

MASTEROPPGAVE

Samarbeid i fysioterapitjenesten

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter i 1. og 2. linjetjenesten.

Utarbeidet av:
Antonia Odsbu

Fag:
Tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Avdeling:
Avdeling for helse- og sosialfag, 2012



**MASTEROPPGAVE
TVERRFAGLIG SAMARBEID I
HELSE- OG SOSIALSEKTOREN**

Norsk tittel:	Samarbeid i fysioterapitjenesten. Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter i 1. og 2. linjetjenesten.
Engelsk tittel:	Collaboration in physiotherapy services. Inhibiting and promoting factors affecting collaboration between physiotherapists working in hospital and in municipality.
Lvert av:	Antonia Eva Wilhelmina Odsbu
Lvert når:	21.05.2012
Annet:	Nøkkelord: fysioterapi, fellesfaglig samarbeid, pasientflyt, kommunikasjon, rammebetingelser



Høgskolen i Østfold

Avdeling for helse- og sosialfag

Sammendrag

Hensikt: Målet med denne studien har vært å belyse de faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter. Målgruppen har vært de ansatte på sykehus, ansatte i kommunen og de privatpraktiserende fysioterapeutene i kommunen. Det stilles høye krav til samhandling mellom nivåene, spesielt etter implementering av samhandlingsreformen 1.1.12 (St.mld. 47 (2008-2009)). Disse tre gruppene innenfor fysioterapitjenesten er ulikt organisert og har ulike tanker rundt det å samarbeide. Hovedfokuset var derfor å kartlegge ulike faktorer som fremmer og hemmer samarbeid på relasjonelt, organisatorisk og systemisk nivå.

Metode: Dette er en kvalitativ forskning basert på semistrukturerte dybdeintervjuer. Totalt 9 fysioterapeuter ble intervjuet. Det var 3 i fra sykehus, 3 kommunalt ansatte og 3 privatpraktiserende fysioterapeuter. Det ble gjort lydopptak som deretter ble transkribert og analysert.

Resultater: Det er store forskjeller på hvordan de ulike partene samarbeider. En felles hemmende faktor på organisatorisk nivå er mangel på et felles kommunikasjonssystem mellom disse partene. Det som ser ut til å fremme samarbeid er en felles møteplass med et strukturert lederskap og tydelige rammebetingelser slik som fysionettverksmøtene mellom sykehuset og kommunen er. Sykehuset og kommunen har lik organisasjonsstruktur som også ser ut til å være en fremmende faktor. Det er generelt lite samarbeid og kontakt mellom fysioterapeutene på sykehuset og de privatpraktiserende fysioterapeutene. Det eksisterer ikke noe formelt samarbeid mellom disse partene. På organisatorisk nivå ser man at det hadde vært fremmende for samarbeidet å inkludere de privatpraktiserende fysioterapeutene i fysionettverket. Samarbeidet innad i kommunen mellom de privatpraktiserende fysioterapeutene og kommunefysioterapeutene fungerer dårlig. Hemmende faktorer her er utydelige og ulike rammebetingelser for de to partene samt delvis mistillit til lederskapet. Organiseringen og prioriteringer i fysioterapitjenesten i kommunen skaper utfordringer. Datamaterialet viser at mye også er knyttet opp mot de relasjonelle forholdene i form av kultur og holdninger. Det er lite å bemerke på det systemiske planet.

Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1 Formålet med oppgaven og problemstilling.....	8
1.2 Oppgavens oppbygning og avgrensning	9
2.0 Behovet for samarbeid i fysioterapitjenesten	10
2.1 Forandringer i samfunnet	10
2.2 Effektivisering	11
2.3 Begrepsavklaring.....	11
2.4 Hvorfor samarbeid mellom fysioterapeuter?.....	14
2.5 Formelt samarbeid i dag	15
3.0 Hvordan er fysioterapitjenesten organisert?.....	17
3.1 Fysioterapi på sykehus	17
3.2 Kommunefysioterapitjenesten.....	18
3.3 Fysioterapi i privat praksis	20
4.0 Teoretiske perspektiver	23
4.1 Antatte faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet.....	23
4.2 Tidligere forskning på området	29
4.3 Hypoteser rundt problemstillingen	33
5.0 Forskningens design og metode	35
5.1 Valg av metode.....	36
5.2 Kvalitativ metode	36
5.3 Utvalg av informanter	38
5.4 Datainnsamling.....	39
5.5 Analyse av dataene.....	41
5.6 Ethiske vurderinger	43
5.7 Validitet	44
5.8 Reliabilitetsspørsmålet	45
6.0 Presentasjon av funn.....	46
6.1 Fysioterapeutenes formelle samarbeidsarenaer.....	46
6.2 Samarbeid mellom kommunalt ansatte og sykehuset	47
6.3 Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende.....	56
7.0 Analyse av dataene.....	72
7.1 Sykehus - kommune	72
7.2 Kommune-privatpraktiserende	76
7.3 Privatpraktiserende - sykehus.....	79
8.0 Drøfting	83
8.1 Systemisk plan.....	84

8.2 Organisatorisk plan	84
8.3 Relasjonelt plan	85
9.0 Veien videre	87
Litteraturliste	88
Vedlegg.....	92

Forord

Samarbeid er et komplekst tema med mange innfallsvinkler. Nysgjerrigheten for å vite hvordan samarbeidet innad i fysioterapitjenesten er har resultert i denne masteroppgaven. Dette er bare en liten bit av et samarbeid i et ellers så stort helsevesen, men håpet er at informasjonen denne forskningen medbringer skal skape interesse om forbedring og skape litt debatt innad i fysioterapitjenesten.

Jeg vil rette en stor takk til alle de ni fysioterapeutene som tok seg tid og ønsket å stille opp på intervjuene. Dere ga meg grunnlaget for denne studien og mye spennende informasjon. Takk for at dere åpenhjertig delte deres tanker og erfaringer med meg i en hektisk hverdag.

Tusen takk til min veileder Helge Ramsdal for en positiv holdning og oppmuntrende ord underveis. Etter hver veiledning satt jeg igjen med en følelse av å mestre samt glede til å fortsette med oppgaven. Du har vært super og kommet med konkrete tilbakemeldinger som har gjort det motiverende å fortsette.

Til sist, men absolutt ikke minst retter jeg verdens største takk til min kjære ektemann Håvard som har passet på småtrollene våres når mor har småstresset sittet ved datamaskinen. Uten deg hadde jeg ikke fått dette til! Jeg takker også foreldre og svigerforeldre for god praktisk og moralsk støtte. Jeg har gledet meg så fantastisk masse til den dagen jeg skulle skrive disse ordene og nå er jeg endelig i mål, en utrolig deilig følelse. Takk til alle som har bidratt!

Sarpsborg Mai 2012

Antonia Odsbu

1.0 Innledning

Vi har et helsesystem i Norge som grovt sett kan deles inn i to nivåer, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sykehusene har status som leverandører av avansert medisinsk behandling samt diagnostisering, mens kommunene har status som mottakere og behandlere. Trenden er at det i årene som kommer vil bli færre liggedøgn på sykehusene og at mye av behandlingene vil skje poliklinisk (St.mld. 47 (2008-2009)). Dette innebærer at en større del av selve behandlingene vil skje på kommunalt nivå. Innføring av Samhandlingsreformen (St.mld.47 (2008-2009)) innebærer endringer i arbeidsfordelingen mellom sykehus og kommune blant annet i form av økt kommunalt ansvar (medfinansiering, forebyggende arbeid, helhetlig pasientforløp) og krav til bedre samhandling mellom de ulike tjenesteyterne på de ulike nivåene. Dette skaper nye utfordringer i organiseringen av helsetjenester.

Tverrfaglig samarbeid innenfor helsesektoren er ikke et nytt begrep. Utfordringene i helse- og sosialsektoren knytter seg ikke bare opp mot det tverrfaglige samarbeidet, men også til samarbeid på tvers av nivåene innenfor den enkelte profesjon. Kommunikasjon, kontakt samt kulturforskjeller innenfor organisasjonen kan være til hinder for et vellykket samarbeid. Denne oppgaven omhandler hvordan fysioterapeuter samarbeider med hverandre. Hensikten er å belyse de områdene i samspillet mellom ansatte på sykehus, kommune og de privatpraktiserende fysioterapeutene som er med på å fremme eller hemme samarbeidet. Jeg valgte å undersøke dette med basis i de ulike determinanter på systemisk, organisatorisk og relasjonelt nivå (Beaulieu, M-D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M.& San Martin-Rodriguez L. 2005a).

Med arbeidserfaring i fra alle nivåene var det med stor interesse å se nærmere på samarbeidet. Pasientflyt, både når det gjelder informasjon og videre behandling, er vesentlig for å kunne tilby den enkelte best mulig behandling. Samhandlingsreformen stiller store krav til dette på grunn av at pasienter blir utskrevet raskere. Vi må i alt større grad tenke helhet gjennom hele behandlingen, å minimere avbrudd og forsinkelser som kan føre til hinder og forsinkelser den enkeltes rehabiliteringsprosess.

1.1 Formålet med oppgaven og problemstilling

I denne oppgaven vil fokuset bli rettet mot fysioterapeuter som jobber på sykehus og i en kommune på Østlandet. Arbeidsmåtene og oppbygningen av fysioterapitjenestene er svært ulike i fra sykehusnivå til kommunalt nivå. Innad i kommunen er det også store organisatoriske ulikheter mellom tilbud av fysioterapitjenester. Man kan undre seg om det i det hele tatt er mulig å skape godt fungerende samarbeid på tvers av ulike nivåer og fagområder innenfor helsevesenet når helsetjenestene er organisert på så mange ulike måter? Finnes det fellesnevner som er med på å skape et godt samarbeid og hvor ligger eventuelle hindringer? Er det i det hele tatt behov for noe mer aktivt samarbeid mellom fysioterapeuter enn det som eksisterer i dag?

Helsevesenet er vanskelig å samkjøre og koordinere. Hele helsesektoren inkluderer et mangfold av tjenester, tusener av jobber og en enorm variasjon og mengde tjenesteytere. I tillegg er det et særtrekk innad i helsesektoren at det finnes mange deltidsstillinger. Først og fremst skaper dette frustrasjon for de som jobber innenfor helsesektoren, men ikke minst for pasientene. Mange enheter og avdelinger har egne retningslinjer og prosedyrer på hvordan pasientene skal behandles, men disse er ofte begrenset til den enkelte institusjon. I det øyeblikket pasienten blir utskrevet fra sykehuset og oppsøker en fysioterapeut for videre behandling varierer det stort om informasjon og epikrise følger med. Å få tak på de rette personene på rett sted kan også være tidkrevende. Det finnes rett og slett mange utfordringer i arbeidet utenom selve pasientbehandlingene som krever både tid og energi.

Man må være oppmerksom på å skille mellom de reelle samhandlingsbehovene og det som skyldes at kompetanse og ressurser er uhenksommessig fordelt (St.mld. 47 (2008-2009)). Går det an å utvikle et fungerende, engasjerende og nyttig samarbeid mellom fysioterapeuter til tross for ulike nivåer og arbeidsmetoder? For å kunne gripe tak i utfordringene må vi vite hvordan situasjonen fungerer i dag. Vi må kartlegge eventuelle problemområder samt få tak i de positive faktorene. Med denne tankegangen som grunnlag presenterer jeg følgende problemstilling:

Hva hemmer og fremmer fysioterapisamarbeid mellom sykehus, kommunalt ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter?

Det er med bakgrunn i min jobb som fysioterapeut at dette temaet engasjerer meg. Jeg har arbeidserfaring som privatpraktiserende fysioterapeut og kommunalt ansatt samt jeg har jobbet på

sykehus. Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til nyttig informasjon for fysioterapeuter, spesielt for dem som sitter med ansvar og myndighet til å kunne gjøre eventuelle forandringer rundt mulige problemområder. Selvfølgelig håper jeg på at andre yrkesgrupper kan nyttiggjøre seg av informasjonen denne oppgaven bidrar med og at dette har en overføringsverdi til praktisk arbeid.

1.2 Oppgavens oppbygning og avgrensning

Første del av oppgaven vil gi leseren innblikk i aktuell problemstilling og formål med oppgaven. Forskningsspørsmålet er også presentert i denne delen. Det andre kapitlet går inn på å beskrive hvilke utfordringer helsevesenet står overfor når det gjelder samhandling generelt, for å deretter spisse det inn mot fysioterapi. Noen av begrepene som brukes videre i oppgaven blir presentert her. For å forstå fysioterapivirkningen på alle nivåene og etter hvert få innblikk i hvilke faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet, presenteres dette i den tredje delen av oppgaven. Det fjerde kapitlet gir de teoretiske rammene og tidligere forskning rundt faktorer som kan være med på å påvirke samarbeid blant fysioterapeuter. Denne modellen er utgangspunktet for den videre forskningen og oppbygningen av intervjuguiden som blir brukt. Hypotesene rundt problemstillingen kommer etter dette.

Kapittel 5 er design og metodekapittel. Kapitlet omhandler både beskrivelse av forskningens design samt av den kvalitative metoden som blir brukt. I tillegg presenteres det etiske vurderinger og litt om forskerens bakgrunn og forforståelse av temaet. I dette kapitlet beskrives hvordan datainnsamlingen og utvalg av informanter foregikk. Drøfting rundt begrepene reliabilitet og validitet blir også tatt opp her. I det neste kapitlet presenteres funnene som er blitt gjort etter datainnsamling. Disse analyseres videre i kapittel 7 som etterfølges av drøfting i det nest siste kapitlet. Til sist i oppgaven presenteres tanker rundt forskningen og veien videre.

Oppgaven er avgrenset til å omfatte fysioterapeuter i et fylke på Østlandet som jobber på et sykehus, kommunalt ansatte fysioterapeuter samt privatpraktiserende fysioterapeuter med tilskudd i en kommune. De som ikke er inkludert i studien er helprivate fysioterapeuter som jobber uten tilskudd fra kommunen, fysioterapeuter ansatte ved private foretak og innen bedriftshelsetjenesten samt ansatte ved rehabiliteringsinstitusjoner. Dette for å avgrense oppgaven.

2.0 Behovet for samarbeid i fysioterapitjenesten

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert rasjonell måte” (St.mld. 47 (2008-2009):13).

2.1 Forandringer i samfunnet

Å samarbeide tverrfaglig er intet nytt fenomen eller ny tilnærming innenfor helsevesenet. Det skjer i stort sett hele tiden, på ulike avdelinger, mellom ulike avdelinger, mellom ulike nivåer og mellom ulike organisasjoner. Det er i hvert fall det man tror. Å plassere ulike profesjoner sammen med hverandre under samme tak og forutsette at det skjer samarbeid er ingen selvfølge. Det finnes mye litteratur som beskriver forutsetninger og fallgruver innenfor samarbeid (se for eksempel Willumsen 2009, Lauvås & Lauvås 2004). De aller fleste som har sitt daglige virke innenfor helsevesenets dører har hørt om og har en oppfatning om hva tverrfaglig samarbeid er, men det er av stor interesse å vite hvordan dette konkret foregår i den kliniske hverdagen.

Hva er så grunnen til at man ønsker et godt samarbeid? Årsakene er mange og komplekse, men en av hovedgrunnene er at Norge står ovenfor en stor befolkningsutfordring med et økende antall eldre. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) vil befolkningen i Norge øke fra 4,9 millioner i 2011 til 6,9 millioner i 2060. I dette østlandsfylket vil andel av eldre over 80 år stige fra 4,8 % i 2010 til 6,3 % i 2030 (www.ssb.no). Det i seg selv sier at antall pleietrengende eldre vil øke, selv om helsetilstanden hos eldre er i bedring. Antall yrkesaktive per eldre vil gradvis gå ned fra 4,7 i 2000 til 3,5 i 2030 og ytterligere reduseres til 2,9 i 2050. Det vil i Norge være et underskudd av helse- og sosialfaglig personell om 20 år på om lag 43 000 årsverk (St.mld. 47 (2008-2009)). Desto viktigere blir det å hindre at personer faller utenfor yrkeslivet av helsemessige årsaker (St.mld. 47 (2008-2009)).

Man regner med at sykdomsbildet vil endre seg fra i dag og at det vil bli flere med overvekt og fedme samt at mange i forbindelse med det vil utvikle type 2 diabetes. Det er stor sannsynlighet at flere kvinner vil få lungesykdommen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) som følge av at mange kvinner begynte å røyke på 1970- og 1980-tallet (www.fhi.no). Antall pasienter med kronisk sykdom som for eksempel psykiske lidelser, rusavhengighet, kols, hjertesvikt, diabetes og sykkelig overvekt utgjør per i dag ca. 38 % av alle sykehusopphold (St.mld. 47 (2008-2009)).

Dette er pasientgrupper som ofte har bruk for fysioterapi forebyggende og i behandlingsøyemed både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det beste både for pasienten og økonomien i samfunnet er at man tilrettelegger tjenestetilbudet slik at sykdomsutviklingen utsettes eller hindres (St.mld. 47 (2008-2009)).

2.2 Effektivisering

Med disse tallene som bakgrunn kan man konkludere med at man må utnytte de ressursene som finnes blant helsepersonell på best mulig og mest effektiv måte. På generelt grunnlag kan man si at noe som er drivkraften bak det å etablere samarbeid kan være økonomiske fordeler, kapabilitetsutvikling (styrking av kapasitet og kompetanse) samt administrativ fleksibilitet (Repstad i Jacobsen 2004). Det forekommer også en viss grad av dobbeltarbeid som for eksempel innenfor fysioterapien er innhenting av pasientopplysninger i form av uteblitte epikriser og annen pasientinformasjon. Denne informasjonen kan allerede eksistere i journaler på sykehuset, men på grunn av dårlig samarbeid eller hindringer i kommunikasjonen viderefremmes ikke denne informasjonen til de neste behandlerne. Godt samarbeid skal være med på å hindre dette, forbedre informasjonsflyt, gjøre tjenester tilgjengelige og sammenhengende for pasientene og redusere unødvendige komplikasjoner eller ventetid (Willumsen 2005, St.mld. 47 (2008-2009)). Det er forankret i lovverk at samarbeid skal forekomme mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, NOU 2005: 3).

2.3 Begrepsavklaring

Ordet samarbeid er et positivt ladet ord. Hva legger vi i ordet samarbeid og hvordan oppfatter vi innholdet av ordet? Det finnes flere ulike typer samarbeid som involverer ulik bredde og måte å jobbe på. Fellesnevner for alle er at man har tanker om deling og at dette impliserer kollektive tiltak rettet mot et felles mål (Beaulieu, M-D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. & San Martin-Rodriguez L. 2005a). Å avklare sentrale begreper når det gjelder samarbeid er viktig for å få en felles forståelse av fenomenet. Vi har ulike bakgrunner og ulik forforståelse av begrepet, og skal vi kunne diskutere og studere ulike sider av variert samarbeide må vi se nærmere på begrepene.

Tverrfaglig samarbeid

I denne oppgaven vil jeg bruke ordet tverrfaglig samarbeid om samarbeid som Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer som *collaborative practice*:

“Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care. It allows health workers to engage any individual whose skills can help achieve local health goals.” (WHO rapport 2010:7)

Begrepet tverrprofesjonelt samarbeid (*interprofessional collaboration*) forekommer også i litteraturen og brukes når flere profesjoner jobber tett sammen. I Norge brukes dette synonymt med tverrfaglig samarbeid (Willumsen 2009). Fellesnevneren er at man jobber mot felles oppgave og mål og man har delt eierskap til oppgaven og er sammen om avgjørelsene (Beaulieu et. al 2005a, Willumsen 2009).

Flerfaglig samarbeid

Flerfaglig samarbeid kan defineres som samarbeid hvor faggruppene jobber parallelt med hverandre med atskilte arbeidsoppgaver, men med samme prosjekt (Beaulieu et. al 2005a, Willumsen 2009). I engelsk litteratur brukes ordet *multidisciplinary team* om flerfaglig teamarbeid (Beaulieu et. al 2005a).

Denne type samarbeid egner seg når arbeidsoppgaven er greit avgrenset men passer dårlig dersom pasienten har store utfordringer og et komplekst hjelpebehov (Willumsen 2009). Et eksempel på flerfaglig samarbeid kan være en sakkyndig uttalelse fra fysioterapeut når det gjelder utredninger i regi av NAV, rehabiliteringstjenester eller i forbindelse med forsikringsaker.

Tverretatlig samarbeid

Et begrep som brukes i Norge om samarbeid mellom ulike tjenester og etater på organisasjonsnivå (Willumsen 2009). Den engelske definisjonen er *interorganisational collaboration* (Willumsen 2009).

Fellesfaglig samarbeid

Transdisciplinary teamwork innebærer samarbeid hvor de tradisjonelle grensene mellom profesjonene blir utvisket og samarbeidet bevisst handler om utveksling av kunnskap, ferdigheter og ekspertise (Beaulieu et. al 2005a). Man jobber mot et felles mål og gruppen har en felles viten og forståelse for arbeidsoppgaven og målet. I et slikt samarbeid åpnes det for at teammedlemmene kan overta den andre profesjonens primæroppgaver, ”role relase” (Willumsen 2005).

Tabell 1 Ulike former for samarbeid

Samarbeidsform	Engelsk begrep	Hva kjennetegner samarbeidet?	Grad av samarbeid	Behov for samarbeidet
Tverrfaglig samarbeid	Interprofessional collaboration., collaborative practice, , multi-professional coll., interdisciplinary teamwork	Felles mål og oppgave, eierskap til oppgaven, sterkt samhold, teammedlemmene er med i avgjørelsene	Profesjonene jobber tett sammen	Pasienter med komplekse og sammensatte behov, med bruk for sammensatte tjenester
Flerfaglig samarbeid	Multidisciplinary practice, mulit-professional practice	Flere profesjoner jobber med samme prosjekt, individuelt og parallelt	Trenger ikke å møtes eller ha kontakt med hverandre, individuelle koordinerte oppg.	Brukes når oppgaven er avgrenset
Tverretatlig samarbeid	Interorganisational collaboration	Samarbeid på organisasjonsnivå, samarbeid mellom organisasjoner/tjenester		
Fellesfaglig samarbeid	Transdisciplinary teamwork	Søk etter konsensus gjennom at man åpner grensene mellom profesjonene, felles viten og forståelse, sterkt fokus på mål og helhetssyn	Tett samarbeid, profesjonen kan overta en annen profesjons primæroppgave ”role relase”	

(Beaulieu et. al 2005a, Willumsen 2009)

I forhold til min oppgave er det av interesse å nettopp utforske hvordan det fellesfaglige samarbeidet mellom fysioterapeuter er. Alle har den samme grunnfaglige fysioterapiutdanningen og den samme grunnleggende forståelsen innenfor faget. Samtidig er det tverretatlig samarbeid når fysioterapitjenesten på de ulike nivåene med ulik organisering skal delta. Men har alle en felles forståelse for mål og hvordan arbeidsoppgavene skal løses? Er helhetsforståelsen og prioriteringene de samme på de ulike nivåene?

2.4 Hvorfor samarbeid mellom fysioterapeuter?

Hvorfor er det så viktig med et godt samarbeid mellom fysioterapeutene på sykehuset, de privatpraktiserende og de kommunalt ansatte fysioterapeutene i kommunene? Samarbeidet kan defineres som et tverretatlig samarbeid, det vil si samarbeid på tvers av tjenestenivåene men mellom samme profesjon.

Per i dag er det på det undersøkte sykehuset fysioterapistillinger tilsvarende 33 årsverk. Totalt 140,7 fysioterapeuter arbeider i privat praksis med kommunal driftsavtale i dette fylket (tall fra 2009 Statistisk sentralbyrå). I tillegg jobber det noen uten kommunal avtale og som ikke er innrapportert til Statistisk sentralbyrå.

Noe av den drivende kraften til å etablere et samarbeid ligger i innføringen av Samhandlingsreformen (St.mld 47 (2008-2009)) som stiller krav til økt samhandling mellom tjenesteyterne noe en rapport i fra Helse Sør-Øst også vektlegger i en evaluering (Sluttrapport Sykehuset Østfold 2012). Et ønskelig resultat av implementeringen av samhandlingsreformen vil være uavbrutt behandlingsforløp innen fysioterapitjenester som igjen kan resultere i færre re-innleggelser og generelt redusert behov for fysioterapitjenester. Ved dårlig koordinering av tjenester kan gevinsten ved påbegynt behandling i verste fall gå tapt dersom det ikke er satt inn ressurser til videre rehabilitering i neste ledd av behandlingsskjeden (St.mld.47 (2008-2009)).

I tillegg til bedret pasientbehandling vil et økt samarbeid kunne bidra til kompetanseutvikling og kompetansespredning (Repstad i Jacobsen 2004). Gjensidig nytte av samarbeidet er en av grunnpremissene for at et samarbeid skal lykkes (Repstad i Jacobsen 2004), noe som i seg selv kan være en utfordring - hvem trenger hvem og hvorfor? I kapitlet som omfatter de ulike determinantene for samarbeid går jeg nærmer inn på detaljer rundt samarbeid.

2.5 Formelt samarbeid i dag

Det er veldig enkelt å si at et samarbeid er dårlig eller at et samarbeid er bra, men når man så skal gå i detalj for å se *hva* som er så bra eller dårlig kan det bli vanskelig. Man må ofte trekke seg ut fra situasjonen for å se alt sammen fra litt avstand for og i det hele tatt kunne identifisere problemområdene. Først og fremst må vi se på *hvordan* samarbeidet er per i dag.

Fysionettverk i regi av sykehuset

I mars 2009 inviterte avdelingssjefen ved fysioterapiavdelingen fysioterapiledere fra kommunene og kontaktpersoner utpekt av ledere for fysioterapitjenestene til et møte. Grunnen til at møtet ble arrangert var å undersøke interessen for å etablere en fast arena for formalisert samhandling innen fysioterapitjenesten på tvers av nivåene (møtereferat 24.03.09).

Slik som praksisen hadde vært fram til da var det ikke noe organisert samarbeid eller samhandlingsforum /nettverk mellom sykehusfysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter eller kommunalt ansatte fysioterapeuter utenom noen enkelte fagnettverk. Det ble avtalt at man til høsten 2009 skulle ha et nytt møte for å enes om retningslinjer for samhandling og hvilke saker man skal ta tak i (møtereferat ved 24.03.09). Områder som ble identifisert som viktige å fokusere på allerede på det første møtet var skriftlig kommunikasjon (sending av epikriser og henvisninger), nettverksbygging innenfor fagområder (kommunikasjonsnettverk) samt ønske om å få oversikt over behandlingssteder i fylket.

Møtene har funnet sted to ganger årlig. I følge referat fra møte i 2010 ble det vedtatt retningslinjer for samhandling mellom sykehuset og kommunene i fylket. Verdiene som nettverket skulle bygge på var kvalitet, trygghet og respekt. Det ble avtalt at en arbeidsgruppe skulle møtes 4 ganger årlig, mens alle kontaktpersonene og representanter for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og sykehuset skulle møtes to ganger i året (møtereferat 20.4.2010). De utvalgte som skulle delta på møtet skulle sitte i nettverksgruppen to år ad gangen for å sikre kontinuitet. Kontaktpersonene skulle rapportere til sine overordnede og sykehuset til divisjonsdirektør. De privatpraktiserende fysioterapeutene skulle involveres og man ønsket at retningslinjene bidro til at fysioterapitjenesten skulle sees som en samlet fagressurs (møtereferat 20.4.2010).

Fysionettverket har hatt møter 7 ganger siden oppstart mars 2009. Sist 17.11.2011. Temaene som er blitt tatt opp er blant annet presentasjoner av ulike sykehusavdelinger, tilbud ute i kommunene og på sykehuset, opplæring om ASA 4313, informasjon om pasientreiser samt informasjon om samhandlingsreformen.

Det rapporteres i referatet fra 5.5.11 at man opplever samhandling mellom kommunefysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter som et vanskelig tema. I tillegg til nettverksmøtene har man etablert en arbeidsgruppe som møtes to ganger årlig. Saker som arbeidsgruppen har pekt ut når det gjelder samarbeid mellom disse gruppene er behov og motivasjon fra begge sider. Det rapporteres at det er vanskelig å komme videre i samarbeidet når avtalefysioterapeutene stiller opprettelse eller utvidelse av avtalehjemler som premiss for videre samarbeid (møtereferat 28.1.11).

Samarbeidsutvalg i kommunen

Et samarbeidsutvalg er et rådgivende utvalg hvor kommunens administrasjon, kontaktperson for de privatpraktiserende fysioterapeuter og representant for de fastlønte fysioterapeuter skal diskutere forhold knyttet til kommunens fysioterapitjeneste. Hensikten er å holde fysioterapeuter orientert om kommunens planer som har betydning for fysioterapitjenesten. Det kan etter ønske opprettes samarbeidsutvalg for flere kommuner, men det er kommunen som bestemmer utvalgets omfang (ASA 4313).

Oppgaver som samarbeidsutvalget kan diskutere er blant annet oppretting og innløsning av driftsavtaler eller fastlønnsstillinger, fordeling av behandlingsoppgaver til prioriterte grupper, flytting av praksis og generelt om ventelistesituasjon (ibid.). I tillegg til å jobbe i privat praksis og i spesialisthelsetjenesten jobber fysioterapeuter også i kommunale stillinger tilsvarende nesten 53,3 årsverk i det aktuelle fylket (Statistisk sentralbyrå tall fra 2009). De er fast ansatte i kommunen og jobber primært med forebyggende arbeid blant voksne og barn, behandling av personer som ikke kan benytte seg av behandling på institutt samt habilitering og rehabilitering.

3.0 Hvordan er fysioterapitjenesten organisert?

For å kunne se nærmere på de ulike faktorene som fremmer og hemmer samarbeidet mellom disse aktørene må en vite hvordan arbeidet er organisert. I denne oppgaven ønsker jeg som tidligere nevnt valgt å se på hvordan fysioterapeuter i et fylke på Østlandet jobber. Dette inkluderer sykehus, privatpraktiserende fysioterapeuter med tilskudd fra kommunen og kommunalt ansatte fysioterapeuter. Alle hører til det offentlige helsetilbudet. Det er store lønnsmessige forskjeller mellom sykehus/kommune og de fysioterapeutene som driver privat praksis. De privatpraktiserende kan ha en inntjening på sin virksomhet som er nærmest det dobbelte av de to andre gruppene. Dette beskrives nærmere de neste kapitlene.

3.1 Fysioterapi på sykehus

Det aktuelle sykehuset tilhører helseforetak Helse Sør-Øst RHF som er et av de 4 helseforetakene i Norge. Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor på Hamar og eier 11 helseforetak som har ansvar for befolkningen i Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland (www.regjeringen.no). Sykehusene tilhører spesialisthelsetjenesten. Lov om spesialisthelsetjenesten definerer sykehusenes oppgaver som følgende; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Organisering av fysioterapitjenesten ved sykehuset

Fysioterapivirksomheten ved sykehuset bærer sterkt preg av det som Mintzberg kaller *profesjonsbyråkratiet* (Sørensen 2000). Det vil si at hver enkelt fysioterapeut jobber tett med sine pasienter og er i stor grad uavhengig av sine kollegaer. Det er fysioterapiutdannelsen som sørger for standardiseringen av ferdighetene, og hver enkelt fysioterapeut gis stor selvstendighet til å behandle sine pasienter (Sørensen 2000). Fysioterapibehandlingene kan variere på grunn av ulike faglige tilnærminger. Variasjonene kan tilskrives ulik kompetanseutvikling etter fullført grunnutdanning (kurs, videreutdanning) og til dels på grunn av oppnådd erfarings basert kompetanse.

Arbeidsoppgavene til fysioterapeutene på sykehuset er å behandle etter henvisning fra lege på avdelingen, kartlegging av pasienters behov for behandling (diagnostisere), samt å utføre

passende fysioterapeutiske tiltak rettet mot disse behovene (Sørensen 2000). I praksis vil dette bety at fysioterapeutene i all hovedsak jobber på avdelingene, med polikliniske enkeltkonsultasjoner og polikliniske gruppebehandlinger og kursvirksomhet. Arbeidstiden inkluderer i tillegg til direkte pasientarbeid pasientdokumentasjon, samarbeidsmøter, eventuelle henvendelser per telefon, lunsj og annet papirarbeid.

Lønn

Lønn utbetales etter ansiennitet og relevant videreutdanning (tabell 2). Arbeidstiden er 36 timer i uken i 100 % stilling. De ansatte ved sykehuset følger tariffområde Spekter.

Tabell 2 Minstelønnsnivåer gjelder fra 01.08.10 (Tariffavtale mai 2010-april 2012)

Fysioterapeut i stillinger hvor det kreves autorisasjon som fysioterapeut	
0 års lønnsansiennitet	kr. 321 000,- per år
4 års lønnsansiennitet	kr. 328 000,- per år
8 års lønnsansiennitet	kr. 340 000,- per år
10 års lønnsansiennitet	kr. 367 000,- per år
Fysioterapeut i stilling hvor det kreves autorisasjon som fysioterapeut og relevant videreutdanning	
0 års lønnsansiennitet	kr. 344 000,- per år
4 års lønnsansiennitet	kr. 354 000,- per år
8 års lønnsansiennitet	kr. 369 000,- per år
10 års lønnsansiennitet	kr. 401 000,- per år

3.2 Kommunefysioterapitjenesten

Kommunene er pålagt fysioterapitjenester med grunnlag helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.). Det er opp til hver enkelt kommune å velge hvordan de ønsker å organisere dette på. Den offentlige fysioterapitjenesten omfatter fysioterapivirksomhet med driftstilskudd (privat praksis), fast ansatt fysioterapeut eller fysioterapeut i fast ansettelse med fastlønnstilskudd.

Kommunalt ansatt fysioterapeut

Fast ansatt fysioterapeut i kommunen kan ha som arbeidsoppgaver forebygging og behandling av pasienter på institusjon, helsestasjon, skole, barnehager, drive med helsefremmende og tiltak, rådgivning og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Behandling av pasienter hjemme som ikke kan benytte seg av det private fysioterapitilbudet ved instituttene inkluderes i behandlingsomfanget. Inkludert i arbeidstiden inngår møtevirksomhet, papirarbeid og pasientbehandlinger.

Lønn

Tabell 3 Minstelønnsatser per 01.05.2011 KS tariffområde

Fysioterapeut i stillinger hvor det kreves autorisasjon som fysioterapeut (7066)	
0 års lønnsansiennitet	kr. 328 800,- per år
4 års lønnsansiennitet	kr. 332 000,- per år
8 års lønnsansiennitet	kr. 342 900,- per år
10 års lønnsansiennitet	kr. 381 500,- per år
Spesialfysioterapeut (7617)	
0 års lønnsansiennitet	kr. 347 400,- per år
4 års lønnsansiennitet	kr. 351 300,- per år
8 års lønnsansiennitet	kr. 354 700,- per år
10 års lønnsansiennitet	kr. 405 000,- per år
Stillinger med krav om mastergrad	
0 års lønnsansiennitet	kr. 372 000,- per år
4 års lønnsansiennitet	kr. 382 000,- per år
8 års lønnsansiennitet	kr. 407 000,- per år
10 års lønnsansiennitet	kr. 447 600,- per år
Fysioterapeut i turnusåret (7711)	Kr. 296 000,- per år

For å kombinere den kommunale fysioterapitjenesten med privat praksis kan kommunen velge å inngå avtale om fastlønnstilskudd. Dette medfører at kommunen mottar statlige tilskudd per 1.7.2011 kr 167 400,- (www.fysio.no/PRIVAT-PRAKSIS). Fastlønnstilskuddet gis istedenfor refusjon etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysikalsk behandling og skal utgjør mer enn 1/3 av full stilling og er tillagt kurative oppgaver utenfor institusjon (Forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten).

3.3 Fysioterapi i privat praksis

Organisering av privat fysioterapitjeneste

Privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale med kommunen er organisert på ulikt vis. De har ikke ansettelsesforhold i kommunen. Oppfølging av avtaler med tilhørende rettigheter og plikter er det leder for fysioterapitjenesten som ansvar for (NFFs veileder for fysioterapitjenesten 2007).

De aller fleste jobber som selvstendig næringsdrivende driver et enkeltmannsforetak, mens noen har valgt andre organisasjonsformer som for eksempel AS, DA eller NUF. Som enkeltmannsforetak er fysioterapeuten ansvarlig for bokføring og regnskap, samt all drift, investeringer, forsikringer, markedsføring osv. Noen fysioterapeuter med avtale med kommunen jobber alene på eget institutt, mens andre har slått seg sammen i gruppepraksiser. I noen tilfeller drives instituttet hjemme. Ved en gruppepraksis deler fysioterapeutene felleskostnadene, men alle er hver for seg ansvarlige for mottak og behandling av pasienter samt de økonomiske oppgjørene.

Rammeavtalen ASA 4313 regulerer vilkårene mellom kommunen og den private næringsdrivende fysioterapeuten. Den gjelder for fysioterapeuter som jobber med tilskudd i fra kommunen. Avtalen er omfattende og regulerer det meste unntatt de økonomiske vilkår knyttet til selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet med kommunal driftsavtale. Disse vilkårene reguleres av ASA 4303. Avtalen er forhandlet av Kommunenes sentralforbund (KS) og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF).

Ved oppretting av nye driftshjemler, eller ved ønske om å flytte beliggenheten til praksisen skal kommunen samtykke i dette (ASA 4313). Drift av institutt kan skje i eide eller leide lokaler. I den senere tid er det blitt økt interesse rundt å ha lokaler sammen med andre yrkesutøvere i helsehus eller tverrfaglige klinikker. Ønske om samlokalisering kan ha ulike motiver. Man ønsker å jobbe mer tverrfaglig, gi et bedre tilbud til pasienter, ha flere kollegaer eller økonomiske hensikter som bredere pasienttilgang og bedre kraft i markedsføringen.

Det er ingen mulighet for fysioterapeuter å ha ansatte på grunn av at et driftstilskudd er en personlig avtale med kommunen. Siden inntjeningen delvis finansieres av hver enkelt behandling, vil det si at det i stor grad er nødvendig å ha fulle behandlingsdager for å ha nok inntekt. Det er gjennom ASA 4313 bestemt at en fysioterapeut med avtale med kommunen skal jobbe 45 uker i

året og 36 timer i uken. Det er ikke regulert hvor mange timer av disse som skal være direkte pasientkontakter. Pasientene som behandles må av henvises av lege, kiropraktor eller manuellterapeut. I 2002 ble det skrevet 1,0 millioner henvisninger til fysioterapi (NOU 2005:3).

Finansieringssystemet

Finansieringssystemet for praksisen er todelt og innebærer driftstilskudd og pasientandeler. Et fullt driftstilskudd fra kommunen utgjorde per 1.7.11 356 820,- per år, fordelt per måned 29 735,-. Pasientens egenandel varierer etter type behandling og varighet i samsvar med gjeldende takstplakat. Fysioterapeuten har rett til å bestemme behandlingsmetode, varighet og tiltak ut fra sin egen vurdering. Når egenandelen overstiger 2560,- (i 2011) har pasienten rett på frikort 2 som dekker egenandelene (Folketrygdloven 1997). Enkelte pasienter har rett til fri behandling etter gjeldende regelverk. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi forhandles årlig med justeringer som tiltrer i kraft 1. juli hvert år (Fysioterapiforskriften).

Takst E50a (Forskrift av 20. juni 2011 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi) regulerer møtevirksomhet:

Møtegodtgjørelse med reisetid når fysioterapeuten deltar i samarbeid med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter, herunder i basisteam. Beregnes for arbeid i inntil en halv time. Taksten dekker også praksisutgifter. *Taksten kan ikke benyttes i forbindelse med samarbeid internt i tverrfaglige medisinske sentra og lignende.*

Det gis refusjon kr 226,- per påbegynt halvtime. Pasienten betaler ingen egenandel.

Merknad til taksten:

Taksten kan ikke benyttes som godtgjørelse for fast oppsatte samarbeidsmøter, med mindre det gjelder samarbeid om konkrete pasienter. Samarbeidet kan omfatte diagnostisering, kartlegging av rehabiliteringsbehov, utarbeiding og oppfølging av rehabiliteringsplan, vurdering av funksjonsnivå, tilrettelegging av miljø mv. Taksten beregnes for den samlede møte-/ reisetid, ikke per pasient. Skyssgodtgjørelse kan kreves i tillegg etter forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling. Taksten kan også brukes når møtet foregår over telefon. Møtet må være planlagt.

Det gis således ikke per i dag godtgjørelse i henhold til takstplakaten for samarbeidsmøter som omhandler generelle samarbeidstiltak eller informasjonsmøter og lignende. For møter som en kontaktperson i et samarbeidsutvalg har med kommunen tilståes det fra og med 2011 år møtegodtgjørelse etter kommunens satser. En kontaktperson er en representant av de privatpraktiserende fysioterapeutene i et samarbeidsutvalg.

4.0 Teoretiske perspektiver

For å finne ut av problemområdene ved et samarbeid må man se på situasjonen mer helhetlig. Jeg velger å analysere samarbeidet ved hjelp av San Martín-Rodríguez et al (2005) sin oppdeling av determinanter for samarbeid.

Slik som det fremgår i fra møterefateret fra mars 2009 er det vilje og interesse fra alle parter til å få til en arena for samarbeid. Men samarbeidet avhenger ikke bare av viljen til å få til et samarbeid, det styres også av politiske, organisatoriske og økonomiske rammebetingelser (Repstad i Jacobsen 2004). Hva er det da som i dette tilfellet kan være til hinder for å få dette til å fungere i praksis, eller vil dette fungere bra fra første stund?

Systemiske determinanter

Først vil jeg rette fokus mot de systemiske determinantene som kan fremme eller hemme samarbeidet. Til disse regner vi faktorer som påvirker samarbeid utenfor organisasjonens grenser som for eksempel lovgivning, utdanningssystemet, finansieringsordninger og forvaltningssystem samt kulturelle og sosiale system (Hansen & Ramsdal 2009).

Geografisk spredning kan være en utfordring. Selv om det undersøkte fylket er et lite fylke kan dette by på utfordringer med tanke på tidsbruk for å kunne delta på samarbeidsmøter arrangert ved sykehuset. Det undersøkte fylket er av de mindre fylkene i Norge og avstandene er relativt små.

Hvordan helsemyndighetene gjennom loven har valgt å drifte fysioterapi i kommunene gjennom to ulike ordninger, gjennom driftstilskuddordningen og gjennom kommunefysioterapien er med på å skape utfordringer. San Martín-Rodríguez et al (2005) mener at dette kan virke hemmende i forhold til utvikling av profesjonskultur. Med det menes at man gjennom ulike organiseringsformer skaper yrkesutøvere som gjenkjenner seg selv som en deltaker i et helhetlig fellesskap eller mer som individualist.

I noen tilfeller kan det være uvisshet blant fysioterapeuter gjeldende lovverket som kan gjøre det vanskelig å samarbeide mellom de ulike nivåene (taushetsplikt, utveksling av pasientopplysninger). San Martín-Rodríguez et al (2005) trekker også fram sosiale faktorer som

for eksempel ubalanse mellom likestilling profesjoner imellom som en eventuell hindring for et vellykket samarbeid. Kan det tenkes at det mellom de ulike nivåene innen fysioterapien også oppleves ubalanse i maktforholdet.

Taushetsplikten kan være til hinder i arbeidet med overføring av pasientopplysninger mellom de tre ulike aktørene. Det finnes per i dag ikke et felles pasientjournalssystem som er i bruk og kommuniserer mellom de ulike gruppene.

Organisatoriske determinanter

Til disse regner vi med faktorer som organisasjonsstrukturer, koordinering, administrativ støtte og organisasjonskultur- og filosofi (San Martín-Rodríguez et al 2005). En av de største utfordringene for å få til et fungerende samarbeid mellom fysioterapeutene ved sykehuset, de kommunalt ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter ligger etter min oppfatning på dette nivået. Hvem er det som er ansvarlig for samarbeidet og hvordan skal dette praktisk gjennomføres? Og hva skal man samarbeide om og hvorfor?

Det formelle samarbeidet mellom sykehuset og kommunen er godt forankret i fysioterapiledelsen ved sykehuset. Utfordringen her ligger i å få kontakt og forankring med den store bredden i kommunene og med de privatpraktiserende fysioterapeutene.

Slik som det kommer fram av møtereferatet fra 24.3.09 var deltakerne fra kommunene fysioterapiledere eller kontaktpersoner utpekt av fysioterapitjenesten. I teorien er det virksomhetslederen for fysio- og ergoterapitjenesten eller helsesjefen i kommunen som er leder for både de kommunalt ansatte og de privatpraktiserende fysioterapeutene. De har det overordnede ansvaret for de private, men de private har egne kontaktpersoner som representerer alle privatpraktiserende i kommunen. Disse har til nå ikke vært invitert til nettverksmøtene, men ønsket har vært at representanter i fra kommunen skal videreformidle dette til de privatpraktiserende fysioterapeutene. Dette kan skape utfordringer i forhold til hvordan de involverte utvikler eierskap til beslutningene som blir gjort (Dawson 2007).

Det blir mangelfullt og kun å involvere kommunalt ansatte, selv om disse har et formidlingsansvar til de privatpraktiserende i kommunen. Representanter med virke i privat praksis bør også inviteres til samarbeid. Slik som Repstad skriver må grupper som blir sterkt berørt av et beslutningsutfall være representert. Det vil være vanskelig å kunne ha en dyp

forankring i kommunefysioterapien og privat praksis dersom man ikke involverer også de privatpraktiserende fysioterapeutene.

Videre vil deltakelse på samarbeidsmøter skape en finansiell utfordring slik som fysioterapi i privat praksis er i dag. De aller fleste er organisert som enkeltmannsforetak hvor helsesjefen/virksomhetslederen er nærmeste overordnede. For å kunne delta på samarbeidsmøter må en selvfølgelig ta seg tid fra pasientarbeidet uansett arbeidssted (Dawson 2007). For de privatpraktiserende fysioterapeutene vil dette utgjøre et direkte tap i arbeidsinntekten. En annen utfordring i dette samarbeidet ligger også i at det er mange aktører med ulik organisering med i bildet. I fylket er det mange kommuner med ca. 55 kommunefysioterapeuter, 33 sykehusfysioterapeuter og 168 privatpraktiserende fysioterapeuter.

Kommunikasjonen mellom disse aktørene gjennom representanter vil være viktig og det vil være en forutsetning for at man skal lykkes med en samarbeidsavtale. Det finnes ikke et felles journalsystem eller kommunikasjonsnettverk mellom de tre aktørene. Norsk Helsenett er et system fastlegene bruker for kommunikasjonsutveksling, men dette er kostbart, noe de fleste privatpraktiserende fysioterapeutene som enkeltmannsforetak ikke har finansielle muligheter til å investere i (www.nhn.no).

For å få i gang et fungerende samarbeid krever dette en god leder med kjennskap til alle nivåene. Lederen skal være en motivator og skape et forum som støtter samhandling (San Martín-Rodríguez et al. 2005). Det var sykehuset som tok initiativet til samarbeidet og ledet det første samarbeidsutvalget. Det vil være naturlig at lederen for fysioterapiavdelingen ved sykehuset leder utvalget siden det allerede eksisterer et Administrativt Samarbeidsutvalg (ADMS) med sykehuset som base. Dette samarbeidet omfatter samhandling mellom kommuneleger/helsesjefer og ledere ved sykehuset (Hansen & Ramsdal 2009). Man vil helt sikkert kunne få kunnskap fra ADMS som vil være til nytte for samarbeidsprosjektet mellom fysioterapeutene.

Til tross for utfordringene på det organisatoriske plan er det mange faktorer som er med på å fremme en slik samhandling på dette nivå. Fordi dette samarbeidet dreier seg om samhandling innenfor samme profesjon vil det sannsynligvis være lite dobbeltarbeid og færre gråsoner i yrkesutførelsen. Man vet i stor grad hva fysioterapeutene innenfor de ulike arbeidsområdene gjør.

Videre er forankringen i fra sykehuset sin side dyp og det jobbes videre med å finne en god løsning på forankringen i kommunene. Det vil være viktig at man på organisasjonsnivå raskt utarbeider rammer for hva samarbeidet innebærer og hvordan kommunikasjonen ut til alle fysioterapeuter vil fungere. Man må på en eller annen måte stimulere de privatpraktiserende fysioterapeutene til å delta i samarbeidet men samtidig også spørre seg hvorfor samarbeidet med denne gruppen er viktig. Det er viktig å huske på at muligheten for reell nytte av samarbeidet er en avgjørende komponent for det utvikles et tett samarbeid (Repstad i Jacobsen 2004).

Relasjonelle determinanter

Til de relasjonelle faktorene tilhører i følge San Martín-Rodríguez et al. faktorer som går på de mellommenneskelige forholdene. Eksempler på dette er tillit, ønske om å samarbeide, kommunikasjon og gjensidig respekt. Å møte hverandre og kjenne til hvem den andre kan være positivt i forhold til kommunikasjon. Men kan man vektlegge det, er det av noe særlig betydning for samarbeidet?

Siden fysioterapeutene jobber med behandling i ulike deler av helsesektoren vil det til tross for at alle har samme profesjon naturlig dukke opp utfordringer med tanke på ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet. Det vil si at man kan ha ulik syn på hva som er god behandling (Repstad i Jacobsen 2004). Jeg vil også påstå at det i en viss grad forekommer domenekompatibilitet innenfor privat praksis. Dette betyr at det forekommer en viss grad av faglig arroganse, en kultur hvor enkelte mener at deres behandlingsmetoder er de beste og mest riktige. Noen kan oppleves som terapeuter som er veldig på å «forsvare» sitt eget område/område. Det er utallige ulike tilnærminger til de samme problemstillingene, alt etter hva slags kompetanse og kurs den enkelte fysioterapeut har.

En mulig grunn til at denne kulturen (ukulturen) eksisterer kan være på grunn av hvordan fysioterapivirksomhet i privat praksis er organisert via lovgivning og politiske føringer slik som nevnt under organisatoriske determinanter. Man jobber alene som selvstendig næringsdrivende og ikke som et team. Dette kan bidra til at man på et vis forsvare sitt eget område, sin egen kunnskap uten som oftest å ha mulighet til å støtte seg til et større team. Det forventes at privatpraktiserende fysioterapeuter skal behandle alle tilstander og sykdommer. Derimot kan man innenfor spesialisthelsetjenesten fokusere litt snevrere og i kommunen kan man jobbe mer som et team og eventuelt kontakte andre yrkesgrupper innenfor kommunehelsetjenesten enkelt.

Satt dette på spissen vil kanskje noen oppleve at dette vil være et hinder for at man vil innrømme sine faglige svakheter i stedet for å aktivt søke samarbeid og kompetanse i et større fora og tenke som et team. For nettopp læringsgevinster i form av kompetanseutvikling og kompetansespredning bør være en av samarbeidsavtalens sentrale punkter for å kunne engasjere bredden i kommunene og blant de private aktørene og skape gjensidig avhengighet (Repstad i Jacobsen 2004).

Slik som det framgår i møtereferatet av 25.03.09 skal samhandlingen bygge på likeverd, kunnskapsformidling, trygghet og respekt. Disse er faktorer San Martín-Rodríguez et.al (2005) også peker ut som essensielle for et vellykket samarbeidet på det relasjonelle plan.

Tabell 4 Antatte fremmende og hemmende faktorer for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de privatpraktiserende fysioterapeutene

Nivå	Fremmende faktorer	Hemmende faktorer
Systemisk plan	<ul style="list-style-type: none"> • samarbeid innenfor samme profesjon 	<ul style="list-style-type: none"> • geografisk spredning (avstand til møtested) • lovgiving (taushetsplikt, organisering av fysioterapitjenester i kommunene) • ulik kultur (team-individualist) • sosiale system (likestilling mellom nivåene)
Organisatorisk plan	<ul style="list-style-type: none"> • dyp forankring i fysioterapiledelsen i SØ • læring fra ADMS (har eksistert i 4 år) 	<ul style="list-style-type: none"> • vanskelig å finne rette kontaktpersoner, svak forankring blant de private aktørene • dårlig kommunikasjon med/mellom de privatpraktiserende fysioterapeutene (organisert som enkeltmannsforetak) • ulike kommunikasjonskanaler og nett • ulike organisasjonsformer (ulike forutsetninger for å delta på møter) • tid (tid borte fra pasientbehandling for å delta)
Relasjonelt plan	<ul style="list-style-type: none"> • ønske om å skape et samarbeid (blant noen i hvert fall) • læringsgevinster • kompetansespredning • lite dobbeltarbeid og gråsoner pga samme profesjon 	<ul style="list-style-type: none"> • ulikheter innenfor ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet • domenekompatibilitet • manglende kommunikasjon

4. 2 Tidligere forskning på området

Det ble gjort søk på gjennom Ebsco (Academic Search Premier, Cinhal, Eric, Library Information Science & Technology Abstracts) som alle var Peer Reviewd. Her ble det gjort søk med søkeord som transdisciplinary teamwork, interorganisational collaboration, interdisciplinary teamwork, collaboration med eller uten kombinasjon til fysioterapi. Det finnes svært mange artikler rundt tverrfaglig samarbeid, men lite rundt samarbeid over nivåer med samme profesjon.

I Bibsys lette jeg igjennom med søkeord som samarbeid og fysioterapi og kom fram til tre relevante masteravhandlinger. Søk i fagbladet «Fysioterapeuten» sitt arkiv fantes ingen relevante artikler. I søkemotoren «Vård i Norden» fantes det ikke aktuelle artikler med søkeordene samarbeid /samarbeid og fysioterapi. Med søkeordet samarbeid var det to relevante artikler om samarbeid mellom fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Helsebiblioteket.

Relevante studier

En kanadisk studie fra 2004 (Poland et al. 2004) som hadde som formål å øke forståelsen av hvordan sykehus og kommunale organisasjoner jobber sammen om kommunale helseproblem. Undersøkelsen hadde som mål å få økt dybdekunnskap mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i Ontario. Forskerne fant ut at det eksisterer samarbeid mellom sykehusene og kommunene. Samarbeidet har en stor bredde, alt i fra service overenskomster til uformelle kontaktforhold. Eksempler på samarbeidsfokus inkluderte rehabiliteringssenter, en advokat komité, diabetes opplæring, langtids pleie. Både sykehusene og kommune bidro økonomisk til samarbeidsoppgavene. Suksessfaktorer som begge parter identifiserte var at de var flinke til å nå spesifikke mål samt kvaliteten av samarbeidsforholdet. Problemområder som de kommunalt ansatte nevnte var bl.a. at sykehusene ikke hadde/hadde lite forståelse for kulturen i kommunene, utilstrekkelige ressurser og at sykehusene ønsker å ha makt/kontroll. (ibid.)

På systemisk nivå ble det avdekket lite involvering av sykehusene i kommunale handlinger. I følge artikkelen var problemene på organisatorisk nivå av holdnings art. Det vil si at institusjonskulturen på sykehuset er ikke generelt stimulerende for samarbeid. Holdningene til sykehusene var at de ikke tenkte helhetlig, mer på behandling av enkeltindividene og at samarbeid kunne tenkes dersom det var tid og finansiering til overs. Kulturforskjellen mellom sykehusene og kommunene var tydelig. Blant annet hadde kommunene et helsefremmende fokus

mens sykehusene har sykdomsbehandling i hovedfokus. På individuelt nivå viste det seg at sykehusets deltakelse i samarbeid i stort sett baserer seg på ildsjeler som driver samarbeid og ved tap av disse ressurspersonene vil samarbeidet bli svekket. Mange av de kommunalt ansatte bemerket at det er misforhold i maktbalansen i forholdet og at de var nølende med å inngå partnerskap med sykehusene i fare for å bli tatt over og miste kontroll over eget arbeide.

I en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening presenteres det at integrerte behandlingskjeder, ordninger som fremmer gjensidig respekt og forståelse samt elektronisk kommunikasjon er viktige faktorer som fremmer samhandling mellom virksomhetsgrenser (Haugtomt 2003). Forfatteren påpeker at hindringer for et godt samarbeid mellom kommune og sykehus kan blant annet skyldes at man har en ulik samarbeidspolitik og at man gjennom ulike behandlingsmetoder og forskjellige oppgaver utvikler forskjellige kulturer og har ulike ideologier. Samarbeidet kan også bli forhindret dersom man mangler gjensidig respekt og forståelse for ulikhetene. For å fremme ulikhetene og øke forståelsen foreslår han ordninger som kan være med på å redusere dette, som for eksempel gjensidig hospitering og felles utdanningsprogrammer. Som organisatoriske hindringer ser man at man ikke har for disse to partene en felles overordnet leder og finansieringssystemet er ulikt (ibid.).

En studie i fra Bergen (Danielsen & Fjær 2010) tar for seg overføringen av syke eldre fra sykehus til kommune. Studien er i hovedsak basert på fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ansatt på Haukeland Universitetssykehus og i Bergen kommune. Hensikten er å kartlegge hvordan overføring skjer og å kartlegge problemområder på ulike nivåer. Undersøkelsen som ble gjennomført i 2008 konkluderte med at det var størst utfordringer i forhold til ineffektive kommunikasjonslinjer og at det ble avdekket behov for å styrke administrative, faglige og verdimeslige utfordringer. Kontaktflaten mellom tjenestenivåene var uorganisert og det var sykepleiernes faglige skjønn og fleksibilitet som bidro til at overføringene fungerte.

En annen aktuell forskning er gjort av Holst & Severinsson publisert i 2003. Målet med studien var å belyse faktorer som kan påvirke samarbeidet mellom helsepersonell ved et psykiatrisk sykehus og to kommunale psykiatriske tilbud. Tre hovedpoeng ble belyst av denne studien; behov for felles forståelse mellom de profesjonelle, behov for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og psykiatriske sykehus for å bedre kunne evaluere behandlingsresultat og behov for teamsamarbeid for å heve behandlingskvaliteten og for å øke ressursene til de profesjonelle. (ibid.)

Samarbeidsavtaler og samhandlingsarenaer på både et administrativt og et klinisk nivå må til for å kunne skape en felles plattform der man kan kartlegge utfordringene og jobbe med problemløsning (Garåsen & Johnsen 2005). Dette er erfaringer man har kommet fram til i et prosjekt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i Trondheim. Man presiserer at man må effektivisere informasjonsflyt ved bruk av helsenett mellom alle helsepersonellgrupper (ibid.)

I en masteroppgave (Lindeman 2011) som omhandler samarbeid i rusfelt var man interessert i å finne ut blant annet hvilke utfordringer fagpersoner opplever rundt samarbeid, samt hvordan oppleves og beskrives godt samarbeid. Også konteksten rundt samarbeidet var av interesse for den kvalitative studien. Konklusjonene rundt dette var at man opplevde konteksten som oppsplittet og tungvinte regler og rammebetingelser skapte praktiske utfordringer. Fagpersonene opplevde utfordringer knyttet opp mot bl.a. prioriteringer. De styrkende forholdene var knyttet opp mot mestring av tilretteleggelse av tjenester samt respektfull samhandling mellom partene. Det som styrket dette var forståelsen av utfordringene samt kjennskap til hverandres kontekster (ibid.).

En annen masteroppgave (Ringvold 1994) har tatt for seg hvordan samarbeidet mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og privatpraktiserende leger er. De seks hovedpunktene i fra konklusjonen var at de to profesjonene sjelden var i kontakt med hverandre, og dersom det var kontakt var dette initiert av fysioterapeuten. Det foregikk mer samarbeid når man arbeidet i samme lokaler, begge gruppene var misfornøyde med den økonomiske kompensasjonen som man fikk for å samarbeide, hyppig samarbeid var et resultat av den enkeltes positive holdning til samarbeid samt de to yrkesgruppene hadde ulikt syn på ansvars- og rollefordeling. Oppgaven peker ut rammebetingelser som mulig årsak for dårlig samarbeid, her for eksempel lokalisering. (ibid.)

Samarbeid mellom to ulike palliative enheter på sykehusnivå og i kommunen i Manchester, Storbritannia ble undersøkt av Dawson (2007). Man så at til tross for at de formelle rammene rundt overføring av pasientinformasjon var til stede manglet man kommunikasjon, noe som medførte til at man ikke verdsatte den andre enheten. Dette resulterte i usammenhengende behandlingstilbud for pasienten. For å bedre dette ønsket man å stimulere til økt kommunikasjon og gjennom dette skape mer effektivt tverrfaglig arbeid (interprofessional working). Forskeren fulgte med som observatør og kom med følgende forslag hvordan man kan øke samarbeid: møtes hver 4.-8. uke

med en utenforstående person som stimulerer til samarbeid, følge med den andre part på arbeid samt felles faglig undervisning. (ibid.)

Shaw, Walker og Hogue (2008) konkluderer i sin studie at samarbeid krever oppmerksomhet av både ledere og de profesjonelle. De peker også på at samarbeid krever blant annet engasjement, felles mål, kommunikasjon og at de profesjonelle ser muligheter til læring i fra andre i samarbeidet.

En tredje mastergradsoppgave i fra 2011 (Ueland 2011) undersøkte hvordan tverretatlige teamene rundt barn og unge fungerte i Kristiansand kommune. Det forskeren så som hinder for vellykket samarbeid var at det ikke var tydelighet nok rundt målsetting, oppgaver, myndighet eller ledelse. Dette medførte ulikheter i arbeidsprosessene rundt de ulike teamene. Det var for uklare retningslinjer når det gjaldt innkalling til møter, møtenes myndighet og det var uklar ledelse. Etatenes representanter hadde ikke myndighet til å fatte beslutninger. Det positive med møteplassene var mulighet for å utveksle kompetanse og informasjon noe som kan skape tillit i gruppen og i forhold til leder.

Sammenfatning av tidligere forskning på området

Et sentralt tema innen samarbeid enten det er mellom samme profesjon eller tverrfaglig er kommunikasjon. Man ser at der det er mangel på kommunikasjon (elektronisk via felles journalsystemer og via personlig kommunikasjon) er det utfordringer i forhold til samarbeid (Dawson 2007, Danielsen & Fjær 2010, Garåsen & Johnsen 2005, Haugtomt 2003, Hogue, Shaw & Walker 2006). En annen hemmende faktor forskningen peker på er fagforståelsen mellom de profesjonelle (Haugtomt 2003, Holst & Severinsson 2003) og forståelsen for de kontekstene man jobber i (Haugtomt 2003, Lindeman 2011). Ved å øke forståelsen for hverandres arbeid og kontekst vil dette gi positive effekter i forhold til å lykkes i samhandling med hverandre, som for eksempel via hospitering og felles utdanningsprogram (Haugtomt 2003, Sluttrapport Sykehuset Østfold 2012).

Man kan ha utfordringer i forhold til kulturforskjeller og skjevheter i maktforhold mellom samarbeidspartene (Haugtomt 2003, Poland 2004). Det kan tenkes at man innad i en organisasjon eller arbeidsplass har opparbeidet en felles forståelse for noe, som igjen kan for den andre part virke ulogisk og uhensiktsmessig. Ved å samhandle respektfullt vise forståelse pekes ut som

positive faktorer for å lykkes med samarbeid (Haugtomt 2003, Lindeman 2011). Andre suksessfaktorer som blir trukket fram er tydelig lederskap med myndighet til å fatte beslutninger, klare retningslinjer, samarbeidsavtaler, målsetting, oppgaver og rammebetingelser (Garåsen & Johnsen 2005, Hogue, Shaw & Walker 2006, Ringvold 1994, Ueland 2011).

Til slutt er det faktorer som er knyttet opp mot læring gjennom samarbeid og muligheten for å utveksle kompetanse som øker muligheten for at samarbeidet skal lykkes (Dawson 2007, Haugtomt 2003, Holst & Severinsson 2003, Ueland 2011).

Det med bakgrunn i denne empiri og teori rundt temaet samarbeid at jeg ønsket å undersøke samarbeid mellom fysioterapeuter. Jeg tror at det eksisterer mye godt samarbeid, men at det sikkert finnes forbedringsområder.

4.3 Hypoteser rundt problemstillingen

Sett i lys av de ulike teoretiske rammene rundt samarbeid mellom sykehusfysioterapeuter, kommunefysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter er det noen tanker jeg har om hva som kan være fremtredende faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet.

Ut i fra egen erfaring og punkter som San Martín-Rodríguez et al (2005) trekker fram kan det tenkes at det er noe ubalanse i maktforhold mellom fysioterapeutene ved de ulike arbeidsstedene. I tillegg bidrar organiseringen av fysioterapitjenester til ulik tenking når det gjelder samarbeid. De private jobber ikke som team like mye som på de to andre stedene, helt enkelt for at organisering av driften er ulik. Noen variasjoner vil naturlig nok forekomme alt etter hvor store klinikker eller kontorfellesskap som omtales.

Allikevel tror jeg at den største utfordringen ligger på det organisatoriske plan. Her kan det spesielt tenkes at tilrettelegging/prioritering av samarbeid i form av dekning av tid brukt på møtevirksomhet er en utfordring. Per i dag gis det for de privatpraktiserende kun dekning dersom samarbeidsmøtet gjelder en bestemt pasient. Etter min erfaring er at det både i kommunen og på sykehuset er mer god fleksibilitet når det gjelder dette. Det er mulig at kommunikasjon og tilgjengelighet vil være en utfordring. Det er tidkrevende å spore opp rett person til rett tid. Det er heller ikke automatikk i at fysioterapeuter til utskrivningsklare pasienter som skal videre

behandles på institutt tar kontakt med fysioterapeut på institutt, men kommuniserer via epikriser. Jeg antar at mange synes at dette ikke fungerer optimalt med tanke på at mange epikriser kommer i etterkant av behandlingsstart.

5.0 Forskningens design og metode

Studien er basert på et design som gir oss mulighet til å sammenligne ulike caser i forhold til faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet på ulike nivåer. Det er tre ulike grupper som sammenlignes: de sykehusansatte, de privatpraktiserende fysioterapeutene og de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Alle disse hører til det offentlige helsetilbudet. Man ønsker å se hvor samarbeidet fungerer og hvorfor og enda mer interessant er det å se hvilke hindringer de ulike opplever og om de oppleves likt mellom partene. Tabellen under viser hvordan oppgavens design og hvordan resultatene vil bli presentert i analysekapitlet.

Tabell 5 Forskningens design

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Samarbeid mellom sykehuset og de kommunalt ansatte	Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende	Samarbeid mellom de privatpraktiserende og sykehusansatte
Systemisk plan			
Organisatorisk plan			
Relasjonelt plan			

Teori, empiri, referater fra møter samt intervjuer danner grunnlaget for studien. En kvalitativ tilnærming vil gi meg som forsker muligheten til å gå i dybden og få frem nyanser og detaljer. Jeg ønsker å få fram mest mulig informasjon rundt temaet samarbeid, få informasjon om hvordan virkeligheten oppleves fra respondentenes ståsted. I forskning vil metoden som blir brukt til alltid være med på å påvirke dataens validitet (Jacobsen 2010), noe som vil bli drøftet i kapitlet om validitet og reliabilitet.

5.1 Valg av metode

Det finnes lite forskning rundt fysioterapisamarbeid. Den induktive tilnærmingen har som hensikt å få innblikk i respondentenes livsverden og via det skape empirisk kunnskap, såkalt «grounded-theory» (Brinkman & Kvale 2010). En fenomenologisk tilnærming innen kvalitativ forskning har som mål å forstå sosiale fenomener som har sitt opphav i respondentenes opplevelsesverden. Hvordan opplever kommunefysioterapeutene samarbeidet? Hvorfor er sykehusfysioterapeutene fornøyde med samarbeidet? Det er gjennom deres beskrivelser og oppfatning av verden at vi kan se virkeligheten (Brinkman & Kvale 2010).

Fenomenologien har sitt opphav i fra begynnelsen av 1900-tallet ved filosof Edmund Husserl (Brinkman & Kvale 2010). Martin Heidegger utviklet den videre i eksistensfilosofisk retning og derfra videre igjen av Maurice Merlau-Ponty og Jean-Paul Sartre. Heidegger og Husserl utvidet fenomenologien til å omfatte menneskets livsverden (Brinkman & Kvale 2010). Senere har Merlau-Ponty blitt kjent for å inkludere kroppen i den fenomenologiske tankegangen.

Det er med utgangspunkt i den fenomenologiske tankegangen og interessen for teamet samarbeid blant fysioterapeuter at jeg ønsker å undersøke virkeligheten til fysioterapeutene. Som hovedmetode er individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer som baserer seg på intervjuguide (vedlegg 3) bygget på relevant teori. Min interesse ligger i å finne ut hvordan fysioterapeutene opplever samarbeidet og hva som eventuelt er med på å fremme eller hemme dette.

5.2 Kvalitativ metode

Målet med en kvalitativ metode er å få fram respondentenes livsverden gjennom ord, setninger og fortellinger (Brinkman & Kvale 2010, Jacobsen 2010). Via intervjuer ønsker vi å få informasjon om spesifikke temaer der beskrivelsene ønskes mest mulig detaljerte og nyanserte, vi vil ha fram respondentenes oppfatninger og holdninger (Brinkman & Kvale 2010, Jacobsen 2010).

Dybdeintervjuene egner seg best når man ønsker å få fram detaljer og når det er få enheter som undersøkes. Når så få enheter undersøkes vil man ikke kunne generalisere svarene. Svarene vi får vil alltid være respondentenes oppfatning av noe, deres fortolkning av virkeligheten. Intervjuer som brukes i kvalitativ forskning er alltid knyttet opp mot kontekst, noe som gjør at kunnskap som blir nådd i en viss situasjon ikke lar seg replisere eller kvantifisere.

Det som i all hovedsak kjennetegner kvalitativ forskning er ulike former for intervjuer, observasjon samt dokumentundersøkelse for å oppnå kunnskap (Jacobsen 2010). Et intervju er knyttet til kontekst og er derfor svært følsom for ytre påvirkning. Ved valg av intervjumetode må vi derfor ha klarhet i hvordan vi ønsker å gjennomføre intervjuene, hvordan den praktisk gjennomføres, strukturering av intervjuet, bruk av båndopptaker, tid, forhåndsinformasjon til respondenten og hvor intervjuene skal gjennomføres.

Intervjuene påvirkes i stor grad av forskeren og den mellommenneskelige situasjonen og samspillet mellom forskeren og respondenten (Brinkman & Kvale 2010). Konteksteffekten i en intervjusituasjon vil igjen si at intervjuet påvirkes av konteksten intervjuet foregår i. Alle kontekster påvirker intervjuet i en eller annen form (Jacobsen 2010). Det finnes svært mange ulike måter å gjennomføre intervjuer på. Man kan gjennomføre dem ved å være fysisk til stede eller atskilt (telefon, internett) (Jacobsen 2010). Dette vil naturlig nok ha stor betydning for resultatene, men fordelene ved å bruke for eksempel telefon eller internett er at man når flere som er geografisk lengre unna eller befinner seg i et område som er farlig, for eksempel i krigssoner (Brinkman & Kvale 2010).

Andre intervjuformer i tillegg til individuelle intervjuer er datastøttede intervjuer, fokusgruppeintervjuer, faktuelle intervjuer og begrepsintervjuer. Mer sjeldent brukes det narrative og diskursive intervjuer, men også konfronterende intervjuer kan brukes for å samle inn data (Brinkman & Kvale 2010, Jacobsen 2010).

For å få fram de individuelle nyansene når det gjelder fysioterapisamarbeid ser jeg det som hensiktsmessig å foreta individuelle intervjuer basert på en semistrukturert intervjuguide. Jeg ønsker å få vite hva den enkelte fysioterapeut mener og opplever rundt fenomenet. Fleksibiliteten og samspillet gjør det mulig å få utdypende svar og jeg som forsker ønsker etter hvert i løpet av intervjuene å komme til et metningspunkt hvor det lenger ikke kommer fram ytterligere ny informasjon. Det man derimot bør være særdeles oppmerksom på er å legge til side sine egne hypoteser og forutsetninger under intervjuet samt å være åpent og gå inn med en bevisst naivitet (Brinkman & Kvale 2010).

5.3 Utvalg av informanter

Jeg valgte å avgrense kartleggingen til å omfatte fysioterapeuter som arbeider med voksne i fylket som inngår i det offentlige helsetilbudet (unntatt turnuskandidater) med 100 % stillingsstørrelse. De som tilhører det offentlige helsetilbudet i kommunene er kommundefysioterapeutene som er ansatte i kommunen og de privatpraktiserende med driftstilskudd i fra kommunen. I tillegg i studien kommer fysioterapeutene ved sykehuset. Utvalget representerer fysioterapitjenesten i kommunene og på sykehuset realistisk. Jeg ønsker ikke å kartlegge samarbeidet mellom rehabiliteringsinstitusjonene eller blant de helprivate fysioterapeutene i kommunene som jobber uten tilskudd. Dette for å avgrense studien.

Enhetene i undersøkelsen var 3 representanter i fra sykehuset, 3 kommunalt ansatte fysioterapeuter i en middels stor kommune (innbyggere mellom 40- 60 000) samt 3 fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd i den samme kommunen, totalt 9 personer. Det var ønskelig med representanter av begge kjønn.

Avdelingsleder ved sykehuset og enhetsleder for forebyggende tjenester i kommunen ble kontaktet per telefon for å få tillatelse til å gjennomføre intervjuene blant fysioterapeuter de var ledere for. Det ble også sendt informasjon per e-post (vedlegg 1 og 2). Etter at de hadde sagt seg villige til å være med på forskningen ble de bedt om å sende brev per post med liste over ansatte som har vært ansatt ved henholdsvis sykehuset, kommunen eller med tilskudd i kommunen siden 1.11.2009 eller tidligere, slik at jeg kunne foreta utvelgelse av respondenter. Grunnet et ønske om å intervju fysioterapeuter som hadde jobbet en stund satte jeg som kriterium at vedkommende hadde jobbet lengre enn 2 år. På denne måten utelukket jeg at nyansatte som hadde lite erfaringer om samarbeidet ble valgt som respondenter. Jeg ønsket å intervju både ledere og ansatte for å få et helhetlig bilde.

Tabell 6 Oversikt over informanter

	Sykehuset	Kommunen	
Ledere/ kontaktperson	Seksjonsleder (kvinne)	Kontaktperson private (mann)	Team fysioterapi, fagområde voksne, teamleder (mann)
Fysioterapeuter uten lederansvar	Ansatt (mann)	Selvstendig næringsdrivende (mann)	Ansatt (kvinne)
	Ansatt (kvinne)	Selvstendig næringsdrivende (kvinne)	Ansatt (kvinne)
Antall respondenter:	3	3	3

5.4 Datainnsamling

Jeg valgte å foreta individuelle intervjuer basert på en intervjuguide med middels strukturingsgrad. Dette gir fleksibilitet for respondenten men samtidig kan intervjuer ta opp temaer dersom vedkommende ikke kommer innom disse (Jacobsen 2010). Jeg ønsket å foreta intervjuene selv for å kunne få best mulig innsikt og oversikt over intervjusituasjonen og kunne følge opp med oppklarende spørsmål. Det ble gjort lydopptak med høy kvalitet for å gjøre at intervjuet skulle flyte naturlig.

Deltakerne ble kontaktet per telefon hvor jeg kort inviterte til intervju. Jeg oppga problemstillingen i oppgaven og utdypet at jeg var interessert i å vite hvordan fysioterapeuter samarbeider. Alle som ble kontaktet ønsket å delta. Det ble deretter avtalt tid og sted for intervjuene. Jeg startet alle intervjuene med å legge fram samtykkeerklæring (vedlegg 4) fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og informere om at det når som helst var mulig å trekke seg fra prosjektet. Jeg informerte at jeg var interessert i deres opplevelse rundt temaene og at de skulle gi svarene så beskrivende som mulig. Intervjuene foregikk i tidsperioden 23.11.11-17.01.12. Intervjuene varte i fra 34 minutter til 54 minutter, til sammen ca. 6 timer. Gjennomsnittlig varighet for intervjuene var i underkant av 40 minutter.

Intervjuguiden

Basert på det teoretiske grunnlaget og problemstillingen ”*Hvordan er fysioterapisamarbeidet mellom sykehus, kommunalt ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter?*” valgte jeg å dele intervjuet i to hoveddeler. Det ene om konkret samarbeid, den andre delen om generelle utfordringer i forhold til de ulike determinantene. Jeg ønsket at intervjuene skulle ha stor fleksibilitet med mulighet til å kunne gå videre å utdype temaer som dukket opp. Allikevel hadde jeg en intervjuguide som var med på å forme intervjuene. I den første delen ønsket jeg å kartlegge områder som omhandler følgende temaer:

1. Premisser for samarbeid
2. Samarbeidskvalitet
3. Samarbeidstema
4. Kommunikasjon og kontakt

Den andre delen av intervjuet omfattet ulike faktorer som er med på å eventuelt fremme eller hemme samarbeidet. Som grunnlag for dette ligger Beaulieu et. al 2005a forskning og inndeling av faktorer på relasjonelt, organisatorisk og systemisk plan. Jeg omformulerte spørsmålene til å være mer forståelige men ønsket å få vite hvordan situasjonen er i det aktuelle fylket i dag, om det er faktorer som fremmer og hemmer et samarbeid på:

1. Personlige forhold (relasjonelle determinanter)
2. Organisatoriske forhold (organisatoriske determinanter)
3. Overordnede forhold (systemiske determinanter)

Til slutt ba jeg respondentene om å komme med ideer om hvordan de mente at samarbeidet kunne forbedres.

Det var viktig og ikke å være ledende samtidig som jeg ønsket å få svar på forhånd planlagte kategorier. Det er påvist at bare en liten omformulering i spørsmålet kan være med på å påvirke svaret (Brinkman & Kvale 2010). Jeg utførte et prøveintervju med en tidligere kollega. Dette var nyttig i forhold til å vite tidsbruken, samt jeg omformulerte noe av spørsmålene til å være mer tydelige og forståelige. Veilederen min godkjente intervjuguiden min før jeg begynte med dybdeintervjuene. Intervjuguiden ligger som vedlegg (vedlegg 3).

Sykehusansatte

Intervju av ansatte ved sykehuset foregikk i to bolker. Det første intervjuet foregikk hjemme hos forsker på grunn av praktiske årsaker (respondent bor i nærheten). De to andre (leder og ansatt) ble intervjuet på arbeidsplassen sin. Alle intervjuene ble avtalt i god tid og det var opprinnelig satt av 1,5 timer til intervjuene. De ansatte på jobb hadde fått fri til å delta på intervju i arbeidstid (rett før lunsj). Det var ingen forstyrrende elementer ved det første intervjuet som foregikk på kveldstid hjemme hos forsker. De to andre intervjuene som foregikk på ble preget av liten tid, telefoner og folk som kom innom. Selv om dette ikke var i stor grad, så forstyrret det intervjusituasjonen. Intervjuene med sykehusansatte var de første tre intervjuene.

Kommunalt ansatte fysioterapeuter

Det ble avtalt tre forskjellige dager for intervju med de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Alle intervjuene foregikk mellom klokken 8-9 på morgenen på fysioterapikontoret på et sykehjem. Tidspunktet var ønsket av de ansatte på grunn av at dette i liten grad fratok tid fra pasientbehandlinger. Det var ingen forstyrrende elementer under intervjuene og atmosfæren var rolig. Disse intervjuene var 4.-6. i rekken.

Privatpraktiserende fysioterapeuter

Intervjuene med de privatpraktiserende fysioterapeutene ble foretatt på tre ulike institutter i kommunen. Ingen av dem var kollegaer. Tidspunktet for alle intervjuene var etter arbeidstid. Det var ingen forstyrrende elementer under intervjuene, men en deltaker virket å være litt sliten og småstresset.

5.5 Analyse av dataene

For å kunne bearbeide innsamlet data måtte intervjuene transkriberes. Jeg valgte selv å transkribere intervjuene, dette for å få et nært forhold til innholdet og for å få med alle nyansene og detaljene i samtalene. Opptakene var av høy kvalitet og det var kun noen få setninger som var vanskelige å høre. Disse ble plukket ut som ugyldige. Jeg transkriberte det første intervjuet med en gang, dette for å lære om min egen intervjustil. I likhet med hva Brinkman og Kvale (2010)

skriver så begynner man allerede i transkripsjonsprosessen å bearbeide og analysere data, noe som gjorde transkripsjonsprosessen mer interessant.

Intervjuene ble transkribert ordrett, med unntak av å skrive fyllord som ble gjentatt uten mening. I tillegg valgte jeg og ikke å transkribere noen minutter hvor vi snakket om noe helt annet som ikke hadde med undersøkelsen å gjøre. Disse avsnittene ble tydelig merket i transkripsjonsteksten med både hva minuttene gjaldt og tidspunkt på opptaket slik at jeg eventuelt kunne gå tilbake for å høre på det. I transkripsjonsprosessen brukte jeg ikke transkripsjonskonvensjoner, men skrev ordrett meningene som ble sagt. Hovedpoenget mitt var å få tak i respondentene opplevelser, ikke de språklige nyansene.

Til sammen 6 timer med opptak ble gjort og dette produserte rundt 82 sider intervjuer med halvannen linjeavstand. Transkripsjonen ble gjort stykkevis i perioden januar til mars 2012. For å beholde konfidensialiteten var opptakene anonyme, men ble merket med ”Intervju 1-sykehusansatt” osv.

Analyseprosessen

Det finnes ulike måter å gå fram i analyseprosessen. Denne kan grovt sett deles inn i tre faser: beskrivning av materialet, systematisering og kategorisering samt reduksjon av materialet og til slutt sammenbinding av opplysninger (Jacobsen 2010). I denne studien bruker jeg innholdsanalyse. Innholdsanalyse brukes for å beskrive innholdet i et utsagn og man kan ved hjelp av koding og kategorisering kvantifisere det som er blitt sagt i intervjuene (Brinkman & Kvale 2010). Ved hjelp av kategorisering kan man forenkle og sammenligne intervjuene og få et fenomen belyst i fra ulike sider (Jacobsen 2010). Nettopp det sistnevnte var noe jeg ønsket å finne ut av. Hvordan de ulike gruppene opplever samarbeid og hvordan dette samsvarer med empirien. Kategoriene ble dannet ut i fra og de 7 hovedpunktene i intervjuguiden (se kap. 5.4). Et hovedargument i bruk av kategorier er at kategorien må være relevant for minst to enheter, ellers er det ikke grunnlag for å sammenlikne (Jacobsen 2010).

Jeg startete prosessen med å redusere materialet til et mer håndterlig materiale hvor alle viktige poeng og synspunkter ble nøye beholdt. Deretter kodet jeg teksten ved hjelp av farger, alt etter hvilken kategori de tilhørte (relasjonelt plan, organisatorisk plan og systemisk plan). Jeg valgte å analysere og dele opp et intervju ad gangen, trekke ut teksten og plassere det i et eget dokument

hvor jeg samlet all tekst som tilhørte denne kategorien. Når jeg leste igjennom teorigrunnlaget jeg hadde, merket jeg av hvilke sitater som ville vært passende for å belyse det aktuelle fenomenet og disse ble trukket ut fra teksten. Videre i prosessen var meningsfortetning og meningsfortolkning. Dette ble gjort ut i fra oppgavens design. Dette gjorde denne prosessen oversiktlig og systematisk.

Hele tiden bør forskeren på en fordomsfri og åpen måte se etter hovedtemaer som deretter kan bearbeides videre i teoretiske analyser og fortolkninger (Brinkman & Kvale 2010). Ved meningsfortolkning vil en gå utover det som direkte er blitt sagt og danne meningsstrukturer (ibid.).

5.6 Ethiske vurderinger

De etiske perspektivene ble ivaretatt i følge Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Prosjektet ble meldt inn med start 1.11.2011 og slutt 31.12.2012. Prosjektnummer var 28517 (vedlegg 5). Det ble sendt inn samtykkeerklæring (vedlegg 4) som ble godkjent for bruk i intervjusituasjonene. Alle deltakere fikk både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og alle skrev under på samtykkeerklæring i tråd med NSD sine retningslinjer innenfor om å kunne trekke seg dersom ønskelig. Intervjuene ble allerede i intervjusituasjonen gjort anonyme og transkribering ble gjort av forskeren selv.

Videre kan det oppstå etiske dilemmaer når man skal diskutere hvordan noen ting fungerer ved sin arbeidsplass. Man kan ha en egne oppfatning om temaet, men kan også bli påvirket til å svare på vegne av den felles oppfatningen som råder ved arbeidsplassen. Man ønsker som oftest ikke å sette sin arbeidsplass i et dårlig lys eller gå ut å kritisere sine egne kolleger eller sin leder. Spesielt når forskningen er så snever og det finnes en viss mulighet for å kunne bli gjenkjent. Allikevel er det ofte disse konfliktene og problemområdene som er av interesse å se hvorfor disse peker seg ut og hvordan disse kan henge sammen med andre utsagn og empiri.

Noen av de direkte sitatene er kortet ned. Dette vil si at enkelt fyllord er fjernet for å skape forståelig sammenheng for leseren. Dette har i følge forskeren ikke forandret på innholdet og budskapet av sitatet.

5.7 Validitet

Et stort tema rundt all forskning er spørsmålet om validitet. Hvilke validitetsfeller har jeg tråkket i under studien, kunne jeg eventuelt ha unngått disse? Det finnes nok uendelig mange validitetsfeller i kvalitativ forskning, og her prøver jeg å belyse noen i min forskning. Alle respondenter jeg snakket med hadde jobbet over to år på sin arbeidsplass og dermed anser jeg at det hadde kvalifisert informasjon om temaet samarbeid med utgangspunkt i sin arbeidssituasjon.

Forskerens forforståelse og undersøkereffekt

Jeg er selv fysioterapeut og jobber i det aktuelle fylket. Jeg jobber ikke sammen med noen av respondentene, men på forhånd visste jeg om eller kjente jeg fem av de ni jeg intervjuet. Dette kan påvirke det som kalles undersøkereffekt. Det vil si at de som blir intervjuet rett og slett påvirkes av intervjueren (Jacobsen 2010). Det kan hende at de som visste hvem jeg var eller kjente meg hadde enten lettere eller vanskeligere for å åpne seg i samtalen. Det samme kan selvfølgelig gjelde de som ikke kjente meg. Jeg prøvde bevisst å oppføre meg mest mulig likt ved alle intervjuene og eventuelt privat prat skjedde enten før eller etter intervjuene.

Det var utfordrende og ikke å ha meninger om det som ble sagt og jeg er klar over at jeg innimellom blandet meg litt inn i samtalen og for eksempel bekreftet det som ble sagt på en samtykkende måte som ikke var nøytral. Allikevel klarte jeg å stille mange åpne spørsmål og deltok med aktiv lytting. Ved fokusert aktiv lytting kan man gjenta det personen sier for å få en bekreftelse på at man har forstått innholdet korrekt og intervjupersonen kan reflektere over utsagnet sitt (Gjerde 2010). I tillegg skal man lytte uten fordommer og bare høre åpent hva som blir sagt.

Som forsker er jeg ute etter ny viten og kunnskap. Allikevel har jeg en grunnleggende basisinformasjon om temaet siden jeg har jobbet innen alle de tre ulike kategoriene. Jeg har vært ansatt både ved sykehuset og i kommunen og for øyeblikket jobber jeg innen privat praksis i en liten kommune. På en måte gir dette meg større kunnskap om organiseringen og temaene som ble brakt opp i intervjuene samtidig som dette kan være noe som blokkerer min objektivitet. Har respondentene uttalt sin sannhet? Har jeg forstått det korrekt eller bidrar min forforståelse rundt temaet til noe annet? Måler jeg det jeg tror jeg måler med dette spørsmålet? Et validitetsspørsmål er nettopp om alle tolker og oppfatter ordet samarbeid og det å samarbeide likt.

Konteksteffekt

Intervjuene foregikk til dels på arbeidsplassene og et hjemme hos forsker. Konteksten var dermed svært ulik. Alle hadde ryddet plass til intervjuene, allikevel ble noen preget av hastverk grunnet uforutsette ting. Tidspunktet varierte i fra tidlig morgen til sen ettermiddag. Man kan vurdere konteksteffekten i lys av om den er kunstig eller naturlig, planlagt eller overraskende eller tidspunkt (Jacobsen 2010). Med grunnlag i dette så var det ulike forutsetninger som kan ha påvirket intervjusituasjonen.

Overførbarhet

Kvalitativ forskning er ikke generaliserbart. Jeg tror at man i denne studien kan belyse noen temaer som kan overføres til andre situasjoner og kommuner, men mange av teamene er så personavhengige at det ikke lar seg overføres. Det er mange variabler til stede som gjør overførbarhet vanskelig. Eksempler på dette er kommunenes og sykehusets størrelse, avstander, møtepraksiser, kommunikasjonsvaner etc. Jeg håper allikevel at noe kan overføres andre arbeidsplasser enn de som har deltatt i min studie.

5.8 Reliabilitetsspørsmålet

Hvor troverdige er forskningsresultatene jeg presenterer og hvorvidt kan disse reproduseres av andre? Dette er spørsmål Brinkman & Kvale (2010) stiller. Dette bør spesielt vurderes i sammenheng med intervjuteknikk, transkribering og kategorisering (ibid.). En svakhet jeg kan peke ut angående intervjuteknikk er at jeg muligens tydeliggjorde noen av spørsmålene bedre til enkelte en jeg gjorde til andre. Hvordan kan jeg da være sikker på at de fikk samme oppfattelse av spørsmålet? På grunnlag av at jeg transkriberte alle intervjuene selv stiller jeg ikke spørsmål ved dette. Alle ble gjort på samme måte av samme person.

6.0 Presentasjon av funn

Fysioterapeutene jeg intervjuet hadde til dels felles meninger rundt hvordan samarbeidet er og hvilke de svake punktene er. Det kom tydelig fram punkter som er forenlige med antatte utfordringer basert på teorigrunnlaget, spesielt det som kommer fram rundt rammebetingelser og de organisatoriske forutsetningene. De største utfordringene ser allikevel ut til å ligge under på det relasjonelle planet.

Jeg intervjuet ni personer, alle med minimum to års arbeidserfaring og alle var i 100 % arbeid. Av disse var det 4 menn og 5 kvinner. Jeg anser at informasjonen jeg har fått er rimelig adekvat for å beskrive situasjonen slik som den er i dag.

Teorigrunnlaget i denne oppgaven baserer seg i stor grad på San Martín-Rodríguez et al (2005) sin forskning om determinanter som fremmer og hemmer samarbeid på ulike nivåer. Det er med grunnlag i disse at jeg ønsker å finne ut hvordan den egentlige situasjonen blant fysioterapeutene er og om det er stort avvik mellom de ulike organisasjonsformene til tross for at det er samme profesjon. Den første delen av presentasjonen omhandler temaene som har med det konkrete samarbeidet i dag, hvordan det foregår og hvordan det oppleves sett ut ifra de ulike ståstedene fysioterapeutene i det offentlige helsetilbudet arbeider.

6.1 Fysioterapeutenes formelle samarbeidsarenaer

Det finnes to formelle samarbeidsarenaer for fysioterapeutene i dette fylket. Det ene i regi av sykehuset i form av Fysionettverket (kap.2.5) hvor ledere for kommunalt ansatte samt lederne og de fagansvarlige fysioterapeutene i fra sykehuset møtes. Det andre i regi av kommunen gjennom fysioterapeutenes samarbeidsutvalg FSU (kap. 2.5) hvor de privatpraktiserende fysioterapeutene i kommunen, kommunalt ansatte og helseledelsen i kommunen møtes. Per i dag finnes det ikke en felles samarbeidsarena hvor alle de tre ulike tilbyderne av fysioterapitjenester møtes og de er heller ikke knyttet til hverandre på annen måte. Den eneste arenaen hvor alle *kan* møtes, er medlemsmøtene (da kun for fysioterapeuter organisert i NFF) som fysioterapiforbundets fylkesavdeling arrangerer. Videre presenteres funnene i fra datainnsamlingen i en komprimert setting. Jeg har ut i fra intervjuene delt opp funnene i ulike kategorier. De er noen variasjoner i presentasjonene mellom de ulike gruppene, dette på grunn variasjoner som kom fram i intervjuene.

6.2 Samarbeid mellom kommunalt ansatte og sykehuset

Formelt samarbeid

Man opplever at Fysionettverket som et formelt samarbeidsforum har bidratt til en positiv utvikling når det gjelder samarbeid mellom de kommunalt ansatte fysioterapeutene og sykehuset. Møtene har funnet sted ca. 2 ganger årlig i to år. Man opplever både i fra kommunal side og i fra sykehuset sin side at dette, som et formelt samarbeid, også har bidratt til bedre uformell kontakt i form av hyppigere telefonisk kontakt angående pasienter og pasientinformasjon. Både de kommunalt ansatte og sykehusansatte mener at kommunikasjonen er blitt bedre etter å ha blitt mer kjent gjennom nettverksmøtene. En av respondentene på sykehuset sa:

«Jeg tror bare den dere gruppa (Fysionettverk) hvor vi har møtt hverandre litt og..nå merker jeg fysioterapeuter som jobber i kommunen ringer og de på opptreningssteder ute ringer oss om den pasienten er inneliggende på den og den avdelingen, hvordan er rehabiliteringspotensialet. Litt mere kontakt enn det kanskje har vært».

Det informeres om at det å ta kontakt per telefon er blitt både bedre og enklere. Som et resultat av nettverksmøtene har man i kommunene fått kontaktpersoner som gjør det lettere for sykehuset å kommunisere med kommunen ved utskriving av pasienter med behov for videre fysioterapibehandling. Dette har gjort samarbeidet tettere, spesielt med tanke på samhandlingsreformen og arbeidet med raskere utskrivning til kommunene. Ved spørsmål om bedring av kontakt ut mot kommunene svarer en respondent ved sykehuset følgende:

Ja jeg synes det. Det har nok vært der før også, men vi har ikke visst hvordan vi skal kontakte dem fordi kommunen skifter hele tiden ansatte, mens det nå i nesten alle kommuner er en person vi forholder oss til. Da er det mye lettere å formidle videre til den person som skal ha det, og de formidler også videre dersom de mener at det skal følges opp på et institutt. Jeg synes at det fungerer veldig bra nå og vi har økende kontakt nå fordi det er så mange flere som trenger oppfølging etter utskrivelse.

Kommunalt ansatte forteller at terskelen for å ringe til sykehuset er blitt senket, både for de som har deltatt på møtene og blitt kjent med sykehusfysioterapeutene, men også for de som ikke har

vært med på møtene. De oppfatter sykehusansatte som åpne for både samarbeid og kontakt. I tillegg opplever de sykehusfysioterapeutene som svært hyggelige og imøtekommende.

«Veldig ros til terapeutene på sykehuset, jeg synes det er blitt...ja man kunne blitt møtt, med: «Dere igjen..ahhh», ikke sant, men sånn er det ikke i det hele tatt. Selv om vi aldri har møtt dem så kan vi få dem på telefonen og så» Hei det er NN fra NN kommune osv... og så svarer de «Å hei NN!» da er det er så hyggelig, det er ikke noe problem»

De avholdte fysionettverksmøtene er i følge respondentene godt forankret både i kommunene og på sykehuset. Fra kommunesiden har det ofte vært representanter med lederfunksjon i tillegg til ansatte. Fra sykehuset sin side det har det vært fagansvarlige og avdelingsledere og avdelingsleder til stede.

Det har ikke vært privatpraktiserende fysioterapeuter / kontaktpersoner til stede på nettverksmøtene. Både de kommunalt ansatte og sykehusansatte tenker at det hadde vært en god idé, men er usikre på hvordan man praktisk kan løse dette. Respondentene i fra sykehuset visste ikke hvorfor de privatpraktiserende eller deres representanter ikke er invitert til å delta. En svarte at man tenker at de kommunalt ansatte skal videreformidle det som blir sagt på møtene, mens en annen tenker at det muligens har noe med prioriteringer og tilgjengelighet å gjøre. Også størrelsen på forumet kan i følge en respondent være årsaken til at de ikke er invitert.

«Det er fordi det sikkert er altfor mange, de blir vel et kjempestort forum vil jeg tro hvis vi hadde tatt inn alle. Fordi det her har jo vært veldig mange aktører bare som er de kommunale, så det ville vel blitt et kjempeforum antakeligvis men det er en mulighet at NN (avdelingsleder for sykehuset) mener at privatpraktiserende også bør trekkes inn der... Det hadde vært lurt ja, men vi må vel begynne et sted kanskje.»

Heller ikke de kommunalt ansatte vet årsaken til hvorfor de private ikke deltar på nettverksmøtene. Ved spørsmål om det er et ønske at de skal være med svarer en kommunefysioterapeut:

«Det kan godt være at de hadde hatt utbytte av å være der de også absolutt. De hadde kanskje styrka samarbeidet litt.»

Formelle retningslinjer og opplæring i samarbeid

Det er ingen klare og entydige retningslinjer når det gjelder samarbeid mellom kommune og sykehus. Innenfor sykehuset finnes det i følge to av respondentene ingen klare retningslinjer og prosedyrer for når man skal ta kontakt med fysioterapeut ute, unntatt når det gjelder nyopererte. Mye går på skjønn og hvordan pasientens funksjonsnivå er. Det er heller ikke noen formell opplæring i tema samarbeid selv om man anser dette som viktig i forhold til samhandlingsreformen.

«Det er vel ikke, jeg vet ikke om det er fastlagt i noen prosedyrer, men det er klart at det blir mer og mer viktig å samarbeide i forhold til samhandlingsreformen, folk er mye kortere tid på sykehus og må da sluses videre sånn at det blir mest mulig hele veien liksom. At den behandlingslinjen må jo ligge der, ikke bare i sykehuset med også ut av sykehuset òg.»

Allikevel anser to av respondentene ved sykehuset at prosedyrene og retningslinjene innenfor sykehuset fungerer bra slik som de er nå, og at kontakten og samarbeidet videre ut mot kommunene og de private er tilfredsstillende. Man tenker at behovet for mer formelle retningslinjer og samarbeid øker etter hvert på grunn av at samhandlingsformen trådte i kraft fra 1.1.2012.

«Jeg vil tro at behovet dukker opp kanskje. Ja jeg vil tro at behovet for å få ting kanskje enda mer, holdt på si, sånn ordentlig i sånn prosedyreform er sikkert ålreit. For å få til det så må man ha litt grunnlag for å vite hvordan man skal gjøre det. At man kanskje kan kurses eller at det blir noen som trekker i noen tråder der, og får det til å bli enda bedre enn det er nå, det er sikkert lurt.»

Respondentene i kommunen informerer om at det heller ikke i fra kommunen sin side finnes noen formelle retningslinjer når man skal ta kontakt med sykehuset, men man synes at det fungerer bra slik som det er nå.

«Sånn som det har vært nå så er det ikke noen sånn prosedyre på det, ikke som jeg vet om, ikke noe konkret, men sykehuset pleier å kontakte oss hvis det er noen aktuelle pasienter som trenger videre oppfølging hjemme eller, enten det er via epikriser eller telefon.»

I forhold til opplæring innenfor tema samarbeid eksisterer det basiskunnskap i fra grunnutdanningen, ellers ikke noe formell opplæring.

Samarbeidstemaer

Det man først og fremst samarbeider om mellom alle partene er selvfølgelig pasientene. Det meste går på videreformidling av informasjon rundt pasientens funksjonsnivå og sykdom eller skade. Sykehuset har en veiledende funksjon og det er for det meste spørsmål angående videre rehabilitering og behandlingsforslag. Sykehuset har vært forsiktige med å gi detaljerte beskrivelser på opptrening fordi man har vært usikre på responsen.

«Hvis det er spesielle ting sånn som innen ortopedi og noen felt der så er det satt opp fra operatøren sin side at de neste ukene skal man gjøre sånn og sånn, de neste ukene skal man jobbe sånn og sånn. Og da gir vi informasjon om det. Men ellers har vi vært veldig forsiktige med å fortelle hva folk skal gjøre fordi det ikke er alle som liker det. Men på det siste samhandlingsmøtet vi hadde fikk vi tilbakemelding på at de ville veldig gjerne ha en sånn oppskrift på hva de skal gjøre videre».

Allikevel er det sprik i hvordan man oppfatter detaljert informasjon om hvordan videre behandling skal foregå. I følge to av respondentene i kommunen er det ikke viktig med detaljstyrt informasjon, men at man er tydelig og konkret i forhold til restriksjoner og spesielle ting som er av stor betydning i forhold til behandlingen.

«Jeg synes at man da blir bundet, jeg synes det er veldig greit å komme som fagperson og ta den vurderingen selv, ting kan endre seg. Jeg synes praktisk at det er veldig stor forskjell på epikrisene også. Det er jo det, men stort sett så er det greit og så tar jeg mine egne bilder i faget og så..ja».

Under fysionettverkmøtene har man hatt noen faglige diskusjoner om for eksempel ulike tester og hva den andre motparten synes om disse og nytten av å frembringe resultatet til den videre behandler. Også epikriser er blitt diskutert.

Kompetanseutveksling i form av hospitering forekommer, men i liten grad. I følge en respondent er det tatt opp på hvert nettverksmøte spørsmål om hospitering for å øke samarbeidet. Noe

hospitering har forekommet begge veier mellom kommunen og sykehuset, men det er et ønske i fra begge sider at det skal hospiteres mer. Det har for det meste vært i forbindelse med opplæring av bruk av spesielt utstyr. Et ønske med hospitering i tillegg til å bli bedre kjent med personer og avdelinger samt kompetanseutveksling.

Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen skjer i all hovedsak per telefon i tillegg til brev. Slik som det i kapitlet om nettverksmøtene kom fram, har hver kommune i dette fylket på Østlandet fått en kontaktperson som de skal ringe i forhold til utskrivningsklare pasienter. Dette har ført til at sykehuset raskere får tak i kommunen, som da skal delegere og videreformidle opplysninger. Når det gjelder kommunikasjon fra kommunen opp mot sykehuset fungerer dette også brukbart. Man opplever at det er noe vanskelig å få kontakt med den behandlende fysioterapeut, men uansett får man tak i den informasjonen man er ute etter, selv om dette kan være tidkrevende. I noen tilfeller bruker man callingen. Man etterlyser et journalsystem som kommuniserer mellom alle de tre nivåene.

«Men det kunne jo absolutt vært bedre fungerende måter å hatt samarbeide på da som hadde gjort det litt lettere, sånn at det ikke tar så lang tid. For det gjør det nå. Vi må nå ta en telefon, ringe ned, den terapeuten er ikke til stede, ringer deg opp igjen. Og hvis du ikke er til stede da så...vi har jo funnet ut noen spesielle tidspunkt hvor det kanskje er lettere å finne, dem er til stede enn andre, men det tar jo mye tid av arbeidsdagen, det gjør det. Så på en måte å hatt et felles datasystem hadde gjort det veldig mye lettere.»

På grunn av taushetsplikten er det ikke mulig å sende pasientopplysninger via e-post. Det man bruker e-post til mellom kommunen og sykehuset er til å spre eller samle informasjon om behandlingstilbud, undersøkelser, oppdateringer av kontaktopplysninger eller møteinnkallinger. Alle fysioterapeutene på sykehuset og kommunene var enige i at et felles pasientjournalsystem hadde gjort kommunikasjonen mye lettere.

«Jo det snakket vi jo veldig om på det møtet, at tenk hvor deilig hvis dere hadde kommet inn og vi sammen kunne lest om pasienten, slippe det systemet med å fortelle alt som om det som om ingen vet noen ting, helt fra scratch.»

«Men det hadde vært noe å hatt et system som snakket sammen, det er jo bare drømmen, å bare kunne gått inn og klikk klikk klikk, ikke sant, det er drømmen at man får til et elektronisk pasientjournalssystem hvor alle kan snakke sammen, sykehuset, fastlegene, vi og de privatpraktiserende. Det har vel vært et underpunkt i samhandlingsreformen i sin tid, men det tar jo sin tid.»

Epikriser og henvisninger blir sendt i fra sykehuset til kommunen per post. På grunn av postgangen er man i telefonkontakt i forbindelse med den aktuelle pasienten i forkant av utskrivelse og kommunen opplever at de fleste sykehusfysioterapeutene sender epikrise innen kort tid.

«Som hovedregel så kommer de nok etter, men da har vi jo hatt som sagt hatt en samtale om pasienten i forkant i større grad nå enn hva vi hadde før. Og fysioterapeutene er de kjappeste, med dokumentasjonen sin. Vi får jo dokumentasjonen og så går det opptil to uker før legene for dokumentasjonen sin... Flinkest i klassen ja. Ja det er helt imponerende. De skiver sjøl.»

Som beskrevet over fungerer informasjonsflyten tilfredsstillende i forbindelse med pasienter i fra sykehuset ut til kommunen. Derimot er det tilsvarende lite kontakt fra kommunen opp mot sykehuset ved eventuelle innleggelse eller re-innleggelse av pasienter. En av grunnene til dette er at en del av eventuelle re-innleggelse skjer akutt utenom terapeutens arbeidstid eller via hjemmesykepleien. Da har man ikke tid til å sende epikrise eller annen relevant informasjon med pasienten.

«Det er ekstremt få reinnleggelse som er planlagt, ofte så er det sånn at på mandag morgen så er det bare at vedkommende er blitt sendt på sykehuset igjen. Økning av ditt og økning av datt. Så vi får snakke om hvordan det kan løses. Et alternativ vi har tenkt på er at hvis en pasient blir akuttinnlagt som har hatt fysioterapi at man skriver ut journalnotatene og sender dem med som fast prosedyre. At innleggende lege eller avdeling gjør det.»

Det er et ønske i fra sykehuset sin side at man ved planlagte innleggelse eller konsultasjoner får medsendt informasjon om gjennomført fysioterapibehandling. Dette er av spesielt stor interesse ved konsultasjoner ved ryggpoliklinikken, men også andre avdelinger og poliklinikker. Et forslag som kommer fram gjennom intervjuene er at man i innkallingsbrevet kan skrive at det er ønskelig

med notat eller epikrise i fra fysioterapeut dersom man har hatt behandling i forkant av den planlagte konsultasjonen.

«For det hender jo at man får inn en pasient som har vært inne i 14 dager og så kommer det en melding om at ja han har hatt fysioterapi hjemme. Og får noen er det kanskje viktig å holde den ved like, og da faller man jo ganske langt tilbake. Så det hadde vært litt greit for oss å få en sånn liten stemme om at den har fått behandling litt generelt hjemme to ganger i uka og da kan i hvert fall være litt på være i hvert fall.»

Kontakt

Møtene i regi av fysionettverket har bidratt til at man har blitt bedre kjent med de som har deltatt på møtet. To av respondentene på sykehuset mener imidlertid at samarbeidet med sykehuset i liten grad er påvirket av personlige faktorer, man har uansett ikke opplevd motstand når temaet samarbeid er blitt tatt opp. En fra sykehuset mener imidlertid at det å være kjent med personen bidrar til positivt. Men slik en av sykehusfysioterapeutene vurderte, kunne kontakten og samarbeidet ut mot kommunene favne flere.

«Jeg tror det som kan være med på å fremme samarbeid ut i kommunen er at man kjenner fysioterapeuten. At det er mye lettere å ta en telefon til en fysioterapeut man kjenner. Både fordi man har lyst til å snakke med den personen hvis personen er hyggelig eller hvis fysioterapeuten er flink, man vet at fysioterapeuten er dyktig på et spesielt område.»

Kommunefysioterapeutene mener også at samarbeid blir påvirket av personkjemi og relasjoner.

Tid er en forutsetning for å ha kontakt med hverandre. Både i kommunen og på sykehuset er man ansatt med fast lønn. Ved spørsmål om tid var en påvirkende årsak til mengde kontakt svarte kun en i fra kommunen at vedkommende opplevde tiden som hinder. Når det gjelder tid til å delta på nettverksmøtene og samarbeid generelt anser de kommunalt ansatte at dette er noe som man bør sette av tid til, noe man også gjør. Man ser nytten i det og anser ikke tid som hindring for samarbeid. Derimot er det den uformelle daglige kontakten som kan skape utfordringer i form av tidsbruk.

«Men sånn tid til møter, samhandling med sykehuset og sånne ting er det jo satt av, det må man på en måte bare sette av tid til og det er det jo på en måte rom for og det skal vi også å fortsette med å være med i. Men akkurat den biten med sykehuset, det å ringe og sånne ting, det tar litt for lang tid nå, men ofte så er vi veldig heldige med at dem sitter der på rekke og rad og da tar det ikke så lang tid. Men det er veldig sjelden hehehe..»

Man opplever at det å være ansatt gir rom og fleksibilitet til å samarbeide.

«Jeg synes ikke vi skal skylde på tida, jeg tror ikke det har med det nødvendigvis å gjøre. Kanskje ikke for oss.»

Til tross for fleksibiliteten i arbeidsdagen mener en av de kommunalt ansatte at økt kontakt og samarbeid gjør at arbeidsdagen blir mere hektisk, at en del kontakt skjer halvveis mens man holder på med pasientbehandlinger og mer tid til samarbeid ville gjort dagen mindre stressende og man hadde hatt bedre evne til å lytte og ta seg god tid. Alle tre respondenter i fra sykehuset var enige i at samarbeidet ikke ville blitt annerledes dersom man satte av mere tid til dette. Man tenker at det er en prioriteringssak og er personavhengig.

«De møtene som hittil har vært til nå, har vært så pass sjelden liksom at det ikke har vært noe problem å delta på dem fra vår side, det tror jeg ikke...Det er noe med at man må prioritere litt og se litt lenger fram, det her kan komme oss veldig til nytte. Så det er viktig å ta seg tid til de synes jeg, men jeg kan ikke si at det har vært sånn at ikke vi har blitt lagt til rette for det. Men det er klart, det tar tid, men i forhold til hvis det nå skulle ringe meg 20 telefoner om dagen og plutselig fordi alle skal vite om...da skulle jeg måtte gått over på noen sånn ringetid»

Avstand anses ikke som et problem med tanke på samarbeid. Samarbeidsmøtene er lagt sentralt i fylket og avstandene er relativt korte.

Respondentenes forslag til forbedringer

Det alle respondentene både på sykehuset og blant de kommunalt ansatte pekte ut som en klart hemmende faktor når det gjelder samarbeid var mangel på et felles kommunikasjonssystem via data. Siden journalsystemene ikke er koblet opp mot hverandre må man ty til telefoner og brev. Disse er klare bremsere for en smidig kommunikasjon rundt pasienter.

«Ja, det har jeg nå sagt for tredje gang, men det å ha noen felles journalopplegg hadde selvfølgelig vært bra. Tiltak som kan bygge ned eventuelle barrierer, å få pasienten i fokus, det er klart at da blir det jo få tid til å gjøre dette her og da. Frikjøping av tid liksom, tilrettelegginga. På en måte ledelsen, eller der hvor det er ledelse og der hvor man er leder selv, så må man også kanskje tenke på det, at man kan vinne på det litt på sikt da. Jeg tror at det er veldig viktig at det blir satt fingeren på. Jeg tror vi mer enn noen gang er avhengig av hverandre for å få dette til å gå rundt altså.»

Selv om de fleste respondentene mente at det var nok tid til samarbeid mellom sykehuset og kommunen sa en respondent fra kommunen at mulig økt tilrettelegging samt mer kontakt med sykehuset kunne være fremmende faktorer.

«.. ikke annet enn at jeg håper at det legges til rette for at det kan bli mere samarbeid, men jeg tror også at det kan hjelpe hvis man er med i sånne møter, samarbeidsutvalg. Også kanskje hvis man viser seg nede på sykehuset, hospiteringer»

Man ønsker at nettverksmøtene skal ha konkrete mål i tillegg til at det sosiale. En sykehusansatt sa følgende hvordan man kan forbedre samarbeidet mellom fysioterapeuter:

«Jeg trur at sånne samarbeidsmøter som er blitt starta opp nå kan være en del av det, hvis man opplever at man får noe igjen for det, hvis det er litt effektivt og man setter i gang noen konkrete oppgaver eller konkrete mål.»

Følgende utsagn er passende for å beskrive samarbeidet mellom sykehuset og kommunen:

«Til slutt kan man jo si at samarbeidet blant mange er bra, men kan sikkert bli bedre sånn generelt tror jeg. Man må være flinkere til å benytte seg av hverandre, det finnes mange flinke fysioterapeuter overalt og man kan lære hvis man er flink til å bruke hverandre.»

6.3 Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende

Formelt samarbeid

I denne kommunen har samarbeidsutvalget mellom kommunalt ansatte, privatpraktiserende og helseledelsen i kommunen eksistert i mange år. Sammensetningen i gruppen er likeverdig i antall representanter i fra kommune og privat, men ikke i sammensetning. Det er kun en praktiserende ansatt fra kommunen som sitter i utvalget, de to andre er i fra helseledelsen i kommunen, mens det derimot er 3 representanter fra de privatpraktiserende fysioterapeutene. Ut i fra ASA 4313 sin beskrivelse av kontaktpersonordningen er det kommunen som bestemmer utvalgets omfang. I følge Willumsen (2009) kan ubalanse i makt bidra til at noen har mer makt en andre og virke hemmende for utvikling av tillit.

«Det er litt rart i FSU, der er det jo den som sitter representert fra kommunen der sitter jo gjerne og har sekretærfunksjon og mener veldig lite, sitter og skriver, så det er jo vi tre private som er aktive der. Ja, jeg synes at det blir litt sånn skjevt. Det kunne vært en annen setting for de FSU møtene som gjenspeiler litt mere....det er personavhengig det også.»

I motsetning til fysionettverksmøtene har ikke møtene i form av fysioterapeutenes samarbeidsutvalg (FSU) bidratt til økt samhandling eller bedre kommunikasjon mellom de praktiserende fysioterapeutene i kommunen. Kommunikasjonen og samarbeid mellom de ansatte i kommunen og de private i kommunen er svært dårlig.

De privatpraktiserende er frustrerte over at tiltak og forslag som dukker opp på ulike møter ikke blir gjort noe med og de anser at mye stopper opp ved helseledelsen. I FSU ser det ut til at man henvender seg mest mot helseledelsen. Dette for å informere om utfordringer, spesielt når det gjelder antall tilskudd i kommunen og ventelistesituasjon. I følge de kommunalt ansatte blir det brukt lite ressurser i møtene til å tenke konkret løsningsorientert og samhandling mellom partene. En informant fra de privatpraktiserende forteller om FSU:

«...det kom jo en masse gode forslag fra mange på det møte. Vi hadde jo et FSU-møte som var her for en tre ukers tid siden og da spurte jeg, hva med det møte vi hadde. «Nei det er jo gjort noen notater på det»- sier NN. Ja, men so what, vi må jo gå videre. Og det er vel sånn jeg har opplevd det, så mange år som jeg har sittet i diverse utvalg. Det er mange mennesker som har

kommet med mange gode ideer og tanker, men det blir jo ikke noen handlekraft bak det. Jeg kaster jo ballen og skylda på helseadministrasjonen som ikke tar tak i det.»

Ut i fra intervjuene ser det ut til at de private ser på FSU som en kontaktplass og en formidlingsarena mellom dem og den kommunale helseledelsen. Mindre som en samarbeidsarena for kommunens fysioterapitjeneste sett under ett.

«Så da er det 3 privatpraktiserende som har møte med kommunen da. Nå har det vært litt i forbindelse med den samhandlingsreformen, så egentlig har det vært et ganske bra samarbeid med kommunen, vi har kommunisert og visst om hverandre og sånn at kommunen har fått litt info om hvordan vi opplever ting og hvordan skoen trykker og ofte omhandler det dere med driftstilskudd.»

De kommunalt ansatte fysioterapeutene er litt usikre på hvor nyttige FSU møtene er i forhold til samhandling mellom de private og kommune-fysioterapeutene.

«Spørsmålet er da hvor fruktbart det blir da, jeg vet jo i hvert fall fra privates side. Jeg har vært med i FSU en eller to ganger og demmes opplevelse var at, at de kom med den holdninga at det her er bare et supperåd, ikke sant og når du går inn med den holdningen kommer man heller ikke å produsere noe fruktbart tenker jeg... Halvparten av tiden går til å klage på at det er altfor mye å gjøre og det er altfor få driftstilskudd og det har de jo dokumentert nå.»

Dette illustrerer hvordan samarbeidsforumet jobber, mot ulike mål. De private opp mot helseledelsen og de kommunalt ansatte er frustrerte over at det ikke jobbes konkret med samarbeid mellom partene.

«Ja ja, vi snakket litt om hovedproblemet, men det er liksom ikke noen kommunikasjon, jeg tror at vi er litt på hver vår planet i oppfattelsen av ting, veldig synd, veldig synd. Oppfattelsen sånn av de private er at «vi må ha flere driftstilskudd, vi har altfor mye å gjøre», det er det det går i, at vi må opprette flere driftstilskudd hele tiden, det er det det går i. Kan man ikke komme med noe nytt da, komme med noen løsninger, hva kan vi gjøre ut av det vi har.»

I tillegg til samarbeidsutvalget er det fra sensommeren 2011 etablert et eget utvalg, satt sammen av to privatpraktiserende fysioterapeuter og to kommunefysioterapeuter. Disse skal jobbe for å bedre selve samhandlingen mellom fysioterapeutene i kommunen.

«Oppgaven demmes er å diskutere og legge til rette for bedring av samarbeide. Da FSU- møtene over flere år har vært preget av mye kjekling, mye diskusjoner rundt ressursfordeling og har et veldig lite preg av samarbeid de siste årene.»

Formelle retningslinjer og opplæring i samarbeid

Det er lite retningslinjer for hvordan samarbeidet skal foregå. En respondent i fra de private forklarte at de hadde formidlet et ønske til kommunen om dette:

«Det formelle vi har som vi har prøvd, jeg har siddet som leder i FSU i mange år og vi har prøvd å få til mer strukturerte kommandolinjer mellom kommunalt ansatte og privatpraktiserende men det har bare kommet på papiret, aldri blitt noe praktisk»

Ingen har fått konkret opplæring rundt temaet samarbeid eller hvordan samarbeidet skal foregå. Når det gjelder om de har hatt opplæring i temaet samarbeid svarer en kommunefysioterapeut:

«Nei, altså vi kunne sikkert hatt nytte av det når man ser at det er visse instanser vi ser at vi har problemer med å samarbeide med. Jeg vet ikke om det beror på...jeg bare tenker på i forhold til de privatpraktiserende. Vi håper det blir bedre når vi møtes i forskjellige utvalg.»

Det er ikke retningslinjer for hvordan overgangen i fra rehabilitering til videre behandling skal skje, og her opplever de kommunalt ansatte store utfordringer.

Utfordringer i forhold til pasientflyt

Slik det kommer fram i fra datamaterialet eksisterer det så å si ingen kontakt mellom disse to gruppene. De privatpraktiserende har mest kontakt mest fastlegene, hjemmesykepleien og eventuell ortoped eller annen behandlende lege på sykehuset.

«Jeg tenker «er det noe samarbeid?» i det hele tatt. Alt blir oppfatta, vi oppfatter at de oppfatter at alt er så vanskelig. Akkurat det motsatte av sykehuset. I fra « Hei NN!» på sykehuset til at « Her er NN fra NN kommune, vi har en pasient her som gjerne skulle hatt litt oppfølging hos dere og som har litt behov for å komme seg litt ut og, er nå kommet og har blitt så pass sprek at la la ikke sant..og så bare «Har ikke tid, det gå`kke og kroniker..nei, det går ikke og da blir det venteliste, og nå er ventelista full og...»

Det er vanskelig å si eksakt ut i fra et så lite materiale hvordan det totale bildet er. De tre respondentene i fra de private kunne ikke erindre og ha fått forespørsel i fra kommunefysioterapeut eller henvisning i fra dem. Det meste skjer via fastlegen.

«I min hverdag er samarbeidet for så vidt greit nok det, fordi min hverdag består av mine pasienter og de spørsmålene jeg måtte ha angående de pasienter retter jeg mot de rette vedkommende. Vi har jo sjelden samarbeid med kommunefysioterapeuter om noen pasienter, vi har jo ikke felles pasienter.»

Det oppleves en frustrasjon i begge leire, de private sliter med dårlig kapasitet opplever at det er for få driftstilskudd i kommunen og de kommunale ser utfordringer med å få innpass med pasienter som skal ut på instituttene etter endt rehabilitering i kommunen og dermed brudd i behandlingen. For å få flere stillinger i kommunen jobber de private med dette i FSU mens de kommunal ønsker å få til samarbeid med de ressursene som er. En kommunalt ansatt hadde en dog en solskinnshistorie å fortelle hvordan samarbeid og pasientflyt er i en optimal situasjon:

” I forrige uke oppsto det en situasjon hvor det oppsto et spontant samarbeid. Det som skjedde var at det ble sendt hjem en pasient fra sykehuset som hadde langt kommen kreft og hadde smertegivende ødemer og måtte ha behandling den dagen, dagen etterpå og dagen etterpå. Og den dagen var vi, vi var samla i enhetsdag alle sammen og da fikk vi pasientens faste privatpraktiserende fysioterapeut til å gjøre et hjemmebesøk faktisk og så fortsatte vi dagen etterpå, og så påfølgende mandag hadde vi et felles hjemmebesøk hvor det forgikk litt kompetanseutveksling rundt pasienten. Det var et veldig fint opplegg, men det er så sjelden at denne episoden kommer vi til å huske de neste fem årene.”

Det er en kjent sak at det ligger mye frustrasjon i forhold til kapasitet og ventelister blant de privatpraktiserende i de fleste kommuner. Ut i fra informasjonen innhentet via intervjuene

fremgår det at det er opp til hver enkelt fysioterapeut og institutt og gjøre en prioritering i forhold til pasienter. Det er ikke noen felles retningslinjer angående prioriteringer i kommunen. Mangel på felles forståelse rundt prioriteringer og ventelister er en hemmende faktor i samarbeidet. Ved spørsmål om det er ønskelig med mer styring fra kommunen svarer en av de privatpraktiserende følgende:

«Vi har jo lagd statistikker nå i flere omganger og sendt til kommunen og sett at det er så og så lang ventetid og det er de og de pasientgruppene som det er ventetid på. Og de er de og de pasientgruppene vi prøver å prioritere, og det er vel blitt tatt opp på hvert eneste et FSU-møte også, at vi har et problem med kapasitet. Og så er det ikke... har ikke kommune gitt oss noen direktiver om at dere må prioritere de og de gruppene og det synes jeg blir feil også. Vi må nesten kunne definere det litt sjøl, altså hvem er det mest benefit for å få fysioterapi nå, samtidig som det i fra et samfunnsøkonomisk perspektiv så vil kanskje kommunen ha en annen oppfatning enn vi har her, hva som er mest gunstig å prioritere.»

Det er nettopp dette som igjen ser ut til å skape frustrasjon hos de kommunalt ansatte når pasienter skal skrives ut og fortsette med fysioterapi på institutt. Alle tre respondentene fra kommunen sa at det var vanskelig å få time på institutt som har vært til opptrening og trenger å fortsette.

«Hvis det er et aktuelt løp for pasienten så har vi slitt fælt da for de settes jo på venteliste ofte og da blir det opphold i den behandlingsskjeden. Som vi har prøvd da med noe hell er da at vi ber legen her da å ringe instituttet, da får de da som regel time relativt fort. Vi opplever at dersom vi ringer så får vi den berømte hånden...Det verste er at vi ringer, det er mye bedre at pasienten ringer. Så å tilby at vi skal ringe har vi slutta med, det gir bare lengre ventetid rett og slett.»

Det skaper undring og frustrasjon hos de kommunalt ansatte når de ikke har kjennskap til hvordan prioriteringene skjer og hvordan eventuelle ventelister brukes. Siden dette varierer fra institutt til institutt skaper det enda mer forvirring.

«Vi har vel egentlig ikke noen venteliste fordi den klarer vi sjelden og holde. Nettopp på grunn av at vi prioriterer litt ulikt. Jeg tar nesten alltid inn nyopererte i løpet av en uke eller to. Og så har jeg, skal vi si a, vi har jo mange kronikere. Får vi nye kronikere nå så får dem vente litt...Ja så en konkret nå her i stad, ringer en som har hatt et lite slag, han trenger hjelp til armen sin. Så

kommer en annen som jeg kjenner som har vært hos meg mange ganger med en rygg som er stadig tilbakevendende og da er jeg ikke i tvil hvem jeg prioriter. Så derfor så, det er hammerslaget. Så derfor er ventetiden ulik, jeg kan ikke si hvordan ventetiden er. Den kan være fra 2 dager til 3 måneder.»

Nettopp når det gjelder ventelister og prioriteringer er følgende sitat fra en kommunefysioterapeut beskrivende:

«De fleste stedene får vi bare beskjed om at det er fullt på ventelistene.. Jeg har ikke helt skjønt om de har noen begrensa venteliste eller..sånn er det..»

Kontakt og kommunikasjon

Både lite uformelt samarbeid og dårlig fungerende formelt samarbeid preger samhandlingen mellom fysioterapeutene i kommunen. Kommunikasjon i form av telefoner og epikriser og henvisninger går for det meste mellom kommuneansatte og de private per post til fastlegen og ikke til hverandre. Heller ikke innad i kommunen finnes det et journalsystem som kommuniserer mellom alle de ulike aktørene. De kommunalt ansatte har innhentet informasjon fra instituttene om hvem som jobber hvor, men man er lite personlig kjent med de privatpraktiserende fysioterapeutene. Det samme gjelder selvfølgelig motsatt vei også:

«Så er det ingen av oss som da vet hvem vi da eventuelt skal ringe til eller snakke til for å en direkte linje mellom kommunefysioterapeuten som da har hatt vedkommende pasient.»

Mens de kommunalt ansatte har oversikt over terapeutene i kommunen viser det seg at det samme ikke gjelder de private.

«Derfor så foreslo jeg nå i forbindelse med samhandlingsreformen og..vi hadde et møte her i tidlig i fjor (2011) høst hvor alle private og alle kommunale fysioterapeuter var til stede og bare sånn «droglemøte» ikke sant. Og da sa jeg at det første man må få i gang er jo et kommunikasjonsverktøy, så vi vet alle. Så hvis det er så gammeldags som en telefonliste så hadde det vært et trinn.»

I litt uformell ånd var alle fysioterapeuter i kommunen innkalt til samarbeidsmøte hvor hensikten var idémyldring og forslag til bedre samarbeid. Det ble notert mange gode forslag, men også her ser det ut til at det stopper ved helseadministrasjonen. Angående den sosiale biten og det å bli mer kjent med hverandre sier en respondent:

«Men da har det også vært sånn at vi ikke har hatt sånn kontakt med hverandre, for da har det vært noen fra kommunen og så har det vært forskjellige temaer som har vært oppe og da er det det som har vært debattert og så har det ikke vært så mye snakk oss i mellom. Jeg kjenner faktisk ikke, jeg vet ikke hvem som jobber i kommunen bortsett fra de som jeg kjenner som jeg sa personlig fra tidligere.»

Ved spørsmål om tid i forbindelse med samarbeid mener de private at det ikke er avgjørende i forhold til felles møter. Man er ikke opptatt av å få eventuell kompensasjon. Man tenker at det ikke ville vært forandring i samarbeidssituasjonen dersom man hadde fått betalt for å delta på disse møtene. Det har vært god oppslutning på store fellesmøter, sist før jul 2011 ble det spandert middag i fra kommunen sin side i forbindelse med møtet. I forhold til tidspunkt for å holde fellesmøter tenker en av de private følgende.

«Men de fleste privatpraktiserende er jo vant til å møtes uten å få noen godtgjørelse. Man har jo det i kultur, noe som vi opplever de kommunefysioterapeutene: nei vi møtes ikke etter klokken 15.00 for det er utover vår arbeidstid. Så der kan det strande litt, bare med valg av tidspunkt.»

Holdninger og kultur

Til tross for samme grunnutdannelse og autorisasjon blant fysioterapeutene er dukker det opp i intervjuene bemerkninger og indirekte budskap som har med holdninger til hverandre å gjøre. Dette er noe som ble tydelig i forbindelse samarbeidet mellom de kommunalt ansatte og de privatpraktiserende fysioterapeutene. Som det kommer fram i et sitat tidligere sier en kommunefysioterapeut at de opplever å være på «hver sin planet». Lønnsforskjellene er store og en av private respondentene beskriver det slikt:

«Det tror jeg er noe sånn gammalt, en sånn holdning fra gammalt av. Nå kan jeg jo si det for jeg jobbet jo på sykehuset i mange år så jeg vet at det var en sånn litt, litt sånn syn på de som jobba privat at der var det liksom mye sånn profitt da. Der var det om å få det unna. Jeg vet ikke om det

er sånn nå, men jeg vet jo at det var sånn, kanskje at det henger... nei det er ikke derfor det ikke er samarbeid, men jeg tror liksom at det er en litt sånn veldig stor forskjell.»

Også en annen privat tror at de kommunales holdning til dem er bestemt ut ifra inntjening.

«De tror at vi masserer og tjener masse penger og er kapitalistene og er faglig svake. Så der står man litt og kriger litt og det var vel noe som kom fram på det møte hvor jeg opplevde at en del yngre av de kommunale fysioterapeutene så litt med hånlig blick på de privatpraktiserende at det er kapitalistene som er ute å bare tjene mye penger.»

Organiseringen av arbeidsdagene er totalt forskjellig mellom disse gruppene og lønningssystemet er ulikt.

«Det sikkert sånn at dem driver med sitt og det er mye møter og en annen, ja en helt annen setting da enn i det private. Og en helt annen arbeidsform da. Og det er jo, det ene er ikke dårligere enn det andre for å si det sånn. Det er bare at det dekker forskjellig behov. Det er bare at det er som om vi driver med forskjellige, vi driver jo med det samme, men jobber så forskjellig»

Men det er interessant å se at man også tenker at det er forskjeller mellom de faglige ståstedene.

«Ja du vet at det er en grunnleggende fagpolitisk uenighet. Kommunefysioterapeutene og de privatpraktiserende står ikke på en felles faglig, jo står på en felles faglig plattform men fagpolitisk forståelse for hverandre eksisterer ikke. Og for å spisse det litt, de privatpraktiserende opplever kommunefysioterapeutene som flyr rundt med et stort kaffekrus og går på møter.»

Det er helt klart en åpen konflikt mellom partene i forhold til holdninger til hverandre. Dette er sannsynligvis fordi man rett og slett ikke er klar over den reelle situasjonen og vet konkret hva den andre parten jobber med eller hvordan man prioriterer. En av de kommunalt ansatte kom med et forslag som kunne bidra til redusere denne problematikken.

«Det som fremmer samarbeid er kunnskap om hverandres arbeid og kompetanse. Og innsikt i hverandres utfordringer. Hvis jeg vet litt mer om hva NN sliter med av prioriteringer i hverdagen, så har jeg fått litt mer forståelse for hans situasjon. Hvis NN hadde visst mer om den

jobben jeg gjør og de pasientutfordringene vi har så hadde han fått en bedre innsikt i hvorfor vi jobber som vi gjør og hvorfor vi også trenger fastlønnede fysioterapeuter, for jeg tror vi ikke ser hverandres pasienter. Vi har ikke forståelse for mengden pasienter de jobber med og de har ikke forståelse for pasienttypen vi jobber med.»

Videre sier den samme fysioterapeuten:

«Når vi har ringt til instituttene har det ikke med personkjemi å gjøre, men vi som gruppe blir oppfattet som motstandere. Jeg tror at de privatpraktiserende her i kommunen ser på oss som de som får ressursene hele tiden nå. Det er vi som hindrer opprettelse av nye driftstilskudd, for det er vi som får pengene»

Respondentenes forslag til forbedringer

I fra begge sider ønsker man å ha et samarbeid og man tenker at man bør starte med FSU. At man kan tenke nytt og bli bevisst på hva man driver med og hvilke roller man har. Å utarbeide enda mer tydelige rapporter mot kommuneledelsen for å synliggjøre behovet. De kommuneansatte leverer inn rapporter og statistikk, men når det gjelder de private skjer dette ikke. Det ser ut til at de kommunalt ansatte ikke er klare over at helseledelsen ikke ønsker statistikk fra de privatpraktiserende.

«Vi har jo også spurt om ikke vi skal kjøre flere statistikker for å bare dokumentere hva vi jobber med, for å kunne lage planer og det er jo en del i forhold til samarbeid det også. Å kartlegge. Og da fikk vi «Hva er vitsen med det, da får vi jo bare alle disse mørke tallene sier kommunen. Det er ikke noen vits å lage statistikker for det finnes jo ingen midler til flere hjemler.»

En kommunalt ansatt mener at nettopp det å utarbeide en felles rapport vil bidra til å se utfordringene i kommunen i et helhetsperspektiv og ut i fra det tenke nytt, ikke nødvendigvis bruke tid og ressurser bare på å få flere tilskudd, men for å jobbe ut i fra de midlene og mulighetene som finnes i kommunen allerede. Å snakke mere sammen og bli bedre kjent er det en av de privatpraktiserende som mener. Men å vurdere fysioterapi ut i fra statistikker med antall behandlinger og inntjente penger mener vedkommende at blir vanskelig.

«Ja og så er det det der med og så, det var jo tema på det siste møtet vårt, hvem produserer mest. Det er interessant men samtidig så gjør jo ikke det at samarbeidet ikke blir noe vesentlig større hvis man sitter der og sier at jeg er mye mere verdt enn dere og teller timer. Så når jeg har en omsetning på 900 000 så kan en kommunefysioterapeut si «aaaaooh fantastisk», men i fra det skal jeg trekke det og det og det. Prøv å få en sykeforsikring på en gammel kæll som meg, det er dyrt. Så hvis man sitter der og kikker på hverandre og lurer så blir det bare tull. Så vi må nok snakke sammen og der mener jeg ansvaret sitter hos de som skal administrere oss. Og hos hver og en enkelt fysioterapeut»

Holdningsendringer er et tema som dukker opp. Det å bli kjent og høre hva de andre sliter med i hverdagen anses som et fremmede tiltak. I tillegg er det også blant alle fysioterapeutene i kommunen et stort ønske om et felles journalsystem og i hvert fall oversikt over ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter.

6.4 Samarbeid mellom sykehuset og privatpraktiserende fysioterapeuter

Det er et stort skille mellom samarbeidet mellom de kommunalt ansatte fysioterapeutene og sykehuset og samarbeidet mellom sykehuset og de privatpraktiserende fysioterapeutene i kommunen. Begge to får henvist pasienter i fra sykehuset, men allikevel er det en formidabel forskjell i samarbeidet. Også i følgende kapittel deles samarbeidet opp i ulike biter for å kunne se nærmere på hvordan det foregår.

Formelt samarbeid

Det er ikke noe formelt samarbeid mellom disse partene. Slik som det tidligere er kommet fram hadde ingen av de privatpraktiserende fysioterapeutene hørt om nettverksmøtene og de hadde heller ikke fått videreformidlet informasjon via kommunalt ansatte representanter.

«Ukjent for meg, jeg burde jo ha visst om det siden jeg har sittet som FSU leder i så mange år».

To av respondentene fra de private var svært positive til å delta på slike møter og var forbauset over at de ikke hadde hørt om møtene. En privatpraktiserende terapeut nevner dagsseminar som en møteplass og et ønske om at de private burde inkluderes i nettverskmøtene:

«Der burde vi vært med. Vi har jo innbydelser til en del fagseminar, sånne dagsgreier, det har jeg sett en del av.»

Der man er i kontakt med hverandre i organisert form er i forbindelse med kurs eller dagsseminar som sykehuset arrangerer. Men her dreier det seg ikke om en samarbeidsarena, men en møteplass med en felles agenda. Videre ved spørsmål om det har vært diskutert om de private også skal delta på nettverksmøtene svarte en respondent fra sykehuset:

«Nei, ikke noe annet enn at kommunen skal formidle..det er vanskelig å få med representant fra instituttene, de klarer ikke det, for kommunene har også problemer med å få til noe samlet møte med instituttene. Noen er engasjerte i felleskapet, mens andre er «mitt er mitt».»

En av respondentene fortalte at de i fra sin klinikk hadde informert sykehuset om hvordan de prioriterer og dermed laget et eget private samarbeid. De hadde også gitt informasjon til kommunen angående dette. Ellers kunne ingen av respondentene hverken i fra sykehuset eller i fra de privatpraktiserende fortelle om annet formelt samarbeid.

Retningslinjer og opplæring i samarbeid

Heller ikke her er det store forskjeller i fra de to andre kategoriene. Det eksisterer ikke retningslinjer angående samarbeid. Når pasienten som trenger videre behandling og skal utskrives fra sykehuset skal oppfølgende instans kontaktes. Helt klare retningslinjer finnes ikke, mye går på pasientens funksjon og vurdering den behandlede fysioterapeuten gjør.

«Det finnes ikke direkte direktiver, men man har på en måte behandlingslinjer sånn i forhold til at når pasienten er ferdig skal man der det er behov fortsette behandlingen ute i kommunen. Om det er at man tar kontakt med kommunefysioterapeut på sykehjem eller skal komme hjem til pasienter. Eller tar kontakt med private på institutter der det er naturlig.»

De privatpraktiserende fysioterapeutene har heller ikke noen klare retningslinjer angående samarbeid opp mot sykehuset. Formell opplæring innenfor temaet er ukjent for alle parter. Når det gjelder retningslinjer for behandling og opptrening anser de privatpraktiserende det som unødvendig. En kunne tenkt seg mer nasjonale retningslinjer og standarder på behandling, slik

som det finnes på cancer mammae. Dette mener respondenten kunne utarbeides av for eksempel av Helsedirektoratet. Uansett må det finnes rom for individuelle vurderinger og fleksibilitet.

Kommunikasjon og kontakt

I fra sykehuset sin side tar man sjelden direkte kontakt med de privatpraktiserende, men ber oftest pasienten selv ta kontakt for time. Grunnen til det er gjerne av praktisk årsak slik som denne sykehusansatte forteller:

«Man kunne vel vært kanskje litt flinkere til å ringt og tatt kontakt med fysioterapeuter og lagd avtaler, men ofte så er det vanskelig å snakke på en måte via pasienten. Pasienten og fysioterapeuten må avtale en tid som passer og vi skal stå der som et mellomledd å si «passer det da, passer det da». Eller ja, så jeg tenker i stort sett det er greit at pasienten tar kontakt selv. Så lenge dem har med seg en henvisning med nok opplysninger, eventuelt får med seg en epikrise.»

Dette varierer ut i fra pasientens funksjonsnivå og eget ønske. Dersom pasienten selv ønsker det tar fysioterapeuten kontakt, men dette er mer sjeldent. Dette kan være hvis pasienten er litt eldre eller pasienten er helt ukjent med fysioterapitilbudet på hjemstedet sitt.

«Det er ikke alltime det er så lett for oss å vite når de passer for pasienten. Og så informerer vi kort og så sender vi med epikrisen med pasienten. Det gjelder da sånn litt «oppegående» pasienter. Noen hvis det er sånne enkle generelle standard ting så tar vi nok ikke kontakt, men ber pasienten selv ringe å avtale tid. Noen pasienter har jo fysioterapeut fra før. Det kommer litt an på hva slags type problemstilling det er.»

Det ser ut til at ansatte synes at det er lettere å ta kontakt med institutt eller fysioterapeuter man kjenner eller har hørt positivt om dem.

«Veldig lite kontakt, men det er ikke noe vanskelig i forhold til samarbeid, men det er klart at vi har hver våre institutter hvor vi henvender oss mest til, som du på en måte kjenner og at det for letthets skyld, men ikke det at de andre ikke tar i mot eller. Fra mitt ståsted er det veldig lite jeg bruker instituttene, men det er klart at de som jobber ved poliklinikkene bruker nok instituttene mer og jeg tror nok ikke at det er noe dårlig samarbeid nei, det tror jeg ikke»

I fra sykehuset sin side opplever man at samarbeidet og kontakten er god nok, men noen utfordringer står man overfor. En utfordring er for eksempel oversikt over alle instituttene i fylket og hva slags kompetanse og/eller spesialisering den enkelte har. Tidligere hadde sykehuset en slik liste som de oppdaterte, men dette er en utfordring på grunn av stadige forandringer i arbeidssituasjonene. Man tar kontakt med institutt på litt ulike grunnlag. En ansatt mente ikke det hadde med kjennskap å gjøre.

«Nei tror ikke det, altså i gamle dager hadde vi en oversikt over alle instituttene og ba om en tilbakemelding ved endring med det har vi ikke fått. Så nå har vi gått bort fra de listene så hvis det er noen i NN kommune så går jeg inn på nettsidene og begynner med nummer en. Det blir litt sånn. Er det noen i en annen kommune så har jeg en par institutter, fordi jeg kjenner de fordi de har jobbet her og jeg vet de kjenner til ortopedi og det er fordi det er enkelt. Ikke fordi de andre ikke er gode, men det er litt sånn at noen husker du lettere enn andre. Men for meg i andre kommuner har jeg ikke peiling og da spør jeg bare pasienten det gatenavnet er det nærmest deg-ja- og så ringer jeg de».

En annen utfordring de ansatte ved sykehuset opplever i forhold til kontakt og samarbeid ut mot de private er det samme de kommunalt ansatte opplever- ventelistesituasjonen. Men i motsetning til kommunale fysioterapeutene kan fysioterapeutene fra sykehuset få innpass lettere for sine pasienter hvis de selv ringer.

«Problemet er jo at det kan være lang ventetid. Men noen ganger hvis vi ringer kan vi få litt raskere tid enn hvis pasienten ringer. Det er litt hva vi legger vekt på hva som er viktig, for noen institutter har sånn ø-hjelps plasser.»

I fra de privates side tar man lite kontakt med de sykehusansatte fysioterapeutene. Man kontakter sykehuset på grunn av oppklaringer ved spesielle pasienttilfeller, eventuelle restriksjoner og spørsmål angående pasienten.

«Ja hvis jeg har spørsmål, det spørres jo hvor utfyllende henvisningen er fra legen. Og så har jeg jo regimer som jeg er vant til å følge i forhold til hofteopererte og kneopererte og så videre. Hvis det er noe på rekvisisjonen der som avviker fra det jeg pleier å gjøre, hvis jeg oppfatter at de vil ha det annerledes så tar jeg kontakt og spør.»

Men det er helst operatørene eller de behandlende legene man er i kontakt med, ikke fysioterapeutene. Grunnen til det er at man tenker at man har tilstrekkelig med kompetanse og informasjon og den tilleggsinformasjonen man er ute etter er det kun behandlende lege som innehar. Man snakker eventuelt med fysioterapeut kun for at skal gå inn på journalsystemet og skrive ut manglende informasjon som for eksempel operasjonsbeskrivelser.

«Ja, det er helst legene jeg ringer til. Det er sjelden jeg føler at jeg trenger informasjon av legen om hvordan jeg skal belaste eller trene. Det mener jeg at jeg kan bedre enn de fleste ortopedene, det er hvis det er spesielle komplikasjoner eller jeg må få greie på om han har satt noen restriksjoner så vil jeg helst snakke med legen da. Men det er vanskelig å få tak i da.»

Det eksisterer heller ikke et felles journalsystem mellom de private og sykehuset. Slik som en av respondentene fortalte så har også fysioterapeutene mulighet å koble seg til Norsk Helsenett som er et system som muliggjør kommunikasjon mellom sykehus og de private.

«Det stopper jo på økonomien, det er en ting. Helsenett er jo dyrt å investere i. Kommunen får jo overført i inneværende år 84 millioner i samhandlingsreformens ånd. Ta 4 millioner av den og så bare få oss opp på et felles nettverk så vi kan kommunisere.»

Slik som det er per i dag bruker man telefon som oftest for å få kontakt, men tilgjengeligheten og få tak i rett person kan være tidkrevende. Spesielt behandlende lege kan være vanskelig å få tak i, men fysioterapeutene er lettere å få tak i. To av de private fysioterapeutene hadde følgende å si om tilgjengelighet:

«Disse ortopedene er vel som å komme i paradiset å få fatt i, men de fleste ringer jo tilbake etter hvert ja. Så det er vel bare et par ganger at jeg har måttet skrive sinte brev. Ja, ortopedene er lei, fysioterapeutene får jeg alltid fatt i hvis det er noe...de er kollegaer..lettere tilgjengelig.»

«Når det har vært pasienter fra sykehuset så har vi vært på telefon og har hatt direkte kontakt. Og det har vært veldig positivt og greit. Det som noen ganger kan være vanskelig er å få tak i, men jeg skal ikke skylle på det altså.»

Faks brukes i liten grad. Noen bruker den til å bestille pasientreiser.

«Vi har en faks, den bruker jeg som regel i forbindelse med Unilabs, da pusser de over navn og fødselsdato og så fakser dem hit beskrivelsen. Utover det bruker jeg ikke faksen noe mer. Jeg bruker den ikke en gang i forhold til drosjene. Da bare ringer jeg.»

Post brukes mye til å sende epikriser og henvisninger. Også mellom de privatpraktiserende og sykehuset oppleves det at man får litt lite informasjon om pasienten når vedkommende skal legges inn. De private derimot merker en stor forskjell på kvalitet av epikrise fra ulike instanser de mottar pasienter i fra. Dette kan føre til ekstra arbeid i forhold til å innhente mer utfyllende informasjon i fra sykehuset.

Ved spørsmål om tid til samarbeid er de privatpraktiserende enige om at det ikke er økonomien som er til hinder for å delta på formelle samarbeidsmøter. Dette kom også fram ved analysen mellom kommunale og private i det forrige kapitlet.

«Det kan jo være den som ser på pengene at det har jeg ikke råd til, det koster så mye hvis ikke jeg får jobba sånn og sånn, men jeg trodde det var litte granne borte nå, at ikke synet er helt sånn i dag.. Å delta på møter og treffe samarbeidspartnere da. Det oppveier selv om taper noen kroner.»

Respondentenes forslag til forbedringer

Felles kommunikasjon er et tema med tanke på forbedringsmuligheter. Å delta på nettverksmøtene på sykehuset representert gjennom FSU anses som en klar mulighet til å skape et samarbeid mellom alle tre aktørene. Og fortsette med fagkurs i regi av sykehuset er viktig, dette trekker mange privatpraktiserende fysioterapeuter i tillegg til kommune- og sykehusfysioterapeuter samt andre yrkesgrupper som kiropraktorer og leger. En respondent mener også at fylkeskommunen kunne arrangere et større kurs, dette for å få til en større møteplass. I forhold til samhandlingsreformen og forbedringspotensialer rundt temaet samarbeid sier en privatpraktiserende fysioterapeut følgende:

«Jeg tror jo at det er kommunen og særdeles nå i forhold til samhandlingsreformen så er det kommunens helseadministrasjon og politikerne til syvende og sist som er nødt til å være et styringsorgan og være sitt ansvar bevisst der. Jeg synes definitivt at de sluntrer unna. Og i hvert fall kunne lagt til rette for at ting kunne, som jeg sier møtearenaer eller kommunikativt på nettet,

vært en initiativtager og at det er vi som hele tiden, i de foraene jeg har vært i, at det er vi som prøver å initiere de. De synes jeg er rart, det burde komme i fra kommunens helseadministrasjon som et overordnet mål, for å utnytte alle ressursene på best mulig måte, så der er et stort forbedringspotensiale. Det er ikke vi på grasrota som skal styre det»

7.0 Analyse av dataene

Videre vil funnene i fra datamaterialene analyseres i forhold til oppgavens design presentert i kapittel 5.0. For å gå inn på de ulike nivåene presenteres de hver for seg i forhold til de systemiske, organisatoriske og de relasjonelle determinantene.

7.1 Sykehus - kommune

Første del av analysen går på samarbeidet mellom sykehuset og kommunen. Slik som det kom fram i intervjuene var den generelle oppfatningen at samarbeidet var godt fungerende. Nærmere skal vi se på hva som var temaene som den enkelte gruppe opplevde som fremmende og hemmende i samarbeidet. Og om det er det var samsvar mellom disse.

Tabell 7 Analysemodell for samarbeid mellom sykehuset og kommunen

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Samarbeid mellom sykehuset og de kommunalt ansatte	Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende	Samarbeid mellom de privatpraktiserende og sykehusansatte
Systemisk plan			
Organisatorisk plan			
Relasjonelt plan			

Systemisk plan

Lovgivning er et av temaene som kan påvirke et samarbeid på et systemisk overordnet plan. Taushetsplikten så ikke ut til å være et hinder med tanke på selve samarbeidet, men på flyt av pasientinformasjon. I følge Helsepersonelloven § 25 kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell med mindre pasienten motsetter seg. På grunn av taushetsplikten og manglende felles journalsystem brukes det postsendelser. Disse tar noe tid, og dette fører til at man ofte må ringe for å få de nødvendige opplysningene. Det er spesielt de kommunalt ansatte som opplever dette som en hemning.

Geografiske distanser anses ikke som et hinder i forhold til samarbeidet. Man er imidlertid enige at plassering av nettverskmøtene sentralt i fylket er velfungerende og mener at avstandene i dette fylket er forholdsvis små.

Organisatorisk plan

Det er flere punkter som er framtrødende når vi ser på dette nivået. Det første fremmende punktet er at sykehusansatte og de kommunalt ansatte fysioterapeutene har mulighet til å være fleksible i forhold til arbeidsdagen sin. De er ansatte og jobber med fast lønn og ser ikke noen finansielle utfordringer i forhold til tid satt av til samarbeid.

I fra begge to sidene ble det sagt at det er mulig å være fleksibel i forhold til både formelt og uformelt samarbeid og at man tok seg tid til samarbeid. Kun en kommunalt ansatt opplevde tid som en hemmende faktor når det gjelder samarbeid. Allikevel var man noe frustrert i fra kommunen sin side over at den daglige uformelle kontakten kunne være litt tidkrevende på grunn av tilgjengelighet, det å få tak i den rette personen på sykehuset. I motsetning så var de sykehusansatte meget fornøyd med dette etter å ha fått kun en kontaktperson i kommunene.

Fysionettverkmøtene er et tiltak i fra ledelsen av fysioterapiavdelingen ved sykehuset som ble startet opp i 2009. Forankringen er god i både kommunene og sykehuset. Det eksisterer klare retningslinjer og man har opparbeidet retningslinjer for hvor ofte man møtes og hva nettverket skal jobbe med. Ut i fra referatene fra møtene er det noe uklart om tiltak som blir bestemt på møtene blir fulgt opp og gjennomført.

Journalssystemene som benyttes henholdsvis på sykehuset og i kommunen er et problem i forhold til at de ikke kommuniserer med hverandre. Man har arbeidsmailer som man bruker til møteinnkallinger, oppdatering av opplysninger og annet unntatt pasientopplysninger. Dette brukes likevel i liten grad, men man vet at man kan nå rett person fordi alle har en mailadresse på arbeid.

Med kommunikasjon i forhold til epikriser var kommunefysioterapeutene fornøyd med tilsending av epikriser og henvisninger til tross for noe treg postgang. Det de sykehusansatte savnet var epikriser ved innlegging av pasienter, noe som ikke alltid var greit på grunn av få planlagte innleggelser fra kommunen.

En faktor som er noe uklar i forhold til hva som er kommet fram i dataene er retningslinjer for kontakt med videre behandlende instans. De fleste i fra både kommunen og sykehuset forteller om at man tar kontakt ut ifra pasientens ønske, funksjon og situasjon. Dette kan derfor ikke plasseres som hverken fremmende eller hemmende faktor, men man bør være klar over at det ikke er noen klare prosedyrer eller retningslinjer når det gjelder dette. Det er heller ikke noen formell opplæring innenfor dette temaet, noe som man er usikker på om man har behov for.

Sett ut i fra intervjuene er pasientene kommunefysioterapeutene arbeider med de som trenger rehabilitering eller korttidsplass eller eventuelt hjemmebehandling. Det kom ikke fram at det er et problem med ventelister i forhold til pasienter som skal videre ut til kommunen og pasientflyten så ut til å fungere tilfredsstillende.

Relasjonelt plan

På relasjonelt plan ser samarbeidet ut til å fungere godt. Kommunikasjonen er økt via telefon og man er blitt mer kjent via nettverksmøtene. Man ønsker dog i fra sykehuset sin side at samarbeidet kunne favne flere og at nettverksmøtene skal ha mer fokus på konkrete mål.

Fellesnevneren for disse to gruppene at man ser at det å samarbeide er svært nyttig og at det på sikt sparer for mer arbeid. Hospitering og kompetanseutveksling skjer, men i liten grad. Man tenker at økt hospitering kan forbedre samarbeidet ytterligere.

Tabell 8 Samarbeid mellom sykehuset og kommunen

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Sykehus		Kommune	
	Fremmer	Hemmer	Fremmer	Hemmer
Systemisk plan	<ul style="list-style-type: none"> • Sentral plassering av nettverks-møtene • Felles grunnutdanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Taushetsplikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentral plassering av nettverksmøtene • Felles grunnutdanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Taushetsplikt • Treg postgang
Organisatorisk plan	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksibel arbeidsdag • Fast lønn • enkel kontakt med kommunene • Fysionettverk har god forankring • Egen e-postadresse på jobb 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende felles journalsystem • Lite pasientinformasjon ved innleggelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksibel arbeidsdag • Fast lønn • Fysionettverk god forankring • Egen e-postadresse på jobb • Ikke kapasitetsmangel • God pasientinformasjon fra sykehuset 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidkrevende å få tak i rett person • Manglende felles journalsystem
Relasjonelt plan	<ul style="list-style-type: none"> • God kontakt • Opplevd nytte 	<ul style="list-style-type: none"> • Liten bredde • Lite hospitering 	<ul style="list-style-type: none"> • God kontakt, blir møtt med vennlighet • Opplevd nytte 	<ul style="list-style-type: none"> • Lite hospitering

7.2 Kommune-privatpraktiserende

Samarbeidet mellom fysioterapeutene innad i kommunen er i følge respondentene ikke-eksisterende. Videre skal disse hemmende punktene avdekkes ved hjelp av kategorisering i ulike plan og hvordan disse oppleves fra de ulike fysioterapitilbyderne.

Tabell 9 Analysemodell for samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Samarbeid mellom sykehuset og de kommunalt ansatte	Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende	Samarbeid mellom de privatpraktiserende og sykehusansatte
Systemisk plan			
Organisatorisk plan			
Relasjonelt plan			

Systemisk plan

På grunn av man er arbeider i samme kommune så er de korte geografiske avstandene en klart fremmede faktor på systemisk plan. Det er derfor ironisk at samarbeidet mellom disse aktørene er lite fungerende. Et spørsmål som kan tenkes i forhold til dette planet er hvordan lovgivningen styrer organiseringen av fysioterapitilbudet. Det er opp til hver enkelt kommune å avgjøre hvordan de vil organisere fysioterapitilbudet ut til sine innbyggere.

Man opplever i denne kommunen at det er de kommunalt ansatte som har fått mest ressurser i den senere tid og at det er en skjevfordeling her til tross for at de private har jobbet for og synliggjøre behovet for økte midler. Det vil si at de kommunale har fått flere stillinger og mer ressurser til å drifte fysioterapi, noe som også kan gagne mulighetene for å frigjøre kapasitet til samarbeid. I samme periode har dette ikke skjedd innenfor de private og de sitter med de samme ressursene de har hatt i årevis og opplever at dette hemmer tilbudet ut til beboerne i kommunen. Samtidig skal vi også se litt senere at tid til samarbeid oppleves svært forskjellig i fra de ulikes ståsted.

Også her skaper taushetsplikten utfordringer i overføring av pasientopplysninger i mangel på et felles journalsystem som ikke hemmes av taushetsplikten.

Organisatorisk plan

I motsetning til samarbeidet mellom sykehuset og kommunen har de privatpraktiserende en helt annen organisatorisk struktur og finansieringsordning (kap.3.0). Det er ikke egne takster for samarbeid uten tilknytning til enkelt pasient og deler av driften baserer seg på antall pasientkonsultasjoner. De intervjuede private fysioterapeutene så allikevel ikke dette som et hinder for samarbeid. Grunnet den todelte finansieringsordningen blir effektivitet og lønn målt ut i fra antall utførte pasientbehandlinger.

Mye av frustrasjonen ligger på dette nivået sett ut ifra datamaterialet. Det oppstår konflikter på grunn av mangel på felles forståelse for den andre parts organisering og arbeid. De kommunalt ansatte har en helt annen tilordning av arbeidsdagen som omfatter andre oppgaver hvor ikke resultatet kan måles i kun utførte behandlinger.

FSU har slik som det har fremgått i intervjuene ikke fungert som et samarbeidsforum, men mer som en arena hvor man har gitt uttrykk for frustrasjoner istedenfor å finne løsninger. Det er en skjevfordeling i maktbalansen av representanter i FSU og man har jobbet opp mot helseledelsen i kommunen. Det nyopprettede samarbeidsforumet mellom jobbende fysioterapeuter kan derimot kanskje finne muligheter til hvordan man kan samarbeide mer i istedenfor å jobbe opp mot helseledelsen. De to ulike forumene har ulik funksjon.

En av de privatpraktiserende uttrykte også misnøye med hvordan ting ikke ble videreformidlet til politikerne. Også andre respondenter i fra både de private og kommunalt ansatte pekte på liten handlekraft i fra helseledelsen. Man opplevde at det ofte kom mange gode forslag i fra felles møter, men at det ikke ble gjort noe videre. Selve møtene opplevde man som gode tiltak for å sammen komme fram til løsninger og forslag gjeldende fysioterapidriften, men møtetidspunkt kan skape problemer.

Blant de private er det i denne kommunen lite rapporteringsrutiner til leder for avdelingen. Dette gjelder både fravær (sykdom, ferie, kurs) og statistikker. Derimot har de kommunalt ansatte klare rutiner på dette. Det informeres om at kommunen ikke har hatt et ønske eller etterlyst denne type

rapportering i fra de privatpraktiserende, noe man i følge ASA 4313 skal gjøre. Det er ikke utarbeidet en felles prioriteringsnøkkel hvordan man skal prioritere de ulike pasientgruppene. Noen av de private mener at dette bør være opp til enkelte fysioterapeut, mens man i fra kommunal side er frustrert over at man ikke forstår prioriteringene og blir møtt med budskap om at ventelister er fulle.

Når det gjelder kommunikasjon så har de kommunalt ansatte innhentet opplysninger i fra de private og har oversikt over tilbudet og personen som jobber i stor grad. Det samme gjelder ikke motsatt vei, man aner ikke hvem som jobber i kommunen. Mange av de private har ikke e-post knyttet til jobb, men bruker privat e-post eller har ikke e-post i forbindelse med jobb. Man etterlyser også her et felles journalsystem.

Relasjonelt plan

Selv om det det siste året har blitt arrangert felles møter for alle fysioterapeuter i kommunen har ikke dette bidratt til at man er blitt så mye bedre kjent. På møtene har det vært en felles agenda og man har jobbet opp mot det. Det har ikke vært hensikt å bli kjent med hverandre og hverandres arbeid i direkte forstand. De private og kommunalt ansatte kjenner lite til hverandre på personlig plan.

Man har en holdning i fra begge sider som ikke er til fordel for å skape respekt og tillit. Disse holdningene kan være et resultat av at man ikke vet hvordan den andre arbeider og hvilke utfordringer en sitter med i hverdagen. I tillegg ligger det misnøye til grunn at man opplever skjevhet i fra fordelingen av midler brukt på fysioterapi i kommunen. Til tross for det nevner alle de private respondentene at man må se hvilke ressurser som finnes samlet på instituttene, og man tror at fysioterapitjenesten totalt sett hadde hatt nytte av å kartlegge og utnytte det som allerede finnes etablert ute i instituttene.

Ved telefoner til instituttene for å få innpass av pasienter har de kommunalt ansatte blitt møtt med uvennlighet og lite velvilje for samarbeid. Dette er blitt forklart med kapasitetsmangel, men når legen i fra sykehjemmet har ringt eller pasienten selv har ringt, så har man fått time lettere.

Tabell 10 Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Kommune		Private	
	Fremmer	Hemmer	Fremmer	Hemmer
Systemisk plan	<ul style="list-style-type: none"> • Samme kommune, korte avstander • Felles grunnutdanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Taushetsplikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Samme kommune, korte avstander • Felles grunnutdanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen økte fysioterapiressurser • Taushetsplikt
Organisatorisk plan	<ul style="list-style-type: none"> • Nyopprettet samarbeidsforum blant jobbene fysioterapeuter • Felles møter organisert av kommunen • Oversikt over de private • Jobb e-post 	<ul style="list-style-type: none"> • Lite kjennskap til de private arbeid • Ulikt org. Finansiering • Uklarhet i forhold til prioriteringer • Manglende felles journalsystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyopprettet samarbeidsforum blant jobbene fysioterapeuter • Felles møter organisert av kommunen • Ønske om at lokaler og etablerte tilbud kan brukes i den totale fysioterapi-tjenesten 	<ul style="list-style-type: none"> • Lange ventelister • Lite kjennskap til de kommunalt ansattes arbeid • Ulikt org. finansiering • Mistillit til helseledelsens handlekraft • Lite n totaloversikt i fra ledelsen • Alle har ikke jobb e-post • Manglende felles journalsystem
Relasjonelt plan		<ul style="list-style-type: none"> • Lite kjent med de private • Holdning til de private • Opplever de private som lite i møte-kommende ved telefonisk kontakt 		<ul style="list-style-type: none"> • Lite kjent med de kommunalt ansatte • Holdning til de kommunalt ansatte

7.3 Privatpraktiserende - sykehus

Det er heller ikke på dette nivået noe særlig samarbeid mellom fysioterapeutene. Man henvender seg som oftest til fastlegen eller til behandlende lege ved sykehuset for informasjon. Vi skal allikevel se nærmere på hva som er med på å fremme og hemme dette samarbeidet.

Tabell 11 Analysemodell for samarbeid mellom de privatpraktiserende og sykehuset

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Samarbeid mellom sykehuset og de kommunalt ansatte	Samarbeid mellom kommunalt ansatte og de privatpraktiserende	Samarbeid mellom de privatpraktiserende og sykehusansatte
Systemisk plan			
Organisatorisk plan			
Relasjonelt plan			

Systemisk plan

De geografiske avstandene anses heller ikke mellom disse partene som et hinder for samarbeid. At taushetsplikten reduserer kommunikasjonen om pasienter via e-post hemmer samarbeidet på lik linje som mellom de andre partene. Men det er på organisatorisk nivå at man kan peke ut dette i form av manglende felles journalsystem. Men selve taushetsplikten er som tidligere nevnt ikke til hinder for å samarbeide, kun med tanke på kommunikasjonen.

Organisatorisk plan

Rundt disse to partene finnes det ikke en felles leder eller motivator til å skape et samarbeid. De private er ikke deltakende på nettverksmøtene i regi av sykehuset, og respondentene som har deltatt i studien har heller ikke fått videreformidlet informasjon fra møtene. Det er ikke en felles møteplass for disse partene. Kontakt ut mot de private avhenger av pasientens funksjon og ønske. Det er ikke noe formelt samarbeid. I fra sykehuset sin side mener man at samarbeidet fungerer tilfredsstillende. Man slår opp på gule sider telefonnummer til instituttene og får ofte videresendt pasienten uten urimelig ventetid. Dersom svaret er at det er lang ventetid tar man bare kontakt med neste institutt. Om dette har med at kontakten kommer i fra sykehuset eller om det har med diagnosen å gjøre er uvisst.

De private tar for det meste tar kontakt med eventuell operatør i forbindelse med tilleggsopplysninger i det man tenker at det er kun operatøren som nettopp kan gi spesifikke opplysninger rundt en eventuell problemstilling. I forbindelse med dette mener man at det å få tak i operatør kan være tidkrevende på grunn av tilgjengelighet, mens man mener det går greit å få tak i fysioterapeut.

Kvaliteten og informasjonen man får i forbindelse med epikriser varierer fra sykehus til sykehus, og man mener at det er et forbedringspotensiale gjeldende det aktuelle sykehuset. Samtidig opplever sykehuset manglende informasjon i fra fysioterapeut inn mot konsultasjoner ved sykehuset. Men denne type kommunikasjon om slike temaer eksisterer ikke på grunn av manglende felles møteplasser.

Relasjonelt plan

Foreløpig ser det ut til at man er fornøyd med slik samarbeidet er. Det er ikke mange henvisninger i fra sykehuset, og man oppfatter kontakten som tilfredsstillende.

De på sykehuset mener at det å vite om eller kjenne noen på et institutt gjør det enklere å ta kontakt, men man mener ikke at dette er avgjørende for samarbeid. Allikevel ser det ut til at noen har så kalte «favorittinstitutt» hvor man helst henvender seg til. Det er ingen fremtredende negative holdninger til hverandre, men heller positive til å være i kontakt med hverandre.

Tabell 12 Samarbeid mellom de privatpraktiserende og sykehuset

Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	Private		Sykehuset	
	Fremmer	Hemmer	Fremmer	Hemmer
Systemisk plan		<ul style="list-style-type: none"> • Taushetsplikt 		<ul style="list-style-type: none"> • Taushetsplikt
Organisatorisk plan		<ul style="list-style-type: none"> • Ingen felles leder eller møteplass • Ingen viderefremming av informasjon fra nettverkmøtene • Ikke felles journalsystem 		<ul style="list-style-type: none"> • Ingen felles leder eller møteplass • Ikke felles journalsystem
Relasjonelt plan	<ul style="list-style-type: none"> • Ok å få tak i fysioterapeut 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å få tak i operatør 	<ul style="list-style-type: none"> • Lite vansker med å få innpass på institutt • Lettere å ringe til institutt som man er kjent med 	<ul style="list-style-type: none"> •

8.0 Drøfting

Informasjonen som kommer fram gjennom denne oppgaven viser samarbeid som fungerer svært varierende mellom de ulike aktørene. På det systemiske overordnede planet er det kun utfordringer i forhold til pasientinformasjon og bruk av elektronisk samhandling som pekes ut som en hemmende faktor. Det er grunnet taushetsplikten ikke lov å sende pasientopplysninger via e-post, og det finnes ikke et felles journalsystem som kommuniserer mellom de ulike partene.

På organisatorisk plan har Fysionettverket som et etablert formelt samarbeidsforum mellom kommunefysioterapeutene, ledere innenfor fysio- og ergoterapitjenesten i kommunene og sykehuset skapt et godt samhandlingsforum. Dette har bidratt til økt uformell samhandling mellom partene. Fysionettverket inkluderer ikke de privatpraktiserende fysioterapeutene, noe som ønskes i fra alle tre aktørene.

Innad i kommunen er det store organisatoriske forskjeller mellom fysioterapeutene. Mellom de kommunalt ansatte og de privatpraktiserende fysioterapeutene er det mange ting som skiller dem, blant annet pasientgruppene, driftsform og lønn samt prioriteringer når det gjelder pasienter. De møtes i fysioterapeutenes samarbeidsutvalg for å diskutere blant annet kommunens fysioterapisituasjon. De private etterlyser mer handlekraft og sterkere lederskap i fra helseledelsen i kommunen, og mener at mye av utviklingen i form av gode forslag ender her. Tildeling av stillinger og midler skaper splittelse mellom gruppene istedenfor å styrke tilbudet i helhetlig retning. Frustrasjonen er økende blant de private siden ventelistesituasjonen er lang og man samtidig ser at den andre delen av fysioterapitjenesten i kommunen styrkes. Man ønsker også mer tilrettelegging av samarbeid i forhold til kartlegginger, videreutvikling av forslag som har kommet fram og generell koordinering av fysioterapitjenesten i kommunen.

Manglende felles journalsystem skaper dobbeltarbeid i det man både må ta kontakt på forhånd per telefon, for å så få den samme informasjonen i form av en epikrise per post senere. Det er per i dag lite samarbeid mellom de privatpraktiserende fysioterapeutene og sykehuset.

Mange av utfordringene ligger på det organisatoriske nivået, men også på det relasjonelle planet. Hver enkelt må starte med seg selv, sine prioriteringer og holdninger for å få til samarbeid. Det vil være viktig at hver enkelt tenker litt lengre fram og ser nytteverdien av en god pasientflyt, effektiv behandling og god kommunikasjon, slik at man klarer å gi pasientene et fullverdig tilbud.

I følge Willumsen (2009) kan det å bli kjent med den andre parts tjenester, tilbud og kompetanse være med å skape forståelse og anerkjennelse, noe som er forutsetninger for et godt samarbeid.

Systemisk plan

På det overordnede planet er utfordringene knyttet mot lovverket i forhold til taushetsplikten og de kommunikasjonsmessige problemene dette skaper. Per i dag brukes det post ved sending av epikriser og journaler, noe som hemmer flyten i samarbeidet. Dette kom fram i teorien som hindringer i forhold til rammebetingelser (Lindemann 2011, Ringvold 1994). Organisering av fysioterapitjenesten i kommunen er todelt organisert i forhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Det er usikkert om alle politikere som er med å fordele ressurser i kommunen er klar over hvordan de ulike aktørene innad i kommunen jobber, hva de tilbyr, hvilke pasientgrupper man jobber med og hvordan man arbeider. Siden man kun har innhentet statistikk og rapporter i fra de kommunalt ansatte, vil innrapportering om fysioterapitilbudet i kommunen være ukorrekt og etter all sannsynlighet kunne være med på å gi et feilaktig syn på fysioterapitjenesten i kommunen. Også dette har med ryddige rammebetingelser og klare retningslinjer å gjøre (Ueland 2011). Den ulike organiseringen av fysioterapitjenesten skaper også sosiale forskjeller i forhold til lønn.

Det ser ut til at en del av de relasjonelle utfordringene har opphav på det systemiske planet i form av likestillingsspørsmålet. Så lenge man ikke er helt klar over hva den andre jobber med og hvordan man jobber vil dette opprettholdes. Dette kom fram i Lindemans (2011) forskning angående samarbeid inne rusfeltet hvor kontekstforståelsen og forståelsen for andres utfordringer ble utpekt som problemområder. Å granske både profesjonskulturen (arbeidsmetodene og kompetanse) og organisasjonskulturen innad i fysioterapitjenesten for å se hvordan de kulturelle ulikheter kan påvirke samarbeidet vil gi en bevissthet som kan være med på å håndtere og redusere misforståtte oppfatninger og forventninger (Vangen og Huxham i Willumsen 2009).

Organisatorisk plan

Utfordringene som kom fram i forhold til de organisatoriske determinantene samsvarte delvis med hva som kunne forventes sett ut i fra teorien.

Det å skape klare rammer rundt og ha en felles agenda eller et felles mål for noe skaper engasjement og tydelighet, noe man må ytterligere jobbe med på alle plan. Å skape et felles mål er en suksessfaktor for et vellykket samarbeid (Wangen og Huxham i Willumsen 2009, Ueland

2011, Hogue, Shaw & Walker 2006, Poland et al. 2004). Dette er noe som har blitt gjort i forhold til Fysionettverket. Forankringen er god, men man har ennå ikke inkludert de privatpraktiserende fysioterapeutene. Fysionettverket har en tydelig leder og fast møteplan og agenda som ser ut til å motivere til samarbeid. Ved å delta og være med som beslutningstaker kan bidra til økt integrering og eierskap til samarbeidet (Repstad i Jacobsen).

I kommunene er det FSU og et nyopprettet samarbeidsutvalg som sørger for det formelle samarbeidet. Slik som resultatene viser, er samarbeidsutvalget preget av konflikter og frustrasjon mer enn samarbeid og problemløsning. Første punkt er at man er frustrert over videre innrapportering til videre nivå. Det går fram gjennom intervjuene at man har til dels svekket tillit til ledelsen i form av at man opplever liten handlekraft. Å skape gode rammebetingelser, ansvarsfordeling og retningslinjer vil også her være av stor betydning slik Ueland (2011) erfarte gjennom sin forskning. Det krever at ledelsen har en funksjon av å formulere mål sammen med utvalget og videre rapporterer dette til sine overordnede. San Martín-Rodríguez et al (2005) beskriver lederne som motivatorer for tverrfaglig samarbeid.

Når det gjelder kommunikasjon og samarbeid står alle tre overfor dilemmaet over manglende felles journalsystem. Kommunikasjon er nettopp det området som pekes ut til å være svært sentralt i forhold til å skape et fungerende samarbeid (Dawson 2007, Haugtomt 2003, Hogue, Shaw&Walker 2006, Danielsen & Fjær 2010). Man mangler felles telefonlister og oversikt over ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter. Innad i kommunen mangler man felles retningslinjer angående pasientprioriteringer. Dette skaper stor frustrasjon blant de kommunalt ansatte når de tar kontakt med instituttene. Informasjonsflyten i via post (epikriser og henvisninger) er variabel både i innhold og hvor lang tid det tar noe som er med på å skape dobbeltarbeid ved at man må ta kontakt per telefon for å få informasjon.

Relasjonelt plan

Hvordan den enkelte opplever samarbeidet vil variere fra tid til annen, fra person til person og fra arbeidsted til arbeidsted. Det er en subjektiv opplevelse og er knyttet opp mot relasjoner og personkjemi. I en stresset hverdag kan kvaliteten og muligheten til å samarbeide være nedsatt på grunn av mangel på tid (Dawson 2007), mens det i perioder vil være bedre forutsetninger for godt samarbeid. Nyttien vil variere, men de fleste både tror og ønsker at samarbeidet kan bli bedre.

Man tenker som oftest på at kommunikasjonen og pasientflyten skal fungere bedre. Man ønsker å oppnå god informasjonsflyt, tilgjengelige tjenester samt redusere unødvendige komplikasjoner og ventetider. Ved å få til dette kan vi håndtere pasientmassen som venter på behandling på en profesjonell og god måte. Vi må klare å bli enige hvordan oppgavene skal løses, ha felles målsetning og få en samlet helhetsforståelse (Poland et al. 2004, Danielsen & Fjær 2010, Ueland 2011).

Det er den enkeltes ansvar å ta del i en slik diskusjon og jobbe med egne verdier opp mot en felles forståelse. Det er deltakerens fleksibilitet og evne til å anerkjenne forskjeller som kan bidra til bedre samarbeid. Man må gå inn å bli utfordret på egen kompetanse samt kunne gå inn i løsninger som ikke er de mest optimale i fra eget ståsted (Willumsen 2009). Diskusjoner er nødvendige underveis og det er derfor viktig å ha felles møter med leder som kan ha ansvar som bringer kunnskap og løsninger videre.

Slik som tidligere nevnt finnes det en masse kompetanse blant arbeidende fysioterapeuter. Å samarbeide og skape kompetanseutveksling mellom nivåer eller innad i kommunen vil være med på å styrke det generelle samarbeidet og fellesskapet. Ved å få rammebetingelser, tydelige og klarer ledere og deltaker på møter med beslutningsvirksomhet er vi på god vei mot bedre samarbeid.

9.0 Veien videre

Denne oppgaven har gitt innsikt i noe av samarbeidsutfordringene man står overfor i fysioterapitjenesten i dag. Utgangspunktet for undersøkelsen har vært implementeringen av samhandlingsreformen fra 1.1.12 (St.mld.47 (2008-2009)). Det forventes en sømløs pasientflyt mellom nivåene. Denne undersøkelsen har vist at det fortsatt finnes mange utfordringer knyttet til dette. Er disse punktene tilgjengelige for forandring og dermed mulig forbedring av samhandling, eller ligger det mer kompleksitet bak de enkelte hindringene enn hva man har kommet fram til i denne forskningen?

Undersøkelsen peker på noen utfordringer i forbindelse med kommunikasjon, rammebetingelser, holdninger og tillit. Et utvalg av 9 informanter er ikke nok til at man kan generalisere svarene. Allikevel representerer dette 9 ulike fysioterapeuters mening om noe, og det kan godt tenkes at man i hvert fall i noen grad kan korrelere funnene til andre samhandlingsarenaer. Muligheten for at den samme undersøkelsen i et annet fylke ville gitt helt ulike resultater noe som er en av de svake sidene ved kvalitativ forskning basert på dybdeintervjuer.

Det er i stor grad samsvar med teorien og funnene i denne forskningen om hva som fremmer og hemmer samarbeidet. Interessant var det å se at forskjellen var stor mellom sykehus-kommune og internt i kommunen. Det var ikke forventet at det skulle være så mye sprik innenfor en tjeneste. Er dette slik man opplever det i andre fylker eller var det bare tilfeldigvis i dette fylket og i denne kommunen? Det hadde vært av stor interesse å kartlegge opplevelsene til flere fysioterapeuter for å kunne generalisere funn. Som et ledd for å kunne se disse utfordringene i et større perspektiv ville det være av interesse å gå inn å måle disse områdene kvantitativt. Heller ikke de overordnede ledernes mening er kartlagt. Kunne det tenkes at de har en helt annen oppfatning eller er de så godt kjent med sine ansatte og sin tjeneste at de vet hvor skoen trykker? Og hvis alle er klare over utfordringene så er det litt rart at det fremdeles er mange faktorer som er med på hindre et tett samarbeid.

Uansett ønsker jeg at denne forskningen har bidratt til å belyse områder som kan være mulige å gripe fatt i og ved hjelp av noen tiltak fjerne eventuelle hindringer og få til en flyt som man ønsker. Hver enkelt fysioterapeut og leder må være ærlige med seg selv, granske sine eventuelle holdninger og gjøre noen tiltak for at det skal skje en forandring. Et godt samarbeid er som et ekteskap, det krever til tider hardt arbeid...

Litteraturliste

ASA 4313 for perioden 2011-2012. *Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) om drift av privat fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten*, jf. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) kapittel 4

Beaulieu, M-D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M.& San Martin-Rodriguez L. 2005a. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005). *Supplement 1*: 116-131

Beaulieu, M-D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M.& San Martin-Rodriguez L. 2005b. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005). *Supplement 1*: 132-147

Brinkman, S., Kvale, S 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Danielsen, B., Fjær, S. 2010. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning* 5(1):36-43.

Dawson, S. 2007. Interprofessional working: communication, collaboration..perspiration! *International Journal of Palliativ Nursing*. Vol.13 (10): 502-505.

Fell, L., Graham, H., Kim, G., Lum, J. M., Poland, B., Polzer, J., Syed, S., Tobin, S., Walsh, E., Yardy, G. 2005. 'Working at the margins' or 'leading from behind'? A Canadian study of hospital-community collaboration. *Health and Social Care in the Community*, 13 (2): 125-135.

Folkehelseinstituttet. *Eldres helse*. Fakta-ark. <www.fhi.no> [lesedato: 26.06.2011]

Folketrygdloven 1997. *Lov om folketrygd nr.19. Del IV Ytelser ved sykdom m.m.* <www.lovdato.no> [lesedato: 21.08.2011]

Fysioterapiforskriften. *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi 2011.*

< www.lovdato.no > [lesedato: 21.08.2011]

Garåsen, H. & Johnsen, R. 2005: Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste-
erfaringer fra Trondheim. *Tidsskrift for den norske legeforening (9)*: 125: 1198-200

Gjerde, S.2010. *Coaching : hva - hvorfor – hvordan*.2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Hansen, G.V. & Ramsdal, H. 2009. *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med
organisering og arbeidsformer*. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2009:1. Halden: Allkopi

Haugtomt, S. A. 2003. Samarbeid over virksomhetsgrenser- en forutsetning for god
pasientbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening (17)*: 123:2462-4

Health Professions Network Nursing and Midwifery Office 2010. Framework for Action on
Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneve: WHO Department of Human
Resources for Health

Helsepersonelloven1999. *Lov om helsepersonell m.v.* <www.lovdato.no>

[lesedato: 29.4.2012]

Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av
kommunenes utgifter til Fysioterapitjenesten 2001.* < www.lovdato.no > [lesedato: 21.08.2011]

Helse- og omsorgstjenesteloven 2012. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

<www.lovdato.no> [lesedato: 29.4.2012]

Hogue, A., Shaw, L., Walker, R. 2008. The art and science of teamwork: Enacting a
transdisciplinary approach in work rehabilitation. *Work*. 30 (2008): 297-306

Holst, H.& Severinsson, E. 2003.A study of collaboration inpatient treatment between the
community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. *Journal of
Psychiatric and Mental Health Nursing*, (10): 650-658.

Jacobsen, D.I .2004. *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv*. I Repstad,P. (red): Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: Tano

Jacobsen, D.I .2010. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Kommunehelsetjenesteloven 1982. *Lov om helsetjenesten i kommunene., nr 66*.
<www.lovdato.no> [lesedato: 21.08.2011]

Lindman, S. 2011. *Fliker av virkeligheten. Hvordan opplever fagpersoner samarbeid i rusfeltet?* Masteroppgave. Diakonhjemmets høgskole. Oslo

Norsk Fysioterapeutforbund 2007. *Veileder for fysioterapitjenesten*. < www.fysio.no> [lesedato: 26.06.2011]

NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sluttrapport 2012. «*SØ fysioterapi 2015- Behov og omstilling*». Fredrikstad: Sykehuset Østfold

Spesialisthelsetjenesteloven 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
< www.lovdato.no> [lesedato: 20.08.2011]

Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivinger. < www.ssb.no/folkfram/> [lesedato: 26.06.2011]

Sørensen, N.B. 2000. *Organisationers form og funktion- om Mintzbergs teori i en dansk sammenheng*.4.utgave.Fredriksberg: Samfundslitteratur.

Tariffavtale. *Overenskomst mellom Spekter og Norsk Fysioterapeutforbund*
Mai 2010- April 2012

Willumsen, E. (red) 2009. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Otta:
Universitetsforlaget

<www.fysio.no/PRIVAT-PRAKSIS/Driftstilskudd> [lesedato: 26.06.2011]

<www.regjeringen.no> [lesedato: 20.08.2011]

Andre kilder

Møtereferater i fra Sykehuset NN av dato: 24.03.09, 20.4.2010, 5.5.11 og 28.01.11

Vedlegg 1

Til seksjonsleder ved sykehuset

02.11.11

Forespørsel angående masteroppgave innen

Tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Jeg er student ved Høgskolen i Østfold og har siden høsten 2009 gått på studiet «Tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren». Tittel på min masteroppgave er:

Fysioterapिसamarbeid i NN (tittel ble endret etter hvert)

I den forbindelse ønsker jeg å intervjuer fysioterapeuter innenfor sykehuset NN, kommunalt ansatte i NN kommune og privatpraktiserende med tilskudd i NN kommune. Jeg håper å få vite mer om hva som fremmer og hemmer samarbeidet og kartlegge litt hvordan samarbeidet er. Studien er en kvalitativ studie med dybdeintervjuer. I den forbindelse ønsker jeg å intervjuer lederne for disse enhetene samt 2 tilfeldig valgte ansatte på sykehuset og kommunen samt 2 selvstendig næringsdrivende. For å kunne foreta trekning ønsker jeg informasjon i fra deg over:

- Alle fysioterapeuter som jobber med voksne som er ansatt i 100 % stilling ved fysioterapiavdelingen ved Sykehuset. Ansatt siden 1.11.2009 (min.2 år)

Informasjonen kan sendes per e-post eller brevpost.

Intervjuene vil finne sted ved den enkeltes arbeidssted i arbeidstiden. Det vil bli gitt en informert samtykkeerklæring og det vil være mulighet for de utvalgte å trekke seg når som helst fra prosjektet. Intervjuene vil ta ca. 1 time hver. Ingen personopplysninger vil bli registrert og informantene vil bli anonyme. Prosjektet er meldt inn i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Veileder for prosjektet er Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold 69 30 30 39, helge.ramsdal@hiof.no

Med vennlig hilsen,

Antonia Odsbu

Fysioterapeut

Adresse: Statsminister Kolstads vei 26, 1710 Sarpsborg tlf: 90 57 99 27 jobb:69 82 65 49

e-post: antoniaodsbu@hotmail.com

Angående masteroppgave innen tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Viser til telefonsamtale i dag hvor jeg informerte og spurte om deltakelse i dybdeintervjuer.

Jeg er student ved Høgskolen i Østfold og har siden høsten 2009 gått på studiet «Tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren». Tittel på min masteroppgave er:

Fysioterapisamarbeid i NN (tittel ble endret etter hvert)

I den forbindelse ønsker jeg å intervjuer fysioterapeuter innenfor sykehuset NN, kommunalt ansatte i NN kommune og privatpraktiserende med tilskudd i fra NN kommune. Jeg håper å få vite mer om hva som fremmer og hemmer samarbeidet og kartlegge litt hvordan samarbeidet er. Studien er en kvalitativ studie med dybdeintervjuer. I den forbindelse ønsker jeg å intervjuer lederne for disse enhetene samt 2 tilfeldig valgte ansatte og 2 selvstendig næringsdrivende. For å kunne foreta trekning ønsker jeg informasjon over:

1. Alle ansatte i voksenfysioterapiteamet med 100 % stilling som har vært ansatt siden 1.11.2009
2. All fysioterapeuter med fast tilskudd (uansett hjemmelstørrelse) i kommunen. Vennligst med opplysning om hvor stor hjemmelstørrelse den enkelte har. Hjemmel fra før 1.11.2009.

Intervjuene vil finne sted ved den enkeltes arbeidssted. Det vil bli gitt en informert samtykkeerklæring og det vil være mulighet for de utvalgte å trekke seg når som helst fra prosjektet. Intervjuene vil ta ca. 1 time hver. Ingen personopplysninger vil bli registrert og informantene vil bli anonyme. Prosjektet er meldt inn i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Veileder for prosjektet er Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold 69 30 30 39, helge.ramsdal@hiof.no

Med vennlig hilsen,

Antonia Odsbu

Fysioterapeut

Adresse: Statsminister Kolstads vei 26, 1710 Sarpsborg tlf: 90 57 99 27 jobb:69 82 65 49

e-post: antoniaodsbu@hotmail.com

Vedlegg 3

Intervjuguide «Fysioterapisamarbeid»

Åpen semistrukturert intervjuguide basert på følgende temaer:

1. Hvordan er fysioterapisamarbeidet i NN fylke?
2. Hvilke faktorer fremmer og hemmer samarbeidet?

1. Hvordan er fysioterapisamarbeidet i NN fylke?

Utfyllende hjelpespørsmål:

- 1.1 Hvordan er samarbeidet i dag? (formalisert og uformalisert samarbeid, opplæring innenfor temaet, retningslinjer og direktiv)
- 1.2 Hvordan oppleves samarbeidet? (godt-dårlig osv.)
- 1.3 Hva samarbeider man om? (pasienter, retningslinjer, behandlingsprinsipper)
- 1.4 Hvordan foregår samarbeidet? (møter, telefon, brev, mail..)

2. Hvilke faktorer fremmer og hemmer samarbeidet?

- 2.1 Hvordan fungerer samarbeidet sett på systemisk overordnet nivå? (lovverk, geografi, taushetsplikt)
- 2.2 Hvordan fungerer samarbeidet sett på organisatorisk nivå? (eksempelvis kommunikasjon, tid til å delta, finansiering, rom for samarbeid)
- 2.3 Hvordan fungerer samarbeidet sett på relasjonelt nivå? (personkjemi, ønske om samarbeid på personlig og aspekter knyttet til dette)

3. Har du noen ideer om hvordan man kan forbedre samarbeid?

Vedlegg 4

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Fysioterapisamarbeid i NN fylke

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie gjeldende fysioterapisamarbeid i NN fylke. For å få bred informasjon i fra fysioterapeuter hentes det inn informasjon fra fysioterapeuter ansatt de ulike nivåene/ulike arbeidsområder.

Formålet med studien er å kartlegge hvordan fysioterapisamarbeidet i NN fylke er. Forskningen er et mastergradsarbeid i faget «Tverrfaglig samarbeids innenfor helse- og sosialfag» ved Høgskolen i Østfold. Ansvarlig for forskningsprosjektet og databehandling er Antonia Odsbu. Veileder for oppgaven er høgskoledocent Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold, tlf. 69 30 30 39, e-post: helge.ramsdal@hiof.no

Prosjektet er meldt inn i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, prosjektnummer er 28517

Hva innebærer studien?

Deltakelse innebærer at du deltar i et intervju. Innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer vil forhåpentligvis være med å gi et nærmere innsyn på fysioterapisamarbeidet i NN fylke.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Antonia Odsbu på telefon 905 79 927 eller e-post: antoniaodsbu@hotmail.com.

Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Helge Ramsdal
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 21.11.2011

Vår ref: 28517 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28517	<i>Fysioterapisamarbeid i Østfold</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Helge Ramsdal</i>
<i>Student</i>	<i>Antonia Odsbu</i>

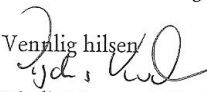
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

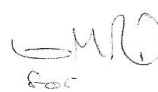
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen/

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Antonia Odsbu, Statsminister Kolstads vei 26, 1710 SARPSBORG

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no