsprogrammet og det omfattende omsorgsprogrammet var videreføring av tidligere forskningsstudie gjort av Shyu et al. fra 2010 og 2013, men denne artikkelen også tar

for seg behandling av underernæring, depresjon og fallforebygging 2 år etter hoftebrudd.

I Shyu et al. (2015) og Boas & Shimizu (2014) blir det beskrevet spesifikke intervensjoner gjort av de forskjellige profesjonene. Altså hva de forskjellige profesjonene fokuserte på hva gjelder deres fagområde. Hensikten i Skumsnes et al. (2013) er en systematisk gjennomgang av forskningslitteratur om forebyggende hjemmebesøk og effekten det på de egenopplevde helse. Et av hovedfunnene er at forebyggende hjemmebesøk utført av tverrfaglig helsepersonell har en positiv effekt på egenopplevd helse og livskvalitet.

I Skumsnes et al., (2013) blir det beskrevet at tverrfaglige team tilbyr et bredere kunnskapsspekter inn i komplekse helsefremmende og forebyggende intervensjoner. Ulike teorier om helsefremming påpeker at tverrfaglighet er en forutsetning på grunn av dens helhetlige orientering.

#### **4.2 Rehabilitering – definisjon, effekt og intervensjon**

Steihaug et al. (2013) nevner at det ikke finnes en direkte definisjon av rehabilitering, men at prosessen kan beskrives som en pedagogisk og problemløsende prosess med fokus på aktivitet og pasientens deltakelse i det sosiale og egen trivsel samt at prosessen skal redusere stress også for pårørende. Artikkelen vektlegger også brukermedvirkning. Hjemmebasert rehabilitering gjør det mulig å basere rehabiliteringsprosessen i daglige aktiviteter i hjemmet.

I Steihaug et al. (2013) ble det funnet at det var ulik oppfatning blant profesjonene av hva rehabilitering i hjemmet var. Fysioterapeuten og ergoterapeuten hadde ganske lik oppfatning da de mente at rehabilitering er definert målrettet prosess der flere profesjoner arbeider sammen for et fellesmål og at det bør være en plan for å oppnå målene. Blant sykepleierne var det ulike oppfatninger. Enkelte av sykepleierne mente at rehabilitering var når fysioterapeutene trente pasientene etter fraktur, mens andre mente at rehabilitering var at to eller flere tjenester var involvert i rehabiliteringen.

I Boas & Shimizu (2014) blir rehabilitering beskrevet som intervensjoner gjort av fysioterapeuter. Hovedmålet til fysioterapeutene var rehabilitering av motoriske funksjoner for å behandle sekveler etter hjerneslag samt osteoartritt og hoftefraktur. Boas & Shimizu (2014) observerte at sykepleier brukte aller mest tid hos pasientene og at deres intervensjoner var svært spesifikke som inkluderte bl.a. medikamenthåndtering og sårbehandling.

I Shyu et al. (2015) er det ikke gitt en spesifikk definisjon på rehabilitering, men det er beskrevet hvilken intervensjoner som ble foretatt hva gjelder rehabilitering og hvilken

profesjoner som var involvert. I det tverrfaglige omsorgsprogrammet har rehabilitering foregått både poliklinisk og i hjemmet. Rehabiliteringen vektlegger smertelindring, bevegelse, muskelstyrke, utholdenhet, proprioepsjon samt balanse og aerob kapasitet. Disse ble utført/tilsett av både geriatrisk sykepleier samt fysioterapeut. Den omfattende omsorgsmodellen forlenget hjemmerehabiliteringen slik at pasienten hadde tilstrekkelig tid til å bli frisk slik at pasienten kunne utføre øvelser relatert til balanse og aerob kapasitet. Studien fant også at den omfattende modellen som forlenget rehabiliteringsprosessen samt hadde flere tverrprofesjonelle tilnærminger som ernæringstilstand, depresjon og forebygging av fall, var nyttig med tanke på forbedring av selvpleie og reinnleggelser på akuttmottak. Et av de store kontrastene i denne studien var at den tverrfaglige modellen ikke viste store avvik fra den vanlige pleiemodellen hva gjelder funksjonell status, da det tidligere var påvist positiv effekt av den tverrfaglige modellen.

Når det gjelder sykepleierens bidrag/rolle/kompetanse både generelt og i rehabiliteringsarbeid er det flere av artiklene som bearbeider dette.

### **4.3 Kompetanse**

I Norheim & Thoresen (2015) beskrives det at sykepleiekompetanse kan forstås på mange måter med kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper. Når det gjelder hjemmesykepleien påvises det at flere studier konkluderer med at sykepleier må ha bred kunnskap. Resultatene i studien påpeker to hovedområder når det gjelder kompetanse som var individuell sykepleiekompetanse og kollektiv kompetanse. Når det gjelder den individuelle kompetansen mente sykepleierne at de hadde god nok kompetanse for å ivareta brukerne, men fortsatt ønsket kompetanse på flere områder. Et annet tema som ble tatt opp var hva er sykepleierens oppgaver som en gruppe konkluderte med var mangfoldet i arbeidsoppgavene. Arbeidsoppgavene som ble beskrevet var ”sårstell, observasjoner, ernæring, ivaretagelse av personlig hygiene, medisinsk teknisk utstyr, dokumentasjon, forebyggende arbeid, veiledning og klinisk vurderingsevne” (Norheim & Thoresen, 2015). Sykepleierne ønsket også å øke den kollektive kompetansen samt faglig påfyll gjennom kursing og undervisning. Et av misnøyene blant sykepleierne var hvordan de fikk brukt sin kompetanse. Siden hjemmesykepleien som tjeneste baseres på gjensidig avhengighet og samarbeid, var en av utfordringene for sykepleierne at god individuell sykepleiefaglig kompetanse ikke var nok. I følge Norheim & Thoresen (2015) vil sykepleieroppgavene fremover bli mer spesialisert og rettet mot diagnoser.

I Kendall et al. (2010) nevnes det at siden helsetjenestene har flyttet fokuset til kommunale sektoren har profesjonene i rehabiliteringsprosessen måtte yte sine oppgaver utenfor sin profesjonsområde. Skift i arbeidsoppgavene til de kommunale tjenestene (herunder hjemmesykepleien) har ført til en stor utfordring når det gjelder utvikling av kompetanse i bl.a. hjemmesykepleien. I utviklingsprosessen av kompetansene i tverrfaglig samarbeid i kommunale sektor ble datainnsamlingen foretatt i fire stadier, der man skulle identifisere, definere, validere og godkjenne et sett av kompetanser. Deltakerne i studien bestod av bl.a. sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ledelse og vernepleier samt fagfolk, pedagoger og trenere. Det ble funnet flere kompetanseområder som var gjennomgående for flere av profesjonene; helhetlig tilnærming til praksis i kommunalt arbeid, sterk partnerskap og nettverksbygging, håndtering av krevende arbeidsoppgaver samt opprettholde faglige grenser. Etter å ha gjennomgått alle stadiene ble det utformet 10 kompetanseområder: Holistisk/helhetlig fokus, brukermedvirkning, reflekterende praksis, nettverksbygging, begrensning og personlig sikkerhet, lokal engasjement, kulturell bevissthet, beslutningspåvirkning og rammeverk for forståelse. Av disse 10 kompetanseområdene var det tre områder som ble rangert som viktigst.

Et interessant funn gjort i dette studiet var evnen til å anvende rammeverket for forståelsen av funksjonsnedsettelse og rehabilitering mindre viktig for utøverne enn for panelet med eksperter (fagfolk og akademikere). Dette kan være grunnet at det ikke finnes en fast/felles rammeverk eller at profesjonens egne rammeverk ikke var ansett som relevante for praksis.

I Steihaug et al. (2013) var tema kompetanse også gjennomgående hva gjelder hjemmebasert rehabilitering. Det ble nevnt at spesifikk kompetanse i rehabilitering var viktig å inneha spesielt for ergoterapeuter og fysioterapeuter.

## 5.0 DRØFTING

Jeg skal i dette kapittelet bearbeide og besvare problemstillingen med hensyn til forskningsstudier og det teoretiske rammeverket. Jeg skal ta opp tematikken med tverrprofesjonell samarbeid i rehabilitering i hjemmetjenestene med sykepleierkompetanse/rolle som hovedfokus.

*Problemstilling: Hva innebærer tverrprofesjonell samarbeid og hvilken kompetanse bidrar sykepleier med i hverdagsrehabiliteringen?*

### 5.1 Kompetansekrav i tverrprofesjonell samarbeid

Et av de store endringene som kom fram i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) var å flytte ansvaret for tjenester fra sykehusene til kommunen. Et annet viktig punkt var at rehabilitering ble satt som en fremtidig innsatsområde. Forskningsstudien Kendall et al. (2010) har gjennom en ekstensiv prosess utarbeidet 10 kompetanseområder som ifølge studien er svært viktige for alle som arbeider med rehabilitering i kommunehelsetjenestene. Av de 10 kompetanseområdene som ble utformet var tre områder som ble vektlagt som viktigst hva gjelder kompetanse i tverrfaglig teamarbeid; brukermedvirkning, holistisk/helhetlig fokus og reflekterende praksis.

Før jeg går videre med å bearbeide disse kompetansene er det viktig å nevne at faglitteratur, forskning samt samhandlingsreformen vektlegger at rehabilitering baseres på tverrfaglig arbeid.

På bakgrunn av at oppgaven min tar for seg rehabilitering i hjemmetjenesten er det viktig å bearbeide brukermedvirkning i hverdagsrehabiliteringen. Hverdagsrehabilitering har som kjennetegn at brukerens egeninnsats vektlegges, altså i form av hverdagsmestring. I hverdagsrehabiliteringen innebærer brukermedvirkningen at pasienten skal ha økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål slik at han eller hun kan fortsette å bo hjemme og være aktiv i eget liv samt at pasienten selv styrer deltakelse og hverdagsmestring (Tuntland & Ness, 2014, s. 26). I Steihaug et al., (2013) blir brukermedvirkning stresset av flere informanter og mener at det er essensiell i rehabiliteringsprosessen.



Brukermedvirkning er en av kompetanseområdene som deltakerne i Kendall et al. (2010) mente var viktigst. Brukermedvirkning i Kendall et al. (2010) forstås som brukerens egne beslutninger, preferanse og kontroll over sin egen rehabiliteringsprosess, altså engasjere brukerens i egen rehabilitering. Steihaug et al. (2013) nevner at rehabilitering som tjeneste har endret seg og at brukerens egne mål blir vektlagt mer enn tidligere og at brukermedvirkning er en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Begrepet rehabilitering brukes i helsetjenestene om innsatsen som gjøres sammen med pasienten (Romsland et al., 2015). Dette gir oss et godt grunnlag for å kunne si at pasientens medvirkning i sin egen rehabilitering er kanskje den viktigste delen av rehabiliteringsprosessen. Brukermedvirkning som kompetanse kan ses som overlappende og felles kompetanse (Willumsen, 2016) i et tverrfaglig team. Alle i rehabiliteringen jobber sammen for å bedre pasientens helse etter skade eller funksjonsnedsettelse, altså at pasienten er hovedfokuset og at alle tiltak og intervensjoner som foretas har som hensikt å bedre pasientens liv og helse (fysisk og/eller psykisk). Det er også viktig å nevne at brukermedvirkning er lovfestet rett der det nevnes at kommunen skal ”legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 4).

Det holistiske fokuset tar for seg brukerens behov for både fysisk omsorgsbehov, men også psykososial omsorg, altså en helhetlig tilnærming. I Romsland et al. (2015, s. 23) blir det også anerkjent at rehabilitering som en ideologi skal ha en holistisk fokus med at alle forhold som virker inn på pasientens livssituasjoner og muligheter må tas i betraktning. Oppgavene sykepleier har i rehabiliteringsprosessen er blant annet fortolkende funksjon samt trøstende funksjon. Sykepleier skal kunne både hjelpe pasienten med fysiske funksjonsproblemer, men også hjelpe pasient og pårørende med forståelsen av sykdommen/skaden og hvilken betydning det har på deres identitet, liv og rolle. Som den trøstende funksjon skal sykepleier ha kompetanse i hvordan å ta i betraktning det følelsesmessige behovet.

En tredje kompetanseområde Kendall et al., (2010) mente var det viktigste i arbeidet i kommunal rehabilitering var reflekterende praksis. Reflekterende praksis tar for seg forståelse av sin rolle i rehabiliteringsprosessen, være kreativ i ressursbruk, ha en fleksibel tilnærming til problemer samt bruk av lokale midler. Rolleavklaring i arbeidet med rehabilitering er en viktig kompetanseområde. I Norheim & Thoresen (2015, s. 20) beskriver sykepleierne at deres kompetanse i hjemmesykepleien begrenses med tanke på tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling. Sykepleierne uttrykte misnøye om bruk av deres

kompetanse. Det nevnes at pga. skjev fordeling av arbeidsoppgaver bruker sykepleierne mer tid på brannslukking framfor ”kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak”.

## 5.2 Sykepleiekompetanse

Da problemstillingen min omhandler sykepleiekompetanse i rehabilitering er det viktig å bearbeide både sykepleiekompetanse samt kompetansen til andre profesjoner i et tverrfaglig team. Når det gjelder sykepleiekompetanse er viktig å starte med å si at Rammeplanen for sykepleieutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) har fastsatt den evnen eller kvalifikasjonen en sykepleier skal inneha etter endt utdanning. I følge Norheim & Thoresen (2015) blir sykepleiekompetanse beskrevet som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper. I både Rammeplanen samt Kristoffersen et al. (2016) blir det lagt vekt på at sykepleiekompetansen er knyttet til grunnleggende områder der pleie, helse, omsorg og behandling utgjør en relativ stor del. Begrepet rehabilitering brukes om tjenester for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for folk med funksjonsproblemer (Romsland et al., 2016). Og når det er snakk om rehabiliterende innsats i pasientens egen hjem blir begrepet hverdagsrehabilitering brukt. Siden rehabilitering er basert på en samarbeidsprosess er det viktig å starte å se sykepleierens kjernekompetanse og spisskompetanse. Sykepleierens oppgaver i rehabiliteringsprosessen innebærer gjerne intervensjoner av medisinsk art. Dette bearbeides av blant annet Boas & Shimizu (2014) og Shyu et al. (2015). I Boas & Shimizu (2014) ble det foretatt 245 hjemmebesøk og 441 intervensjoner ble observert av ulike profesjoner. Resultatet i Boas & Shimizu viste at sykepleier brukte mest tid hos pasienten. Intervensjonen som ble foretatt på hjemmebesøkene viste at sykepleierens oppgaver gjerne var ganske spesifikke og skilte seg godt ut. Intervensjonene som ble foretatt var for det meste av medisinsk art som sårbehandling og medikamenthåndtering. Et annet viktig funn var tid brukt på førstegangskonsultasjonene i hjemmet, der oppgavene blant annet var kartlegging og informasjon, som førte til at 75 % av alle prosedyrene utført av alle profesjonene ble utviklet av sykepleier (Boas & Shimizu, 2014, s. 36).

Begge omsorgsprogrammene i Shyu et al. (2015) inkluderte hjemmebesøk av bl.a. sykepleier. En av oppgavene til sykepleieren var å bearbeide en utskrivningsplan hva gjelder pasientens rehabilitering. Det var sykepleierens oppgave organisere og evaluere pasientens hjemmemiljø, henvise pasienten samt påminne pasientene om oppfølging. Det er viktig å bemerke at sykepleier som var involvert i begge omsorgsprogrammene var geriatrisk sykepleier, altså at sykepleieren hadde en spisskompetanse hva gjelder geriatri.

Når det gjelder kjernekompetansen i rehabiliteringssykepleien vektlegges pasientens funksjonsevne som sykepleierens oppgaver (Romsland et al., 2015, s. 27). Med funksjonsevne menes både kroppslige, mentale og sosiale funksjoner som er endret pga. sykdom eller skade. Pasienter med behov for rehabilitering skal møte en sykepleier med kompetanse som kan dekke fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. I Norheim & Thoresen (2015) ble det utløst en diskusjon om sykepleiekompetansen. Informantene mente at de hadde tilstrekkelig sykepleiekompetanse for å håndtere de utfordringene de møtte i hjemmesykepleien, men at kompetansen handlet om mangfold. Under diskusjonen blant informantene ble det nevnt ferdigheter med stell og håndtering av Venous Access Port (VAP) og Sentralt venekateter (SVK) samt oppgaver som sårstell, observasjoner, ernæring, hygiene, dokumentasjon, forebyggende arbeid og klinisk vurderingsevne. Det er som nevnt vanskelig å definere en klar definisjon av sykepleieroppgaver da deres kompetanse gjerne berører flere områder. I rehabiliteringsprosessen har sykepleier ansvaret for medisinske komplikasjoner som trykksår og infeksjoner, ivaretagelse av mennesket i endringsprosessen samt den helhetlige situasjonen (Romsland et al., 2015).

Som sagt blir begrepet rehabilitering brukt om tjenester for å bedre funksjonsevne. For å bidra til at pasienten oppnår best mulig funksjonsnivå er det viktig at sykepleier innehar grunnleggende kunnskaper om funksjonsområder. Dermed er kunnskap om anatomi, fysiologi og patologi en viktig moment (Romsland et al. 2015). Eksempelvis er det viktig at sykepleier har kunnskap om fysiologiske endringsprosesser ved nedsatt lungefunksjon eller kunnskaper om hvordan anatomiske og fysiologiske endringer påvirker pasienter etter fraktur.

I Shyu et al. (2015) ble det i rehabilitering av pasientene vektlagt smertelindring, bevegelse, muskelstyrke, balanse og aerob kapasitet. Når det gjelder smertelindring er det viktig at sykepleier har kompetanse på fysiologiske prosesser som forårsaker smerte. Smertetilstander deles gjerne inn i nociseptiv, nevropatisk og idiopatisk smerte. Det er også viktig for sykepleier å ha kompetanse på hvordan medisiner påvirker smerte. Medikamentell smertelindring består blant annet av ikke-opioid analgetika som paracetamol og NSAID-preparater og opioider som kodein (svake) og morfin (sterke). Paracetamol og NSAID har antipyretisk og analgetisk effekt samt antiinflammatorisk (NSAIDs) effekt. Opioider binder seg til ulike opioidreseptor i sentralnervesystemet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Når det gjelder bevegelse, muskelstyrke og balanse er det viktig at sykepleier har grunnleggende kunnskaper om anatomi og fysiologien av hoftefraktur og hva som skjer med

kroppen ved slik skade. Men det er viktig å ta i betraktning at fysioterapeutene har kjernekompetanse på plager knyttet til bevegelsessystemet. Med hensyn til aerob kapasitet er det viktig at sykepleier har kunnskap om dannelse av energi i kroppen.

Et annet viktig moment i sykepleierens tilnærming i rehabiliteringsprosessen er ansvaret for liv, helse og sikkerhet (Romsland et al., 2015, s. 33), bl.a. faren for medisinske komplikasjoner. Dette er en kjernekompetanse som sykepleier innehar i rehabiliteringen. Sykepleier skal ha kunnskap/kompetanse om komplikasjoner ved funksjonsnedsettelse med særskilt ansvar for forebygging og behandling. I det omfattende omsorgsprogrammet i Shyu et al. (2015) ble det også fokusert på forebygging av fall som blant annet inkluderte risikofaktorer som inkluderte ortostatisk hypotensjon samt medisiner. Hoftefraktur kan føre til immobilitet/inaktivitet som kan være problematisk for pasienten. Immobilisering kan føre til sirkulatoriske forandringer, ortostatisk hypotensjon og nedsatt oksygenopptak (Romsland et al., 2015, s. 93). Forebygging av komplikasjoner er et særlig ansvar sykepleier har i rehabiliteringsprosessen.

Sykepleiefaglige rehabiliteringsoppgaver omhandler bl.a. sykepleietiltak relatert til ADL-trening, tilrettelegging, gjennomføring av aktiviteter, trening av hverdagslivssituasjoner, stimulering av egenomsorg, brukermedvirkning, deltakelse i samfunn, arbeid og fritid (Romsland et al., 2015, s. 32). Blant de overnevnte sykepleieoppgavene er det viktig å ta hensyn til hvilken kjernekompetanse sykepleieren har og hvilken kompetanse de andre profesjonene har. Når det gjelder ADL-trening og tilrettelegging har ergoterapeutene kjernekompetanse på disse områdene. Ergoterapeutenes kjernekompetanse i rehabiliterende arbeid består av bl.a. ADL-trening, tilrettelegging av aktivitetssituasjoner samt tilpassing i hjemmet (Kunnskapsdepartementet, 2005)

Begrepet hverdagsrehabilitering brukes om rehabiliterende innsats i pasientens hjem. I Tuntland & Ness (2014) omtales det at hverdagsrehabilitering ikke har en presis definisjon, men kjennetegnes ved målrettet fokus på hverdagsaktiviteter, innsats i hjem og nærmiljø, pasientens egeninnsats, hverdagsmestring, økt selvhjelpenhet i ADL samt inkludering av pårørende og frivillige.

I Steihaug et al. (2013) beskrev deltakerne at rehabilitering oftest forekom i sykehjem og at rehabilitering i hjemme sjeldent forekom. Forfatterne i Steihaug et al. (2013) illustrerer også at det var vanskelig å finne pasienter som hadde fått rehabilitering i hjemmet. Det kom også

frem at det er uenighet om hva hjemmebasert rehabilitering er, samt hva det bør være. Hverdagsrehabilitering er i følge Tuntland & Ness (2014, s. 24) en arbeidsform som fokuserer på helse og ressurser, fremfor sykdom og begrensning. I følge Steihaug et al. (2013) er rehabilitering i hjemmet (for eldre mennesker) like effektiv som rehabilitering i sykehjem eller sykehus. Rehabilitering i hjemmet, eller hverdagsrehabilitering, virker også å være mer effektiv enn vanlig hjemmebesøk.

Et av funksjonen til sykepleier i rehabiliteringen er den integrerte funksjonen. Denne innebærer handlinger og vurderinger for å hjelpe pasienten med aktiviteter i dagliglivet (ADL). I Shyu et al. (2015) ble det funnet at den omfattende omsorgsprogrammet, som forlenget hjemmerehabiliteringen fra 4 måneder til 1 år hadde bedre behandlingsforløp hva gjelder ADL-funksjon til pasientene. Men et av de funnene som var i kontrast fra tidligere funn var at det tverrfaglige omsorgsprogrammet ikke kunne påvise signifikant bedring av funksjonell status sammenlignet med det vanlige omsorgsprogrammet (Shyu et al., 2015, s.60) I Skumnes et al. (2013) ble det funnet at de studiene som hadde størst positiv effekt på funksjonell status var der besøkene var gjentakende over tid.

Når vi snakker om den integrerte funksjonen og hjelpe pasienten med ADL er sykepleierens kompetanse rettet mot mestring av egenomsorgen som uttrykkes gjennom ADL-funksjoner. Et av sykepleieroppgavene er å trene eller integrere ADL-funksjonene i virkelige situasjoner (Romsland et al., 2015). Eksempelvis kan det være dersom en pasient trenger kateterisering er det sykepleierens oppgave å veilede og lære brukeren i selvkateterisering.

I rehabiliteringsprosessen møter sykepleier pasienter med forskjellige typer funksjonsområder som blir affisert ved sykdom og skade. I Boas & Shimizu (2014) ble det funnet at sykepleieoppgavene bestod av blant annet sårbehandling og medikamenthåndtering. Når det gjelder sårbehandling brukte sykepleieren mest tid på sårbehandling av trykksår (dekubitus). Sykepleier i rehabiliteringsfeltet må ha god kompetanse i sårbehandling (Romsland et al., 2015). Trykksår er en type sår sykepleier oftest møter i rehabiliteringsprosessen. Her kan det være viktig at sykepleier har kompetanse på at trykksår oppstår når blodsirkulasjonen til området blir dårlig som kan føre til alvorlig komplikasjoner som fører til ytterlige funksjonstap. Sykepleier har et særegen ansvar for å beskytte pasienten med utvikling av trykksår. Dette er bare en av eksemplene rehabiliteringssykepleier møter i hverdagen, men her må det bemerkes at sykepleier har en kjernekompetanse på anatomi, fysiologi og patologi samt symptomatologi.

I samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) ble det bemerket at de koordinerte tjenestene ikke var gode nok. I kommunehelsetjenesten har sykepleier som oppgave og organisere og administrere tjenester. I rammeplanen for sykepleieutdanningen bemerkes det at sykepleier skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse med å både lede og administrere sykepleieutøvelse samt samarbeide på alle nivå i organisasjonen. I Boas & Shimizu (2014) er det som tidligere nevnt funnet at 75 % av alle prosedyrene utført av alle profesjonene ble utviklet av sykepleier. Sykepleier har en reell kompetanse hva gjelder planlegging samt har godt helhetlig bilde av brukerens behov da sykepleie som fag og funksjon berører flere områder innen rehabiliteringsprosessen. I Kendall et al., (2010) er en av kjernekompetanse som bør innehas av tverrfaglig personalet som arbeider med rehabilitering, at de skal ha helhetlig fokus på rehabiliteringen. Dette er noe som sykepleieren er godt rustet til. Skumnes et al. (2013) påpeker også at tverrfaglighet er en forutsetning for helsefremmende arbeid grunnet den helhetlige orientering.

### **5.3 Kompetansekrav fra andre profesjoner**

Siden oppgaven handler om å bearbeide sykepleiekompetansen i rehabilitering er det viktig å vite hvilken kompetanse andre i det tverrfaglige teamet bidrar med. Da problemstillingen tar for seg rehabilitering i hjemmetjenesten og at hverdagsrehabilitering er et begrep som blir brukt om rehabiliterende innsats i hjemme (Romsland et al., 2015) og gjerne om tiltak der fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere utgjør en team i kommune eller bydel, skal jeg gi en innføring i (kjerne)kompetansen til ergo- og fysioterapi. Jeg skal også beskrive kort kompetansen til sosionomen. Ergoterapi, fysioterapi og sosionomutdanningen er lovregulert gjennom rammeplaner.

Rammeplanen for fysioterapiutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2004, s. 5) spesifiserer at fysioterapeuten skal etter endt utdanning inneha spesiell kompetanse på ”undersøkelse og behandling av plager knyttet til bevegelsessystemet”. De skal ha forståelse for funksjonsbegrepet samt betydningen av brukermedvirkning. Et viktig punkt er at fysioterapeuter skal ha oppnådd kompetanse innen helse, funksjon og bevegelse og hvordan dette påvirker kroppsfunksjon gjennom daglige aktiviteter. De skal spesiell kunnskap om bevegelsessystemets oppbygging, utvikling, tilpasning og funksjon. I Boas & Shimizu (2014) ble rehabiliteringsarbeidet beskrevet som fysioterapeutens oppgaver. Fysioterapeutens hovedoppgaver var rehabilitering av motorisk funksjon, altså lå fokuset på rehabilitering av

bevegelsessystemet etter slag. Rehabiliteringen i Shyu et al. (2015) vektla blant annet bevegelse og muskelstyrke som kan ses som kompetanseområder for fysioterapeuten.

I følge Rammeplan for ergoterapiutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2005, s. 6) skal ergoterapeuter blant annet etter endt utdanning kunne gjennomføre rehabiliterende tiltak ved hjelp av utforming av fysiske omgivelser, tilpasning og påvirkning i hjemmet, funksjonstrening samt utføre kompenserende tiltak som bruk av hjelpemidler, tilpasning av utstyr og arbeidsteknikker. Et annet viktig punkt er at ergoterapeuter skal bruke problemløsende arbeidsmodeller ved å kartlegge aktivitetsfunksjon som påvirker aktivitetsutføring. I følge Boas & Shimizu (2014) brukte fysioterapeuten gjennomsnittlig lengst tid på og kartlegge omgivelsene i hjemmet, noe som kan ses på som kjernekompetansen til ergoterapeut.

I den lovregulerte definisjonen av rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3) nevnes det spesifikt at målet skal være at brukerens skal oppnå selvstendighet samt deltakelse i samfunnet og sosialt. Det sosialfaglige kompetansen i hverdagsrehabiliteringen er å kunne bidra for sosial deltakelse, nettverksarbeid samt økonomisk rådgivning (Tuntland & Ness, 2014). I hjemmesykepleien kan sosionom hjelpe med tilrettelegging av arbeid samt forebygge sosial isolasjon og ensomhet (Kristoffersen et al, 2016). I rammeplanen for sosionomutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2005) er det spesifisert blant annet at kompetansen til sosionomen skal inneholde hvordan samfunnsutviklingen påvirker enkeltindivider og dens konsekvens på mestring. Den sosialfaglige kompetansen skal spesielt vektlegge arbeidsformer der ”brukere er aktive deltagere og mobiliserer egne ressurser, enten disse er enkeltpersoner, familier, grupper eller sosiale nettverk” (2005, s. 17).

#### **5.4 Oppfatning av samarbeid.**

I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) samt Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013)) og Folkehelse – God Helse – Felles ansvar (Meld. St. 34 (2012-213)) er det lagt til grunn at samarbeid og samhandling skaper tjenester av høy kvalitet. Rammeplanen for sykepleieutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) tilrettelegger også for at sykepleier skal etter endt utdanning både ha handlingskompetanse samt handlingsberedskap til samarbeide tverrfaglig.

Som nevnt er det ingen spesifikk begrep som tar for seg samarbeid tvers av yrkesgruppene. Både nasjonalt og internasjonalt er det flere begreper som blir brukt om hverandre. I Norge er

det vanlig å bruke både tverrprofesjonell samarbeid og tverrfaglig samarbeid om hverandre (Willumsen 2016). Internasjonalt, på engelsk, er det altså flere begreper som blir brukt om hverandre hva gjelder samarbeid på tvers av profesjoner. I følge forskningsstudiene jeg har vektlagt i oppgaven blir det brukt begreper som ”interdisciplinary”, ”multidisciplinary” og ”interprofessional”. Selv om det er uenighet om hvilket begrep som skal brukes er det viktig å bemerke seg at både faglitteratur samt forskningsstudiene kjennetegner tverrprofesjonell samarbeid som et samarbeid på tvers av profesjoner med helhetlig tilnærming og felles målsetting. I den omfattende omsorgsprogrammet i Shyu et al. (2015) var det samarbeid mellom geriater, geriatrisk sykepleier, fysioterapeut samt ernæringsfysiolog og psykiater. Alle profesjonene som samarbeidet hadde som mål å se langtidseffekten av rehabilitering av pasienter etter hoftefraktur.

I følge Willumsen (2016) fører uklarheter i definisjoner til ulik grad av fokusering og former for samarbeid. Ødegård (2016, s.113) bemerker at selv om det er situasjoner vi ikke kan unngå å samarbeide i, kan vi ikke være helt sikker på hvilken innvirkning dette har på kvaliteten. Videre nevner Ødegård (2016) at ulike oppfatninger av samarbeid fører til konsekvenser for ansvar, målsetninger samt kommunikasjon mellom aktørene. Rehabilitering og rehabiliteringsprosessen er basert på samarbeid mellom profesjoner, sektorer og etater (Romsland et al., 2015). I Steihaug et al. (2013) har både fysioterapeuten og ergoterapeuten ganske like syn på at rehabilitering er en samarbeidsprosess mellom profesjoner for å oppnå et fellesmål. Blant sykepleieren var det ulike oppfatninger. Noen sykepleiere mener at rehabilitering er fysioterapeutens oppgave mens andre mente at rehabilitering er når to eller flere tjenester samarbeider.

### **5.5 Tverrprofesjonell samarbeid i praksis.**

Romsland et al. (2015) beskriver at rehabilitering er basert på samarbeid mellom profesjoner og Tuntland & Ness (2014) beskriver at tverrfaglig samarbeid er et av de viktigste kjennetegnene på hverdagsrehabilitering. Skumnes et al. (2013) er en forskningsstudie der metoden som er brukt er en systematisk oversikt over forskning om effekt av hjemmebesøk på egenopplevd helse og livskvalitet. Resultatet viser at felles for de studiene som påviser positiv effekt er at hjemmebesøkene er utført av tverrfaglige helsepersonell med spesialkompetanse eller ekstra opplæring i forebyggende helsearbeid. Videre nevner Skumnes et al. (2013) at tverrfaglige team kan tilby bredere kunnskapsspekter i forebyggende og helsefremmende arbeid. I det omfattende omsorgsprogrammet i Shyu et al. (2015), som hadde enda flere



profesjoner involvert i prosessen med bl.a. ernæringsfysiolog samt psykiater/psykiatrisk klinikk, påvises det at integrering av intervensjoner som håndtering av ernæring, forhindring av fall og håndtering av depresjon forbedret pasientens egenomsorgsevne samt reduserte innleggelser på akuttmottak.

Både forskningslitteratur og faglitteratur er ganske klare på at tverrfaglig samarbeid ikke minst er en viktig del av hverdagsrehabilitering, men at det også har positiv effekt på pasientens funksjon. Men selv om det foreligger positive utfall av tverrprofesjonell samarbeid, er det også knyttet en del utfordringer. Utfordringer en kan møte på er mangel på kunnskap om kompetanse og arbeidsområder som fører til usikkerhet i samarbeid (Romsland et al., 2015). Steihaug et al. (2013) nevner at kunnskap om hverandres roller og tverrfaglig tillit er forutsetninger for god rehabilitering, men at dette krever tid og møteplasser.

En utfordring kan også være at de som samarbeider ikke har felles forståelse for ord og begreper som for eksempel at sykepleiens omsorg kan misforstås som motsetning til rehabilitering. Men alle profesjoner i rehabilitering utøver omsorg i sitt yrke (Romsland et al., 2015). I Norheim & Thoresen (2015) blir det nevnt at den kollektive kompetansen i hjemmesykepleien bør økes og at utfordringen for sykepleierne ligger i at deres individuelle kompetanse ikke er tilstrekkelig når kvaliteten baseres på gjensidig avhengighet og samarbeid.

I Steihaug et al. (2013) nevner informantene at tverrfaglig samarbeid en betingelse for god rehabilitering. De beskriver at de ønsker samarbeid, men at det er utilstrekkelig struktur og rutiner for et slikt samarbeid i kommunen. Det ble nevnt spesifikt at det var behov for en koordinerende enhet som burde være ansvarlig for at de som jobber med rehabiliteringen hadde felles mål. Ergoterapeuten understreket at dårlig samarbeid førte til dårlig kommunikasjon som igjen førte til at alle involverte parter ikke utførte sin tjenester optimalt. Når det gjelder kritikkverdige forhold i Boas & Shimizu (2014) ble det ikke beregnet med tverrfaglige møter som ifølge studiet forbedrer kommunikasjon blant profesjonene samt optimaliserer tjenestene.

Praktisk utføring av tverrprofesjonell samarbeid kan være strukturelle forhold som organisering av tjenester. Det kan være økonomiske restriksjoner som påvirker hvordan ressursene utnyttes i et samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2016). Hverdagsrehabilitering er en del av innsatsen samhandlingsreformen, samtidig kan det ses som en utfordring. For å heve

kvaliteten av tjenestene i hjemmesykepleien bør tjenestene som blir gitt veie tyngre enn de økonomiske gevinstene (Ness, 2016). Norheim & Thoresen (2015) finner at stramme økonomiske rammer er en utfordring for fag og utvikling. Det nevnes også at organisasjonens mål gjerne begrenses av ytre faktorer som ressurstilgang, både økonomisk og i form av profesjonell kompetanse.

Steihaug et al (2013) nevner at tverrfaglig samarbeid er personlig, profesjonelt og organisatorisk krevende samt at det krever tid. I følge Steihaug et al. (2013) er stor arbeidsmengde, få møteplasser og tidspress en utfordring når det gjelder tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsprosessen. En utfordring for kommunene hva gjelder hjemmesykepleien er økt hjelpebehov i befolkningen samt manglende helsepersonell (Ness, 2014). Norheim & Thoresen (2015) nevner spesifikt at lav bemanning og stor arbeidsmengde gjør at sykepleieoppgavene i hjemmesykepleien bare dekker grunnleggende behov og at forebygging og helsefremmende arbeid gjerne blir nedprioritert.

## 6.0 AVSLUTNING

I 2012 ble samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) iverksatt i Norge. Reformen la til grunn endringer i helse Norge. En god del av ansvaret ble flyttet fra sykehusene til kommunen. I dette ansvaret lå blant annet bedre samhandling samt rehabilitering som et fremtidig innsatsområde. Rehabilitering er et begrep som brukes for å styrke funksjonsevne etter sykdom eller skade i samarbeid med pasienten. Hverdagsrehabilitering er et begrep som brukes om rehabiliteringsinnsats i hjemmet. Rehabiliteringsprosessen er basert på tverrfaglig samarbeid.

Innledningsvis ga jeg en kort begrunnelse på hvorfor jeg ønsket å skrive sykepleierens bidrag i tverrfaglig team i rehabiliteringen. I denne oppgaven valgte jeg å belyse sykepleiekompetansen i hverdagsrehabilitering. Men for å skrive om sykepleiekompetansen i teamarbeid var det også viktig å belyse kompetansen til andre profesjoner i rehabiliteringsprosessen samt utfordringer av samarbeid.

Tverrprofesjonelt samarbeid er et begrep som gjerne brukes når to eller flere profesjoner samarbeider om felles målsetting. I hverdagsrehabiliteringen består samarbeidet av eksempelvis; fysioterapeutens fokus på bedring av funksjon, ergoterapeutens mestring av aktiviteter og tilrettelegging av miljø samt sykepleierens fokus på medisinske problemstillinger.

Sykepleierens kompetanse i rehabiliteringsprosessen er gjerne fokusert på medisinske problemstillinger. Siden hverdagsrehabilitering fokuserer på rehabiliterende innsats i hjemmet, møter sykepleier i hjemmesykepleien pasienter med sår og sårbehandling, smerteproblematikk, inaktivitet samt medisinering. Sykepleierens kompetanse på forebygging av komplikasjoner når det gjelder sår, smerter, immobilitet, medikamenthåndtering er viktige deler i hverdagsrehabiliteringen. En annen viktig sykepleiekompetanse er den veiledende kompetansen som for eksempel å veilede og lære brukeren i selvkateterisering.

Når det er snakk om kompetanse er det viktig å ta i betraktning de overlappende kompetansene mellom profesjonene i rehabiliteringsprosessen. Forebyggende og

helsefremmende arbeid er noe som er til felles for alle profesjonene i rehabiliteringsarbeidet. Omsorg er også overlappende kompetanse, der alle profesjoner i rehabilitering har omsorg i yrkesutøvelsen.

Tverrprofesjonell samarbeid i rehabiliteringsprosessen har fordeler hva gjelder bedring av pasientens funksjonsevne og aktivitetsmuligheter. Tross sine positive sider foreligger det en del utfordringer. Utfordringene kan være dårlig forståelse av hverandres kompetanse samt organisatoriske, økonomiske og ressurskrevende utfordringer.

Til slutt ønsker jeg å formidle at både forskningslitteratur og faglitteratur nevner viktigheten og positiviteten av tverrprofesjonell samarbeid. Selv om det foreligger utfordringer når det gjelder organisering og økonomi er det viktig at Norge i fremtiden satser på hverdagsrehabilitering. Sykepleieren spiller en sentral rolle i rehabiliteringsprosessen og selv om kompetansen berør flere områder er det viktig at sykepleieren forstår og bearbeider sin egen og andres kompetanse innen rehabilitering.

## Litteraturliste

- Axelsson R. & Axelsson S. B. (2016). Organisering av samverkan – modeller, svårigheter och muligheter. I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt Samarbeid - et samfunnsoppdrag* (ss. 17-30). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (Bind 1, Kap. 11, s. 355-394). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell pplan og koordinator*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Kendall, E., Muenchberger, H., Catalano, T., Amsters, D., Dorsett, P., & Cox, R. (2010). Developing core interprofessional competencies for community rehabilitation practitioners: findings from an Australian study. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 145-151. doi:10.3109/13561820.2010.523651
- Kristoffersen, N. J.(2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 193-265). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk

- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Kunnskapsdepartementet. (2005). *Rammeplan for ergoterapiutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan\\_for\\_ergoterapeut\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan_for_ergoterapeut_05.pdf)
- Kunnskapsdepartementet. (2004). *Rammeplan for fysioterapiutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan\\_fysio\\_23.06.04\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf)
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 34 (2012-2013). (2013). Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/sec1>
- Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder. I H. Tuntland, & N. E. Ness, *Hverdagsrehabilitering* (ss. 118-137). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22.  
doi:10.4220/Sykepleienf.2015.53343
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Shyu, Y.-I. L., Liang, J., Tseng, M.-Y., Li, H., Wu, C.-C., Cheng, H.-S., . . . Yang, C.-T. (2015). Enhanced interdisciplinary care improves self-care ability and decreases emergency department visits for older Taiwanese patients over 2 years after hip-fracture surgery: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 54-62.
- Skumsnes, R., Lillebeth, L., & Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning*, 8, 310-321. doi:DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0130

- Steihaug, S., Lippestad, J.-W., Isaksen, H., & Werner, A. (2013). Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation – an action research project. *Disability and Rehabilitation*, 36(7), 608-616.  
doi:10.3109/09638288.2013.800595
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsrefomen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Thidemann, I-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget
- Tuntland, H. (2014). Hva bør kartlegges i hverdagsrehabilitering. I H. Tuntland, & N. E. Ness, *Hverdagsrehabilitering* (ss. 89-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering. I H. Tuntland, & N. E. Ness, *Hverdagsrehabilitering* (ss. 21-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boas, M. L. C. V. & Shimizu, H. E. (2014). Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 32-40.  
doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500007
- Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag (2. utg.). I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt Samarbeid - et samfunnsoppdrag* (ss. 17-30). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Ødegård A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid (2. utg.) I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt Samarbeid - et samfunnsoppdrag* (ss. 113-130). Oslo: Universitetsforlaget AS.

## VEDLEGG

### Artikkel 1

Forfatter: Yea-Ing L. Shyu, Jersey Liang, Ming-Yueh Tseng, Hsiao-Juan Li, Chi-Chuan Wu, Huey-Shinn Cheng, Shih-Wei Chou, Ching-Yen Chen, Ching-Tzu Yang

År: 2015

Land: Taiwan

Tittel: Enhanced interdisciplinary care improves self-care ability and decreases emergency department visits for older Taiwanese patients over 2 years after hip-fracture surgery: A randomized controlled trial.

Hensikt: Hensikten er å sammenligne langtidseffekten gjort av tverrfaglig og en omfattende omsorgsprogram med de vanlige omsorgsprogrammene for eldre pasienter med hoftebrudd med hensyn til egenomsorgsevne, bruk av helsetjenester og dødelighet.

Metode: Randomisert kontrollert studie. Pasientene ble tilfeldig fordelt i tre grupper med hensyn til intervensjoner: omfattende/helhetlig behandling, tverrfaglig behandling og vanlig behandling. Vanlig behandling førte til bare en eller to rehabiliteringsøkter på sykehus. Tverrfaglig behandling inkluderte rehabilitering på sykehus, geriatrisk konsultasjon, utskrivelsesplanlegging samt rehabilitering i hjemmet i fire måneder. Den omfattende behandlingen bygget videre på den tverrfaglige behandlingen og tok for seg 12 måneder med rehabilitering i hjemmet samt underernæring, depressive symptomer og forebygging av fall. Pasientenes egenomsorgsevne ble målt i ADL (aktiviteter i dagliglivet) og IADL (instrumentell ADL), ved bruk av den kinesiske Barthel Index og den kinesiske versjonen av ADL og IADL. Resultatene ble vurdert både før utskrivelse og 1, 3, 6, 12, 18 og 24 måneder etter hoftefraktur. I analysen ble det brukt hierarkisk lineære modeller for å se utfall og bruk av helsetjenester, inkludert legevaktsbesøk og reinnleggelse på sykehus.

Resultat/funn: Den omfattende behandlingsgruppen hadde bedre forløp hva gjelder ADL samt færre besøk på akuttmottak enn de i vanlig behandlingsgruppe, men ingen forskjell i reinnleggelser på sykehus.



Både den tverrfaglige og den vanlige behandlingsgruppen viste ingen forskjell hva gjelder egenomsorgevne og bruk av helsetjenester. Ingen av gruppene skilte seg ut når det gjelder dødelighet i løpet av to års oppfølgingsperiode.

Den omfattende omsorgsbehandlingen med forbedret rehabilitering, behandling av både underernæring og depressive symptomer samt fallforebygging, økte egenomsorgsevnen og reduserte akuttinnleggelse for eldre opp til 2 år etter at hoftebruddsoperasjon, bedre enn de andre gruppene.

Relevans: Denne artikkelen er relevant da den tar opp flere av temaene i min problemstilling når det gjelder rehabilitering, hjemmesykepleie og ikke minst tverrfaglig samarbeid.

## **Artikkel 2**

Forfatter: Randi Skumsnes med flere

År: 2013

Land: Norge

Tittel: Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre

Hensikt: Hensikten er å vurdere om forebyggende hjemmebesøk til eldre har effekt på egenopplevd helse og livskvalitet

Metode: Søkte i flere databaser, referanselister og kontaktet forskere. Studier ble kritisk vurdert ved hjelp av «The Cochrane Collaboration» av risiko for skjevheter. Resultatene er presentert i en narrativ syntese, samt vurdert kvaliteten på den samlede dokumentasjonen ved hjelp av «The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation».

Resultat/funn: Syv studier med totalt 4833 deltakere møtte inklusjonskriteriene. Fem studier har målt egenopplevd helse og tre har målt livskvalitet. En av fem studier viser signifikant effekt på egenopplevd helse og en av tre studier viser signifikant effekt på livskvalitet. Ingen av studiene har alvorlig risiko for systematiske skjevheter. Kvaliteten på den samlede dokumentasjonen er lav.

To studier viser en liten positiv effekt. Faktorer som kan bidra til en positiv effekt på helse og livskvalitet er at de som utfører besøkene jobber i et tverrfaglig team og at de har spesialkompetanse.

Relevans: Denne artikkelen belyser blant annet hvordan pasienter opplever hjemmebesøk samt sammenligner studier der tverrfaglig samarbeid samt spesialkompetanse i

hjemmesykepleien har en positiv effekt. Da tema for oppgaven tar for seg sykepleiers rolle vil det være viktig i oppgaven å ta opp tema kompetanse.

### **Artikkel 3**

- Forfatter: Boas & Shimizu
- År: 2014
- Land: Brasil
- Tittel: Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff
- Hensikt: Å analysere tid brukt av personale i tverrfaglig team med pasienter i hjemmesykepleien.
- Metode: Studiet inkluderte 214 pasienter. Etter å ha definert de viktigste prosedyrene ble profesjonsutøverne observert på tid brukt hos hver pasient. Det ble samlet data i 2009 og 2010. Totalt ble det observert 245 hjemmebesøk og 441 prosedyrer.
- Resultat/funn: Blant de prosedyrer kategorisert som direkte assistanse brukte sykepleier mest tid hos pasienten med 30,2 timer og deretter fysioterapeuter med 11,9 timer, kliniske ernæringsfysiologer med 9,4 timer og leger med 8,9 timer. Ved indirekte assistanse som representerte rullerende personalet og veiledning til forsørger, familie og/eller pasient, ble det brukt henholdsvis 65,3 timer og 20,3 timer.
- Tid brukt i hjemmetjenesten avslørte kompleksitet av modellen som ble brukt samt dimensjonering av personalet og omorganisering av tjenesten.
- Relevans: Denne er relevant i forhold til hva sykepleiers rolle i et team skal være da jeg senere i oppgaven kommer til å skrive om rolleavklaring med hensyn til tverrfaglig samarbeid.

### **Artikkel 4**

- Forfatter: Norheim & Thoresen
- År: 2015
- Land: Norge
- Tittel: Sykepleie-kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid
- Hensikt: Å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen.

- Metode:** To fokusgruppeintervjuer med til sammen elleve sykepleiere, og to individuelle intervjuer med kommunale ledere. Alle informantene var ansatt i samme kommune.
- Resultat/funn:** Sykepleierne registrerte ingen økning av kompetansekrevende oppgaver selv om pasienter oppleves som sykere og mer tidkrevende enn tidligere. Sykepleiekompetansen ble opplevd som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Samarbeidet mellom ansatte med ulik kompetanse var utfordrende, og sykepleierne opplevde det som vanskelig å få brukt sin kompetanse på rett sted, til rett tid. I tillegg eksisterte det ulik forståelse av hjemmesykepleiens målsettinger og utfordringer. Studien konkluderer med at de økonomiske rammene bør økes for å gi sykepleierne det handlingsrommet de etterlyser. Det er ikke nok med bare økning av sykepleiekompetanse, men også styrking av alle ledd i hjemmesykepleien når det gjelder kompetansekrevende oppgaver.
- Relevans:** Denne studien belyser min problemstilling da grunnlaget for tverrfaglig samarbeid i hjemmetjenestene ble gjort rede for i samhandlingsreformen.

### **Artikkel 5**

- Forfatter:** Steihaug, Lippestad, Isaksen & Werner
- År:** 2013
- Land:** Norge
- Tittel:** Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation – an action research project
- Hensikt:** Å utvikle en modell for organisering og samarbeid i hjemmebasert rehabilitering ved bruk av retningslinjer samt ansattes erfaring.
- Metode:** Prosjektet ble gjennomført i to bydeler i Oslo. Praksis-orientert studie som hadde hensikt å kombinere kunnskapsutvikling og forbedring av praksis. Innsamling av data ved syv møter samt individuelle, kvalitative intervjuer med totalt 24 personer ble gjennomført i perioden fra februar 2010 til juni 2011.
- Resultat/funn:** Hjemmebasert rehabilitering forekom sjelden i bydelene samt at dette feltet har fått lite oppmerksomhet. Forskere og bydelsmedarbeidere sammen utviklet en modell for organisering og samarbeid om rehabilitering som inkluderte en koordinerende enhet tildelt det overordnede ansvaret for rehabilitering og et tverrfaglig team som organiserer samarbeidet på det praktiske nivå. Studien anbefaler å involvere flere

nivåer og tjenestesteder for kommuneansatte for å legitimere modellen i organisasjonen.

**Relevans:** Denne artikkelen belyser min problemstilling da en av hovedfunnene er at tverrfaglig samarbeidskompetanse er nødvendig for både rehabilitering og ikke minst organisering av tjenestene.

### **Artikkel 6**

**Forfatter:** Kendall, Muenchberger, Catalano, Amsters, Dorsett & Cox

**År:** 2010

**Land:** Australia

**Tittel:** Developing core interprofessional competencies for community rehabilitation practitioners: findings from an Australian study

**Hensikt:** Identifisere fellesnevnerne av kjernekompetanse for å underbygge tverrfaglig praktisering av kommunal rehabilitering. Disse kompetanse skal ikke bare representere ansatte i kommunehelsetjenesten, men også lokale trenere, pedagoger og forskere som blir ansett som eksperter dette området. .

**Metode:** Fagfolk, trenere, pedagoger og forskere utviklet preliminær sett av kjernekompetanser de anså som avgjørende for deres praksis. Datainnsamlingen ble gjort i fire stadier der man skulle identifisere, definere, validere, og godkjenne et sett av kompetanser.

**Resultat/funn:** Ti kjernekompetanser ble utformet fra denne prosessen for å både oppnå konsensus blant eksisterende profesjonsutøverne, men også å ta i bruk den best tilgjengelige kompetansen i området. Det ble også bemerket at kjernekompetanse er et kompleks system som består av fire samhandlingsdeler: mennesket, teknologi, organisasjon og kultur. Studien konkluderer blant annet med viktigheten av kompetanse siden profesjonsutøvere i kommunal rehabilitering ofte må praktisere utenfor sin fagområde/kompetanseområde.

**Relevans:** Denne studien er relevant da den blant annet gir et innblikk i hva de forskjellige profesjonene mener er kjernekompetanse hva gjelder rehabilitering. Og ikke minst tar den for seg kompleksiteten av rehabilitering i kommunale helsetjenester der flere profesjoner er involvert