



# **Samhandling krever aktiv handling**

**Jon Midttun Lie**

**Mastergradsoppgave i helsefag,**

**Studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi,**

**Fordypning voksne**

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskaplige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Mai 2016

Ord: 17540

# FORORD

For et slit, for en glede.

Arbeidet med denne oppgaven har vært utfordrende og utviklende. Det har vært mange lange perioder med tenkepauser, ryddepauser, gå tur pauser og bare fullstendig tanketomme pauser. Heldigvis har de fleste vært positive for fremdriften i skrivearbeidet.

Flere som har bidratt til at oppgaven nå er ferdig fortjener takk!

Først vil jeg takke informantene som stilte opp, var positive, imøtekommende og bidro med sine erfaringer.

Så vil jeg takke mine foreldre. Dere er smarte. Dere er omtenksomme. Dere hjelper til med alt.

Til slutt vil jeg takke Britt Normann. Alle timene med dine råd og veiledning har vært helt avgjørende for å komme i mål med dette prosjektet.

Tromsø, 11. mai 2016

Jon Midttun Lie

# INNHOLD

1	INNLEDNING.....	5
1.1	Hensikt og problemstilling .....	6
1.2	Oppgavens struktur.....	7
2	TEORIKAPITTEL.....	8
2.1	Organisering og regulering av fysioterapi i kommune- og spesialisthelsetjeneste.....	8
2.1.1	Kommunene .....	8
2.1.2	Generalist versus spesialist.....	10
2.1.3	Spesialisthelsetjenesten .....	10
2.2	Samhandlingsreformen .....	11
2.3	Nevroplanen.....	12
2.4	Primærhelsemeldinga .....	13
2.5	Samhandlingspremisser .....	13
2.6	Praktisk kunnskap.....	16
3	METODEKAPITTEL.....	18
3.1	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt: .....	18
3.2	Valg av metode: .....	18
3.3	Utvalg .....	19
3.4	Praktisk gjennomføring .....	20
3.4.1	Forberedelse .....	20
3.4.2	Gjennomføring .....	20
3.5	Bearbeidelse av materialet.....	22
3.5.1	Transkribering .....	22
3.5.2	Analyse.....	23
3.6	Etiske vurderinger.....	24
3.7	Metodekritikk .....	25
3.7.1	Nærhet til forskningsfeltet.....	25
3.7.2	Intervju .....	25
3.7.3	Utvalg .....	26
3.7.4	Forskningseffekten .....	26
3.7.5	Pålitelighet og gyldighet.....	27
4	RESULTATER OG DRØFTING .....	29
4.1	Generalister, kompetanse og organisering av fysioterapi.....	29
4.1.1	Om arbeidshverdag, interessefelt og samhandlingsbehov .....	29
4.2	Informasjon og kompetanseoverføring.....	36
4.2.1	Om rapporter, videofilm og dialog.....	36
4.3	Rammer, roller og struktur .....	43
4.3.1	Om kommune, NMK og kommunikasjon.....	43
5	AVSLUTTNING .....	50
	LITTERATURLISTE .....	53
	OVERSIKT OVER VEDLEGG .....	55

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen satt søkelyset på manglende samhandling som den viktigste årsaken til at mennesker med kroniske sykdommer, som nevromuskulære sykdommer, ble tapere i helsevesenet. Pasienter med nevromuskulære sykdommer har behov for langvarig oppfølging med fysioterapi. På grunn av de sammensatte funksjonelle utfordringene hos pasienter i denne sykdomsgruppen veksler behandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det forutsetter at de involverte partene samhandler om kunnskaps- og informasjonsoverføring.

**Hensikt:** Tilføre økt kunnskap rundt hvordan fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste erfarer samhandling med spesialisthelsetjeneste, i dette tilfelle med Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Tromsø.

**Metode og materiale:** En kvalitativ studie med forankring i fenomenologisk hermeneutisk vitenskapstradisjon. Materialet er hentet inn gjennom kvalitative dybdeintervjuer av tre fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste. Informantene er strategisk utvalgt og består av to fysioterapeuter fra privat praksis med driftstilskudd og en fra kommunal hjemmebehandling.

**Resultat:** Studien viser at informantene i varierende grad har mottatt informasjon av epikrise og video fra NMK. Epikrisen ses på som den beste formen for kommunikasjon, mens video virker å tilføre en ny dimensjon i form av det forsterkede inntrykket gjennom bilde og lyd. Det fortelles om lite dialog mellom fysioterapeutene i kommunen og NMK både før og etter innleggelse. Forklaringen og ansvaret for dette må undersøkes nærmere hos begge parter. Forskjellige rammevilkår i arbeidsdagen kan være forklaringen på hvor mye fysioterapeutene i kommunen prioriterer å involvere seg i samhandlingen. Helseforetakene har ansvar for å gi veiledning og kommunen må organisere og lede fysioterapeutene slik at de kan få kompetanse til å løse oppgavene på vegne av kommunens ansvar.

**Konklusjon:** Det synes å være behov for å styrke rollen til fysioterapeutene på kommunalt nivå for å få økt gjensidighet og målrettethet i samhandlingen med NMK.

## SUMMARY

**Background:** The Coordination Reform pointed out the shortcoming of coordinated services as the most important reason for inadequate services to chronical ill patients, as patients suffering from neuromuscular diseases. Patients with neuromuscular diseases are in need of physiotherapy for longer periods. As a consequence of the complex challenges the patients are in need of services both at municipal level and from specialized health care. Both levels must cooperate in exchange of knowledge and information.

**Purpose:** Reveal and add knowledge about how physiotherapists within the municipal healthcare sector experience the collaboration with the speciality healthcare services. In this case Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) at the university hospital Nord Norge (UNN), Tromsø.

**Method:** A qualitative study based on the phenomenological hermeneutical scientific tradition. Three physiotherapists from municipal healthcare sector was interviewed using a qualitative interview. The informants was chosen strategically and consist of two physiotherapists from private practise, and one working in the municipal physiotherapy service.

**Main result:** The discharge summaries are not consequently sent to all physiotherapists after the patients are discharged from NMK. The discharge summary is considered as the best concept for information. Videos give an additional value. There is a scarce communication between NMK before and after hospitalization of the patients, which may be explained in the working situation for the physiotherapists. Both the municipalities and the hospitals are responsible for guidance and to medically justifiable services for the patients.

**Conclusion:** There seem to be need of strengthening the role of the physiotherapists in the municipal organization to achieve a mutual interaction in co-operating with NMK.

# 1 INNLEDNING

Samhandlingsreformen fra 2012 satte søkelyset på at mangel på samhandling var den viktigste grunnen til at mennesker med kroniske sykdommer ble taperne i helsetjenesten (1). En rekke av tiltakene i reformen har tatt tak i denne utfordringen og sier noe om hvilket arbeid som kreves for å bedre forholdene for pasientene som lever med kronisk sykdom, Nevroplan og revidering av lov om kommune- og helsetjenesteloven er eksempler på dette (2, 3). Tiltakene forteller om hvilke grep som er valgt i arbeidet for å oppnå helhetlige pasientforløp. Individuelle planer og koordinerte tjenester er sentrale elementer for å nå målet.

Nevromuskulære sykdommer er en gruppe av kroniske sykdommer, og sorterer under begrepet sjeldne diagnoser. En diagnose regnes som sjelden når færre enn 1 av 10000 er rammet (4). Kjennetegnene på kronisk sykdom er lang varighet og vanligvis langsam progredierende symptomer (5). Det anslås at om lag fire tusen personer i Norge er rammet av en av de over hundre variantene av nevro-muskulære sykdommer (4, 6). Nevromuskulær sykdom kan være arvelig eller oppstå etter spontane genmutasjoner (7), og de som lever med diagnosen har ofte behov for langvarig oppfølging fra helsetjenesten både på kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. Særlig gjelder dette fysioterapi da sykdommene kan lede til økende funksjonsnedsettelse der muskulær svakhet ofte manifesterer seg i nedsatt balanse og gangfunksjon (7). Årsakene til nevro-muskulær sykdom kan være feil eller sykdom i nervene som overfører signaler til musklene, feil i overgangen mellom nerve og muskel, eller i selve muskelen (7).

Få tilfeller av mennesker med nevro-muskulære sykdommer gjør at fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste sjelden er i kontakt med denne sykdomsgruppen (4). For å samle og spisse kunnskap rundt de med sjeldne diagnoser er det derfor opprettet kompetansesentra som en del av tilbudet i spesialisthelsetjenesten, et tilbud som også gjelder for pårørende og fagpersonell (4). Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) i Tromsø er et landsdekkende tilbud for de med nevro-muskulære sykdommer. Hit henvises pasienter for utredning av sykdommen og for opptrening/bevegelsesterapi.

Som fysioterapeut i kommunal helsetjeneste der jeg har jobbet med nevrologiske pasienter i privat praksis har jeg ved flere anledninger vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det har vært i forbindelse med pasienter som enten har vært innlagt, eller vært til vurdering av ulike årsaker. Det som har vekt min interesse for å gjennomføre dette studiet er spørsmål som har oppstått rundt hvilke kommunikasjonsmidler som benyttes, og hvordan de tas i bruk.

For utforske dette søkte jeg litteratur som sa noe om samhandling mellom fysioterapeuter på forskjellige helsenivå. Tre studier viste seg særlig relevante. Det ene omhandler hvordan fysioterapeuter i primærhelsetjenesten ser på nytteverdien av epikriser fra spesialisthelsetjenesten. Det påpekes at epikriser bidrar til trygghet, men at styrende retningslinjer for videre oppfølging ikke er ønskelig (8). Den andre tar for seg samhandling og kunnskapsdeling mellom fysioterapeuter for barn i kommune- og spesialisthelsetjenesten (9). Her trekkes hovedtemaene anerkjennelse og struktur frem som viktige punkter for å sikre fysioterapeutfaglig kvalitet ved samhandling og kunnskapsdeling. Et interessant underpunkt til hovedtemaet er at observasjon ses på som en viktig del av samhandlingen, og at skriftlig materiale ikke er tilstrekkelig alene for å overføre kunnskap i et praktisk fag som fysioterapi. Det siste undersøkte hvordan klinisk veiledning av kommunefysioterapeuter i en poliklinikk på et sykehus påvirket forståelse og utøvelse av behandling på pasienter med multippel sklerose (10). Resultatene viste at kommunefysioterapeutene så på deltakelse i en reell behandlingssituasjonen der bevegelsesanalyse og diskusjon stod sentralt som betydelig for faglig utvikling.

Det kommer frem av studiene at epikriser er en naturlig del av kommunikasjonen mellom helsepersonell og helsetjenestenivå. Samtidig trekkes det frem at det skriftlige ikke er tilstrekkelig i overføringen av praktisk kunnskap, og at observasjon og deltakelse i reelle pasientsituasjoner er betydningsfullt for faglig utvikling. Det studiene sier lite om og som det mangler kunnskap rundt er hvordan fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste erfarer, og ser sin rolle i samhandling med kompetansesenter med et landsdekkende tilbud til pasienter med sjeldne diagnoser, som nevromuskulære sykdommer.

## **1.1 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med studien er å øke kunnskapen rundt samhandling der fysioterapeuter på ulike helsenivå er involvert. I tillegg rettes det søkelys på hvordan fysioterapeutene i kommunal helsetjeneste ser sin egen rolle i samhandlingsprosessen. På bakgrunn av dette er problemstillingen:

*Hvilke erfaring har kommunefysioterapeuter når det gjelder samhandling med Nevromuskulært kompetansesenter, og hvordan ser de på sin rolle i denne samhandlingen.*

## **1.2 Oppgavens struktur**

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel en tar for seg innledningen med presentasjon av oppgavens bakgrunn, hensikt og problemstilling. I neste kapittel følger den teoretiske rammen for oppgaven. Deretter gjøres det rede for metode i kapittel tre. Erfaringene fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste har vedrørende samhandling med NMK i forbindelse med pasienter som kommer tilbake fra opptrening/bevegelsesterapi danner grunnlaget for materialet i oppgaven. Resultatpresentasjon med tilhørende drøfting der de teoretiske aspektene tas inn kommer i kapittel fire, mens kapittel fem inneholder oppgavens avslutning.



## **2 TEORIKAPITTEL**

I følgende kapittel presenteres det teori som kan belyse det empiriske materialet i oppgaven. Først presenteres organiseringen av fysioterapi og helsetilbud i kommuner- og spesialisthelsetjeneste. Deretter følger omtale av samhandlingsreformen, nevroplan og primærhelsemeldingen, før forståelse rundt samhandling og mekanismer som påvirker dette presenteres. Til slutt følger et avsnitt om praktisk kunnskap som kan kaste lys over hva og hvordan faglig informasjon formidles mellom fysioterapeut i spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Samhandling for å utnytte helsefaglige ressurser som er involvert i og rundt pasienter er viktig for å optimalisere individuelle behandlingstilbud. Lover, forskrifter og veiledere stiller krav til hva som skal til for å gi forsvarlig behandling, og helsepersonell har plikt til å gjennomføre forsvarlig behandling og å involvere seg med interesse og faglig kunnskap. Pasienter med nevrologiske sykdommer vil i mange tilfeller ha behov for langvarig oppfølging fra fysioterapi som setter høye krav til samhandling mellom tjenestenivåene over tid.

### **2.1 Organisering og regulering av fysioterapi i kommune- og spesialisthelsetjeneste**

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby helsetjenester til befolkningen. I det følgende redegjøres det for relevante sider ved denne arbeidsfordelingen.

#### **2.1.1 Kommunene**

Kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som i praksis betyr omsorgshjelp ut over det som kan løses med egen omsorg og helsehjelp, blant annet allmennlege og fysioterapitjenester. Kommunenes ansvar på dette området er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (3) og ansvaret er spesielt nevnt i § 3-2 pkt 5.

Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, både personer med somatisk eller psykisk sykdom. Alle 428 kommuner har det samme ansvaret enten de har 206 innbyggere som Utsira eller mer enn 640 000 innbyggere som Oslo. Dette kan bety store utfordringer i de mindre kommunene med tanke på kompetanse spesielt i forhold til sjeldne sykdommer,

Kommunen skal først og fremst sørge for forebyggende tjenester slik at befolkningen holder seg så frisk som mulig. Det forebyggende arbeidet skjer på flere områder. Dels ved at helsehensyn skal integreres i alle planer og dels ved at det er organisert tilbud ved

helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Da nevromuskulære sykdommer kan prege pasienter fra tidlig i livet, kan det være viktig å få oversikt over pasienter så tidlig som mulig slik at organisering for optimalt helsetilbud etableres for de det måtte gjelde.

Ansvar for diagnostikk og det å iverksette behandling er lagt til leger, og kommunene skal derfor ha allmennlegetjeneste organisert som fastlegeordning. Kommunene har likevel behov for andre yrkesgrupper som for eksempel fysioterapeuter og sykepleiere for å løse bredden av oppgaver, så som habilitering og rehabilitering, helsetjeneste i hjemmet og i sykehjem. Hvordan disse gruppene samhandler på kommunalt nivå kan virke inn på hvordan fysioterapeuter i kommunen erfarer samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Kommunene står fritt til å velge hvordan de vil organisere tjenestene og de kan velge å ansette alt personell i faste stillinger. Når det gjelder fysioterapi har de fleste kommunene likevel valgt at noen eller alle fysioterapeuter er tilknyttet gjennom driftsavtaler der fysioterapeuten arbeider som selvstendig næringsdrivende og har inntekt fra tre kilder, tilskudd fra kommunen, refusjon fra HELFO og egenandel fra pasientene. Noen få fysioterapeuter arbeider uten avtale med kommunen og de har kun inntekt fra det pasientene betaler.

Avtalene mellom fysioterapeutene og kommunene har i ulik grad spesifiserte arbeidsbeskrivelser i forhold til behandling av spesifikke pasientgrupper, eksempelvis; nevrologi, ortopedi, onkologi eller barn. Avhengig av sykdommen eller lidelsen betaler pasienten enten en egenandel eller har krav på gratis behandling, noe som gjelder ved nevromuskulære sykdommer (11). Behandling i hjemmet kan også være en del av oppgavene knyttet til en driftsavtale. Fysioterapeuter som er ansatt av kommunen uten driftsavtaler jobber oftest ved i skolehelsetjenesten, ved rehabiliterings- og habiliteringssentre, helsestasjoner og/eller med hjemmebehandling. Innholdet i dette ansvaret er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og i veiledere og retningslinjer, blant annet Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (12).

Kommunen har ansvar for å organisere tjenesten slik at den er forsvarlig og gjør det mulig for de ansatte å løse arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte. Helsepersonellet har på sin side ansvar for å utøve yrket på en forsvarlig måte. Kravet til faglig forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell er regulert av lov om helsepersonell mv. §4 (13). Både kommunen og den som driver sin egen virksomhet har ansvar for å overvåke egen kvalitet i arbeidet, internkontroll.

Kommunene og de enkelte yrkesutøverne må dessuten forholde seg til pasientrettighetsloven (14), som blant annet regulerer pasientens rett til innsyn og medvirkning i behandlingen.

### **2.1.2 Generalist versus spesialist**

I kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste har man innen fysioterapifaget både generalister og spesialister. Generalistene, som også kan betegnes som allmennpraktikere, jobber med et bredt spekter av pasienter og diagnosegrupper. Spesialistene har fordypet seg i ett felt og dermed tilegnet seg mer spisset kunnskap og kompetanse innenfor en del av faget, eksempelvis nevrologisk fysioterapi,

I fysioterapitjenesten i Norge har vi flest generalister. I landets 428 kommuner bor det fra noen få hundre til flere hundretusen innbyggere, og det er i gjennomsnitt ca. en fysioterapeut per tusen innbygger (15). For å dekke det allmenne behovet for oppfølging og behandling er det fordelaktig at fysioterapeuten har en bred kunnskapsbase vedrørende diagnosegruppene man oftest møter på. Samtidig vil alle fysioterapeuter møte en eller flere tilstander som krever spesiell kompetanse. I større kommuner har man gjerne fysioterapeuter med en viss grad av spesialisering innen de fleste fagfelt, for eksempel nevrologisk fysioterapi, mens helseforetak dekker opp de resterende fagfeltene som krever involvering fra spesialist. I er det 91 registrerte spesialister i nevrologisk fysioterapi i Norge, 26 jobber i kommunal helsetjeneste mens 65 jobber i spesialisthelsetjenesten (16). Pasienter med nevromuskulære sykdommer er eksempel på en gruppe som vil ha fordel av oppfølging fra spesialist i nevrologisk fysioterapi som besitter inngående kunnskap rundt deres bevegelsesutfordringer. Få kommuner har slik kompetanse. Dersom man i en kommune ikke har fysioterapeuter med spesialkompetanse for denne gruppen kan en vei mot å optimalisere oppfølgingen være gjennom god samhandling mellom kommunal- og spesialisthelsetjeneste.

### **2.1.3 Spesialisthelsetjenesten**

Staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret gjennomføres ved at det er opprettet 4 regionale helseforetak (RHF). Helseforetakenes (HF) ansvar er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven §2-1 jfr §2-2 (17). RHFene har sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i sitt eget område, og de kan tilby de samme tjenestene til personer som bor utenfor opptaksområdet, både ved øyeblikkelig hjelp og fordi det er innført fritt behandlingsvalg. Enkelte sykehus har dessuten ansvar for å drive

kompetansesenter med regional eller landsdekkende ekspertise for en bestemt sykdomsgruppe, Nevromuskulært kompetansesenter ved UNN er et eksempel på det.

Helseforetakene har et særlig ansvar med å veilede. Som en del av Lov om spesialisthelsetjenesten er statlige helseinstitusjoner og -foretak pålagt å drive veiledning og opplysning til helsepersonell i kommunehelsetjenesten for at de skal kunne løse oppgavene sine etter lover og forskrifter (17). Denne loven sier i utgangspunktet kun noe om kommunikasjon en vei, fra spesialist- til kommunehelsetjeneste, men den er nært knyttet opp til kapittel 2 i helsepersonelloven (13), som gjør at de samlet sett sier noe om at ansvaret er tosidig.

Pasienter med sjeldne diagnoser er ofte i kontakt med både kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten gjennom sykdomsforløpet. Ved langvarige og sammensatte behandlingsforløp er det være nødvendig med koordinering av tiltakene.

Pasientrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven inneholder alle fra hver sin side plikt til å tilby og utarbeide en individuell plan som skal bidra til koordinerte tjenester (3, 14, 17). Det er krav fra myndighetenes side om samhandling på tvers av helsenivåer der begge parter har ansvar om å handle i forhold til pasientens beste. Det er interessant å relatere lovverket til hvilke erfaringer fysioterapeuter i kommunen har med samhandling med et nasjonalt kompetansesenter som NMK. De senere år har det også fra myndighetenes side vært økt fokus på samhandling, eksempelvis gjennom samhandlingsreformen og såkalte sømløse pasientforløp.

## **2.2 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen, med undertittelen Rett behandling – på rett sted – til rett tid, ble lansert i Stortingsmelding nr. 47, (2008-2009). I forordet peker den daværende helseministeren på at manglende samhandling var den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett ble tapere i helsetjenesten. Han understreket at det er viktig å satse på forebygging framfor reparasjon, at sykehusene skulle være en hjørnestein, men at den framtidige veksten måtte komme i kommunene (1). Erfaringene til fysioterapeutene i kommunal helsetjeneste er i så måte interessante å belyse.

Reformen ble fulgt opp med både juridiske og økonomiske tiltak. Nye lover ble vedtatt, blant annet lov om folkehelsearbeid i kommunene (18) i tillegg til, helse- og omsorgstjenesteloven

(3). Spesialisthelsetjenesteloven ble revidert (17). Kommunene og helseforetakene fikk plikt til å inngå samarbeidsavtaler formulert som 11 punkter i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e som henviser til de samme punktene (3, 17).

De 11 avtalepunktene er et minimum for hva kommunene og helseforetaket skal ha avtale om. Partene kan inngå avtaler på flere områder ut fra eget behov. Punktene retter seg ikke mot enkelte yrkes- eller faggrupper, men dersom partene ønsker det kan de ta inn det også. I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 2 er det blant annet krav om at avtalen skal omtale habilitering og rehabilitering, og punkt 6 omhandler gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling for faglige nettverk og hospitering.

I samhandlingsreformen er det et fokus på at gode pasientforløp skal fremmes. I og med at helsetjenester leveres fra ulike tjenestenivåer er koordinering av og mellom tjenestene sentralt for å møte pasientenes behov. Et mål er at spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres for å tydeliggjøre deres rolle, der sykehusene skal bruke sine ressurser mest mulig effektivt til diagnostikk og behandling. For helseforetakene sin del innebærer det mer effektive utredninger og mer oppmerksomhet på at sykehusopphold skal være nødvendig for å kunne gjennomføre behandlingen. Dette har ført til at liggetiden på sykehus er redusert og pasienter overføres raskere hjem, og når behandlingen kan gjennomføres på en forsvarlig måte utenfor sykehuset så skal oppgavene overføres til kommunen eller pasientens eget omsorgsevne. Dette har ført til økte oppgaver for kommunene, både med tanke på faglig kompleksitet og økt ressursbruk (19). Endringer i kommunens oppgaver med henhold til helsetjenester har ført til økt fokus fra myndighetene i forhold til hva slags kompetanse som trengs på kommunalt nivå, noe som blant annet har resultert i nevroplan 2015.

### **2.3 Nevroplanen**

Nevroplanen (2) ble til etter erkjennelsen av at tilbudet rundt pasienter med neurologiske sykdommer ikke strakk til. Det ble belyst tre hovedsatsningstemaer: 1) Informasjon og ny kunnskap rundt skader og sykdommer der en viktig faktor er veiledning til brukere, pårørende og fagfolk, 2) Rehabilitering i dagliglivet og dag- aktivitets- og treningstilbud der det å legge til rette for optimal egenmestring for brukerne i hverdagen og 3) Flerfaglig utviklingssamarbeid der samarbeid på tvers av helsetjenesten i kommunal sammenheng er avgjørende, sammen med tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (2). I denne sammenheng løftes fysioterapitjenester frem som et helt sentralt punkt i kommunens arbeid med rehabilitering og habilitering rundt personer med neurologiske sykdommer eller skader (2).

Primærhelsetjenesten er under utvikling understøttet av utredninger fra myndighetene, blant annet primærhelsemeldinga.

## **2.4 Primærhelsemeldinga**

Sundvollen-plattformen dannet grunnlaget for den nåværende regjeringen Solberg (20). Ett av de 17 innsatspunkter i erklæringen gjelder helse og omsorg. Den politiske overskriften for området er «pasientens helsetjeneste». I den mer detaljerte opplistingen av innsatsområder nevner erklæringen blant annet at den vil legge opp til økt bruk av annet personell i tilknytning til fastlegekontorene og etablere en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Så langt i regjeringsperioden har det ikke iverksatt nye ordninger på disse områdene, men Primærhelsemeldingen som ble behandlet i Stortinget i november 2015 gir noen føringer for politikken som regjeringen vil følge (21). Meldingen peker blant annet på at kommunene vil få flere og mer faglig krevende oppgaver og at pasienten må få et koordinert tilbud der flere av aktørene (lege fysioterapeut, sykepleier mfl.) samarbeider bedre. Meldingen lanserer økt teamarbeid som løsning. Stortingsmeldingen ble lagt fram etter statsbudsjettet for 2016 og så langt er det ikke finansiert så mange nye tiltak til oppfølging for 2016. Plikten til å yte koordinert behandling til pasientens beste er alt en del av lovbestemmelsene. Virkemidlene for å oppnå endring og økt teamarbeid er både et spørsmål om takstbruk, økonomiske forutsetninger og et spørsmål om læring, kultur og ledelse av tjenestene. For fysioterapeuter med driftsavtale eksisterer det allerede en takst for tverrfaglig samarbeid omkring enkeltpasienter, og det vil være interessant å se hvor vidt informantene bruker dette tiltaket i hverdagen.

## **2.5 Samhandlingspremisser**

Samhandlingsreformen ble utviklet for å bedre utnytte iboende kompetanse i og på tvers av helsenivåene. Pasienter med nevromuskulære sykdommer er en av pasientgruppene som har behov for langvarig oppfølging fra helsevesenet og dermed rett til individuell plan og koordinerte tjenester (3, 17). Undersøkelser har vist at denne gruppen pasienter ofte er i kontakt med både kommunal- og spesialisthelsetjeneste gjennom sykdomsforløpet (4), noe som setter søkelyset på samhandlingen mellom helsenivåene.

Samhandling er som ordet forteller en handling man er sammen om, og involverer dermed mer enn en part. Helse- og omsorgsdepartementet definerer samhandling slik (1):

*«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 og rasjonell måte»*

I denne definisjonen presenteres begrepet på flere plan, som et overordnet organisatorisk i form av at helsetjenestene skal fordele og samarbeide om oppgaver for å nå et mål, men også på et gjennomføringsnivå der man underforstått er avhengig av involverte parter for å gjennomføre målene.

Samhandling baser seg på kommunikasjon. Kommunikasjon pågår kontinuerlig som en integrert part i alle deler av fagutøvelsen som helsearbeider, og kan foregå på forskjellige måter (22). En måte er som informasjonsoverføring etter «stimulus-respons-modellen» der man sender et budskap, eksempelvis en epikrise, til en mottaker. Mottakeren har da to valg, enten godta epikrisen eller komme med en respons tilbake til senderen. I denne formen for kommunikasjon er det kun en aktiv part av gangen. De involverte partene skifter på å være avsender og mottaker så lenge kommunikasjonen pågår, og suksessfull overføring mellom partene er avhengig av at den aktive parten, senderen, er i stand til å formulere seg slik at det blir forstått av mottaker (22). Samtale mellom to parter, dialogen, er en annen form. Her er forholdet mellom partene sterkere enn ved «stimulus-respons-modellen» da man er direkte konsentrert mot hverandre, og forholdet mellom partene bestemmer innhold og form på samtalen (22).

For at samhandling skal fungere er det viktig at de involverte partene har en felles forståelsesramme. Fysioterapeuter har en felles forståelse med bakgrunn i grunnutdannelsen, men kan gå i forskjellige faglige retninger etter hvert i yrkeskarrieren. Torgersen og Steiro (23) peker på at samhandling skal være en likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess der man utfyller og utveksler kompetanse.

I kommunikasjon mellom to tradisjonelt hierarkiske over- og underlegne parter vil det potensielt være en forutinntatt holdning om hvilke roller de involverte partene har, og at det den ene parten sier er «det som gjelder».

Dag Album skriver om rammer og roller i boken Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus (24). Han har hentet mye av inspirasjonen til forståelsen sin for rammer fra Ervin Goffman. Album (24, s.22) peker på at situasjoner defineres av hvilken ramme for samhandling vi er i, og videre at så lenge man er i denne samhandlingen så ligger det en forpliktelse til grunn

avhengig av hvem de involverte er. Av dette forstås at partene i en samhandling definerer situasjonen de er opp i, og forpliktelsene er forskjellige om rammen eksempelvis er yrkesfaglig samhandling mellom fysioterapeuter, eller om man er i en terapeut – pasient samhandling. Videre knytter han parallell mellom rammer og roller, samtidig som at han er klar på at en rolle tilbyr variasjon i en rammesetting. Dette fordi det kan være flere forskjellige roller (individer) i en ramme, og i tillegg kan hvert individ endre rolle innad en og samme ramme (24, s.211). Innenfor rammen av samhandlingssituasjonen med Nevromuskulært kompetansesenter vil man inneha forskjellige roller avhengig av hvor man er i prosessen. Pasientens behov står uansett i sentrum. Roller som å være en part i kommunikasjon både med annet helsepersonell og med pasient, tilegne seg kunnskap og kompetanse for bruk i behandlingssituasjon er aktuelt for å belyse kommunefysioterapeuters erfaringer med å samhandle med NMK.

Thornquist (22) bringer inn status som en faktor som påvirker rollen man har eller inntar i en samhandlingssituasjon. I denne sammenheng gjelder status på den ene siden de rettighetene og pliktene man har som fagperson, og på den andre siden hvilken anseelse man har (22, s.31). Thornquist ser på roller som dynamiske som formes av opplevelser sosialt og personlig (22). Dette er sider som kan kaste lys over kommunefysioterapeuters erfaringer med samhandling i helsetjenesten.

Status som definisjon på hvilken rolle man har bringer inn et annet element, makt. Sykdommer og spesialiteter som er knyttet til avansert teknologi og vitale organer rangerer over kroniske sykdommer uten spesifikk tilknytning til et bestemt organ (25). Maktbalansen i helsevesenet har derfor historisk sett tilkommet spesialistene innen de forskjellige fagfelt, med et klassisk eksempel nevrokirurg – allmennlege og knyttet til dette har spesialisthelsetjenestene hatt lang tradisjon på å stå over primærhelsetjenesten i mange dimensjoner. Selv om nevromuskulære sykdommer sorteres under kroniske sykdommer vil NMK som en del av spesialisthelsetjenesten og tilbydere av et spesialisert landsdekkende tilbud for pasienter med disse diagnosene bli sett på som et sted med høy kompetanse. Av den grunn vil de være en naturlig del i den tradisjonelle maktstrukturen i helsevesenet.

Noe av denne hierarkiske inndelingen mellom helsenivåene er imidlertid i ferd med å jevne seg ut nå som kommunenivået forutsettes å ta over stadig mer kompliserte oppgaver, jamfør Samhandlingsreformen (1). Ubalanse i makt er kjennetegnet med asymmetri i partenes kompetanse påpeker Thornquist (22), men trenger ikke av den grunn være preget av mangel



på tillit eller anerkjennelse. Makt utspiller seg i enhver relasjon og i alle former for kommunikasjon mellom mennesker. Foucault retter søkelyset på maktrelasjonene, og mener man må overraske makten der den utøves, og i det avdekke en produktiv makt (26). I tillegg er det viktig å unngå å oppfatte makten som undertrykkende for å se de produktive mulighetene ved maktrelasjonene, blant annet viten og diskurs (26). Forholder man seg til maktrelasjoner og makt i seg selv på denne måten vil det kunne bidra til å utjevne asymmetrien tidligere nevnt, og om ikke utjevne den så utfordre den. Noe av elementene i maktstrukturen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten handler om kunnskap, og i forhold til fysioterapi er praktisk kunnskap sentralt.

## 2.6 Praktisk kunnskap

Fysioterapi er et praktisk fag som utøves i spenningsfeltet mellom teori og praksis. Kunnskap og tro på den er en del av vår identitet, og gjerne knyttet til yrkesidentitet, skriver Molander (27, s.107). Gjennom fysioterapiutdanningen foregår utvikling av faglig kunnskap ofte via en teoretisk presentasjon av en faglig utfordring, før det tas videre til praktisk utøvelse for å behandle problemet. Videre i yrkeslivet fortsetter man å tilegne seg kunnskap, ofte med erfaringen fra den praktiske delen av arbeidet som premissleverandør. Populære faglige etterutdanningskurs og mastergrader i fysioterapi er gjerne en blanding av teori og klinikk, noe som gjenspeiler noe av egenarten i faget.

Sentralt i fysioterapi er handlingskompetanse da det er fysioterapeutens handlinger pasientene blir bedre av. Handlingskompetanse kan knyttes til ”Kunnskap-i-handling” som er et begrep Molander (27) har utviklet fra tolkningen sin av Donald A. Schön sine tekster. Til grunn for begrepet legger Molander det å ha et repertoar å spille på innenfor rammen av en helhetlig tilnærming, som vil være vesentlig for å ta riktig valg til riktig tid (27, s.147). Videre beskriver Molander refleksjon-i-handling som en sentral del av den kunnskapsrike praktikerens kunnskap-i-handling. Refleksjon er en egenskap man har muligheten til å bruke, både med tanke på hva man *har gjort* og hva man *gjør*. Dette gjør praktikeren i stand til å modifisere handlingene sine underveis (27, s.147-148). Man innehar altså evnen til å se situasjonen man er en del av i perspektiv.

I tilegnelsen av kunnskap peker Molander på at det er forskjell på å imitere kunnskap og å lære kunnskap (27). Eksempel på imitasjon i fysioterapisammenheng vil være å kopiere behandlingsteknikker uten å vurdere den bakenforliggende årsaken til at nettopp denne teknikken blir brukt, man resonnerer ikke selv. På den andre siden kan en selvstendig

resonnering for så vidt lede til bruk av samme teknikk, men da med bakgrunn i at man forstår hva man ønsker å påvirke hos pasienten. Molander sier videre at man må ha et kritisk kunnskapsbegrep der man er klar over sitt eget ståsted, og interesse og vilje til å ta en del i andre menneskers kunnskapsforbedring for selv å være en deltaker i kunnskapsutvikling. En forutsetning er at man ser det som en forbedring av kunnskapen man allerede innehar (27, s.267).

Dette forstås som at man må være bevisst sin egen kunnskap, være rettet og nysgjerrig mot andre og deres kunnskap og at utvikling og kunnskapsoverføring skjer med hjelp av dialog og samhandling.

## **3 METODEKAPITTEL**

### **3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt**

For å undersøke hvordan fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten erfarer samhandling med NMK ønsker jeg å frembringe deres subjektive meninger og beretninger rundt temaet. Dette leder meg inn i den fenomenologiske kunnskapstradisjon. Tove Thagaard skriver om fenomenologien at den «tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer» (28, s.38). En fenomenologisk inngangsvinkel gir meg nettopp muligheten til å frembringe kunnskap på basis av menneskelig erfaring.

Menneskers erfaringer kan undersøkes og behandles på forskjellige måter, fra tall og statistiske presentasjoner til nærgående og dypere tolkninger av erfaringenes innhold. For å utvikle kunnskap på bakgrunn av fysioterapeuters erfaringer vil jeg vende meg til hermeneutiske fortolkningstradisjon. Denne retningen legger vekt på å søke en gyldig forståelse av meningen i erfaringer (28, s.39).

### **3.2 Valg av metode**

Problemstillingen min er utgangspunktet for valg av metode. Ved å etterspørre menneskelige erfaringer vil nærhet til feltet åpne for innsikt og dyperegående forståelse gjennom tolkning av materialet som viser seg (28, s.38-39). Dette fører meg inn i den kvalitative forskningsmetoden.

Et kvalitativt design vektlegger forståelse av temaet, og interaksjonen mellom forsker og informant er preget av nærhet og åpenhet (29). For å oppnå nærhet til menneskene jeg søkte informasjon fra valgte jeg dybdeintervjuer, også kalt semistrukturerte intervjuer. Denne intervjuformen er godt egnet for å frembringe ny kunnskap på bakgrunn av meninger og erfaringer (29). Intervjuformen har et fenomenologisk perspektiv der man er ute etter informantens erfaringsverden, dens erfaringer med temaet som studeres (29). I studiet er jeg opptatt av hvordan fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste erfarer samhandling med fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten ved NMK, og hvordan de ser på sin rolle i samhandlingen.

### 3.3 Utvalg

Informantene i studien ble strategisk utvalgt. Denne formen for rekruttering foretas ofte i kvalitative studier for å inkludere informanter med egenskaper eller kvalifikasjoner som gjør at de kan belyse problemstillingen (28). I denne studien var det derfor viktig at informantene hadde erfaring med å samhandle med NMK.

For å finne frem til aktuelle informanter kontaktet jeg ledelsen ved Nevromuskulært kompetansesenter. De har lister over hvilke pasienter som har vært til vurderings- og behandlingsopphold, og en oversikt over pasientenes lokale fysioterapeut.

Inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var at fysioterapeutene skulle hatt minst en pasient til to ukers opphold med opptrening/bevegelsesterapi ved NMK i løpet av de siste tolv månedene fra studiens oppstart. Det var for på en side for å påse at informantene hadde nærhet til problemstillingen samtidig som å sikre et tilstrekkelig utvalg informanter å inkludere i studien da NMK har et begrenset antall pasienter per år. Fysioterapeutene skulle i tillegg jobbe i den kommunale helsetjenesten.

I og med at NMK er et nasjonalt tilbud søkte jeg i tillegg fysioterapeuter som jobbet i forskjellige deler av landet. Dette anså jeg som et interessant for eventuelt å kunne oppdage forskjeller i synet på samhandling og rolle avhengig av fysisk nærhet til kompetansesenteret.

Tidsrammen for masteroppgaven setter begrensninger for hvor lang tid man har for å gjennomføre intervjuer og transkribering, etterfulgt av tolkning og forståelse av materialet. Kvalitative utvalg bør ikke inneholde flere informanter enn at man får gjort dyptpløyende analyser, skriver Thaagård (28, s.60). Dette la premissene for at tre informanter ble inkludert til å delta i studiet, og disse tre jobbet i forskjellige deler av landet.

Felleskarakteristikker for informantene var at alle var kvinner, de var mellom 35 og 45 år, og hadde mer enn 15 års erfaring som fysioterapeut. Den lange arbeidserfaringen de viste seg at informantene hadde var et tilfeldig sammentreff da erfaringsomfang ikke var en del av inklusjonskriteriene. I forhold til hvilken arbeidserfaring de hadde som fysioterapeuter fortalte informantene om allsidighet i starten av karrierene, og mer spisset etter hvert som arbeidserfaringene manifesterte seg i interesser. En av informantene fortalte at hun har gått i retning av nevrologi, en i retning psykomotorisk fysioterapi og den siste hadde gått i retning ortopedi og idrettsskader. To av informantene jobbet med driftsavtaler, mens den siste var fast

ansatt kommunen og jobbet med hjemmebehandling. To av informantene jobbet i kommuner med ca. 70000 innbyggere, mens en jobbet i en kommune med ca 2000 innbyggere.

### **3.4 Praktisk gjennomføring**

#### **3.4.1 Forberedelse**

Kontakten med informantene ble først opprettet via telefon der jeg undersøkte om interessen rundt å delta i studiet. De tre første jeg kontaktet svarte alle positivt på forespørselen. Deretter sendte jeg en epost med informasjon om studiet og samtykkeerklæring (vedlegg 1). Etter at jeg mottok signert samtykkeerklæring kontaktet jeg informantene på nytt via telefon og avtalte tidspunkt og sted for gjennomføringen av intervjuet.

I forberedelsene utarbeidet jeg en temabasert intervjuguide (vedlegg 2) som baserte seg på åpne spørsmål. Ved å ha åpne spørsmål søkte jeg å etterspørre informantenes fortellinger og utlegninger – noe som også åpnet for sider ved samhandling som jeg kanskje ikke hadde tenkt på. Denne gikk jeg gjennom flere ganger før hvert intervju slik at jeg ikke var avhengig av å bruke den slavisk under intervjuene. Bruk av intervjuguide sikrer at intervjustrukturen ivaretas samtidig som de åpne spørsmålene skaper en base for at informanten kan fortelle om sine erfaringer (29). Intervjuguiden bidro til å gjøre meg mer bevisst min egen forforståelse for temaene jeg skulle undersøke, og gjorde meg således mer bevisst på min egen rolle og å være åpen for fortellingene informantene fortalte. Temaene innebar spørsmål rundt bakgrunnen til informantene, deres arbeidssituasjon, om arbeid med nevromuskulære pasienter og hvordan de opplevde samhandlingen med NMK. Til slutt ba jeg informantene beskrive den ideelle samhandling. Under hvert tema utarbeidet jeg mulig underspørsmål for å sikre at jeg skulle få utfyllende svar som dekte temaene fra forskjellige kanter.

#### **3.4.2 Gjennomføring**

Intervjuene ble gjennomført i oktober – november 2015, og informantene fikk selv bestemme hvor intervjuene skulle finne sted. Det ble gjort for legge forholdene best mulig til rette for en avslappet stemning i et miljø informanten kunne føle seg trygg (29). Alle informantene ønsket å gjennomføre intervjuet på deres respektive arbeidsplasser. Denne planen ble fulgt for to av intervjuene, mens det siste ble gjennomført hjemme hos informanten på grunn av sykdom. Informanten gav beskjed om at hun var blitt syk dagen før intervjuet, men sa hun likevel ønsket å stille opp mot at vi endret lokale. Det var ikke noe problem, og førte sannsynligvis til at informanten kunne bevare ro og trygghet som ellers ville blitt ivaretatt på arbeidsplassen.

Før intervjuene startet satt jeg av noen minutter der vi pratet i en uformell tone der informantene kunne forhørte seg om ting de lurte på angående studiet. I denne sekvensen dukket det opp spørsmål knyttet til prosjektet som; hvor mange som skulle intervjues, hvor mye informasjon jeg hadde om pasienten, hvorfor nettopp de var inkludert og spørsmål rundt masteren i klinisk nevrologisk fysioterapi. I tillegg forsikret samtlige seg om at intervjuet fulgte tidsplanen på omtrentlig en time. Alle informantene uttrykte positiv innstilling til intervjusituasjonen, samtidig som de understreket at de var usikre på hvor mye de egentlig hadde å bidra med.

Alle intervjuene startet med samme innledende spørsmål fra intervjuguiden, men da spørsmålene vedrørende studie- og arbeidsbakgrunn var over og informantene begynte sine fortellinger om erfaringer innenfor de ulike temaene ble det naturlig å følge informantenes vei i deres fortellinger. Dette gjorde at strukturen i intervjuguiden ikke ble fulgt til punkt og prikke. Likevel, i perioder der intervjuene var på veg for langt utenfor de opprinnelige temaene hentet jeg informanten tilbake med aktiv bruk av intervjuguiden. Man kan si at jeg vekslet mellom en «lyttende» holdning og en «pågående» holdning, som Thaagård beskriver som et av dilemmaene i intervjurollen (28, s.97). «Lyttende» holdning beskrives som å bidra til meningsinnhold ved å være fullstendig rettet mot informanten der man viser interesse og respons som bidrar til informantens fortelling, mens en «pågående» holdning er når man aktivt bruker spørsmål og kommentarer for å utdype informantens svar (28). I ettertid ser jeg stor nytteverdi av begge inngangsvinklene da de på en side beriket materialet med informasjon jeg ikke hadde forutsett, og på den andre siden gjorde det enkelt å kunne spore intervjuet tilbake i riktig med spørsmål jeg anså viktige for oppgavens problemstilling.

For å kontrollere, validere, min forståelse underveis i intervjuene satte jeg av tid til å gjenta informantene der jeg følte det var viktig med en bekreftelse på om min forståelse av deres fortelling var riktig (30). I tillegg brukte jeg så ofte som mulig spørsmål med spørreord som eksempelvis hva og hvordan, og så sjelden som mulig lukkede spørsmål med mulighet for ja/nei svar (30). Men som relativt uerfaren intervjuer så jeg i ettertid at jeg ikke hadde unngått ja/nei spørsmål likevel.

Da vi kom til slutten av intervjuguiden brukte jeg litt tid på å gå raskt gjennom guiden for å se om jeg hadde vært innom alle temaene. Rundt temaer jeg følte jeg ikke hadde fått utfyllende svar stilte jeg spørsmålet på nytt for å etterspørre mer informasjon.

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker for å unngå å bruke oppmerksomhet og tid på nedskrivning av informantenes erfaringer. Informantene ble gjort oppmerksomme på dette i informasjonsskrivet de mottok før intervjuene, og det var ingenting underveis i intervjuene som antydte at lydopptakeren stjal oppmerksomhet eller førte til at informantene ikke fortalte fritt. Samtidig skal det ikke avfeies at det kan ligge i underbevisstheten at det man sier blir spilt inn, og at man derfor uttrykker seg mer varsomt enn man ellers ville gjort eller forsterker et budskap. En annen begrensning med bruk av lydopptak er at man ikke fanger opp kroppsspråk, som noen bruker aktivt for å forsterke eller utdype et verbalt standpunkt eller utsagn (30, s.187). Bruk av lydmediet har uansett vært meget positivt i arbeidet med transkripsjon fra lyd til tekst da jeg har hatt muligheten til å høre informantenes erfaringer gjentatte ganger, og dermed minimert muligheten for å ha gått glipp av viktig informasjon i deres fortellinger.

Bruk av lydopptaker og intervjuguide sikret at jeg kunne være fri til å lytte til informanten, notere stikkord og å følge etter svarene informanten hadde med oppfølgingsspørsmål. Den frie rollen gjorde også at jeg hadde anledning til å lede intervjuet tilbake i retning av guiden hvis det var nødvendig.

Intervjuene varte mellom 54 og 77 minutter, og ble avsluttet med en kort samtale om hvordan informantene hadde opplevd intervjuet. Informasjonen her gikk stort sett på at intervjuet hadde vært en ok opplevelse og de synes det var fint å kunne stille opp i en studie med denne problemstillingen.

I informasjonsskrivet informantene fikk før intervjuene stod det at de ikke var avhengige av å forberede seg for å delta i intervjuet. En av informantene gav uttrykk for at hun gjerne skulle forberedt seg litt mer enn tilfellet var, og mente hun da kunne bidratt med mer utfyllende informasjon. Sett fra en side kunne det vært et poeng å bedt informanten om å forberede seg for mulig å få enda mer dybde i fortellingene. På en annen side kunne et slikt krav ført til mindre interesse for å stille opp som informant.

## **3.5 Bearbeidelse av materialet**

### **3.5.1 Transkribering**

Etter intervjuene utgjorde empirien tre lydopptak. For å gjøre materialet lettere tilgjengelig for analyse, og for å unngå å gå glipp av detaljer i intervjuene transkriberte jeg lydopptakene til tekst ord for ord (29, s.144) og med alle lydord til tekst. Omforming til den skriftlige form er

med på å strukturere empiri, gjøre materialet bedre oversiktlig og dermed bedre egnet for analyse (30, s.188).

Transkribering ble startet rett i etterkant av hvert respektive intervju, men tidspress gjorde at jeg ikke ble ferdig med det ene før neste intervju ble gjennomført. Således ble transkriberingen ferdigstilt etter alt materialet var innsamlet. Lydopptakene var i så måte til god hjelp da jeg med hjelp av disse beholdt nærheten til materialet, og hvert intervju kunne med enkelhet bringes friskt tilbake i minnet. Transkripsjonen ble gjort ordrett der alle gjentakelser og ordlyder som «eh», «hm», latter og lignende ble gjengitt. For å ivareta informantenes og dermed også pasientenes anonymitet, sett i sammenheng med det begrensede antallet i pasientgruppen og at informantene var fra forskjellige deler av landet, ble dialekter omgjort til bokmåls form. I tillegg ble transkripsjonsdokumentene kodet slik at navn på personer, stedsnavn og arbeidsplasser ikke var en del av informasjonen i teksten.

### **3.5.2 Analyse**

Analysearbeidet som beskrives i dette avsnittet baserer seg på Lundman og Graneheims kvalitative innholdsanalyse (31, 32). Analysen er temabasert, og ikke personsenteret, noe som ivaretar anonymiteten til informantene.

Analyseprosessen startet allerede under arbeidet med transkriberingen fra lyd til tekst. Gjenopplevelsene og nedskrivningen av intervjuene gjorde meg oppmerksom på gjentakelser og formuleringer informanten uttrykte som stod mer frem enn jeg fanget opp i selve intervjusituasjonen. Samtidig ble jeg også klar over utfordringen med å overføre fortellingene fra en kommunikasjonsform til en annen (30, s.186-187). Lydord og tonefall som setter preg på hvordan man uttrykker og hvordan det man sier oppfattes forsvinner når en samtale gjøres om til tekst.

Etter at transkripsjonen var ferdig satt jeg igjen med tre intervjuer i tekstform som utgjorde analyseenheten, i tillegg til tanker rundt hva materialet mitt fortalte noe om. Deretter leste jeg intervjuene ett og ett, men også samlet som en enhet. Først for å få en oversikt over delene, og deretter helheten, i samsvar med den Hermeneutiske sirkel (30, s.216-217). I denne prosessen jobbet jeg med å finne overensstemmende deler i intervjutekstene som videre kunne utgjøre grovkategoriserte domener i et mer helhetlig perspektiv. Ut av dette viste det seg tidlig tre domener; bakgrunnen informantene hadde med pasientgruppen, samhandling innad



kommunen, og samhandling med NMK. I tråd med Lundeman og Graneheim (31, 32) ble de første domenene relativt tett opp til intervjuguiden.

Domenene ble tre «overskrifter» der jeg i neste omgang sorterte meningsbærende enheter fra informantenes fortellinger under hver overskrift. Dette var en utviklende prosess der det spesielt ved det første intervjuet var utfordrende å dele informantenes meningsbærende enheter tilstrekkelig fra hverandre for å få tak i nyansene i utsagnene. Sitatene ble ofte lange og inneholdt flere poenger det var sentralt å få frem. Etter hvert i arbeidet gikk det lettere å identifisere nyansene i teksten og dermed plassere enhetene.

For å gjøre teksten lettere å hankses med gjorde jeg i samsvar med Lundman og Graneheim (31, 32) en kondensering av de meningsbærende enhetene (vedlegg 3). I dette stadiet pakkes de meningsbærende enhetene sammen, og helt sentralt her er å ta vare på essensen i teksten. Det forkortede materialet gjorde teksten mer håndterlig for neste skritt i analysen der innholdet i kondenseringen abstraheres til koder, som vil si å løfte den til et høyere logisk nivå.

Gjennom hele analysearbeidet har jeg måttet jobbe meg frem og tilbake, på langs og på tvers og mellom deler og helhet i analyseenheter for å sikre at informantenes meninger for det første kom frem helt fra starten av, og ikke minst var del av de abstraherte kodene til slutt. Kodene ble deretter organisert i tre tema som utgjør det endelige resultatet fra studien. Disse temaene kom frem gjennom systematisk innholdsanalyse ledet av forskningsspørsmålet og informert av den teoretiske referanserammen. I alle analysestegene inngikk diskusjoner og drøftinger med veileder noe som bidro til å utfordre materialet og fortolkningen av dette. Disse diskusjonene, hvor også den teoretiske referanserammen er trukket inn, har bidratt til å skape nødvendig avstand til materialet. Arbeidet med analysen brakte således nye temaer frem i lyset, og har i så måte bidratt til å berike tankene rundt det teoretiske materialet jeg presenterte i prosjektskissen før oppstarten av denne oppgaven.

### **3.6 Etiske vurderinger**

Gjennom hele prosjektet har jeg gjort tiltak for å ivareta de etiske kravene kvalitativ forskning krever. Det startet med søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS om tillatelse til å gjennomføre planlagt studie (vedlegg 4). De strategisk utvalgte fysioterapeutene fikk tilsendt et informasjonsskriv der det blant annet gikk frem at deltakelse var frivillig og at mulighet for å trekke seg uten å måtte begrunne hvorfor gjaldt helt frem materialet var inngått

i analyse, eller publisert. Informantene fikk også et samtykkeskjema som de returnerte hvis de var interesserte i å delta.

Hensikten med studiet har vært å frembringe informantenes erfaring om samhandling og rollen de har hatt i samhandlingen. Den nære relasjonen mellom informant og forsker i det kvalitative intervjustudiet har ligget i bakhodet under hele analyseprosessen. Thagaard (28) identifiserer tre spørsmål vedrørende forholdet informant – forsker gjennom analyseprosessens ulike stadier; hvordan informanten representeres i måten analysen gjøres, hvordan informantens perspektiv kommer frem- , og hvordan informantens integritet tas vare på gjennom analysearbeidet og presentasjonen av materialet (28, 110-112). Disse poengene har vært i tankene mine gjennom arbeidet med empirien, og er tatt i vare på etter beste mening og evne.

Transkripsjonen foregikk uten bruk av navn, stedsnavn eller andre opplysninger som kunne avsløre hvem informanten var. I tillegg ble alle dialekter oversatt til bokmål. Lydopptak og identifikasjonsnotater for selv å kunne gjenkjenne hvem som var hvem oppbevares innelåst gjennom hele prosjektets varighet.

## **3.7 Metodekritikk**

### **3.7.1 Nærhet til forskningsfeltet**

I dette studiet har jeg forsket i eget fagfelt, og erfaringen min som fysioterapeut i kommunal helsetjeneste har medbragt en forforståelse inn i dette prosjektet. Paulgaard peker på at forskerens forutforståelse er en forutsetning for innsikt (33, s.73). Sett fra det holdet har min kjennskap til fagspråk, -terminologi og informantenes posisjon satt premisser for hvordan jeg har forstått deres fortellinger. Informantene var klar over min yrkesbakgrunn noe som kan ha ført til et avslappet forhold til intervjusituasjonen. Ser man det fra en annen side satt min forforståelse krav til egen oppmerksomhet. Først i intervjuprosessen der forforståelsen måtte skyves til side for å få dybde i informantenes fortellinger ved å etterspørre forklaringer selv om jeg forsto den bakenforliggende meningen. Videre gjaldt det også i analyseprosessen for å unngå at egen forforståelse skulle trenge gjennom og farge den innsamlede empirien.

### **3.7.2 Intervju**

I intervjusituasjonen ble jeg oppmerksom på at min rolle som intervjuer hadde større påvirkning på historien informanten kunne fortelle enn det jeg var forberedt på. Det økte

bevisstheten på rollen min som intervjuer, og fikk betydning underveis i det første intervjuet og de påfølgende da jeg på fortløpende kunne reflektere over erfaringen. I intervjuet produseres det kunnskap sammen av intervjueren og informanten, men selve situasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold (30). Bruk av temabasert intervjuguide gjorde at jeg kunne ha kontroll på intervjuets hovedtemaer og progresjon. Samtidig ble jeg oppmerksom på at en for aktiv bruk kunne begrense informantenes fortellinger istedenfor å åpne opp for erfaringsberetningene. Rollen min som intervjuer hadde i så måte en bratt læringskurve, og jeg føler jeg raskt utviklet intervjusituasjoner der informantene fikk fortalt sine historier slik det opplevdes for dem. Thagaard peker på at man lærer gjennom å øve (28, s.90). Det ble ikke gjennomført prøveintervju, men jeg ser i ettertid at det kunne vært fornuftig for å stå enda bedre rustet inn i studien, og blant annet redusert antall ja/nei spørsmål.

Et av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informanten på grunn av sykdom. Dette kan ha spilt en rolle for hennes fortellinger da det er forskjell på den yrkesprofesjonelle holdningen man har på jobb og en mer uformell hjemmesituasjon. I og med at det var informantens initiativ oppfattet jeg det som en situasjon hun var komfortabel med.

### **3.7.3 Utvalg**

Utvalget i denne studien er lite, men en samlet konsekvens av for det første å kunne gå i dybden på fysioterapeuters erfaringer med studiens fenomener, og for det andre holde meg innenfor rammen av oppgaven (28, s.60). Et større antall informanter ville sannsynligvis tilført flere nyanser rundt studiens fenomener, men når det er sagt sitter jeg igjen med rike beskrivelser som jeg innenfor rammen av oppgaven kan gjøre dyptpløyende analyser av. Noe som hadde vært vanskelig med større utvalg og mer empiri.

### **3.7.4 Forskningseffekten**

Mitt perspektiv med dette studiet har vært å undersøke erfaringer vedrørende samhandling og syn på egen rolle i denne samhandlingen. Posisjonen min som forsker i eget fagfelt har sannsynligvis påvirket informantene og dermed genereringen av empiri i større eller mindre grad. Informantene har fått spørsmål rundt egen samhandlingspraksis som til syvende og sist er et spørsmål om hvordan de legger forhold til rette for pasientene sine. Ingen yrkesprofesjonelle ønsker å innrømme at man ikke yter maksimalt for å tilfredsstille målgruppen for yrkesutøvelsen. Det kan være at informantene i den sammenheng ”pyntet” på fortellingene for at fenomenene de fortalte om skulle presenteres på en fordelaktig måte i

deres favør. Det er også mulig at de ønsket å fortelle en forsterket historie for å få frem et poeng de kanskje føler ikke når frem via andre kanaler.

Det er vanskelig å kontrollere denne effekten, men man kan prøve å demme opp for den. Mine tiltak var gjennom å la informanten velge intervjusted for ta vare på deres trygghet for situasjonen, og gjennom oppbygningen av intervjuguiden der alle sider ved samhandling og roller skulle dekkes.

### **3.7.5 Pålitelighet og gyldighet**

Fullstendig nøytralitet eksisterer ikke i den fortolkende forskningstradisjon (29, s.203), som denne oppgaven er en del av. I kvalitative studier vil det derfor være viktig å gjøre rede for personlig engasjement og forforståelse som kan prege forskningsarbeidet (29, s.203), samtidig som at forskningsprosessen beskrives (28, s.199). I dette kapitlet har jeg gjennom å forklare stegene i oppgaven forsøkt å vise for leseren grunnlaget for valg og prioriteringer underveis. Videre har jeg redegjort for min forforståelse gjennom den teoretiske referanserammen.

Selve studiet kunne vært mulig for en utenfor fysioterapifaget å gjennomføre, men bakgrunnen min fra samme tjenestenivå som informantene tror jeg førte til et mer presist innhold i intervjuet enn det ellers ville vært. Jeg tror også det førte til mer presis fremheving av relevante deler av informantenes fortellinger. Posisjonen min gjorde meg i stand til å fange opp poenger underveis som var viktige å følge opp da de var gjenkjennbare, samtidig som jeg måtte trå varsomt med tanke på at egen forutinntatthet ikke skulle være ledende for informantene. Bruk av temabasert intervjuguide, lydopptaker og direkte transkribering har i så måte vært en måte å styrke påliteligheten ved at informantens ord kan presenteres rett fra empiri til leseren (29).

I kvalitativ forskning knytter gyldighet seg til om tolkningene man kommer frem til er representativ i forhold til virkeligheten man undersøker (28, s.201). I studien av dette gikk jeg rett til kilden, fysioterapeutene, som har disse aspektene integrert i hverdagen. Essensen i fortellingene deres la grunnlaget for hvilken teori det var viktig å trekke inn i teorikapitlet, der det også presenteres lovverk og retningslinjer som danner bakteppet for hvordan myndighetene ønsker at samhandling med tilhørende roller skal være. Disse aspektene er videre løftet opp og drøftet i neste kapittel. Slik sett har jeg ved å aktivt bruke empirien for teorigrunnlag samt sett på lovverk og retningslinjer gjort tolkninger på bakgrunn av hvordan

informantenes virkelighet er og knyttet det opp til myndighetenes føringer for hvordan det skal være. Dette i forhold til om begge helsetjenestenivå er sitt pasientansvar bevisst.

Ved å bruke Kvale og Brinkmanns tre nivåer for abstraksjon (30, s.220-223) i resultatpresentasjonen, løftes det frem noen generelle innsikter som har betydning ut over den aktuelle informants situasjon.

## 4 RESULTATER OG DRØFTING

I dette kapittelet presenteres studiens resultater etterfulgt av drøfting.

Gjennom analysen har tre hovedtemaer vist seg. Det første hovedtemaet som presenteres er **Generalister, kompetanse og organisering**, deretter følger **Informasjon og kompetanseoverføring** før **Samhandling: rammer struktur og roller** presenteres som det siste hovedtemaet.

Presentasjonen av resultater følger Kvale og Brinkmanns oppbygning (30, s.220-223). Hvert hovedtema presenteres med sammendrag fra materialet eksemplifisert med informantenes sitater. Deretter tolkes materialet på tre nivåer. Først følger en omskrevet fortetting av informantens egne synspunkter. Dette løftes videre i et avsnitt med en bredere forståelsesramme enn informantenes egne fortellinger, og til slutt avrundes hvert hovedtema med å trekke inn teori i fortolkningen av informantenes uttalelser.

For å ivareta informantenes anonymitet er intervjuene transkribert i bokmålsform uavhengig av informantens opprinnelige dialekt. Av anonymitetshensyn er også navn, institusjon og stedsnavn utelatt, og erstattet med «navn», «institusjon» eller «stedsnavn». Informantenes sitater presenteres med **uthevet** skrift, mens mine egne ord som intervjuer står med vanlig skrift. Muntlig tale er av en annen art enn skriftlig. Gjentakende ord og ordlyder som ikke har betydning for innholdet i sitatene er derfor tatt bort eller erstattet med tre prikker (...) for å gjøre teksten mer forståelig (30).

### 4.1 Generalister, kompetanse og organisering av fysioterapi

*Om arbeidshverdag, interessefelt og samhandlingsbehov*

Alle informantene forteller om en travel hverdag hvor pasienter med nevromuskulære sykdommer utgjør en svært liten del. Imidlertid beskriver de privatpraktiserende situasjonen litt annerledes enn den kommunalt ansatte informanten. De to i privat praksis beskriver dager med opptil 17 pasienter, mest individuell behandling, men også grupper samt litt hjemmebehandling. Pasienter med nevrologiske lidelser kommer med den naturlige pasientstrømmen av ulike diagnoser i allmennpraksis. Disse informantene beskriver sitt interessefelt henholdsvis innen muskelskjelett/idrett og psykomotorisk fysioterapi. En av dem sa det slik:

**Dette (nevromuskulære sykdommer) er jo ikke mitt hovedinteressefelt**

Informantene opplyser at de har svært begrenset erfaring med behandling av pasienter med nevromuskulære lidelser. Den ene sier:

**For jeg har jo ikke noe sånn spesiell erfaring med selve pasientgruppen. Jeg har ingen andre som har noen muskelsykdom jeg, enn denne pasienten her.**

Den andre sier:

**... lurer på kanskje om jeg bare har ho nå jeg, for jeg hadde en til, men han er død**

Informanten i kommunal stilling beskriver en arbeidsdag som veksler mellom møter og individuell behandling i kommunens lokaler eller hjemme hos pasientene. De seinere år er de fleste pasientene innen nevrologi som også angis som informantens hovedinteressefelt.

Informanten forteller om flere pasienter med nevromuskulære lidelser:

**Akkurat nå så har jeg to pasienter med nevromuskulære sykdommer, men vi følger opp, vi behandler de gjerne i bolker, slik at det er flere innom systemet, men akkurat nå så har jeg to.**

Informantene med driftsavtale forteller videre at de har søkt kontakt med NMK i forhold til pasientene de har, enten i forkant eller i etterkant av et intensivt treningsopphold ved kompetansesenteret. De har gjort det fordi de vet at de har begrenset kunnskap om denne pasientgruppen, og ønsker å gi pasienten best mulig behandling. Videre er de opptatt av å tilegne seg mer kunnskap som fysioterapeuter. En av informantene forteller:

**Jeg vil jo at pasienten skal få best mulig oppfølging, ja. Jeg er veldig sånn tror jeg, ja, søke ny kunnskap og i det heletatt, mhm. Hva finner de ut, hva har de funnet ut som ikke jeg har funnet ut eller som jeg ikke veit, hva kan jeg lære av det, hvilken nytte kan pasienten ha av det ... Jeg ønsket kontakt for at jeg ville videreføre det de, kunnskapen, eller det de hadde sett da, ja. At ho skulle få, at vi kunne bruke det videre også, mhm, men det er sånn en tenker selv at, ja en kan jo ikke vite alt om alt og så må en bare, hvis det ting en ikke har fått med seg selv så må en jo få hjelp.**

Den andre forteller:

**... den ene samtalen jeg hadde som jeg fortalte hvordan jeg jobbet rundt pasienten, så var han veldig bekreftende og syns det var veldig riktig sånn jeg tenkte da, så det, men ellers så har det ikke vært så veldig mye lissom innspill fra min side, men det er jo jeg**

**som står med pasienten i hverdagen, ikke sant, og jeg kan velge fritt, velge om jeg ønsker å ta til meg det de kommer med eller ikke, ikke sant, og jeg gjør jo det, jeg tar det jeg syns er viktig å legge vekt på som tilfører noe med det som jeg kan bidra med som kanskje ikke de ser, ikke sant. For det, vi har jo forskjellige ståsted og jeg tenker at, at jeg jobber med kanskje litt flere ting enn det som jeg fikk inntrykk av at de (NMK) gjorde der oppe, også tenker jeg at det er et samarbeid mellom meg og pasienten rett og slett, for hvordan pasienten føler at hun også får optimal behandling**

Informanten som jobber i kommunal hjemmetjeneste forteller at hun, i og med kompetansesenterets spesifikke arbeid med pasientgruppen, er opptatt av muligheten for å kunne benytte NMK som en opplysningstjeneste. Det gjelder spesielt dialog rundt de sjeldnere variantene av sykdommene. Hun har ofte henvist pasienter til spesialist i nevrologisk fysioterapi for å få veiledning når hun står fast, men dette har aldri vært pasienter med nevrologisk sykdom, som oftest pasienter med hjerneslag. Informanten forteller:

**Så jeg har, jeg har vært med pasientene der jeg. Da sender jeg en henvisning, og så skriver jeg problemstillingen hvis jeg har jobba med pasienten over en stund, det kunne vært en nevrologisk, eller det kan være en med, med slag.**

Og videre:

**Men jeg tenker at det er samme fremgangsmåte og samme måte jeg kan gjøre det i forhold til den pasientgruppa, og at det er en, en veldig, en veldig lærerik måte å jobbe på, å få, og en måte å bedre min egen kompetanse. Bedre den måten jeg kan jobbe, i forhold til pasienten slik at pasienten profiterer på det med en best mulig behandling.**

Alle informantene er opptatt av at fysioterapien må tilpasses den enkelte og de forsøker å se det i sammenheng med resten av dagliglivet til pasienten. Informantene trekker frem at det er de som følger dem opp til daglig, og vet hvor mye pasientene har av utfordringer ellers i hverdagen. Det handler ikke bare om fysioterapi, man må se på hele livssituasjonen. Intensive opphold ved NMK er litt annerledes, da er pasientene ute av sitt hverdagslige miljø og dagene dreier seg stort sett kun om trening og eventuelt andre undersøkelser i forbindelse med oppholdet på sykehuset. En informant forteller:

**... jeg hjelper ho med det ho trenger av på en måte, hvis hun må på en ekstratime hos nevrolog eller ortopediingeniør eller, så blir jo jeg en litt sånn kontakt for ho, merker jo det når det blir sånn ja. Jeg er jo den innenfor helse som ho har mest kontakt med.**



**Mhm. Som kjenner ho best, og da blir det jo litt sånn at en blir rådgiver og terapeut og medmenneske nesten, faktisk.**

Informantene er svært positive til at pasientene har muligheter til to ukers behandlingsopphold ved NMK. De trekker frem poenger som tips om nye tiltak for å komme ut av faste behandlingsmønstre og rundt det å styre mengde. Informantene fremhever kompetansen ved NMK hvor de ser veldig mange slike pasienter og har utstyr for å undersøke og differensiere mye bedre enn det de kan ute i kommunen. En av dem trekker likevel frem at det er viktig at informantene selv kan noe å si litt om hva de gjør i behandlingen på kommunalt nivå, og at de i neste omgang kan få tilbakemelding på tiltakene. I beskrivelsen av egen behandling av pasientene fremhever informantene de individuelle tilpasningen og at de jobber etter samme prinsipper som NMK, men likevel litt annerledes siden de jobber med pasienten alene og gjerne ikke så intensivt som under behandlingsoppholdet ved NMK.

Informantene forteller at de har et bredt spekter av pasienter i sin kommunale virksomhet, samt at hverdagen er forskjellig i privat praksis og kommunal stilling. Informantene i privat praksis forteller om mange pasienter pr dag og få pasienter med nevrologisk sykdommer. I sin privatpraksis har de en pasient hver med nevrologisk sykdom og uttrykker ingen spesiell interesse innen dette feltet. Den kommunale fysioterapeuten rapporterer om totalt færre pasientkonsultasjoner pr dag, et arbeidsfelt og en interesse innen nevrologi og bolkevis hjemmebehandling av pasienter med nevrologiske sykdommer. Informantene fra privat praksis forteller at de har bidratt til at pasienten deres har fått vurderingsopphold ved NMK og at de har ringt for å snakke med en av NMK's fysioterapeuter for å på den måten å øke sin egen kompetanse og kunnskap for å tilby pasienten best mulig behandling. Den kommunale fysioterapeuten forteller om behov for klinisk veiledning, men da gjerne til pasienter med hjerneslag, ingen med nevrologisk sykdom. Informanten ser imidlertid ikke på disse pasientene som veldig annerledes enn andre pasienter med nevrologiske tilstander. Informanten fremhever videre at det er viktig å formulere sin en problemstilling på hva man vil ha veiledning i forhold til. Alle informantene fremhever behovet for anerkjennelse av det de gjør i sin behandling på kommunalt nivå.

Fortellingene understreker at pasientene med nevrologiske sykdommer er få, bor spredt og kan være forskjellige med hensyn til utfall. Dette peker på at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten med en arbeidshverdag preget av pasienter med et bredt spekter av problemstillinger, har behov for faglig påfyll fra spesialisthelsetjenesten i arbeid med

pasienter med sjeldnere diagnoser. I denne sammenheng aktualiseres diskusjonen om generalister versus spesialister på kommunalt nivå, og hva slags kompetanse som bør finnes på kommunalt nivå innen fysioterapi. Videre peker forskjellene mellom privatpraktiserende med driftsavtale og den fast ansatte fysioterapeuten mot betydningen av hvordan fysioterapitjenesten på kommunalt nivå organiseres. Utsagnet fra fysioterapeuten som er ansatt i fast stilling i kommunen sier at disse pasientene ikke er så veldig forskjellig fra andre med nevrologisk baserte problemstillinger retter søkelyset mot diskusjon om behov for faglig ajourføring og spissing av kompetanse også på kommunalt nivå – for alle fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, både de som arbeider med driftsavtale og for de fast ansatte.

Gjennom fortellingene kommer det frem at nevromuskulære pasienter utgjør en meget begrenset del av pasientvolumet informantene ser i arbeidshverdagen. Indirekte fortelles det om klar overvekt av andre diagnoser hos pasientene de har i sin praksis. Dette kan ha sammenheng med at pasienter med nevromuskulære sykdommer er uvanlig til tross for at i hvert fall to av informantene arbeider i relativt store kommuner. En annen grunn kan være at andre pasientgrupper som tradisjonelt oppsøker fysioterapi, spesielt lidelser i muskel og skjelett apparatet (34), av ulike grunner prioriteres hos de privatpraktiserende. Pasienter med andre nevrologiske lidelser men av en mer akutt art synes høyere prioritert hos de fast ansatte (35). Ett perspektiv i så måte er faglig interesse, noe som hos de privatpraktiserende i materialet kanskje i mindre grad går i retning av pasienter med nevromuskulære sykdommer, mens den fastlønnede er opptatt av nevrologifeltet. Interesse har mye å si for hvilken retning vi orienterer oss i arbeidslivet, og man finner sammenheng mellom interesse og spesialisering i fysioterapien (36).

Hva man bruker tiden sin på vil også kunne påvirke hvordan man velger å forholde seg til samhandling og kommunikasjon. I materialet kan man se en tendens til at informantene ønsker faglig påfyll fra NMK sin kompetanse, men samtidig peker utsagnene mot at de i liten grad bidrar inn i samhandlingen med egne tanker og erfaringer. En av informantene forteller riktignok at hun fikk positive tilbakemeldinger via en telefon med NMK, men presiserer videre at hun i liten grad har bidratt med innspill. Gjensidig involvering i prosesser rundt kunnskaps- og informasjonsoverføringer er et nøkkelpunkt i kravene fra myndighetenes side i forhold til samarbeid mellom helsenivåer (1-3, 21). Samarbeid avhenger av to involverte parter, og et vedvarende godt samarbeid fordrer at begge parter involverer seg og bidrar. Sett fra en side kan mangelen på involvering antyde at informantene er trygge på samhandlingsmaterialet de mottar fra NMK og ser seg dermed fornøyd med å være mottakere.

På den annen side kan dette være uttrykk for lang tradisjon når det gjelder samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Faglig påfyll har tradisjonelt gått fra sykehusene til kommunene. Fortellingene i denne studien indikerer at det er et behov hos fysioterapeuter på kommunalt nivå for påfyll fra NMK. Det er imidlertid lite problematisering rundt hva det konkrete behovet til den enkelte er når det gjelder pasienter med nevrologiske sykdommer. Når det gjelder hjerneslag derimot, fremkommer det stor interesse og erfaring fra en av informantene om konkretisering og betydningen av å formulere en problemstilling som utgangspunkt for faglig påfyll fra spesialisthelsetjenesten. At dette ikke har omfattet pasienter med nevrologiske sykdommer kan kanskje ha sammenheng med hvor langt ut i et kronisk progredierende forløp pasientene er kommet og ”statushierarkiet” innen sykdommer. Langtkommede progredierende sykdommer havner tradisjonelt lengre ned på lista enn akutte skader/sykdommer. Formulering av egne behov for faglig påfyll knyttet til enkeltpasienter kan trigge frem reflekasjon, først og fremst rettet mot egen kunnskap og utvikling av denne. Molander (27) påpeker at reflekasjon er en viktig forutsetning for utvikling av praktisk kunnskap. Refleksjon bringer frem bevissthet rundt egen kunnskap som gjør at man blir klar over hva man kan og ikke kan, og har man i tillegg et kritisk kunnskapsblikk har man gode forutsetninger for å ta del i kunnskapsutvikling.

Faglig ajourføring for å spisse kompetansen for ansatte i kommunen som har med denne pasientgruppen å gjøre kan være en nødvendighet for å oppnå optimal behandling i samsvar med Samhandlingsreformen og nevroplan (1, 2). Helsepersonellovens krav om å drive faglig forsvarlig som helsearbeider, gjør det påkrevd at fysioterapeuter kommunalt ansatt eller i det private med driftstilskudd, holder seg faglig oppdatert (13). For å tilfredsille Norsk fysioterapeutforbunds norm for å holde seg faglig ajourført trenger man minimum 200 fagrelevante timer i løpet av syv år (37). Yrkesfaglig oppdatering i form av veiledning eller opplæring vil bidra til å holde fysioterapeuter på et høyt faglig nivå, som er en av forutsetningene for å tilby pasienter vedvarende optimal oppfølging. Både kurs, hospitering og klinisk veiledning i regi av spesialisthelsetjenesten teller i slik faglig ajourføring og kan være med å gjøre båndene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tettere. Ulike arenaer for samhandling og kompetanseoppbygging er etterspurt av fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten i forhold til andre grupper med nevrologiske pasienter, eksempelvis multipel sklerose (10). Det er rimelig å anta at dette er like relevant for pasienter med sjeldne sykdommer.

Ett annet perspektiv er organisering av tilbud rettet mot denne gruppen fra kommunalt hold, noe som aktualiserer om det er tilstrekkelig med generalister i fysioterapi eller om det også trengs spesialister på dette helsetjenestenivået, samt hvordan tjenesten organiseres der. I kommunene har man flere steder man kan motta fysioterapitjenester, eksempelvis gjennom den kommunale rehabiliterings- og habiliteringstjenesten, hos private fysioterapeuter med driftstilskudd, eller private uten tilskudd. Det siste alternativet er sjelden aktuelt da man må betale hele beløpet selv, mot at de andre to alternativene er gratis for de med nevromuskulær sykdom. I noen avtaler om driftstilskudd følger det med et krav om ansvar for å tilby oppfølging til en spesifikk pasientgruppe, eksempelvis nevrologi, men det er opptil hver enkelt kommune å spesifisere avtalene. Tradisjonelt har det vært lite fokus på å øremerke tilskudd spesifikt til nevrologi, men gjennom den offentlige satsningen på rehabilitering de siste årene, særlig gjennom nevroplan og samhandlingsreform (1, 2). For å sikre et bærekraftig tilbud rundt pasienter med nevromuskulære sykdommer kan en løsning være å tilby pasientene muligheten for behandling hos fysioterapeuter/terapeuter med spesialkompetanse. Tilbudet eksisterer i noen kommuner der de har øremerket driftstilskudd til nevrologi, eller ved at fysioterapeuter uten spesifisert driftstilskudd har videreutdannet seg innenfor nevrologi og er kjent for sin kompetanse. Av de som er registrerte spesialister i nevrologisk fysioterapi på Norsk fysioterapeutforbund sine nettsider jobber imidlertid kun 26 av 91 i primærhelsetjenesten, resten jobber i spesialisthelsetjenesten. Det viser for det første en skeivfordeling av kompetanse, og for det andre tyder disse tallene på at det er få fysioterapeuter med spesialisering innen nevrologi for å dekke etterspørselen etter denne kompetansen i rehabiliteringssammenheng i kommunene.

Inntrykket informantene gir er at det hos fysioterapeuter med driftsavtaler uten spesifisering er opp til hver enkelt terapeut hvilken faglig retning man ønsker å gå. Dette betyr i så fall at kommunal helseledelse fraskriver seg ansvaret for å sørge for tilstrekkelige fysioterapitjenester. Dette åpner for at tilfeldigheter og individuelle interesser blir styrende for hvilken kompetanse som er tilgjengelig for befolkningen i en kommune. Dette gjør det aktuelt å vurdere om kommuner generelt og kommuner uten fast ansatte fysioterapeuter enten bør kreve spesifikk kompetanse når det gjelder tildeling av driftstilskudd eller opprette samarbeid med nærliggende kommuner for å dekke behovet til pasientene. Slik funksjonsfordeling/krav om hvilke fysioterapeuter (med driftstilskudd) som har ansvar for å tilby spesifikk behandling innen eksempelvis nevrologifeltet kunne skapt ytterligere dybde i målet om å oppnå sømløse pasientforløp, også for sjeldne sykdommer som nevromuskulære lidelser.

Resultatene tyder også på at det er en funksjonsfordeling mellom offentlig ansatte kommunefysioterapeuter og de med driftsavtaler ved at de som trenger hjemmebehandling får sine tjenester hos fastlønnede mens de som har høyere funksjonsnivå går på instituttene. En slik fordeling kan være hensiktsmessig, men også fysioterapeuter med avtalerett kan behandle pasienter i hjemmet, samt delta på tverrfaglige møter da det er takster for dette. Organisering av fysioterapitjenesten er et kommunalt ansvar og her er flere muligheter for å dekke befolkningens behov.

Situasjonen i Norge er at det er små og store kommuner spredt rundt i et langstrakt land. Ser man i tillegg på det varierende antall innbyggere i kommunene er det kanskje ikke realistisk med spesifikke driftstilskudd eller andre spesifikt tilrettelagte stillinger i kommunal tjeneste for enhver pasientbegrenset diagnosegruppe, som eksempelvis de med nevromuskulære sykdommer. Men med tanke på at pasientgruppen sorterer under den nevrologiske delen av fysioterapi så vil behovet kunne dekkes av en med generell nevrologisk spesialistkompetanse. Især dersom samhandling med NMK gir mulighet for klargjøring av behov og faglig påfyll i forhold til den enkelte pasient. I tilfeller der det ikke er praktisk gjennomførbart at hver enkelt kommune har egen nevrologisk fysioterapeut vil muligheten for interkommunale løsninger kunne legge forholdene til rette for pasientgruppen. Samarbeid på tvers av kommunegrensene kan åpne for tilgang på nødvendig kompetanse til disse pasientene. Tilgjengelighet på fysioterapitjenester ut over generalistnivået, kan således være et innspill i diskusjonene om kommunesammenslåing.

## **4.2 Informasjon og kompetanseoverføring**

*Om rapporter, videofilm og dialog*

Alle informantene forteller at de har mottatt informasjon fra NMK etter at pasienten deres har vært til behandlingsopphold der. Informasjonen har vært formidlet i form av epikrise og video eller gjennom telefonkontakt. To av informantene mottok epikrise fra pasientens behandlingsopphold og forteller at innholdet var nyttig for forståelsen rundt undersøkelse og tiltak pasienten hadde vært gjennom. En av informantene forteller:

**Nå var det en ganske, ganske detaljert beskrivelse også. Det var, det var ikke bare forkortet ned til fire linjer, det var en ganske grei beskrivelse av hva problematikken var og hvordan de hadde gått i gang med tiltak.**

Om råd fra NMK sier hun:

**Altså, optimalt så kunne man jo hatt lengre økter når du, når du trener, og daglig en periode, altså sånn effektivt. Det veit man jo ut fra de anbefalingene som NMK for eksempel gir.**

Den andre informanten forteller angående epikriser:

**... jeg tenker det er den beste kommunikasjonen. Da får du greie på hva vedkomne har gjort på det oppholdet de har vært der inne.**

De forteller videre at de skriftlige rapportene inneholdt råd i forhold til hva som burde vektlegges i den videre behandlingen av pasienten. En av informantene med driftsavtale foreller at det var uproblematisk å forstå den skriftlige kommunikasjonen fra NMK da de brukte terminologi og språk hun var kjent med fra tidligere. Den kommunalt ansatte fysioterapeuten forteller i forhold til skriftlig kommunikasjon og overførbarhet:

**... i og med at jeg leste hele epikrisen så tenkte jeg at det var forståelig og greit i forhold til hva de anbefalte videre. Ja. Så jeg jobbet ut ifra det, mye av det vi hadde var jo kjent siden jeg kjente pasienten fra før av, men man tar med seg de tipsene og det som de har lagt i der, og jobber videre ut ifra.**

Den kommunalt ansatte fysioterapeuten forteller at hun har deltatt på flere kurs rettet mot nevrologi og nevrologisk fysioterapi, og hospitert på sykehus hos spesialist innen dette fagfeltet. Informanten sier det er lettere å forstå hva som menes i epikriser og praktisk veiledning etter denne oppdateringen, når man kjenner språket og teknikkene.

**... når jeg har gått på kurs, og jeg har, så snakker vi litt mer samme språk. Jeg skjønner bedre teorien og teknikkene ut ifra hva det er man jobber med, for å oppnå et bedre resultat enn jeg ville ha gjort tidligere. Jeg ville ha sett hva han gjorde, hvis jeg ikke hadde hatt kurset, ville jeg kanskje ikke hatt såpass mye i fingrene, og, forstått bakgrunnen for alt, like mye.**

To av informantene forteller at de har mottatt video av pasienten ved undersøkelse og tiltak gjort under behandlingsoppholdet. Den kommunalt ansatte informanten har ikke mottatt film vedrørende pasienten og var ikke klar over at det var mulig å få heller. De to som har mottatt videofilm rapporterer at det har vært til stor hjelp i det videre arbeidet med pasienten. En av de forteller:

**De hadde filmet noen tester som ho gjorde i begynnelsen av oppholdet, og så hadde de filmet en del type tiltak, og de testene filmet i begynnelsen av oppholdet retestet de da etter to uker, som de filmet på nytt. Ja. Så det var veldig, veldig allright.**

Informantene forteller videre at de har sett på videoene flere ganger, også sammen med pasienten hvor de har diskutert det som foregår. De har begge kopiert tiltak og teknikker direkte fra videomaterialet i videre behandling av pasienten.

I forhold til overførbarheten av videomaterialet NMK sendte med pasienten sier en av informantene:

**... da ser du lissom behandlingssekvenser da, ikke sant, som blir gjennomført der oppe, og noen av de var veldig sånn umulig for meg å gjennomføre for da var det fire-fem terapeuter som satt rundt pasienten, ikke sant, og lissom skulle prøve å stimulere her og, lissom å hjelpe til med alt vedkomne manglet, eller hadde dysfunksjoner sånn at det var lissom greit nok, det får man ikke gjort noe, gjort så mye med, men så var det lissom andre der hvor du fikk lissom veldig sånn tydelig at, ikke sant, at hvordan jobber du med quadratus lumborum, ikke sant. Ikke sant, hos denne pasienten er det viktig, og da viste han en behandlingssekvens hvor han gjorde det spesifikt da ... det var egentlig veldig nyttig.**

En forteller om endring i organisering og innholdet i behandlingen på bakgrunn av videoen som pasienten hadde med seg etter behandlingsoppholdet på NMK

**Den pasienten som jeg har fått (tilbake) fra Tromsø, den, hun har godt av fem dager på rad, og så har hun hatt opphold på tre uker. Og så kommer hun tilbake og så har hun kanskje fem dager til ... med litt intensiv behandling i kort periode.**

Videre forteller informantene at det de gjorde på filmen fra NMK delte hun opp slik at det ble fem 30 minutters behandlingsøkter i løpet av en uke. Deretter tok de tre uker pause før en ny fem-dages økt. På den måten har hun tilnærmet seg råd angående mengde og intensitet i treningen for pasientgruppen etter det NMK anbefaler.

Den kommunalt ansatte fysioterapeuten har erfaring fra deltakelse på undersøkelse og behandling av egne pasienter i spesialisthelsetjenesten og fremhever verdien av å få noen «andre øyne som ser sammen med deg», se hva de kan gjøre, jobbe sammen og ha litt

diskusjon. Selv om dette ikke vært med noen av de nevrologiske pasientene sier informanten:

**Hm, ja, altså, som sagt i andre tilfeller så har jeg gjerne brukt spesialisthelsetjenesten fordi at jeg står fast selv. Så det å få noen andre øyne som ser sammen med deg, og få tips på veien videre syns jeg er, e, bare lærerikt, hehe.**

Og videre:

**... når jeg har henvist selv så har jeg prøvd å være med første dagen slik at jeg har kunnet gi en presentasjon av hva problemstillingen er sammen med pasienten. De gjør jo sin undersøkelse og ser å sånn uansett, men å kunne fortelle hva man har sett og gi en sånn kort beskrivelse av i henvisningen, men å kunne presentere «det har jeg sett og det har jeg sett» og sånn ... men her er det ett eller annet som jeg ikke får til. Sånn at jeg har kunnet presentere hva som er hovedproblemet for meg som terapeut å jobbe med, og så kan man, så kan de se og gjøre en vurdering av pasienten ... Så jeg jeg har følt det som veldig delaktig og lærerikt.**

Informantene forteller at kommunikasjonen med NMK har bestått av rapporter, video og telefonkontakt. De har ulike fortellinger vedrørende omfanget av materialet hver og en av de har mottatt. Kun den ene informanten i privat praksis har mottatt både video og epikrise, og i tillegg selv søkt kontakt med NMK per telefon. Den andre har mottatt video og selv søkt telefonkontakt med kompetansesenteret. Informanten i kommunal hjemmetjeneste mottok kun epikrise og har forholdt seg til den i videre behandling. Hun forteller om bakgrunn fra fagrettede kurs og virker i så måte til å ha best forutsetninger av informantene for å forstå kommunikasjonen med NMK. Noen av rådene fra NMK om intensitet og frekvens på behandlingen har vært vanskelig å videreføre på kommunalt nivå for at pasienten der i tillegg skal fungere i hverdagslivet. Det samme gjelder noe av videomaterialet da det var flere terapeuter involvert rundt pasienten, noe som er utfordrende å gjennomføre i privat praksis, men de uttrykker at video samtidig har vært til stor hjelp arbeidet med pasienten ved å få et visuelle bilder av spesifikke undersøkelses- og behandlingsteknikker. Informantene har implementert og tilpasset rådene inn i sin hverdag med pasientene. Informanten fra hjemmetjenesten forteller om deltakelse i veiledning med spesialisthelsetjeneste, og selv om dette har vært med andre nevrologiske pasienter enn de med nevrologiske sykdommer fremhever hun at dialog og interaksjon i samhandling om pasienter er meget lærerikt og har bidratt til økt forståelse rundt kommunikasjonen med NMK.



Informantenes fortellinger om epikrisene, videofilmene og fysisk deltakelse i behandlings- og vurderingskonsultasjoner aktualiserer hvilke muligheter ulike formidlingsformer i faglig formidling og rådgiving gir. I forlengelsen av det vil det være interessant å se på styrker og svakheter ved de ulike formidlingsmåtene. Informantenes ulike beskrivelser av hvordan det skriftlige materialet og videoer ble brukt aktualiserer om man bruker mottatt materiale som en oppskrift på hvordan behandling skal foregå, eller som et innspill til eget resonnement. Det vil være interessant å se på informantenes fortellinger om samhandlingssituasjoner rundt hvordan samhandling kan foregå i fysioterapi og hva slags forutsetninger som må ligge til grunn.

Informantene har i ulik grad og på forskjellig vis vært i samhandling med Nevromuskulært kompetansesenter. Epikrisen blir omtalt som den beste formen for kommunikasjon, noe det kan være flere grunner til. På den ene siden er det den eneste kommunikasjonsformen som er formalisert som et krav da epikrise skal følge med pasienter som skrives ut eller er ferdigbehandlet fra en institusjon (38). Dette er noe man lærer i løpet av grunnutdanningen i fysioterapi og i den forbindelse raskt får et forhold til, allerede før man trer inn i yrkeslivet. Det tidlige forholdet man får til den skriftlige form for å overlevere faglige vurderinger kan være en faktor som gjør at epikrisen fremheves som viktigst. Thornquist (22, s.296) påpeker at den skriftlige form er kommunikasjonsnormen i samfunnet vårt. En annen side kan være at et skriftlig dokument er lett å forholde seg til. Det er håndfast, det som står der blir stående, og man kan ta teksten i bruk som en rettesnor for valg av tiltak eller legge det i en perm og sette det i hylla. Imidlertid begrenses epikrisen til hva som kan formidles gjennom ord.

En undersøkelse som så på innhold og oppbygning av journaler fra ulike avdelinger på et sykehus viste at man på nevrologisk avdeling i større grad benyttet seg av språklige virkemidler, som teksttyper og setningsinnhold, for binde sammen og dermed tydeliggjøre funksjonelle sammenhenger fra fysioterapivurderinger (39). I det skriftlige materialet fra ortopedisk avdeling var innholdet i mindre grad knyttet sammen og vurderingsaspektet ved fagutøvelsen kom lite fram (39). Forforståelsen man har med seg inn i samhandlingstiltak kan være forskjellig fra terapeut til terapeut. Det finnes mange faglige retninger som på hver sin side har ulik dybdekunnskap og kunnskapstradisjon, som setter sine preg på den skriftlige kommunikasjonen. NMK baserer behandlingen sin på en kunnskapsforståelse fra Bobath konseptet (40), noe som vil påvirke hvordan skriftlig materiale utformes og sette krav til mottakerens forforståelse. Informantenes utsagn om at epikrisene var forståelige peker i retningen av at NMK følger helsepersonellovens krav om at journaler skal være forståelig for annet kvalifisert helsepersonell (13). Imidlertid tyder en av informantenes utsagn om at

vedkommende forstod mye mer enn tidligere etter gjennomføring av kurs innen Bobathkonseptet på at det alltid vil være variasjon med henhold til dybde i hva en forstår fra en epikrise.

Skriftlig kommunikasjon kjennetegnes av enveis kommunikasjon, ”pakken som sendes og mottas”. Praktisk kunnskap kjennetegnes av å være kontekstuell og personlig, samt at ikke alt er så lett eller mulig å uttrykke i ord (27). Dermed vil det være mange sider ved hva som er gjort i et opphold i spesialisthelsetjenesten og råd som søkes formidlet som ikke lar seg formidle gjennom ord. For å avgjøre hvordan man forholder seg til den skriftlige formen er en viktig forutsetning at man forstår innholdet i teksten. Dette betyr at mottakerens kompetanse er avgjørende for hva en slik epikrise kan bety, samt om og hva slags konsekvenser den får for videre oppfølging av pasienten på kommunalt nivå. Hva mottakeren forstår og kan videreføre i handling på bakgrunn av det skrevne ord vil være avhengig av hva vedkommende kan fra før. At mottakerens kompetanse er avgjørende for videreføring av råd fra spesialisthelsetjenesten er også tidligere rapportert (10).

Informantene fremhever video som et meget hjelpsomt og informativt samhandlingsmiddel. Den teknologiske utviklingen de siste tiårene bringer nye former for informasjonsutveksling på banen, og så lenge pasientsikkerhet og -rettighet er sikret så åpner det for nye måter å samhandle på. Resultatene i denne studien viser at videofilmen leveres til pasient, som da eier denne videoen. Videofiler på minnestikke eller lignende som pasienten velger å vise/gi sin lokale fysioterapeut, gir den lokale terapeuten et annet bilde og innblikk i hva pasienten har gått gjennom under de intensive behandlingsoppholdene hvor de kan se de faktiske tiltakene fysioterapeuter ved NMK gjør. Disse visuelle inntrykkene gir sammen med de faglige resonnementene rundt undersøkelser og tiltak en annen nærhet til situasjonen for fysioterapeutene i kommunen. Video har fordelen ved at handlinger vises, som vil si at praktisk kunnskap vises og gjøres tilgjengelig for en annen. Den har dermed noe av «mestersvenn» formidlingen i seg. Fordelen med denne type formidling er at den i større grad enn epikrisen kan formidle hvordan man har gjort ulike tiltak.

Fysioterapiutøvelse er kompleks og det er ikke alt som lett kan uttrykkes i ord, det blir da ofte langt og omstendelig. Praktisk handling gjennom video kan formidle handlingskunnskap på en annen måte, synliggjør noe av kompleksiteten i fysioterapi og formidler kanskje spesielt de tause sidene ved kunnskap, jamfør Molander (27). Det gir utfyllende informasjon til epikrisen om hvordan fysioterapeutene på NMK bygger opp sine kliniske resonnement i undersøkelser

og videre for begrunnelser av behandlingstiltak for pasienter med nevromuskulære sykdommer. Utfordringen med video, som med epikrisen, er at kommunikasjonsformen ikke inneholder dialog. De involverte partene forblir sender og mottaker av et budskap der interaksjonen mellom dem uteblir. «Man blir lite orientert i retning av å ta andres perspektiv og til å justere sitt eget oppmerksomhetsfelt i forhold til medmennesker», skriver Thornquist om «sender-mottaker-modellen» (22, s.18). Video i tillegg til epikrise kan absolutt føre til at man får flere brikker i puslespillet, men mangelen på dialog fører til at det forbli et bilde, et eksempel på «slik gjør vi det her».

Et av de 11 avtalepunktene i helse- og omsorgstjenesteloven (3) sier noe om at man skal opptre gjensidig rundt kunnskapsoverføringer og informasjonsutveksling mellom helsenivåer. Ved kun å forholde seg til at man skal motta materiale uten å bidra tilbake kan det stilles spørsmål om man oppfyller de lovmessige kravene myndighetene har bestemt. På en annen side vil en vedvarende passiv rolle i samhandlingen, slik som materialet i denne studien preges av når det gjelder pasienter med nevromuskulære lidelser, sette premisser for hva man egentlig kan forvente å få tilbake fra spesialisthelsetjenesten. Ved å la være å involvere seg vil ressursene rundt pasientene i mindre grad bli utnyttet optimalt, og individuelle planer koordinert gjennom samhandling vil være ufullstendige. Ved å problematisere hva en har behov for veiledning om i forhold til den individuelle pasient vil man i tråd med Molander (27) kunne utvikle egen kunnskap.

Evne til refleksjon-i-handling er en viktig del av å lære praktisk kunnskap er Molander (27) opptatt av, og danner et grunnlag for å lære kunnskap istedenfor å imitere kunnskap. Informantenes fortellinger om hvordan handlinger på video ble kopiert og fordelt over flere behandlingssekvenser peker i retning at de imiterer mer enn de lærer kunnskap i overføringen fra NMK. Imitasjonen vil gange den ene pasienten et stykke på vei. Imidlertid indikerer fortellingene om innsending av problemstilling og hospitering i tilknytning til egen pasient (med hjerneslag) i spesialisthelsetjenesten at det også er andre muligheter for kompetanseutveksling. Dialog er viktig i denne sammenheng, ikke minst fordi partene da kan være premissleverandør for innholdet i det faglige påfyllet som skjer under samtalen.

Overføring av praktisk kunnskap er utfordrende. Kunnskap-i-handling dannes og holdes levende i kunnskaps- og kommunikasjonsfelleskap, sier Molander (27, s.268). Det forutsetter interesse fra begge parter. Den som skal lære trenger å være oppmerksom sin egen kunnskap for å erfare at man trenger ny eller utvide sin forståelsesramme. En erkjennelse av å ha behov

for mer kunnskap kan for mange sitte langt inne, og kanskje i større grad hvis det gjelder kunnskap relatert til pasienter man ikke har mange av.

### 4.3 Rammer, roller og struktur

#### *Om kommune, NMK og kommunikasjon*

Informantene har ulike erfaringer vedrørende samarbeid i kommunen de jobber i rundt pasienter med nevromuskulære sykdommer. Informantene med driftsavtaler svarer kontant «nei» på om det eksisterer et tverrfaglig samarbeid omkring pasientene deres, men begge er tydelige på at et samarbeid kan etableres hvis man tar initiativ til det. En av dem understreker likevel at hun i mangel på faglig interesse ikke hadde ryddet plass til det i en ellers travel hverdag. Selv om det ikke er et etablert tverrfaglig samarbeid forteller de om nærhet til pasientens fastlege i form av at de visste om eller var delaktige i henvisningen inn til NMK. Hun som var en aktiv part sier det slik:

**Jeg er ganske sikker på at det var nevrologen på lokalsykehuset som henviste ho opp dit altså, men det var jo på initiativ fra det vi hadde snakket med pasienten om her (...) Så, også tror jeg nevrologen kontaktet meg igjen og sa at det var fastlegen som skulle søke ... også spurte fastlegen, sånn var det, om jeg kunne skrive søknad, stemmer ... fordi at jeg kjente ho jo best, ikke sant, og så sa jeg "jeg kan jo ikke det", henvise ho opp dit. Så mente fastlegen at det kunne jeg ... men vi fikk på en måte tilbakemelding om at det måtte være doktoren og sånn. Så vi hadde en sånn litt, en finger med i spillet noen og enhver av oss.**

Informanten som jobber i kommunal hjemmetjeneste forteller at det er samarbeid rundt pasientene. Fastlege er oftest først inne i bilde, deretter ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmesykepleien. Hun forklarer denne strukturen med at pasienter med nevromuskulære sykdommer progressivt taper funksjon som etter hvert gir et økende behov for flere helsetjenester. Videre forteller hun at selv om det er et visst samarbeid er det ikke nødvendigvis optimalt koordinert mellom yrkesgruppene da de sjelden er hos pasientene samtidig for å gjøre felles vurderinger. I forhold til henvisning og pasientens treningsopphold på NMK forteller hun det slik:

**... så men jeg visste ikke om at han var inne på det oppholdet, for jeg ble ikke informert, det var ikke jeg som søkte inn, det var legen som søkte inn. Så jeg visste ikke om at han hadde vært der, på 2 ukers opphold før jeg ringte (pasienten) rett i etterkant og skulle**

**starte opp en bolk (behandling). Og da sa han at han hadde vært det. Sånn at det går nok på kommunikasjonen, en eller annen plass. Egentlig en liten kommunikasjonssvikt. For der burde jeg ha, der hadde jeg absolutt kommet til å ha gjort det jeg bruker å gjøre (med andre pasienter). Vært med noen ganger og fått tips, og fått tips på veien.**

For å legge til rette for samarbeid påpeker informantene at partene må være tilgjengelige for hverandre. To av informantene, som begge jobber med driftsavtaler, uttrykker at de syns det har vært utfordrende å oppnå kontakt med kompetansesenteret. En av de forteller:

**Nei det der, det er jo, veit du hva, det der er så vanskelig for hadde jeg jobbet i kommunen så hadde jeg kunne brukt mye mer tid på det, men fordi jeg har pasienter hele tiden, ikke sant, (...) så det er egentlig er det litt sånn vanskelig når du skal ut og ringe til spesialistinstusjoner, du får ikke tak i de folkene du skal ha, jeg tror ikke det er noe spesielt med NMK. Jeg tenker at sånn er det uansett om jeg skal ha inn på Riksen eller hvor jeg skal, så er det litt sånn tungvint rett og slett.**

En av de mottok heller ikke epikrise etter pasientens opphold på NMK, og forteller:

**Hun hadde ikke med seg noen papirer til meg, jeg husker jeg var litt skuffa over det, for jeg syns jo litt av poenget var at vi skulle følge det opp. Og det har vi etterlyst, mhm.**

Selv om en av informantene ikke mottok epikrise er de enige i at epikrisen er nyttig og utgjør en viktig del i kommunikasjonen mellom helsepersonell. En av informantene uttrykker angående skriftlig kommunikasjon:

**Ja, jeg syns det er nyttig da, jeg tror det blir enda bedre da, kvalitetssikring, rett og slett.**

To av informantene forteller om utfordringer når det kommer til telefonkontakt med NMK. En av de forteller at telefonkontakt ikke fungerer, og begrunner det med at egen arbeidstid begrenser mulighetene for å ringe, og problemet med å få tak i rett person når man først ringer. Den andre informanten forteller:

**Ja, nei det var utfordrende, mhm. Snakka jo med andre fysioer der, og de la igjen beskjed men de sa han var travel og sånn han jeg skulle ha tak i da. Så det var litt vanskelig. Så om ikke beskjeden kom fram, eller om ikke han hadde anledning til å ringe det veit jeg ikke, mhm. Men jeg syns det er litt rart for de gjør jo så veldig, virker som de gjør en sinnssykt god jobb med hver enkelt når de da er der, også tenker jeg de**

**ikke er litt, de går så opp i det der og da, at de ikke har et større ønske at dette her skal tas vare på videre da.**

I synet på rollen de har i samhandlingen har informantene samsvarende inntrykk. De uttrykker at de aktivt bruker informasjon i epikriser og video for å videreføre det pasientene har vært igjennom ved NMK. En forteller det slik:

**Har bare prøvd å være en terapeut som skal videreføre det som de gjorde der oppe (...)  
Ja, jeg ønsker det, jeg ønsker ikke at ho skal være der, og så skal ho komme tilbake og skal vi fortsette der vi holdt på før hun reiste dit, jeg ønsker at vi skal på en måte dra nytte av det etterpå.**

En annen uttrykker seg slik om synet på sin rolle:

**Nei, jeg er jo lytteren jeg da.**

Informantene har tanker om forbedring av samhandling med NMK. Her forteller de blant annet om ønsket om informasjon vedrørende henvisning og eventuelt tidspunkt for tilbudet om en intensiv treningsperiode. Da vil det være lettere å planlegge å eventuelt være med i prosessen og gjerne delta på noen behandlinger ved NMK for å få en tettere dialog rundt pasienten, og man kan vise og prøve. Skriftlig rapport og videofiler med tips og tiltak, trekkes frem som nyttig. En annen ønsker oppfølging etter at pasienten har vært ved NMK og hyppigere opphold. Hun sier det slik:

**En oppfølging ved 3, 6, og 12 måneder kunne vært ideelt (...) Hvor de tar kontakt med meg, for det, det tenker jeg det er sånn det må være (...) også syns jeg kanskje at pasienten burde ha et sånt årlig opphold der oppe da, hvert år, istedenfor at det går to år. For hun blir også veldig inspirert da, når hun har vært der oppe.**

Informantene forteller om varierende grad av samarbeid og kommunikasjon rundt pasientene på kommunalt plan. I den kommunale hjemmetjenesten virker det å være etablert et flerfaglig samarbeid for rundt innsatsen i hjemmet, men at koordineringen ikke er nøyere strukturert enn at yrkesgruppene snakker sammen ved behov. I periodene med behandlingspauser kan det virke som om oversikten over det som skjer rundt pasienten fra fysioterapihold forsvinner, eksemplifisert med at fastlegen henviste til opphold hos NMK uten at informanten hadde kjennskap til det. Informanten uttrykker at hun hadde hatt nytte av å kjenne til henvisningen

da hun kunne avtalt deltakelse på veiledning. Likevel kontaktet hun ikke NMK i etterkant av treningsoppholdet da hun oppfattet epikrisen som utfyllende og forståelig.

Informantene som jobber med driftsavtaler forteller begge at de ikke kjenner til samarbeid rundt pasientene med nevro-muskulær sykdom i kommunen, og en uttrykker dessuten at hun på grunn av manglende faglig interesse ikke hadde satt av tid til dette. Begge forteller at fastlegen stod for henvisningen, der en av informantene var involvert i henvisningsprosessen.

Fortellingene til informantene sier noe om retning og involvering i informasjonsflyten. De med driftsavtale virker til å ha tettere kontakt med pasientens fastlege enn informanten i fast stilling. Henvisningen inn til NMK kommer fra fastlege, mens det virker som om kommunikasjonen mellom helsenivåene etter pasientoppholdet for det meste går en vei, fra NMK og ut til kommunene.

Informantenes fortellinger aktualiserer betydningen av samarbeid i kommunen og hvordan det virker inn på helhetlig pasientforløp. Fysioterapi både i kommunalt fast ansatte stillinger og i privat praksis inngår i et større helsetjenestetilbud, og pasientene er tjent med koordinerte og sømløse tjenester. Dette aktualiserer hvordan fysioterapeutene ser på sin egen rolle i rammene for samhandling der informasjonsflyt skal bidra til å ivareta nevnte pasienthensyn. Dette setter søkelyset på retningen av kommunikasjon innad i kommunene og mellom helsenivåene. Hva slags informasjon går fra kommunene til NMK og fra hvem, og hva slags informasjon går andre veien og til hvilken tid. I denne sammenheng kan det være interessant å se på hvilke rammer fysioterapeutene har for å delta og påvirke koordinering av tjenester.

Informantene forteller om forskjellige erfaringer i samhandlingen med NMK. På den ene siden kan dette sies å være overraskende da fortellingene går i retning av at det er mangler i konsistent bruk av samhandlingsmateriale ut fra NMK. Det kan peke mot rutinemessige utfordringer fra kompetansesenteret sin side. Sett fra en annen side kan det også være et signal om utfordringer med samhandlingsstrukturen på kommunalt plan der fysioterapeuter og fastleger trenger gode samarbeidsrutiner for å legge til rette for koordinerte pasientforløp, blant annet med tanke på rutiner rundt henvisninger.

Henvisning til vurderingsopphold ved NMK er det fastlege eller eventuelt annen lege pasienten er under oppfølging av som må stå for. For intensive treningsopphold kan også fysioterapeut henvise, og NMK etterspør uansett en utfyllende informasjon fra henvisende instans (41). Informantenes fortellinger peker i retning at de i liten grad er involvert i

henvisningsrutinene. Det uttrykkes gjennom informantenes fortellinger at det vil være fordelaktig å være delaktig i henvisning inn til NMK, der det å kjenne pasienten best, og å ha muligheten til å delta i veiledning fremheves. Dette peker mot betydningen av å sette oppholdene ved NMK inn i en ramme av koordinerte tjenester. Det synes vesentlig at disse oppholdene settes inn i rammen av hva som skjer med pasienten på kommunalt plan, inkludert fysioterapi. Deltakelse, og kanskje helst ansvar for henvisningen til NMK vil sette en god ramme for videre samhandling med NMK da slik deltakelse vil bidra til at kommunefysioterapeuten blir en mer aktiv part. Ikke bare mottaker av en epikrise eller lyd/bildemateriale. Resultatene i denne studien indikerer behov for dialog mellom fysioterapeutene på tvers av helsetjenestenivåene. Dette virker også til å være intensjonen fra NMK gjennom informasjonen som nevnt tidligere vedrørende henvisninger (41). Album (24) påpeker at involvering fører med seg forpliktelser innenfor rammen av en samhandling. Slik sett kan en tettere involvering fra fysioterapeutene i primærhelsetjenesten rundt informasjonsoverføringen og behovsmeldingen inn til NMK knytte et sterkere bånd til fysioterapeutene ved NMK da de vil få en forståelse for hvordan henviseren vurderer sin pasient. Den lokale fysioterapeuten inntar da en mer aktiv rolle og forteller om situasjonen, utfordringer og behovene på kommunalt nivå.

Etter endt opphold skal det følge med en epikrise etter lov om helsepersonell (13). I paragrafen uttrykkes det at pasienten kan oppgi hvem som skal motta epikrisen, i tillegg skal den sendes til henvisende instans eller til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (13). Det siste er ofte pasientens fysioterapeut. Et godt samhandlingsklima på kommunalt nivå mellom fastlege og fysioterapeut vil være positivt for at slike dokumenter deles mellom de ansvarshavende partene.

Slike tilfeller retter søkelyset på hvordan man ser på sitt eget ansvar i samhandlingen med de ulike helseaktørene for å legge til rette for optimal pasientoppfølging. I samhandlingssituasjoner er det viktig å være tilgjengelig, uttrykker informantene med driftsavtaler med hentydning til NMK. Forskjellige rammevilkår i arbeidshverdagene kan være med å påvirke hvordan man oppfatter tilgjengeligheten til en samhandlingspart. I privat praksis organiserer man oftest dagen selv innenfor rammen av driftsavtalen med kommunen. Vanlig praksis er å ha påfølgende konsultasjoner hvert 30 til 60 minutt, og det er uvanlig å legge inn pauser mellom påfølgende pasienter. I takstsystemet for fysioterapeuter (42), som er en av inntektskilden i det private er det lagt til rette for skriftlig, muntlig og behandlende samhandling. Skriftlig og muntlig samhandlingstakst kan derimot ikke utløses i samme



tidsrom som en behandlingsskonsultasjon. Det skal settes av separat tid. Dette medfører noen valg som går på organisering av arbeidsdagen og dermed henger sammen med hvor mange pasienter man kan ta imot. Tiden man bruker til å oppnå kontakt, skriftlig eller muntlig, utgjør mindre sammenlignet med å behandle en pasient selv om det er lagt inn samhandlingstakser i takstsystemet (42). Dette påvirker lønn, som jeg ikke kommer nærmere inn på, men som sammen med faglig interesse og tradisjon innen samhandling, kan være årsaker til ulike prioriteringer vedrørende samhandling.

I kommunale stillinger med fast ansettelse virker det til at forholdene er annerledes da informanten uttrykker å ha vært i samhandling med spesialisthelsetjeneste ved flere anledninger. Selv om det ikke gjelder med pasienter som lider av nevromuskulær sykdom kan det antyde at arbeidsplassen har et etablert system der det er rom for å prioritere samhandling for å legge til rette for koordinerte rehabiliteringsforløp. Det vil i så fall være i tråd med Nevroplan og Primærhelsemeldingen (2, 21). Det kan også peke mot at høy faglig interesse hos informanten spiller en rolle for at vedkomne prioriterer å benytte seg av samhandling for videre faglig utvikling.

Materialet antyder at rammevilkårene for kommunalt ansatte med ansvar for hjemmebehandling og de i privat praksis med driftsavtale er forskjellige, og at dette kan påvirke hvordan man bruker seg av og prioriterer samhandling. Som tidligere nevnt peker Album (24) på at man innenfor et og samme rammevilkår kan ha forskjellige roller. Dette er relevant for fysioterapeuter i forhold til samhandling. På den ene siden skal man rette seg mot andre innen helsetjenesten for å overta informasjon eller interagere for å tilegne seg mer kunnskap. På den andre siden skal man samhandle med pasienter for å yte dem best mulig behandling, altså ta i bruk samhandlingstiltakene. For å være en del av en fungerende samhandling bør man bidra til utfylling og utveksling av kompetanse påpeker Torgersen og Steiro (23). Det fordrer at man inntar en aktiv rolle og bidrar inn i rammen av samhandling. Rollen informantene fra privat praksis passer dårlig inn i dette bildet. Derimot virker det som om rollen de har ovenfor fastlegen er av en annen art, og nærmere enn for fysioterapeuten fra hjemmetjenesten som ikke var involvert i eller orientert om søknad til NMK.

Et annet aspekt med rollen informantene inntar ovenfor NMK er status, som henger sammen med synet på makt og hierarki. Thornquist (22) trekker frem status som en side av anseelse, og med det tradisjonelle synet i helsevesenet om at spesialisthelsetjenesten er plassert ovenfor primærhelsetjenesten medbringer en skjevhet i status- og maktbildet. Det kan spille inn som

en faktor i hvordan man håndterer samhandlingsmateriale fra NMK. Tanken om at det som gjøres på NMK er utført av spesialister kan begrense ønsket om å bidra med sine egne tanker. Og knytter man dette opp mot begrenset faglig interesse vil grunnmuren for samhandling være ustø. Ser man derimot på informanten med ansvar for hjemmebehandling virker det som om hennes vei inn i samhandling med spesialisthelsetjenesten er kortere. Igjen trekkes faglig interesse inn i bildet. Det fordi en vei for å viske ut asymmetri som kjennetegner ubalanse i maktrelasjoner er å tilegne seg mer kompetanse (22) som dermed kan være en faktor som utjevner statusforskjellen.

Dette viste seg også da informantene skulle beskrive en ideell samhandling. Alle påpekte fornuftige punkter fra informasjon rundt henvisningen til oppfølging fra NMK i tiden etter at pasienten kom fra behandlingsoppholdet. Det som gjennomgående manglet var hva man selv kunne bidra med. Dette spiller igjen inn poengene nylig drøftet rundt struktur og makt, men også gjensidighet i kunnskapsoverføringen som er en premiss for å følge lovverk og for å oppnå gode vedvarende samhandlingsløp (3).

Som utøvere av et praktisk fag er utgangspunktet for fysioterapeuter å være flink med hendene, og på bakgrunn av kliniske resonnering å velge rett tiltak til rett tid ovenfor pasienten man har foran seg. Utvikling av faget skjer gjennom å ha egenskapen til å reflektere underveis i det praktiske arbeidet. Samtidig vil en rolleerkjennelse som part i en samhandling også kunne være en utviklingsarena, der samhandling kan være et uttrykk for flere elementer. Egenskapen til å reflektere over viktigheten av å være en bidragsyter vel så mye som en mottaker i en samhandlingsprosess vil kunne bidra til å utvikle fysioterapeuten i flere plan enn kun det praktiske. Alle rollene man bekler skal uansett utøves med tanke på å tilby pasienten optimal oppfølging.

## 5 AVSLUTTNING

Hensikten med denne studien har vært å øke kunnskapen rundt samhandling mellom fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste og Nevromuskulært kompetansesenter, og studiet baserer seg på erfaringene til et strategisk utvalg på tre fysioterapeuter fra kommunal helsetjeneste. Ved å hente inn teori som angår organiseringen av helsetjenester og lovverk og retningslinjer som fysioterapeuter skal følge har målet vært å si noe om utgangspunktet for deres forpliktelser ovenfor pasientene. Videre har teori om premisser for samhandling som rammevilkår og rollebeskrivelser vært viktig for forståelse av informantenes erfaringer om temaet. Teori rundt praktisk kunnskap har gitt perspektiver på premisser for overføring av kunnskap i et praktisk fag som fysioterapi.

For å søke nærhet til fysioterapeutenes erfaringer er studiet gjennomført med et kvalitativt forskningsdesign med dybdeintervjuer. Gjennom analysen fremkom det tre hovedtemaer; 1) Generalister, kompetanse og organisering av fysioterapi, 2) Informasjon og kompetanseoverføring, og 3) Rammer, roller og struktur.

Hovedfunnene i det første tema er at fysioterapeuter på kommunalt nivå har få pasienter med nevrologiske lidelser, men at de følger den/disse få over tid. Hvorvidt fysioterapeuter som behandler disse pasientene har kompetanse innen nevrologisk fysioterapi kan synes tilfeldig. Faglig interesse hos den enkelte synes å være avgjørende for hva slags kompetanse vedkommende har. Blant privatpraktiserende er opp til den enkelte hva slags pasientgrupper som prioriteres, mens det hos den fastlønnede synes å være tydeligere krav knyttet til stillingen med henhold til å ivareta pasienter med nevrologiske problemstillinger, inkludert nevrologiske lidelser. Det fremstår et tydelig behov for faglig påfyll i forbindelse med pasienter med nevrologiske lidelser, men fysioterapeutene er selv lite aktive overfor NMK med henhold til å konkretisere hva de har behov for at dette skal inneholde. Det synes som at kommunene stiller få krav om spesifikk kompetanse innen nevrologisk fysioterapi, spesielt når det gjelder privat praksis – eksempelvis ved utlysning av avtalehjemler.

Tema to bringer innsikter om former for informasjon og kompetanseoverføring. Der epikrisen uttrykkes å være den beste formen for informasjonsoverføring viser det seg at video bringer noe nytt til informantene. Muligheten videoen åpner opp for å se og høre og dermed i større grad være en deltaker med tettere nærhet til konsultasjonene ved NMK virker til å være meget betydningsfullt. Visuelle inntrykk sier noe annet enn ord på papir, og selv om man ikke oppnår dialog ved å se på video er det med på å gjøre samhandlingssituasjonen mer

utfyllende. Gjennom lyden videoen bringer får fysioterapeutene i kommunen ta del i de kliniske resonnement som bygger opp undersøkelsen med valg av vei videre. Video synes å bidra til at kommunefysioterapeuten lettere greier å videreføre råd fra NMK, imidlertid synes kompetansen hos den enkelte fysioterapeut avgjørende for hva som forstås av lyd/bilde og skriftlig materiale.

Det siste temaet viser at rammevilkårene for kommunalt ansatte med ansvar for hjemmebehandling og de i privat praksis med driftsavtale er forskjellige, og at dette kan påvirke hvordan prioriterer samhandling. Kun en av fysioterapeutene har hatt en rolle i henvisning av egen pasient med nevromuskulær sykdommer inn til NMK, med det er generelt lite fokus på hva de fra kommunalt hold kan bidra med inn i til NMK i forkant av pasientenes opphold. Gjensidighet i samhandlingen synes fraværende. Videre varierer det hvorvidt epikrise fra NMK er mottatt i etterkant.

Funnene viser behov for faglig påfyll fra NMK og åpner samtidig for er diskusjon om kommunens styringsrett for å gi befolkningen et tilstrekkelig fysioterapitilbud. Mangel på spesialistkompetanse og lite forpliktelser i driftstilskudd begrenser pasientgruppens mulighet for optimal oppfølging. Det kan argumenteres for at dette ikke er i tråd med kommunenes ansvar for å sørge for å gi befolkningen så optimal behandling som mulig. Fra en yrkesprofesjonell side kan man argumentere med at fysioterapeuter med en kommunal tilskuddsordning der man betales for å dekke fysioterapibehov i kommunen og det ikke ligger pasientspesifikke forpliktelser i avtalen så har man et ansvar om å holde seg faglig oppdatert ovenfor de pasientene som kommer til behandling. Kommunene kan imidlertid stille krav om kompetanse og eventuelt samarbeide med andre kommuner om spesialistkompetanse innen nevrologifeltet, noe som kan styrke mulighetene for at pasienter med nevromuskulær sykdom møter fysioterapeuter på kommunalt nivå som har interesse og kunnskap innen feltet.

Ulike formidlingsformer fremstår som vesentlig i informasjonsflyten mellom nivåene, imidlertid går flyten kun en vei – fra NMK til fysioterapeutene i kommunen. Videre fremstår fysioterapeutene i kommunen som en relativt passive i sin rolle som premissleverandør inn til NMK. Så, hvordan kan gjensidighet i større grad prege samhandling? En måte er å fokusere på hva man selv bidrar med. Informantene forteller om flere samhandlingstiltak, men lite som gjør dem ansvarlige og direkte involvert foruten å motta noe. NMK har et ansvar for å tilby spesialkompetanse til pasientene med nevromuskulær sykdom, men også utenfor kompetansesenteret har pasientene behov for kompetanse. For å møte dette er det av

betydning at man er sitt eget ansvar bevisst. Det gjelder kanskje spesielt henvisningen der fysioterapeutene kan henvise til opptrening/bevegelsesterapi, og dermed grundig beskrive situasjonen på «hjemmebane». Her har man muligheten til å forklare hverdagssituasjonen og gi NMK innblikk i hvilke utfordringer man ser pasienten har. Det kan skape en annen nærhet mellom fysioterapeutene, både for de på NMK som får informasjonen fra en med samme yrkesbakgrunn, men ikke minst for den lokale terapeuten som øker sin forpliktelse og engasjement i oppholdet for sin pasient. Når det er sagt vil ikke dette bare være relevant for opphold på NMK for nevrologiske pasienter. Det kan tenkes å gjelde flere pasientgrupper som drar på intensive behandlingsopphold på kompetansesentra eller andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Denne studien er meget liten med tanke på antall informanter. Et større utvalg kunne bragt frem flere nyanser i fysioterapeuters erfaringer rundt samhandling med NMK og spesialisthelsetjenesten. Likevel belyser den noen sider av hvordan fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste ser på sin rolle i samhandlingen med NMK, noe som kan være gjenkjennbart for fysioterapeuter generelt og sette i gang noen refleksjoner i faget. Et interessant tema for videre forskning innen temaet kan være å undersøke i bredere omfang fysioterapeuters involvering i henvisningsrutiner der muligheten er til stede for å bidra med utfyllende pasientinformasjon inn til spesialisthelsetjenesten. En annen interessant vinkling vil være å intervjuer fysioterapeutene ved NMK om deres erfaringer i samhandling med fysioterapeutene i kommunal helsetjeneste.

## LITTERATURLISTE

1. Samhandlingsreformen, (2008-2009).
2. Helse-og-omsorgsdepartementet. Nevroplan. In: Helse-og-omsorgsdepartementet, editor. 2015.
3. Lov om kommunale helse- og-omsorgstjenester m.m, (2011).
4. Grut L, Kvam MH, Lippestad JW. Sjeldne funksjonshemninger i Norge. Brukeres erfaringer med tjenesteapparatet. SINTEF Helse, 2008.
5. Kringlen E. Lite nytt om kroniske sykdommer. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2011;131(5):491-2.
6. Foreningen for muskelsyke. Diagnoser, 2016 [Available from: <http://www.ffm.no/DIAGNOSER>].
7. Stokes M, Stack E. Physical management for neurological conditions. 3rd ed. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2011.
8. Stavang VB, Thornquist E. Fysioterapiepikriser - mangfoldig funksjon og nytte. Fysioterapeuten. 2014.
9. Giltvedt K, Sætrang T, Tveiten S. En fokusgruppeundersökelse: Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fysioterapeuten. 2012;11/12.
10. Normann B, Sörgaard KW, Salvesen R, Moe S. Clinical Guidance of Community Physiotherapists Regarding People with MS: Professional Development and Continuity of Care. Physiotherapy Research International. 2014;19(1):25-33.
11. Helse-og-omsorgsdepartementet. Forskrift om stönad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2014.
12. Helsedirektoratet. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2015 [updated 29.09.2015. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>].
13. Lov om helsepersonell m.v., (1999).
14. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (2001).
15. Statistisk sentralbyrå. Årsverk av fysioterapeutar med ulike avtaleformer i kommunehelsetenesta. [www.ssb.no](http://www.ssb.no): Statistisk sentralbyrå; 2014 [Available from: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar/2015-06-25?fane=tabell&sort=nummer&tabell=232609#tab-tabell>].
16. Norsk fysioterapiförbund. Finn en fysioterapeut [www.fysio.no](http://www.fysio.no): Norsk fysioterapiförbund; 2016 [Available from: <http://fysio.no/finn/fysioterapeut/list/?form%5Bname%5D=&form%5Bcounty%5D=&form%5Bmunicipality%5D=&form%5Bspecialist%5D=1&form%5Bdiscipline%5D=745&form%5Bsend%5D=&form%5Btoken%5D=xUCH8alzQh9b74KE51vJvS l84AEkVW GG7W2zI5P1Y>].
17. Spesialisthelsetjenesteloven, (1999).
18. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), (2011).
19. Huseby BM, Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2013-2014. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
20. Regjeringen. Politisk platform - for en regjering utgått fra Høyre og Fremskrittspartiet. Sundvolden2013.

21. Helse-og-omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. In: Helse-og-omsorgsdepartementet, editor. Oslo2014 - 2015.
22. Thornquist E. Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
23. Torgersen G-E, Steiro T. Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner : en menneskeligjøring av styringssystemer. Stjørdal: Læringsforl.; 2009.
24. Album D. Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus. Oslo: TANO; 1996.
25. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. 2007;66(1):182-8.
26. Schaanning E. Fortiden i våre hender : Foucault som vitenshåndtør : B. 1 : Teoretisk praksis. Oslo: Unipub forl.; 2000.
27. Molander B. Kunnskap i handling. Göteborg: Daidalos; 1993.
28. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke; 2009.
29. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
30. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
31. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
32. Graneheim UH, Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 187-203.
33. Paulgaard G. Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler? Metodisk feltarbeid : Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforl., cop. 1997; 1997. p. 70-93.
34. Tveter AT, Major DH, Grotle M. FysioPol - a new electronic database for development of quality and knowledge in physiotherapy. FysioPol - en ny elektronisk database for kvalitetssikring og kunnskapsutvikling i fysioterapi. 2015;82(9).
35. Agenda. Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet, omsorgsdepartementet H-o; 2009 23. februar. Report No.: 6302.
36. KJ E. Kjønn og spesialisering i fysioterapi. *Fysioterapeuten*. 1999;11/2001.
37. Norsk fysioterapiforbund. Visjon og hovedmål for NFF 2014-2016. Norsk fysioterapeutforbunds landsmøte2013. p. 38.
38. Forskrift om pasientjournal, (2000).
39. Thornquist E. Fysioterapeuters journaler - en undersøkelse av språkbruk. *Fysioterapeuten*. 2007.
40. Nevromuskulært kompetansesenter. NMK-guiden. In: kompetansesenter N, editor. Universitetssykehuset Nord Norge: Nevromuskulært kompetansesenter; 2015.
41. Nevromuskulært kompetansesenter. Henviing til Nevromuskulært kompetansesenter <http://www.unn.no/henvisninger/category30391.html>2016 [updated 21.04.2016. Available from: <http://www.unn.no/henvisninger/category30391.html>.
42. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m, (1997).

## **OVERSIKT OVER VEDLEGG**

1. Informasjon og samtykkeskjema
2. Intervjuguide
3. Eksempel på analyse
4. Tilbakemelding fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste



## Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet

*” Erfaring med samhandling mellom fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten og nevromuskulært kompetansesenter (NMK) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)”*

### Bakgrunn og formål

Jeg retter med dette brevet forespørsel til deg om du vil delta i forskningsstudie. Hensikten med studiet er å dokumentere og analysere kommunefysioterapeuters erfaringer med å samhandle med Nevromuskulært kompetansesenter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge for å utvikle ny kunnskap vedrørende samhandling mellom helsetjenestenivåer. Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave innen klinisk nevrologisk fysioterapi – fordypning voksn, ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitetet (UiT). UiT er ansvarlige for studien.

Du forespørres fordi du har erfaring med å samhandle med NMK om pasienter som du behandler i kommunehelsetjenesten.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer at du vil bli intervjuet om dine erfaringer, vurderinger og refleksjoner vedrørende samhandlingen med NMK i forbindelse med behandling av pasient(er) med nevromuskulære sykdommer. Det kreves ingen forberedelser av deg for å delta.

Intervjuet gjennomføres som en samtale og foregå i ditt lokalmiljø. Du kan forelå sted for intervju, eller jeg finner et egnet sted der vi kan sitte uten å bli forstyrret. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og varighet er anslått til ca 1 time. Etter intervjuet settes det av tid til at du kan si litt om hvordan du synes det var å bli intervjuet.

Antall informanter i studien blir tre-fem fysioterapeuter.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikt med studien. Intervjuet gjøres om til tekst uten at navn eller andre gjenkjennbare opplysninger tas med i teksten. Utskriften av intervjuet vil kun være tilgjengelig for veileder og undertegnede. Det er bare masterstudenten som har kjennskap til hvem som deltar i studien.

Lydopptak og personidentifiserende opplysninger vil bli oppbevart innelåst på masterstudentens arbeidsplass, Stortorget manuell- og fysioterapi i Tromsø. Utskrift av intervjuene vil merkes med koder som viser til en atskilt navneliste og vil også bli oppbevart innelåst på masterstudentens arbeidsplass. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Masteroppgaven skal etter planen leveres 1. mai 2016. Ingen personer vil kunne gjenkjennes når resultatene i studien presenteres. Personidentifiserende opplysninger og lydopptak vil slettes ved studiens slutt, og på grunn av at resultatene kanskje skal brukes i artikkelskriving i etterkant av masteroppgaven er studiens slutt satt til seinest 1. juli 2017.

### **Frivillig deltakelse**

Medvirkning i studien er frivillig. Som deltaker kan du trekke deg på et hvilket som helst tidspunkt, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Det knytter seg ikke begrunnelsesplikt for å trekke seg.

Dersom du ønsker å delta i dette studiet fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og sender den til meg i den ferdig utfylte konvolutt. Jeg kontakter deg for nærmere avtale.

Du har fått to eksemplarer av samtykkeerklæringen. Den ene beholder du som kopi, den andre sender du tilbake til meg innen sju dager.

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

Masterstudent:

Jon Midttun Lie, fysioterapeut og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning voksen.

Adresse: Møllerveien 13, 9020 Tromsdalen.

Tlf: 97034302

Mail: [jonmidttunlie@gmail.com](mailto:jonmidttunlie@gmail.com)

Veileder :

Britt Normann, fysioterapeut og førsteamanuensis.

Adresse : Faggruppe for master- og phd.utdanning i helsefag, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelig fakultet, Universitetet I Tromsø, 9037 Tromsø.

Tlf : 776 46215 / 99614941

Mail: [britt.normann@uit.no](mailto:britt.normann@uit.no)

Dersom du ønsker mer informasjon eller har ytterligere spørsmål angående din deltakelse i prosjektet, ta gjerne kontakt på telefon: 97034302.

Med vennlig hilsen:

Jon Midttun Lie

## **Samtykke til deltakelse i studien**

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### Åpningsspørsmål

- Navn
- Alder
- Hvor tok du grunnutdanningen?
  - Når?
  - Har du noe etter videre-utdanning?
    - Hvilken retning?
      - Hvor?
      - Når?
      - Hvor mye (hvis kursrekke)?
- Hvor lenge har du jobbet her i kommunen
  - Eventuelt; Hvor har du jobbet tidligere/har du annen arbeidserfaring?

### Arbeidssituasjon

- Hvordan er arbeidshverdagen din organisert
  - Har du fast stilling/kombinasjonsstilling/prosent driftstilskudd?
  - Hvilke pasientgrupper har du?
    - Hvor mange (prosent av pasientgrunnet) med nevromuskulær sykdom?
    - Hvor mange pasienter har du pr dag?
      - Hvor mange med nevromuskulær sykdom?
  - Kan du si noe om hvor lang tid setter du av til pasienter med nevromuskulær sykdom?
    - Pr konsultasjon?
    - Hva med hyppighet på behandlingen (årsbasis)?
      - Bolker eller kontinuerlig gjennom året?
        - Kan du si noe om hva som avgjør om du organiserer det som bolkebehandling eller kontinuerlig behandling?
        - Hva som avgjør om du velger bolker eller kontinuerlig?
    - Hvordan organiserer du behandlingen?
      - Individuell/gruppe,

### Pasienter med nevromuskulære sykdommer

- Kan du fortelle meg hvordan du erfarer det å behandle pasient(er) med nevromuskulær sykdom?
  - Hva finner du interessant med denne pasientgruppen?
- Kan du fortelle meg om en konkret pasientsituasjon/behandling?
  - Hva var spesielt, artig, vanskelig, mestrende med denne situasjonen?
    - Hvilke utfordringer støtet du på?
  - Hvordan føler du samarbeidet i kommunen er rundt denne pasientgruppen?
    - Flerfaglig? Veiledning?
  - Kan du beskrive hvordan kontakten med NMK ble etablert?

- Hvordan du først kom i kontakt med NMK?
- Hvordan opplevde du kommunikasjonen dere hadde?
- Hvordan har kontakten vært videre, i etterkant av den første kontakten?
- Hvordan opprettholdes kontakten?
  - Hvordan har kontakten vært etter at pasienten kom tilbake?
    - Hvor ofte er det kontakt mellom deg og NMK?
    - Hvem tar initiativ til kontakt?
    - Hvordan opprettholdes kontakten?
      - Hvordan foregår denne kontakten?

#### Samhandling med nevrologisk kompetansesenter (NMK)

- Kan du fortelle meg om en konkret situasjon der du var i direkte samhandling med NMK?
  - Hvem henviste/søkte pasienten til opphold ved NMK?
    - Informanten/annen fysioterapeut/lege/pasienten selv/samarbeid?
  - Hvordan kjente du pasienten?
    - Var det allerede din pasient / henvist til deg i etterkant av NMK opphold?
  - Hvilke tanker har du rundt det å dele pasientbehandling med NMK?
  - Hvordan foregikk samhandlingen
    - Telefon, mail, skype e.l?
    - Ansikt til ansikt
      - På egen klinikk
      - Besøk hos NMK
    - Hva opplever du at fungerte?
    - Hva opplever du at ikke fungerte?
    - Kan du fortelle hvordan kontakten fungerer pr i dag?
    - Hva var innholdet i samhandlingen
      - Kan du si noe om hva du gjorde / hva var oppgaven din?
      - Hva gjorde fysioen fra NMK?
- Kan du fortelle meg om dine tanker vedrørende samhandlingen du har med nevrologisk kompetansesenter?
  - Hvordan oppfatter du tilgjengeligheten til NMK?
    - Kan du fortelle om hvorfor du søker kontakt? / I hvilke sammenhenger du søker kontakt?
      - Står du fast?
      - For faglig veiledning?
        - Teoretisk / praktisk veiledning?
- Kan du beskrive din rolle som du erfarer du at du hadde i denne samhandlingen?
  - Hvordan var veiledningen?
    - Hva viste de deg?
    - Hva veiledet de deg i/til å gjøre?
    - Hvilken mulighet gav de deg til å utforske underveis?
    - Hvordan erfarer du at deres erfaring av pasientens utfordringer var?
      - Samsvarte den med din oppfatning?
        - Kan du si noe om likhetene / forskjellene?

- Hva er dine tanker rundt enigheten mellom deg og NMK angående hva slags behandling som vil være det beste for pasienten?
      - Kan du si noe om likhetene /forskjellene?
- Kan du si noe om hvilket behov du føler du har for samhandling med NMK?
  - Hva er viktig for deg å få ut av samhandling med NMK?
  - Hvordan opplever du samarbeidet med NMK?
  - Hva får du ut av epikriser (papir, video)
    - Hva gir de deg av faglig påfyll / veiledning / er de lette å forstå / er det lett å videreføre deres syn?
- Totalt sett, hvilke erfaringer gjør du deg vedrørende samhandlingen med NMK?
  - Hvilke forventninger hadde du før den første kontakten med NMK?
  - Hvordan svarer disse forventningene til det du erfarer at du sitter igjen med i etterkant?
  - Kan du beskrive en ideell samhandling?
    - Hvilke forbedringspotensialer ser du / hva skulle du ønske var annerledes?
- Hvilken innsikt får du i hva som har foregått under pasientens opphold på NMK? Beskrive den ideelle samhandlingen – den enkelte pasient, veiledning?
- Har du noe mer du vil fortelle om når det gjelder samhandlingen med NMK, som vi ikke har vært inne på i løpet av denne samtalen?

### Vedlegg 3

Informant	Meningsbærende Enhet	Kondensering	Kode
1	Der viste ikke jeg om at han var inne, på det oppholdet, for det blei ikke, jeg ble ikke informert, det var ikke jeg som søkte inn, det var legen som søkte inn ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Jeg ble ikke informert om at han var inne på opphold</li> <li>&gt; Det var legen som søkte han inn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ble ikke informert</li> <li>&gt; Legen henviste inn</li> </ul>
1	I og med at jeg leste hele epikrisen, på det, så, så tenkte jeg at det var, det var forståelig og greit i forhold til hva de anbefalte videre	> Tenkte epikrisen var forståelig og grei ift anbefalinger videre	> Epikrisen var forståelig
2	Det er jo jeg som står med pasienten i hverdagen, ikke sant, og jeg kan velge fritt, velge om jeg ønsker å ta til meg det de kommer med eller ikke, ikke sant, og jeg gjør jo det, jeg tar det jeg syns er viktig å legge vekt på som tilfører noe med det som jeg kan, e, kan bidra med som kanskje ikke de ser, ikke sant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Jeg som står med pasienten i hverdagen</li> <li>&gt; Jeg kan velge om jeg vil ta til meg det de kommer med</li> <li>&gt; Jeg gjør jo det, tar det jeg syns er viktig, og tilfører det jeg kan bidra med</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Min pasient i hverdagen</li> <li>&gt; Implementering er mitt valg</li> <li>&gt; Tar det jeg finner viktig</li> </ul>
2	Det er litt sånn hvordan hverdag man jobber i, ikke sant, jeg har ikke sånn kjempegod tid til å drive å ringe rundt og spørre å forhøre meg og, og gå veldig inn i akkurat den pasienten der, så jeg kjenner litt på det	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Det kommer an på hvilken arbeidshverdag man har</li> <li>&gt; Jeg har ikke god tid til å ringe rundt og gå veldig inn i den pasienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Arbeidshverdagen avgjør</li> <li>&gt; Dårlig tid til å ringe</li> </ul>
3	Det lå lissom to filmer der, en test-retest, og en med hvordan de jobbet, og da når de filmet hvordan de jobbet så var det to terapeuter på ho da, og det var litt sånn, og de tinga har jeg brukt helt konkret etterpå	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Det var to filmer der</li> <li>&gt; En med test-retest og en med hvordan de jobbet</li> <li>&gt; De tinga har jeg brukt helt konkret etterpå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; To filmer</li> <li>&gt; Test-Retest og tiltak</li> <li>&gt; Har brukt tiltakene konkret</li> </ul>
3	Jeg har veldig sansen for når de reiser på kompetansesenter og rehabiliteringssenter rundt omkring for jeg ser jo at det er veldig nyttig, for både pasienten og meg som terapeut, ja	> Jeg ser nytten, både for meg og pasienten, når de drar på kompetansesenter	> Ser nytten for begge

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Britt Normann

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 11.06.2015

Vår ref: 43698 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.06.2015.

Meldingen gjelder prosjektet:

43698

*Samhandling mellom fysioterapeuter i kommunal  
helsetjeneste og fysioterapeuter på Nevromuskulært  
kompetansesenter ved Universitetssykehuset i Nord Norge*

*Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Britt Normann*

*Student*

*Jon Midttun Lie*

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

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

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

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



Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jon Midttun Lie [jonmidttunlie@gmail.com](mailto:jonmidttunlie@gmail.com)