

«Kjem ikkje i mål aleine»: Ei intervjustudie om samhandling rundt skrøpelege eldre

Rikke Gjerde Reistad, fysioterapeut, MSc., Samnanger kommune. rikke.gjerde.reistad@samnanger.kommune.no.

Anne Marie Sandvoll, professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 12. januar 2026. Studien manus er basert på er godkjent av Sikt, med referansenummer 950845. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Artikkelen ble først publisert på www.fysioterapeuten.no.

Bakgrunn

Det vert stadig fleire eldre, og prognosar tyder på at antall nordmenn med skrøpelegheit vil dobla seg innan 2040 (1). Skrøpelegheit (frailty) er ei aukande global helseutfordring med store implikasjonar for klinisk praksis og folkehelse (2). Tilstanden er kjenneteikna av redusert funksjon i fleire fysiologiske system og svekka motstandskraft mot stress, noko som gjer individa meir utsett for negative helseutfall som fall, sjukehusinnleggingar og død (3). Trass omfattande forskning er det ikkje internasjonal konsensus om fenomenet. Skrøpelegheit vert primært forstått gjennom to modellar: skrøpelegheit som syndrom, som skildrar skrøpelegheit gjennom indikatorane ufrivillig vektta, utmatting, svak handstyrke, inaktivitet og langsam gange, og skrøpelegheit som sum av samansette helseunderskot (4). I 2021 var 31% av alle over 75 år i Noreg klassifisert som skrøpelege (5), og blant dei som søkte heimetenester for første gong var talet heile 62% (6). Nasjonal helse- og samhandlingsplan (5) peikar på at helse- og omsorgstenestene til denne gruppa er fragmentert og har for dårleg samheng. Skrøpelege eldre er særleg sårbare for svikt i pasientforløp, og mangelfull samhandling skaper risiko for pasientskader og feil ressursbruk. Skrøpelege eldre treng ei

heilskapleg og tverrfagleg tilnærming for best mogleg helseutfall (7–9).

Samhandling er ein sentral strategi for å skape heilskapelege og samanhengande tenester (5), og handlar om korleis fagprofesjonar fordeler oppgåvene mellom seg og handlar saman for å nå felles mål (10,11). I Noreg har Vik (12) utvikla ein samhandlingstypologi med fire idealformer som kjenneteiknar samhandling mellom helseprofesjonar. Desse vert omtala som *relasjonelt samarbeid*, *operasjonelt lukka samarbeid*, *koordinert oppgåvefordeling* og *fragmentert oppgåvefordeling*. Typologien har to dimensjonar; avstand-nærleik, som viser om det er fysisk kontakt mellom profesjonane, og samankopling-differensiering, som viser om samhandlinga medfører integrasjon på tvers av aktørane sine forståingsrammer (12).

God samhandling er ein nøkkelfaktor for å lukkast med oppfølginga av skrøpelege eldre (2,7,13). Likevel viser forskning at samhandlinga er avgrensa (14), og det er behov for betre struktur for tverrfagleg dialog (15). Tidlegare studiar understrekar at synspunkta til alle involverte faggrupper bør inngå i forskning på samhandling rundt denne pasientgruppa (16). Fysioterapeutar har ei sentral rolle i oppfølginga av skrøpelege eldre (15,17), men så langt vi

Samandrag

Hensikt: Føremålet med studien var å få meir kunnskap om korleis kommunalt tilsette fysioterapeutar erfarer samhandlinga med andre helsetenester rundt skrøpelege eldre, og å identifisera faktorar som fremma god samhandling.

Design, metode og materiale: Datamaterialet er innhenta gjennom individuelle intervju med sju fysioterapeutar frå ulike kommunar innafor same helseføretak. Analysen blei gjennomført i tråd med Interpretive Description, ein induktiv, kvalitativ metode.

Funn: Følgande tre tema kom fram gjennom analysen: 1) Skrøpelegheit - lett å sjå for seg, men omgrepet er vanskeleg å bruke. 2) Heilskapleg behov - kjem ikkje i mål aleine. 3) Møtepunkt og kommunikasjon - suksessfaktorar til betre samhandling. Funna viser ambivalensen fysioterapeutane erfarer

med bruk av omgrepet skrøpelegheit. Vidare viser funna at god kommunikasjon og relasjonar prega av ansikt-til-ansikt-kontakt har innverknad på opplevinga av god samhandling og samheng i tenestene. Dette vert utdjupe i diskusjonen med referanse til Erlend Vik sin typologi over samhandling i helsetenestene.

Konklusjon: Kommunalt tilsette fysioterapeutar vektlegg relasjonelt samarbeid som ein føresetnad for god samhandling i tenestene rundt skrøpelege eldre. Gode samarbeidsrelasjonar var knytt til faste møtepunkt og relasjonell kontinuitet, medan mangel på struktur og eigna samhandlingsverktøy bidrog til avstand mellom tenestene.

Nøkkelord: Skrøpeleg, eldre, samhandling, fysioterapi.



kjenner til, er det ikkje publisert studiar som undersøker korleis norske fysioterapeutar erfarer denne samhandlinga. Hensikta med denne studien var difor å utforske og beskrive korleis kommunalt tilsette fysioterapeutar erfarer samhandling rundt skrøpelege eldre i primærhelsetenesta.

Metode

Det vart nytta ei kvalitativ tilnærming med intervju, med inspirasjon frå Interpretive Description (ID) (18). Delta-karane blei strategisk utvalgt (19) ved å rekruttere fysioterapeutar frå ulike kommunar innan same helseforetak. Invitasjon med informasjonsskriv og informert samtykke blei sendt til leiande fysioterapeut i 11 kommunar, og seks kvinner og ein mann takka ja til å delta. Informantane var i alderen 33-61 år og alle hadde meir enn 8 års arbeidserfaring.

Intervjua blei gjennomført våren 2024, varte i 40-70 minutt og vart teke opp digitalt. Intervjuguiden omfatta fire

overordna tema: generelt om skrøpelegheit, samhandling, samhandlingsverktøy og samanheng i tenestene. Avslutningsvis blei informantane oppmuntra til å dele andre relevante erfaringar eller innspel.

Datamaterialet blei analysert i tråd med ID, ei induktiv tilnærming der data vert analysert nedanfrå og opp (20). På første steg blei vesentlege moment notert etter kvart in-

Kort sagt

- Denne studien gir innsikt i kva som skal til for å få betre samhandlinga rundt skrøpelege eldre i primærhelsetenesta.
- Å legge vekt på relasjonell samhandling gjennom faste møteplassar og gode samhandlingsverktøy kan styrkje felles forståing og skape eit betre grunnlag for samhandling.
- Auka samhandling i primærhelsetenestene er avgjerande for å møte skrøpelege eldre med den heilskaplege og tverrfaglege tilnærminga dei har behov for.

” Kommunalt tilsette fysioterapeutar vektlegg relasjonelt samarbeid som ein føresetnad for god samhandling i tenestene rundt skrøpelege eldre.

tervju, og intervju blei transkribert av forfattaren. Deretter blei dei lese gjennom fleire gonger og viktige moment merka. På steg to blei kvart intervju koda med breie koder, før kodane blei kategorisert i mønster. Fem mønster blei danna i dei to første intervju, og to nye i det tredje. Alle sju mønster med tilhøyrande kodar blei deretter gått gjennom, til seks endelege mønster stod att: Konseptet skrøpelegheit, rolle, heilskapleg tankegang, samhandling med andre helsetenester, faktorar som påverkar samhandlinga og samhandlingsverktøy. I tredje steg blei mønstra satt saman til relasjonar, og datasettet vurdert frå ulike perspektiv. Avslutningsvis vart det skrive ei oppsummering av dei mest sentrale funna.

Studien var godkjent av Sikt (ref.nr.: 950845). Deltakarane samtykka via informert samtykke og blei informert om at dei kunne trekke seg når som helst utan konsekvensar. Intervju blei anonymisert under transkripsjonen og lydopptaka lagra på sikkert område.

Funn

Tre tema vart utvikla gjennom analysen: (1) Skrøpelegheit – lett å sjå for seg, men omgrepet er vanskeleg å bruke (2) Heilskapleg behov – kjem ikkje i mål aleine, og (3) Møtepunkt og kommunikasjon – suksessfaktorar til betre samhandling

Skrøpelegheit – lett å sjå for seg, men omgrepet er vanskeleg å bruke

Informantane møtte mange pasientar med skrøpelegheit i sitt arbeid, og det var lett for dei å skildre korleis ein slik person kan framstå. Kjennskapen til sjølve omgrepet var derimot varierende: Nokre hadde god kjennskap, medan definisjonen var uklar for fleire. Ein informant hadde ikkje høyrte om omgrepet i denne samanhengen før.

Då vil eg beskriva ein typisk person som er eldre, underernært, mange diagnoser, svak, bruker ganghjelpemiddel eller sitt i ein rullestol, har gjerne mange tenester frå pleie og omsorg (informant 2).

Informantane oppfatta skrøpelegheit som eit negativt lada ord og brukte det ikkje i samtale med pasientar. Begrepet blei av enkelte erstatta med uttrykk som funksjonssvikt, nedsett funksjon, redusert potensiale eller utfordringar med daglege funksjonar. Ein informant fortalde at dei blei bedt om å endre tittelen frå 'skrøpelege eldre' til 'sårbare eldre' i samband med ein felles fagdag dei skulle arrangere.

Me brukar det altså innad på kontoret når me beskriv pasientar, og så blir eg alltid litt usikker på om det er eit greitt omgrep, men for oss er det veldig beskrivande å sei det. Men du ser det jo ikkje så mykje i offentlegheita, for ein lurar på er det ein stygg ting å sei, men sånn fagleg sett så

er jo det eit uttrykk som er veldig beskrivande og hjelpesamt når me skal snakke om pasientar, eigentleg (informant 4).

Nokre brukte omgrepet i dialog med anna helsepersonell, men i skriftleg dokumentasjon, som pasientjournalar, var bruken avgrensa, sjølv om dei oppfatta omgrepet som nyttig. Enkelte erfarte at omgrepet vart nytta i aukande grad, medan dei fleste opplevde liten eller ingen endring i bruk.

Heilskapleg behov – kjem ikkje i mål aleine

Informantane erfarte at arbeidet med personar med skrøpelegheit stiller større krav til samhandling, og understreka at utfordringane ikkje kan løysast av ei enkelt yrkesgruppe aleine. Dei påpeika at helsetenestene må jobbe mot same mål og trekke i same retning for å sikre best mogeleg utfall for pasientane, og at tenestene har rom for forbedring her.

Fysioterapeuten har ein viktig rolle der til at ein på ein måte er flinke til å tenke likt rundt dei. At me har same forståelse over korleis me skal møte dei. Det trur eg fysioterapeuten har ein viktig bit i. (informant 1)

Informantane vektla at ei heilskapleg tilnærming i møte med skrøpelege eldre gir større effekt og nytte for pasienten. Dette omfattar blant anna ernæring, medisiner, kvardagsaktivitet, bustadsituasjon og sosiale behov. Samstundes uttrykte enkelte at dei er usikre på om tenestene har tilstrekkeleg kompetanse til å vurdere pasientane i eit breitt nok perspektiv.

Kanskje ikkje me er flink nok til å sjå alt i det store bildet, at me ser den enkelte problemstillinga, og det kjenner eg jo meg sjølv og – viss eg får tilvist ein pasient med nedsett balanse – er eg flink nok til å fanga opp dette med ernæring, kva medisinar dei går på... me ser veldig på det me skal jobba med og me gjerne ikkje ser den store samanhengen i desse utfordrande sakene (informant 2).

Fleirtalet skildra samhandlinga mellom helsetenestene som kontekst- og personavhengig. På korttidsavdelingar vart samhandlinga skildra som godt fungerande, der få personar, fysisk nærleik og faste samarbeidsrutinar bidrog til eit godt samhandlingsklima. Samhandlinga rundt heimebuande eldre vart derimot oppfatta meir ulikt, og blei generelt vurdert som meir utfordrande. Mange tilsette og høgt arbeidspress i heimetenestene blei trekt fram som faktorar som påverka samhandlinga. Heimetenestene blei rekna som ein viktig samhandlingspart, og var ofte dei som identifiserer pasientbehova og formidla desse vidare til fysioterapitenesta.

Eg føler det er meir utfordrande i heimetenestene, der er dei veldig mange som jobbar, det er vanskeleg gjerne å få

dei til å prioritera tinga som me syns er viktig, dei har gjerne andre ting som dei lyt prioritera. (...) Så det er jo mykje lettare inne på ei avdeling enn det er liksom ute i den verkelege verda då viss me kan kalla det det (informant 2).

Informantane sine erfaringar med samhandling med fastlegar varierte, men omfanget av samhandlinga var gjenomgåande avgrensa. Fleire fortalde at det sjeldan kom tilvisingar frå fastlegane på skropelege eldre.

Kunne godt tenke meg at fastlegesamhandlinga skulle vore betre. Det kunne nok vore nyttig. Å fått litt meir informasjon frå dei, og sikkert dei frå oss òg (informant 4).

Informantane opplevde å vere i god posisjon til å avdekke pasientane sine behov, sidan dei hadde betre tid saman med pasienten enn andre yrkesgrupper. Samstundes påpeika enkelte at involveringa ofte vart avgrensa av ein kort oppfølgingsperiode.

Så er det gjerne litt lettare når dei har så god tid å komma med desse små tinga som dei gjerne lurar på eller spør om til oss, og då må me jo ta på oss den koordinatorrolla og bringa det vidare til dei andre tenestene. Sjølv om det er ei uformell rolle så føler eg at den er veldig reell for oss som fysioterapeutar (informant 2).

Informantane opplevde å ha ei viktig rolle i samhandlinga. Fleire framheva at dei arbeider med heile mennesket og situasjonen rundt pasienten, og at rolla omfattar meir enn berre trening og tilrettelegging. Samstundes påpeika dei at fysioterapeuten si rolle er både person- og ressursavhengig.

Møtepunkt og kommunikasjon – suksessfaktorar til betre samhandling

Informantane skildra fleire faktorar som fremma samhandling, der møtepunkt og god kommunikasjon blei peikt ut som dei viktigaste. Dei understreka at gode kommunikasjonslinjer var avgjerande, til dømes gjennom korte fysiske avstandar, kjennskap til samarbeidspartnarar, tilgang til fast kontaktperson og ein raus og open kommunikasjonsmåte. Vidare framheva dei tverrfagleg samarbeid, felles forståing og kompetanse som viktige faktorar for å styrke samhandlinga.

Det som fremmer det mest er akkurat desse møtepunkta me har vil eg sei. Dei faste møtepunkta me har der me snakkar om brukarane tverrfagleg. Dei er kjempeviktige (informant 1).

Manglande kommunikasjon blei trekt fram som den mest hemmande faktoren for god samhandling. Dette omfatta både skriftleg og munnleg kommunikasjon, uklar ansvarsfordeling og utfordringar med å få beskjeder fram til riktig person. Informantane erfarte også at ulike perspektiv, mangel på møteplassar, mange personar å forhalde seg til og avgrensa tid hos samarbeidspartnarar gjorde samhandlinga vanskelegare.

Det at me gjerne ikkje samlast og snakkar direkte om den pasienten, at me har for lite tverrfaglege møte, då sitt me

liksom på kvar si tue og jobbar med vårt då, at me ikkje klarer å samla desse trådane. Det er rett og slett når avstandane blir for store og det blir for mykje folk. Det føler eg er ei utfordring (informant 2).

Felles elektronisk journalsystem blei vurdert som eit nyttig samhandlingsverktøy dersom notata var relevante, godt formulerte og det var tid til å lesa dei. Nokre informantar fann det utfordrande å finne relevant informasjon og opplevde journalføringa frå samarbeidspartnarar som mangelfull. For kommunikasjon med fastlegane vart elektroniske meldingar mykje nytta; det fungerte godt for rapportering, men blei opplevd som einvegsretta og lite eigna for dialog og samhandling.

Det føles litt sånn lukka, det er ikkje ein dialog, du må sende ei melding og så er det borte, kanskje får du noko tilbake – du veit ikkje.... (informant 4).

Ingen av informantane hadde erfaring med bruk av individuell plan for denne pasientgruppa. Dei fleste meinte det kunne vore nyttig, men peika på utfordringar med å finne koordinatorar, ressurskrevjande prosessar og at eksisterande samhandlingsplattformer ikkje er tilpassa denne brukargruppa. Fleire foreslo enklare løysingar, som samarbeidsmøte eller faste team, som meir eigna verkemiddel.

Det einaste er at eg veit jo at folk gruer seg veldig for å påta seg å vera sånn koordinator, for det er jo mykje arbeid, og man har det travelt, og...ja. Det er krevjande. Det blir litt for komplisert i ein hektisk kvardag, føler eg. Ein skulle hatt eit litt enklare system (informant 5).

Informantane peika på at tverrfaglege møter fungerte best når dei var prega av tydelege avklaringar av ansvar og reell påverknad. Dei som hadde faste møter med heimetenesta, var generelt meir nøgde med samhandlinga i helsetenestene enn dei som mangla slike møtepunkt. Dei erfarte òg betre samanheng i tenestene.

Diskusjon

Føremålet med studien var å utforske fysioterapeutar si erfaring med samhandling rundt skropelege eldre i primærhelsetenesta. Funna viser at informantane var ambivalente til bruk av skropelegheit som omgrep. Erfaringane med samhandling varierte med konteksten, men faste møter og god kommunikasjon blei framheva som dei viktigaste faktorene for å fremme god samhandling.

Informantane opplevde ordet *skropeleg* som negativt og stigmatiserande, og nokre brukte difor andre omgrep i staden. Tilsvarande funn er rapportert hos anna helsepersonell (13,21). Å bli kalla skropeleg kan føre til negative konsekvensar som redusert sjølvbilde, redusert aktivitet og auka stigma (9). Det kan samtidig forsterke alderistiske haldningar (13) – til dømes ved å forsterke stereotype førestillingar om eldre, noko som aukar risikoen for ubevisst diskriminering og marginalisering av den eldre (22). Det er òg peikt på at skropelegheit kan bli brukt som grunngeving for å ikkje gi behandling som elles kunne vore nyttig (4,9), noko som kan spegle aldersdiskriminerande praksis. Samstundes vert det hevda at det å ikkje identifisere og gje

skrøpelege eldre den best kjente oppfølginga og kan vera aldersdiskriminerande (23). Å identifisera skrøpelegheit kan dermed vera ein mogelegheit for å sikre personsentrert omsorg og hindre feil- eller overbehandling (4). Samstundes framheva informantane at skrøpelegheit, brukt på rett måte, kan vera eit nyttig konsept (24). Likevel kan ulik forståing av omgrepet skape utfordringar for samarbeid og kommunikasjon i helsetenesta (13), og i tråd med eksisterande studiar ønska informantane meir opplæring i skrøpelegheit hos eldre (9,15,25).

Informantane peikte på god kommunikasjon og etablerte møtepunkt som dei viktigaste faktorane for å fremme samhandling mellom tenestene, noko som òg er vist i tidlegare studiar (13,14,16,26,27). Tverrfaglege møte gir rom for å diskutere pasientbehov (13) og utvikle felles forståing (27), og i tråd med tidlegare funn (14) vurderte informantane også uformelle møte som viktige. Dei framheva at det å kjenne samhandlingspartnarane fremma samhandling, noko som er ein kjent nøkkelfaktor for å bygge tillit og styrke samarbeid (14,27). Informantane beskrev slike samhandlingserfaringar frå korttidsavdelingar, med ergoterapeutar og frå faste møter med heimesjukepleien. Denne typen samhandling liknar det Vik (12) omtalar som eit *relasjonelt samarbeid*, der felles møtepunkt, forhandling og dialog gir gjensidig anerkjenning og kunnskap om kvarandre sine bidrag for å løse felles oppgåver. Ein slik gjensidig systemkunnskap er ein føresetnad for integrasjon mellom tenestene (28) og må ligge til grunn for å oppnå dei faglege og politiske måla om heilskaplege og samanhengande helsetenester (5).

Informantane erfarte at samhandling med heimetenestene var krevjande, spesielt der det mangla faste møtepunkt. Samhandlinga blei utfordra av mange tilsette, lite tid og ulike perspektiv hjå tenesteytarane – forhold som samsvarar med kjende kommunikasjonsbarrierar for samhandling (8,16,17,26). I slike situasjonar er det behov for verkøy som kan integrere dei ulike forståingsrammene (12), og for nokre informantar fylte den elektroniske pasientjournalen denne funksjonen. Andre studiar har òg vist at pasientjournalen er avgjerande for koordinering rundt skrøpelege (25,27). Ein informant mangla fungerande samhandlingsverkøy grunna mangelfulle journalnotat, og erfarte samstundes at pasientar som blei skrivne ut frå sjukehus direkte til heimen, var vanskelege å følge opp og oftare reinnlagde. Dette tilfellet kan relaterast til det Vik (12) kallar *fragmentert oppgåvefordeling*, der profesjonane ikkje oppnår konsensus og handlar ut frå sine egne forståingsrammer. Det same mønsteret var synleg i samhandlinga med fastlegane. Også her var samhandlinga prega avstand og differensiering (12), men informantane viste forståing for legane sine avgrensa tidsrammer. Samstundes syner funnet at betre strukturar for samhandling bør på plass dersom fastlegane skal koordinera screening av skrøpelegheit (15).

Trass i at individuelle omsorgsplanar er anbefalt for skrøpelege eldre (8,13) og mange har rett på dette gjennom individuell plan (IP) (29), hadde ingen av informantane kjennskap til bruk av IP for denne pasientgruppa. Informantane beskrev at barrierane var for store til at IP vart rekna som eit eigna samhandlingsverkøy, noko også andre rapporterer (30). Samstundes uttrykte dei eit behov for

heilskapleg oppfølging og ein strukturert arena for tverrfaglege møter, felles mål og samla informasjon, og foreslo samarbeidsmøte eller organisering liknande kvardagsrehabilitering som alternativ. Dette tyder på at informantane er positive til å utvikle meir strukturert og tverrfagleg samhandling for skrøpelege eldre i primærhelsetenesta.

Metodediskusjon

Utvalet i studien var strategisk valt for å sikre breidde gjennom å ha deltakarar frå ulike kommunar. Informantane hadde ulik kjennskap og erfaring med skrøpelegheit og bidrog med rike beskrivingar. Rekruttering via leiande fysioterapeutar kan ha ført til at dei valde deltakarar med særleg interesse for temaet, noko som kan vere ein svakheit. Studien har eit avgrensa utval, og fleire informantar kunne ha gitt eit breiare spekter av erfaringar. Funna samsvarar med større internasjonale studiar, noko som kan styrke troverdet. Forfattaren si forforståing og bakgrunn som fysioterapeut kan ha påverka tolkinga av funna, men dette blei balansert gjennom aktiv refleksjon over eiga rolle i forskingsprosessen. Funna kan ha overføringsverdi til andre kommunale kontekstar med liknande organisering i helsetenesta.

Avslutning

Funna i studien syner at samhandlinga rundt skrøpelege eldre i primærhelsetenesta er både kontekst- og personavhengig. God samhandling var knytt til faste møtepunkt og relasjonell kontinuitet, medan manglande struktur og samhandlingsverkøy bidrog til avstand mellom tenestene. Vidare syner funna at informantane var ambivalent til bruken av omgrepet skrøpelegheit; på den eine sida gav omgrepet negative assosiasjonar, medan det på andre sida vert oppfatta som eit nyttig klinisk omgrep. Vidare forskning bør utforska samhandlingserfaringar frå andre yrkesgrupper, og korleis tenestene kan fremme tverrfaglege møteplassar og styrke felles kompetanseutvikling.

Litteraturliste

- Kyrdalen IL, Strand BH, Selbæk G, Thingstad P, Ormstad H, Hoogendijk EO, mfl. Prevalence and future estimates of frailty and pre-frailty in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: the HUNT study. *Aging Clin Exp Res*. 10. september 2024;36(1):188. DOI: 10.1007/s40520-024-02839-y
- Hoogendijk EO, Afalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*. 12. oktober 2019;394(10206):1365–75. DOI: 10.1016/s0140-6736(19)31786-6
- Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J. Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. januar 2017;66:60–71. DOI: 10.1016/j.nurstu.2016.11.015
- Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *Hardin CC, redaktør. N Engl J Med*. 8. august 2024;391(6):538–48. DOI: 10.1056/nejma2301292
- Meld. St. 9. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste [Internet]. Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [sitert 7. januar 2025]. Tilgjengeleg på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20232024/id3027594/>
- Laukli I, Sandvik L, Ormstad H. Frailty assessment of older adults, first-time applicants of public home care service in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2. januar 2021;39(1):3–9. DOI: 10.1080/02813432.2021.1880069
- Goodwin N, Stein V, Amelung V. What Is Integrated Care? I: Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E, redaktørar. *Handbook Integrated Care*. Springer, Cham; 2017. s. 3–23.
- Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scand J Public Health*. november 2018;46(7):680–9. DOI: 10.1177/1403494817716001
- Kojima G, Liljas A, Iliffe S. Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk Manag Healthc Policy*. februar 2019;Volume 12:23–30.
- Hellesø R, Opheim R. Samhandling i helsetenesta: sjukepleiærens faglege og organisatoriske rolle. Oslo: Samlaget; 2023.

11. Meld. St. 47. Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid [Internett]. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [siteret 12. januar 2025]. Tilgjengeleg på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
12. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskr Velferdsforskning. 26. juni 2018;21(2):119–47. DOI: 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03
13. Obbia P, Graham C, Duffy FJR, Gobbens RJJ. Preventing frailty in older people: An exploration of primary care professionals' experiences. Int J Older People Nurs. 2020;15(2):e12297. DOI: 10.1111/opn.12297
14. De Coninck L, Declercq A, Bouckaert L, Döpp C, Graff MJL, Aertgeerts B. The willingness and barriers to collaborate in the care of frail older adults: perspectives of primary care professionals. BMC Geriatr. 11. august 2023;23(1):488. DOI: 10.1186/s12877-023-04163-y
15. Kyrdalen IL, Laukli I, Dunseth G, Ranhoff AH, Strand BH, Ormstad H. Fastlegens rolle ved skroplighet hos hjemmeboende eldre personer. Tidsskr Den Nor Legeforening. 8. mars 2021. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0582
16. Rawlinson C, Caron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, mfl. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. Int J Integr Care. 22. juni 2021;21(2). DOI: 10.5334/ijic.5589
17. Anwari C, Balasubramanian S, Sawant PS, Kuri U, Anand AK, Rao BC, mfl. Elder care: The need for interprofessional collaboration between Family Physicians, Clinical Pharmacists, and Physiotherapists in home-based primary care teams. J Fam Med Prim Care. september 2022;11(9):5170–5. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2282_21
18. Thorne SE. Interpretive description: qualitative research for applied practice. Second edition. New York, NY London: Routledge; 2016. 336 s.
19. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforl; 2017.
20. Thorne S, Kirkham SR, O'Flynn-Magee K. The Analytic Challenge in Interpretive Description. Int J Qual Methods. 1. mars 2004;3(1):1–11. DOI: 10.1177/160940690400300101
21. Voie KS, Blix BH, Helgesen AK, Larsen TA, Mæhre KS. Professional home care providers' conceptualisations of frailty in the context of home care: A focus group study. Int J Older People Nurs. 2023;18(1):e12511. DOI: 10.1111/opn.12511
22. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of Ageism. Nord Psychol. januar 2009;61(3):4–22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
23. Wyller TB. Alderisme og aldersdiskriminering i helsetjenesten? Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2018;138(1). DOI: 10.4045/tidsskr.17.0919
24. Grimsø A. Samarbeid om skroplig eldre i helseforetak. Oppsummerende refleksjonsnotat. [Internett]. KS; 2022. Tilgjengeleg på: <https://www.ks.no/con tentassets/140dace12d1d4592a9d7766bbad94d7a/Skroplige-eldre-og-helsefellesskap-110922.pdf>
25. Coker JF, Martin ME, Simpson RM, Lafortune L. Frailty: an in-depth qualitative study exploring the views of community care staff. BMC Geriatr. 19. februar 2019;19(1):47. DOI: 10.1186/s12877-019-1069-3
26. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourguell Y, Letriliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health. 18. desember 2014;fdu102. DOI: 10.1093/pubmed/fdu102
27. Vrijmoeth T, Wassenaar A, Koopmans RTCM, Nieuwboer MS, Perry M. Generalist-Specialist Collaboration in Primary Care for Frail Older Persons: A Promising Model for the Future. J Am Med Dir Assoc. februar 2022;23(2):288–296.e3. DOI: 10.1016/j.jamda.2021.12.016
28. Vik E, Hjelseth A. Integrasjon av helsetjenester: åtte teser om samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste. Tidsskr Samfunnsforskning. 21. april 2022;63(2):122–40. DOI: 10.18261/tfs.63.2.3
29. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester [Internett]. LOV-2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet; 2012 [siteret 10. mars 2025]. Tilgjengeleg på: <https://lovdata.no/dokument/NL/>

Abstract

Title: «Cannot Achieve the Goal Alone»: An Interview Study on Interprofessional Collaboration in the Care of Frail Older Adults

Purpose: The aim of the study was to gain deeper insight into how municipal physiotherapists experience collaboration with other healthcare services around frail older adults, and to identify factors that promote effective collaboration.

Design, material, and method: The data was collected through individual interviews with seven physiotherapists from different municipalities within the same health trust. The analysis was conducted using Interpretive Description, an inductive, qualitative methodology

Findings: The analysis identified three main themes: (1) Frailty – easy to recognize, but the term is difficult to use, (2) Comprehensive needs – cannot be met alone, and (3) Meeting points and communication – key factors for improved collaboration. The findings highlight the ambivalence physiotherapists experience when using the term “frailty.” Furthermore, the findings indicate that good communication and relationships characterized by face-to-face contact significantly influence the perception of effective collaboration and continuity of care. These aspects are further elaborated in the discussion, with reference to Erlend Vik's typology of collaboration in healthcare services.

Conclusion: Municipal physiotherapists emphasize relational cooperation as a prerequisite for effective collaboration in services for frail older adults. Strong collaborative relationships were associated with regular meeting points and relational continuity, while a lack of structure and appropriate collaboration tools contributed to fragmentation and distance between services.

Keywords: Frail, elderly, primary health care, collaboration, physiotherapy.

lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#%C2%A77-2a

30. Jacobsen SE, Østerud KL, Vedeler JS, Albertini Früh E. Individuell plan som digitalt samhandlingsverktøy: fortolkning, bruk og avvisning. Tidsskr Velferdsforskning. 4. mars 2025;28(1):1–13. DOI: 10.18261/tfv.28.1.1

Lateralt og medialt – en podcast om fysioterapi

Podcasten eies og drives av Tidsskriftet Fysioterapeuten. Har du tilbakemeldinger, tips eller innspill? Kontakt redaksjonen: fysioterapeuten@fysio.no

Fysioterapeutens podcast-episoder finner du her: <https://www.fysioterapeuten.no/podcast>

