



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet – UiT Norges Arktiske Universitet

«Det handler jo om hvordan en spør»

– en kvalitativ metasyntese om betydningsfulle forhold for fysioterapeuter i intraprofesjonell, tverrsektoriell samhandling

Marit Frogum

Masteroppgave i Helsefaglig Utviklingsarbeid (HEL – 3961)

Mai 2022

Forord

Etter tre år med masterstudier i helsefaglig utviklingsarbeid settes punktum med denne oppgaven og i den forbindelse er det mange å takke.

Stor takk til min veileder, stipendiat og fysioterapeut Lina Forslund, for nyttige råd og godt samarbeid gjennom oppgaveprosessen. Jeg retter også varm takknemlighet til mine medstudenter og lærerlaget ved Bodil Blix, Rolf Markussen, Astrid Gramstad og Marianne Eliassen for tre fantastiske og lærerike år sammen!

Mine arbeidsplasser har lagt godt til rette for at studiet kunne gjennomføres.

Fysioterapiseksjonen, UNN Tromsø ved seksjonsleder Anne Ringheim: tusen takk for muligheten til å studere og for å være der for meg på alle områder, dere er unike! Til Skjervøy kommune ved ledende fysioterapeut Siv Marita Karlsen som ansatte meg midt i et masterløp: takk for at dere har gitt tid, hatt trua og støttet meg i innspurten!

Til mine venner for heiarop og tålmodighet med masterprat og mastersnaps – tusen takk! Spesiell takk til Berit for lesing av korrektur, både i oppgaven og livet ellers.

Familien min har vokst seg stor disse tre årene og har skapt gode rammer for meg.

Bonusbarna Eskil og Tilde har gitt plass til bøker, tavler, papirer og pc, alltid med smil og støttende ord. Tusen takk til mamma, søster med familie, Svigers og Svisdals for å gi verdifull oppladning gjennom mange gode stunder sammen. Sender litt stjernestøv til pappa som ikke er med oss mer, men som har lært meg mye om god arbeidsmoral.

Min kjære Jørgen, du er fantastisk! Takk for at du har holdt ut, holdt fast og tatt vare på – det her har vi klart sammen!

Johannes og Iben, elskede unger. Takk for at dere har heiet mamma frem og tålt å se meg mye bak en pc-skjerm eller med nesa i ei bok gjennom 6 semestre, nesten uten å klage. Dere er superkids! Fremover er det jeg som skal heie på dere og det gleder jeg meg masse til!

Skjervøy / Tromsø, mai 2022

Marit Frogum

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Samhandlingsreformen ble innført i 2012 for å sørge for bedre koordinering av tjenester, større innsats for å forebygge og begrense sykdom, samt sørge for at en større del av behandlingen skjer der pasienten bor. Forskning peker mot at det har vært utfordrende å få til gjensidighetskunnskap og likeverd mellom profesjonsutøvere i samme yrke på tvers av sektorene. Hensikten med denne studien er å identifisere og syntetisere funn fra kvalitative studier om hvilke forhold som fremmer samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Metode: Kvalitativ metasyntese. Litteratursøk ble gjort i Oria, Google scholar, NORA og PubMed. Funn fra utvalgte kvalitative primærstudier ble sammenstilt og analyseprosessen metaetnografi ble benyttet til å identifisere, analysere og oversette funnene i forhold til hverandre. Andreordens analyse ble gjennomført fra funn i primærstudiene og tredjeordens analyse ble utviklet gjennom kontrasyntese.

Resultat: Seks kvalitative primærstudier ble inkludert i studien. Syntesen viser at intraprofesjonell, tverrsektoriell samhandling for fysioterapeuter påvirkes av flere faktorer. Andreordens analyse viser at kommunikasjonsform har betydning for samhandling og kunnskapsdeling i fysioterapi. Gjensidighet i flyt mellom sektorene må være et felles ansvar der fysioterapeuter i begge sektorer bidrar aktivt inn i samhandlingen. Til sist ble verdier og personlige egenskaper som skaper trygge relasjoner i samhandling vektlagt. Tredjeordens analyse viser at fysiske møter fremmer samhandling, kontakt og gode relasjoner. Forståelse av rollene i samhandlingen og evne til å tilpasse seg disse kan fremme samhandlingen ytterligere. Teoretisk perspektiv fra samhandlingsteori, kommunikasjonsteori, relasjonsteori og rolleteori belyser funnene.

Konklusjon: Fysisk tilstedeværelse og aktive bidrag fra begge parter fremmer samhandling mellom fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingen fremmes ytterligere av et bevisst forhold til roller inn i samhandlingen. Relasjonskompetanse og rolleforståelse kan gi fleksibilitet til å tilpasse seg ulike situasjoner og samhandlende parter.

Nøkkelord: samhandling, relasjonskompetanse, kommunikasjon, fysioterapeuter, kvalitativ studie, metasyntese

Summary

Background and purpose: The Norwegian Collaboration Reform was introduced in 2012 to ensure better coordination of services, greater efforts to prevent and limit illness, and to ensure that a larger part of treatment takes place where the patient lives. Research indicates that it has been challenging to achieve reciprocity and equality between professionals in the same profession across sectors. The purpose of this study is to identify and synthesize findings from qualitative studies on the conditions that promote interaction between physiotherapists in the specialist- and municipal health services.

Method: Qualitative metasynthesis. Literature searches were performed in Oria, Google scholar, NORA and PubMed. Findings from selected qualitative primary studies were compiled and the process metaethnography was used to identify, analyze and translate the findings. Second-order analysis was performed from findings in the primary studies and third-order analysis was developed through counter-synthesis.

Result: Six qualitative primary studies were included. The synthesis shows that cross-sectoral interaction between physiotherapists is influenced by several factors. Second-order analysis shows that form of communication is important for interaction and knowledge sharing in physiotherapy. Physiotherapists in both sectors must take responsibility and actively contribute to the interaction to achieve reciprocity in the flow between the sectors. Finally, values and personal qualities which create good relations in interaction were emphasized. Third-order analysis shows that physical encounters promote interaction, contact and good relationships. Understanding the roles in the interaction and the ability to adapt to these can further promote the interaction. Theoretical perspectives from interaction theory, communication theory, relationship theory and role theory illuminate the findings.

Conclusion: Physical presence and active contributions from both parties promote interaction between physiotherapists in the municipality- and the specialist health service. The interaction is further promoted by being conscious about roles in the interaction. Knowledge about relations and the understanding of roles can provide flexibility to adapt to different situations and interacting parties.

Keywords: interaction, relational competence, communication, physiotherapists, qualitative study, metasynthesis

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	3
1.2	Studiens kontekst og interessefelt	4
1.3	Fysioterapi.....	5
1.4	Hensikt, mål og forskningsspørsmål	6
1.5	Tidligere forskning	7
2	Teori	9
2.1	Fysioterapikunnskap.....	9
2.2	Samhandling.....	10
2.2.1	Viks samhandlingstypologi.....	12
2.2.2	Kommunikasjonsmodeller	13
2.2.3	Veiledning	16
2.3	Relasjon.....	16
2.3.1	Relasjonskompetanse	17
2.3.2	Tillit og trygghet.....	18
2.3.3	Sosial intelligens	19
2.4	Rolleteori.....	19
3	Metode.....	21
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring	21
3.2	Kvalitativ metode	21
3.3	Kvalitativ metasyntese	22
3.4	Søkeprosess og utvelgelse av studier	23
3.4.1	Flytskjema	27
3.5	Fremgangsmåte for analyse og syntese.....	28
4	Resultater.....	33
4.1	Utvalg	33

4.2	Andreordens analyse	37
4.2.1	Kommunikasjonsform har betydning for samhandling og kunnskapsdeling i fysioterapi.....	37
4.2.2	Gjensidighet i flyt mellom de samhandlende er et felles ansvar.....	41
4.2.3	Verdier og personlige egenskaper for trygge relasjoner i samhandling.....	43
4.3	Tredjeordens analyse.....	47
4.3.1	Samhandling, kommunikasjon og kontekst	47
4.3.2	Personlige egenskaper, kompetanse og samhandling	49
5	Drøfting	51
5.1	Fysioterapeutens påvirkningsmulighet i samhandling	51
5.1.1	Nærhet – avstand.....	53
5.1.2	Sammenkobling – differensiering	55
5.2	Implikasjoner for praksis.....	58
5.3	Metodologiske utfordringer.....	59
6	Oppsummering og konklusjon	62
	Referanseliste	65
	Vedlegg	68
1.	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie.....	68

Tabelliste

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	25
Tabell 2: Analyseeksempel 1. tema.....	31
Tabell 3: Oversikt over inkluderte primærstudier	34
Tabell 4: Andre- og tredjeordens analyse	36

Figurliste

Figur 1: Viks (2018) typologi over fire samhandlingsformer	12
Figur 2: Flytskjema for inkludering av studier.....	27
Figur 3: Viks (2018) typologi over samhandlingsformer med fysioterapeuten i midten.....	52

1 Innledning

Denne studien setter søkelys på tverrsektoriell samhandling for fysioterapeuter, nærmere bestemt hvilke forhold i samhandlingen som er betydningsfulle for at den skal fungere godt. Fysioterapeuter er naturlige deltakere i tverrfaglig samarbeid i helsevesenet, og både gevinster og utfordringer for slik samhandling er nokså godt dokumentert. Vi vet mindre om *intraprofesjonell* samhandling og denne studien søker derfor etter å gi større innsikt i fysioterapeutenes opplevelse med intraprofesjonell samhandling på tvers av sektorer.

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008 - 2009) trådte i kraft i det norske helsevesen 01.01.2012. Målet med samhandlingsreformen var å optimalisere og effektivisere samhandlingen mellom nivåene og de mange aktørene i helsetjenesten (Vik, 2018). Ifølge Scömfelder (2013) skulle følgende hovedutfordringer i helsevesenet besvares av innføringen av reformen: pasientenes behov for koordinerte tjenester som frem til reformen ikke ble besvart godt nok, tjenestene var preget av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom, og demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet ga utfordringer som kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Schömfelder, 2013). Samhandlingsreformen skulle altså sørge for bedre koordinering av tjenester, større innsats for å forebygge og begrense sykdom, samt sørge for at en større del av behandlingen skjer der pasienten bor (Melby & Tjora, 2013a).

Reformen legger føringer for at den største delen av forebygging, behandling og rehabilitering skal skje i kommunene (St. meld. nr. 47, 2008 - 2009). En forutsetning for å kunne yte et forsvarlig og tilstrekkelig godt helsetilbud på lavest mulig nivå, er at kommunene har den kompetanse som trengs. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å gi veiledning hvis kommunene har behov for det (Omsorgsdepartementet, 2001). Siden innføringen av reformen i 2012 har flere studier og bøker undersøkt helseprofesjoners samhandling i kjølvannet av samhandlingsreformen, og et utvalg av disse presenteres i kapittel 1.5.

Flere har beskrevet utfordringer etter innføringen av samhandlingsreformen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, avdekket blant annet at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok (Riksrevisjonen, 2016). En annen utfordring beskrevet av Vik (2018) er at samhandlingsreformens ideal om helhet kan gi utfordringer utover systemnivå. Han peker på at de ulike aktørene i helsetjenesten

støter på utfordringer når de skal ta hensyn til helheten fremfor egne interesser. Ifølge Vik (2018) går idealet om helhet på tvers av systemteoretiske perspektiver på helsetjenesten som funksjonelt differensiert, eller delt. Han begrunner påstanden blant annet ved å peke på at helsepersonell fra forskjellige systemer, profesjoner, organisatoriske enheter og funksjonssystemer har ulike forståelsesrammer preget av egen tilknytning. Han trekker videre frem muligheten for at det kan bli konflikt om hvilken forståelse som skal danne grunnlaget for samhandlingen når helheten som reformen etterlyser oppleves som forskjellig i de ulike delene av helsetjenesten. (Vik, 2018). Melby og Tjora (2013) anerkjenner samhandlingsreformens pasientperspektiv, men kritiserer den for å ha overdreven vekt på styring og ansvar hos primærhelsetjenesten for hva som skal skje på et høyere nivå i helsetjenesten. De foreslår større vekt på horisontal og vertikal kommunikasjon og relasjonsbygging fremfor den skisserte vektingen (Melby & Tjora, 2013b).

Orvik (2015) beskriver at uklare mål sammen med manglende forståelse for felles behov for å samhandle, svekker grunnlaget for å få til samarbeid. Dette støttes av Viks (2018) forskning som viser at samhandling tverrsektorielt i stor grad skjer mellom profesjonsutøvere i samme yrke, men fortsatt oppleves utfordrende. Til tross for at det i stor grad er profesjonsutøvere i samme yrke som samhandler med hverandre ved tverrsektorielle overganger, har gjensidighetskunnskap vist seg å være utfordrende (Vik, 2018). I tillegg til manglende gjensidighet, viser Vik til kommuneansattes opplevelse av at spesialisthelsetjenesten og den medisinske behandlingslogikken har forrang foran den kommunale helsetjenesten. Dette til tross for at kommunene er pålagt større behandlingsansvar og økt kompetanse på pasientbehandling (Vik, 2018).

Det er altså stort søkelys på samhandling, men likevel presenteres det som nevnt stadig eksempler på at samhandling kan være utfordrende. Dette til tross for at vi samhandler hele tiden – både på jobb og privat. I helsevesenet fremstår samhandling som en kjerneoppgave der helsepersonell samhandler med pasientene, med kolleger, pårørende, systemer og instanser. Samhandling har stått på læreplanene til helsefagene i mange år og er en viktig del av fysioterapifaget (Det helsevitenskapelige fakultet - UiT Norges arktiske universitet, 2019). For Norsk Fysioterapeutforbund er samhandling et satsingsområde, og temaet var ett av tre hovedtema på Fysioterapikongressen 2022. Hovedfokuset for samhandlingstemaet på kongressen var på organisering og finansering av helsetjenesten samt kommunikasjon med pasientene, hverandre, annet helsepersonell og media (Fysioterapeutforbund, 2022).

Mitt inntrykk er at hvordan vi samhandler, er forskjellig fra hvem vi samhandler med og på hvilken måte. Hvorvidt samhandlingen som foregår er god eller dårlig, er det ikke så lett å avgjøre og kommer i stor grad an på øyet som ser. Denne studien tar derfor sikte på å undersøke betydningsfulle forhold i samhandling mellom fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Som Thornquist (2009) beskriver, kan vi si mye om større sammenhenger ved å studere detaljer. Utvidet kunnskap om hva som fremmer tverrsektoriell samhandling for fysioterapeuter vil videre kunne gi en bedre forståelse for samhandlingen som helhet. I neste underkapittel utdypes min bakgrunn for valg av dette temaet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet 16 år i spesialisthelsetjenesten, og byttet til jobb i kommunal sektor for ett år siden. I spesialisthelsetjenesten hadde jeg nærhet til spesialiserte fagfolk innen mange felt, og fikk selv utvikle spesialkompetanse i hjerte-, lunge- og intensivfysioterapi. Jeg tok videreutdanning i intensivfysioterapi og fikk grundig kjennskap til mitt fagfelt på grunn av rik erfaring med flere pasienter med samme diagnose/problemstilling enn hva som kan være tilfelle i kommunehelsetjenesten. Min opplevelse er at denne muligheten for erfaring gjør at fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten ofte oppfattes som mer spesialiserte og kompetente til å ivareta pasienter med utfordringer en ikke treffer så ofte i kommunehelsetjenesten.

Under min tid i spesialisthelsetjenesten anså jeg fysioterapeutene som tilgjengelige for og interesserte i samhandling med primærhelsetjenesten. Vi svarte på de henvendelser som kom, tok imot hospitanter og sendte ut informasjon på etterspørsel. På tross av opplevelsen av å være en åpen tjeneste som alltid var på tilbudssiden, har jeg samtidig med meg opplevelsen av at spesialisthelsetjenesten ikke får til tverrsektoriell samhandling på en god måte. For eksempel overvar jeg for en tid tilbake en situasjon der en kommunal fysioterapeut oppfattet en henvendelse fra fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten å være en belæring om hvordan vedkommende skulle gjøre jobben sin. På forespørsel om hvordan de opplever samhandling i dag, bekreftet min tidligere arbeidsgiver i spesialisthelsetjenesten at samhandling fortsatt oppleves som vanskelig å få til tross stor uttrykt interesse.

Etter en tid i ny jobb, begynner jeg å bli kjent med fysioterapitilværelsen i kommunal sektor. Som fysioterapeut i kommunehelsetjenesten kjenner jeg på avstand til spesialisthelsetjenesten samt utfordringer ved å være på et lite sted med mange forskjellige problemstillinger inno-

kontoret i løpet av kort tid. Teoretisk kunnskap og «oppskrifter» på behandling finnes på nett, men ofte er ikke teorien nok. Når kompetansen min ikke strekker til, kan det være vanskelig å få tak i noen å drøfte situasjonen med når tiden er knapp. Det kjennes som et ork å avtale veiledninger, hospitering eller bare ta en telefonsamtale til spesialisthelsetjenesten. Mange oppgaver og liten tid til overs gjør at slike henvendelser nedprioriteres, og at det vi kan fra før blir tilbudet til pasienten. For egen del skjer dette litt for ofte til tross for mange gode kontakter i spesialisthelsetjenesten som jeg vet at jeg enkelt kunne fått tak i. De gangene jeg tar kontakt, ringer jeg til tidligere kolleger og samarbeidspartnere som jeg vet er kunnskapsrike og vil møte meg med vennlighet.

I tillegg til vegring for å ta kontakt fra kommunehelsetjenesten inn mot spesialisthelsetjenesten, opplever jeg i min nye fysioterapeutrolle at samhandling fra spesialisthelsetjenesten ut til kommunene er mangelfull. Ofte kommer pasienter til behandling etter opphold på sykehuset uten fysioterapiepikriser eller forberedende telefonsamtaler i forkant. Som kommunefysioterapeut savner jeg at det opprettes kontakt i forkant av oppfølging utenfor sykehuset, fordi det kan bidra til større trygghet, bedre tilbud til pasienten og lavere terskel for å ta kontakt med sykehuset tilbake igjen. Det slår meg at det virker å være en avventende holdning blant fysioterapeuter både i spesialist- og kommunehelsetjenesten angående hvem som har ansvar for å opprette kontakt.

Opplevelsene mine har gjort meg nysgjerrig på å studere samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Drivkraften min er et ønske om å få større forståelse for hva fysioterapeutene selv trekker frem som betydningsfullt og jeg tror ny kunnskap kan bidra til utvikling for fysioterapeutene selv og systemer for samhandling.

1.2 Studiens kontekst og interessefelt

Det norske helsevesen er delt inn i den primære og sekundære helsetjenesten, og samhandlingsreformen handler om å få til overgangen mellom nivåene. Det finnes flere eksempler på undersøkelser som viser organisatoriske utfordringer ved samhandlingsreformen (Melby & Tjora, 2013b; Riksrevisjonen, 2016; Schönfelder, 2013; Vik, 2018). På bakgrunn av hvilken forskning som foreligger og hva jeg synes mangler, er mitt interessefelt i denne studien rettet mot interpersonlige forhold i tverrsektoriell samhandling mellom fysioterapeuter. Hvordan vi kommuniserer og forholder oss til hverandre påvirker

samhandlingen, og i denne oppgaven ønsker jeg å studere utsagn fra fysioterapeuter med erfaring fra tverrsektoriell samhandling. Ved å knytte fysioterapeutenes perspektiver opp mot relevant teori om kommunikasjon, relasjon og samhandling, kan ny innsikt utvikles til gode for fysioterapeuter, annet helsepersonell og ikke minst pasienter og brukere. I neste underkapittel presenteres fysioterapeuters arbeidsområde for å avgrense kontekst for arbeidsområdet som samhandlingen studeres i.

1.3 Fysioterapi

Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten og fysioterapeut er en beskyttet tittel. Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Fysioterapeutenes arbeidsoppgaver er overordnet tilknyttet helsefremming, forebygging, behandling og lindring av sykdom. I sitt virke må fysioterapeuten kombinere god omsorgsevne med kunnskap om forebygging og terapi (Nortvedt & Grimen, 2004). Norske fysioterapeuter har oppnådd stor selvstendighet sammenlignet med de første sykegymnastene i begynnelsen av forrige århundre (Thornquist, 2014). Faget har lange praksistradisjoner, og har i større grad fått økt spesialisering og en stadig mer integrert akademisk kunnskapstradisjon de siste årene. Utøvende fysioterapeuter er i hovedsak ansatt i kommunehelsetjeneste gjennom fastlønsstillinger eller med driftstilskudd, i spesialisthelsetjeneste, på rehabiliteringssentre eller jobber som helprivate (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015).

Fysioterapeuter er en faggruppe som i stor grad samarbeider og samhandler med andre, både inter- og intraprofesjonelt. Fysioterapeuter kan jobbe både på individ- og systemnivå. På individnivå er fysioterapeutisk undersøkelse og behandling kroppslige og verbale samhandlingssituasjoner. Undersøkelse og funksjonsvurdering utgjør fysioterapeutens grunnlag for valg av behandling og tiltak, og målsetning for behandling gjøres i samarbeid med pasienten (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015).

Habilitering og rehabilitering er prosesser som er tidsavgrensede og har klare målsetninger. Fysioterapeuter samhandler med pasient og eventuelt andre aktører for at brukeren skal oppnå best mulig funksjon, mestring, selvstendighet og deltakelse i samfunnet (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Det er stor variasjon i omfanget av fysioterapeutens tiltak. Noen

pasienter krever kanskje bare ett møte med fysioterapeuten mens andre har behov for årelang oppfølging.

1.4 Hensikt, mål og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å identifisere og samle forskningsbasert kunnskap om fysioterapeuters erfaringer med intraprofesjonell, tverrsektoriell samhandling. Studien har utgangspunkt i empiri hentet fra systematisk utvalgte primærstudier med kvalitativt forskningsdesign, utført etter samhandlingsreformens inntreden i 2012. Innsamlet data analyseres og syntetiseres slik at de samlet gir nye funn som er mine. Funnene vil jeg drøfte i lys av relevant teori og foreslå implikasjoner for praksis hvis aktuelt.

Målet med studien er at en sammenstilling og syntetisering av foreliggende kunnskap skal, i lys av relevant teori, bidra til bedre innsikt i hva fysioterapeuter opplever som betydningsfullt for å fremme samhandling slik at forholdene kan legges til rette for god tverrsektoriell samhandling. Videre har jeg mål om å tilføre ny kunnskap rundt forhold som påvirker samhandling for fysioterapeutene, på bakgrunn av resultatene og teoretiske perspektiver. I tråd med hensikten til samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008 - 2009) vil forbedret samhandling kunne gi bedre tilbud til innbyggerne, det kan bidra til rett behandling på rett sted til rett tid, det er tidseffektivt og gir bedre utnyttelse av kompetanse.

Siden min erfaring er at samhandling kan være utfordrende, men ikke nødvendigvis problematisk, har jeg valgt å benytte forskningsspørsmål fremfor problemstilling, i tråd med refleksjon i Johannessen og Rafoss (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Med bakgrunn i hensikt og mål med studien er mitt **forskningsspørsmål** som følger:

Hva løftes frem som betydningsfullt for å fremme god samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og primærhelsetjenesten?

Analytiske spørsmål som ble benyttet for å finne svar på forskningsspørsmålet er:

- Hvilke samhandlingsformer er betydningsfulle for samhandling?
- Hvilken betydning har kommunikasjon for samhandling i de inkluderte studiene?
- Hvilken betydning har relasjon for samhandling i de inkluderte studiene?

1.5 Tidligere forskning

For å kartlegge forskningsfeltet var det viktig å skaffe seg oversikt over tidligere forskning på temaet. En scoping review gjennomført av Vik (2018) tok sikte på å kartlegge, presentere og analysere det norske forskningsfeltets beskrivelse av helseprofesjoners samhandling i kjølvannet av samhandlingsreformen. 243 vitenskapelige publikasjoner som hadde tatt utgangspunkt i reformens problemforståelse og tiltak, ble analysert. 25 studier belyste helseprofesjonenes samhandling empirisk og ga utgangspunktet for hvordan forfatteren forstod hvordan profesjonenes ulike forståelsesrammer ble innlemmet og koordinert (Vik, 2018).

Som nevnt innledningsvis, viser Viks (2018) resultater blant annet at profesjonene mangler kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse og organisatoriske forhold ved pasientoverganger. Videre viser resultatene at sykepleiere opplever gjensidighet som et problem ved pasientoverganger, og at felles kunnskapsgrunnlag og virkelighetsoppfatning mellom sykepleierne ikke var til stede på tvers av forvaltningsnivåene (Vik, 2018).

Det er tidligere gjort flere primærstudier med kvalitativ forskningsmetode for å undersøke samhandling der fysioterapi har vært involvert, da med utgangspunkt i tverrprofesjonell eller tverrfaglig samhandling, eller samhandling mellom fysioterapeut og pasient (Hapalathi, 2020; Schibevaag, 2014; Sogstad & Skinner, 2020). Jeg presenterer det nevnte utvalget under.

I studien til Sogstad og Skinner (2020) undersøkte de samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. Fysioterapeutene var en del av det tverrprofesjonelle teamet som var involvert i overgangene. Studiens resultater sier lite om samhandling, men viser at det er et omfattende informasjonsarbeid som må utføres når pasienten flytter mellom tilbud (Sogstad & Skinner, 2020).

Hapalathi (2020) undersøkte fysioterapeuters erfaringer med å anvende psykomotorisk fysioterapi på distriktpsikiatriske senter. Resultatene viser at relasjonsbygging, kommunikasjon og samhandling er sentrale deler i de psykomotoriske fysioterapeuters fagutøvelse. Dette gjør seg gjeldene i samhandling både mellom terapeut og pasient, og i den psykomotoriske fysioterapeuts fagutøvelse i tverrprofesjonell samhandling. Resultatene viser videre at de psykomotoriske fysioterapeutene bringer inn det kroppslige fokuset på ulike måter gjennom fysioterapeutenes samhandling med pasientene og samarbeidspartnere (Hapalathi, 2020).

Schibeavaag (2014) undersøkte tverrfaglig samhandling i overføringer av eldre pasienter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ut fra fysioterapeutens perspektiv. Resultatene rundt fysioterapeutens rolle i overføringene, viste liten grad av samhandling mellom sykehus og kommunen i forbindelse med sykehusutskrivninger av eldre pasienter. Forfatteren peker på mangelfull informasjonsoverføring og lite oversikt over hverandres tjenestetilbud som årsak til at samhandlingen ikke fungerer (Schibeavaag, 2014).

Gjennom mine litteratursøk i forberedelsene til studien, kom jeg over flere kvalitative studier og masteroppgaver som hadde undersøkt intraprofesjonell samhandling mellom fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten (Dragland, 2012; Giltvedt, Sætrang, & Tveiten, 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann, Sørgaard, Salvesen, & Moe, 2014; Odsbu, 2012). Samtlige studier var av begrenset størrelse med et relativt lavt antall informanter som hver for seg hadde interessante funn. Det var ikke gjort studier etter 2017 og det fantes ikke kunnskapsopsummeringer eller oversiktsartikler om temaet. Dette opplevde jeg som et kunnskapshull da studier som sammenfatter funn fra flere hold gir dypere innsikt i fenomenet som studeres (Malterud, 2017a). Før en eventuelt går i gang med en ny studie for å si noe om intraprofesjonell, tverrsektoriell samhandling i dag, synes jeg det er viktig å kunne si noe overordnet om hva vi vet så langt. For å kunne si noe om hvilke forhold som så langt synes betydningsfull for god samhandling mellom fysioterapeuter, var det behov for å samle, identifisere og syntetisere funn fra relevante kvalitative studier for å videre kunne bringe inn ny kunnskap om dette fenomenet.

2 Teori

I dette kapittelet introduserer jeg teoretiske perspektiver som er aktuelle for temaet i oppgaven, for videre å gå nærmere inn på teori som er relevant for min problemstilling. Jeg vil først utdype fysioterapikunnskap og dens egenart. Deretter redegjør jeg for samhandlingsbegrepet før jeg presenterer utvalgt kommunikasjonsteori, relasjonsteori og rolleteori som senere trekkes inn i diskusjonskapittelet.

2.1 Fysioterapikunnskap

Det teoretiske grunnlaget for fysioterapeutens fagutøvelse er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Fysioterapeuter har kunnskap om at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. De lærer også om at kroppslige plager kan forstås i lys av hendelser og opplevelser gjennom livsløpet, nåværende situasjon og sosiale og kulturelle forhold (Nortvedt & Grimen, 2004). Fysioterapeutens kunnskap om sammenhenger danner grunnlag for vurdering av hvordan sykdom og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Gjennom fysioterapistudiet og praksis lærer fysioterapistudentene ferdigheter som skal istandsette de til å anvende relasjons-, kommunikasjons-, og veiledningskompetanse til å forstå, motivere og samhandle med brukere, pasienter og pårørende som er i lærings-, mestrings-, og endringsprosesser (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015).

Mye av fysioterapeutens kunnskap kan betraktes som taus, eller praktisk kunnskap. Nortvedt og Grimen (2004) beskriver det som *kunnskap om hvordan en gjør noe*, og sier videre at *kunnskapen kommer til uttrykk i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn*. Ved praktisk kunnskap lar kunnskapens form og innhold seg ikke løsrive fra fysioterapeuten som har den, og fra de situasjoner den blir lært og anvendt (Nortvedt & Grimen, 2004).

Fysioterapeuten anvender forskjellige metoder, teknikker og øvelser i behandling, sammen med veiledning og informasjon. Gjennom praksis tilegner fysioterapeuten seg erfaringer, kroppslige ferdigheter og fortrolighet med omstendighetene som er med på å forme vedkommendes praktiske kunnskap (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Nortvedt og Grimen (2004) understreker at praktisk kunnskap henger sammen med den som har den. En vil derfor ikke kunne erstatte utøveren, i denne studien fysioterapeuten, og oppnå helt samme

resultat fordi ferdigheter og fortrolighet er individualisert i forhold til den kroppen som utøver den (Nortvedt & Grimen, 2004).

Praktisk kunnskap er altså i hovedsak kroppslig og viser seg i innøvde kroppslige ferdigheter og fortrolighet med omgivelsene. Fysioterapeuter læres opp til å forstå kroppens omgivelser på en bestemt måte: som trenbart erfaringsfelt, handlende, perspektivbærende og som værende i intensjonale omgivelser (Nortvedt & Grimen, 2004). Levd erfaring og levd liv har en kroppslig forankring (Thornquist, 2018). Dette antyder at kunnskap er innarbeidet; noen aspekter er på et bevisst nivå som er mulig å verbalisere, mens andre aspekter er kroppslige og dermed vanskelige å artikulere (Normann et al., 2014). Denne oppfatningen kommer jeg nærmere inn på i avsnittet om fenomenologi i kapittel 2.2.2.

Nordtvedt og Grimen (2004) beskriver praktisk kunnskap som indekset til læringssituasjoner, overføringssituasjoner, anvendelsessituasjoner og til dem som besitter dem. De sier videre at enhver må gjøre egne erfaringer i første person (Nortvedt & Grimen, 2004). Begrunnelsen for at ferdigheter må trenes opp av den som skal utøve den, er fordi fortrolighet med et fenomen krever egne erfaringer med fenomenet. Nordtvedt og Grimen understreker i likhet med Merleau – Pontys filosofi at ingen teori helt kan omsettes til praksis og ikke alt vi kan gjøre, kan begrunnes eller forklares teoretisk (Nortvedt & Grimen, 2004).

Selv om praktisk kunnskap i hovedsak oversettes til kroppslig kunnskap, beskriver Nortvedt og Grimen (2004) praktisk kunnskap som tilgjengelig for språklig overføring til en viss grad. De viser for eksempel at språket kan brukes til å indikere hvordan et problem kan løses, eller hvordan vi kan gå videre med en bestemt oppgave (Nortvedt & Grimen, 2004).

2.2 Samhandling

Samhandlingsbegrepet brukes bredt og er ofte representert ved andre begreper som integrering, koordinering, samarbeid eller samordning (Melby & Tjora, 2013b). Walter Schönfelder (Schönfelder, 2013) analyserte samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008 - 2009) opp mot Stortingsmelding nr. 25, *Åpenhet og helhet* (St. meld. nr. 25, 1996-97), og så på forekomst av samhandlingsbegrepet og beslektede begreper. Schönfelder (2013) bemerker at på tross av begge de nevnte stortingsmeldingers beskrivelse av mangler i leveransen av sammenhengende og koordinerte tjenester, er det fullstendig fravær av samhandlingsbegrepet i *Åpenhet og helhet*. Schönfelder finner at samhandling og samarbeid kan betraktes som

synonymer, basert på bruk av disse begrepene i de to stortingsmeldingene. Han konkluderer med at dette viser at begreper som er brukt for å uttrykke helsepolitiske orienteringer, er underlagt konjunkturelle svingninger. *Samhandling* er i så måte åpenbart et nytt begrep for å uttrykke mye av det som tidligere har vært beskrevet med *samarbeid* (Schönfelder, 2013).

I samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008 - 2009) defineres samhandling på følgende måte:

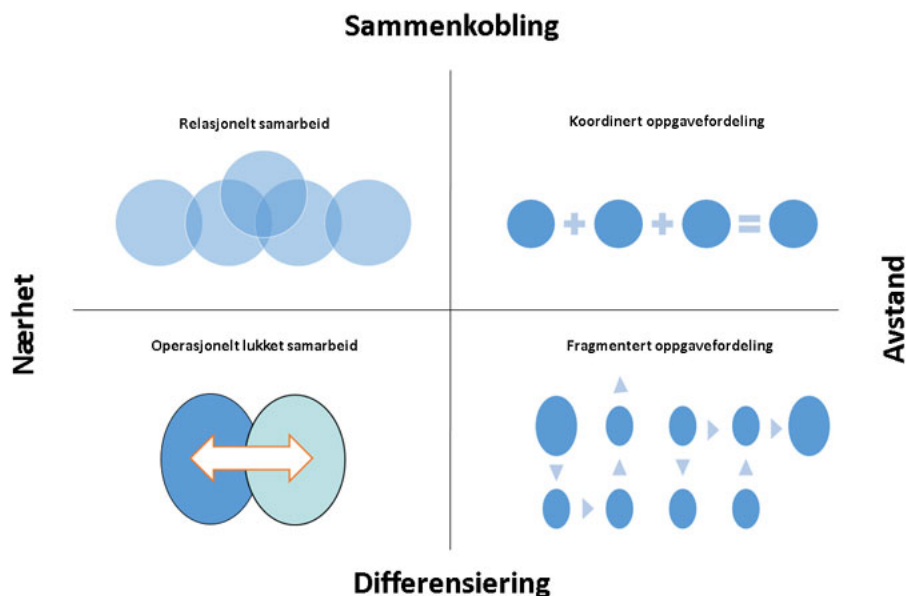
«Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St. meld. nr. 47, 2008 - 2009).

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Orviks (2015) definisjon om samhandling som noe «konkret og forpliktende», og inneholder, som navnet tilsier, «en norm om å virkeliggjøre ansvar gjennom å handle sammen». Videre utdyper Orvik definisjonen med å beskrive at samhandling forutsetter at fagpersoner koordinerer sine handlinger og innebærer en gjensidig og forpliktende tilpasning mellom fagpersonenes arbeidsoppgaver, der man gir og får. Han argumenterer for at samhandling inneholder et etisk og juridisk imperativ om at handling skal skje *sammen* med andre og for at samhandling skal være mulig, må forholdet mellom enkeltpersoner være basert på tillit, gjensidig ansvar og likeverd. Han ser derfor relasjonsbygging som både en forutsetning for- og en mulig sideeffekt av samhandling (Orvik, 2015).

Samarbeid er et av begrepene som hyppig forveksles med samhandling, og flere studier bruker begrepene som synonymer. Jeg har valgt å benytte Orviks (2015) definisjon for å differensiere samarbeid fra samhandling. Han beskriver at et typisk trekk ved samarbeid er en *positiv innstilling* som gir seg utslag i uformell og løpende kontakt mellom enkeltpersoner (Orvik, 2015). Ifølge Orvik er samarbeid personavhengig og beror på om kjemien stemmer. Kontakten mellom de involverte bygger på en gjensidig interesse for samarbeid og entusiasme som kan skape en «vi – følelse» og positiv interaksjon der man løser oppgaver sammen. Likevel er ikke graden av forpliktelse i form av konkrete handlinger like sterk ved samarbeid som ved samhandling (Orvik, 2015). På bakgrunn disse forklaringene betrakter jeg samarbeid i større grad som *en del* av samhandlingen enn å være samhandlingen selv.

2.2.1 Viks samhandlingstypologi

For å illustrere samhandling som overordnet begrep vil jeg presentere Viks (2018) typologi over fire ulike former for samhandling; relasjonelt samarbeid, operasjonelt lukket samarbeid, koordinert oppgavefordeling og fragmentert oppgavefordeling. Typologien har to dimensjoner. Den horisontale dimensjonen, avstand–nærhet, viser hvorvidt det er møteplasser og fysisk kontakt mellom profesjonene. Den vertikale dimensjonen, sammenkobling–differensiering, viser hvorvidt samhandling medfører integrasjon på tvers av aktørenes ulike forståelsesrammer eller ikke (Vik, 2018).



Figur 1: Viks (2018) typologi over fire samhandlingsformer

Det gis en kort forklaring på de ulike samhandlingsdimensjonene under:

«*Relasjonelt samarbeid*» er preget av nærhet og sammenkobling, og lar partenes ulike forståelsesrammer komme i kontakt med hverandre. Gjensidighetskunnskap utvikles gjennom møteplasser, dialog og forhandlinger, og medfører at partene oppnår konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. En slik enighet innebærer ikke nødvendigvis en sammensmelting av de ulike forståelsene, men en anerkjennelse og kunnskap om hverandres bidrag for å løse felles oppgaver. Relasjonen preges av interaksjon, likeverdighetstankegang og respekt for hverandres profesjonsutøvelse (Vik, 2018).

«*Koordinert oppgavefordeling*» kjennetegnes av koordinert og rasjonell oppgavefordeling der de som samhandler ikke har fysiske møteplasser. Avstand gjør denne formen for samhandling avhengig av mekanismer som koordinerer og innpasser de ulike

forståelsesrammer, og partene fungerer her som relativt lukkede og autonome systemer som opprettholder hver sine distinkte funksjoner (Vik, 2018).

«Operasjonelt lukket samarbeid» er preget av nærhet og differensiering. Profesjonene oppnår ikke enighet for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen, selv om det finnes møteplasser og diskusjon om de ulike forståelsesrammene. Relasjonene kan preges av ulikhet, usikkerhet og maktkamp, og det kan oppstå konflikt om hvilken forståelse som skal danne grunnlaget for samhandling (Vik, 2018).

«Fragmentert oppgavefordeling» er preget av avstand og differensiering. Profesjonene har ikke fysiske møteplasser, og relasjonene er preget av lav gjensidighetskunnskap. Samhandlingen preges av uklar ansvarsfordeling mangelfull informasjonsflyt og i noen tilfeller maktkamp mellom profesjoner og behandlingsidealer. Uklarhet om hvilken forståelse som er ledende gjør at aktørene legger egen forståelsesramme til grunn (Vik, 2018).

Ifølge Viks utdypning finnes samtlige samhandlingsformer i det norske helsevesenet (Vik, 2018). De ulike formene for samhandling ser ut til å påvirkes av kommunikasjon, relasjon og rolleforståelse, og i neste underkapittel redegjør jeg for ulike kommunikasjonsmodeller som er relevant for denne oppgaven.

2.2.2 Kommunikasjonsmodeller

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, som betyr «å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (Eide, Eide, & Eide, 2017). Thornquist (2009) beskriver *kommunikasjon* som en grunnleggende sosial aktivitet og del av en større sammenheng. I denne oppgaven er et grunnleggende prinsipp for forståelsen av kommunikasjon, at budskap blir formidlet fra en sender til en mottaker. Finset (2013) understreker at det ikke alltid er samsvar mellom hva senderen mener å si og hva mottakeren faktisk oppfatter. Han påpeker videre at kommunikasjonen kan bli hindret av en eller annen form for støy som viser seg i tilbakemelding til senderen (Finset, 2013). Jeg støtter meg til Thornquist (2009) som sier at kommunikasjon er noe som pågår kontinuerlig og at mennesker alltid er i situasjoner, ikke bare i omgivelser. Det vi gjør eller ikke gjør, sier eller ikke sier er handlinger som bidrar til konteksten vi eksisterer i. Situasjoner skapes og omskapes hele tiden (Thornquist, 2009).

Det finnes flere modeller og teorier for kommunikasjon. Videre beskrives tre perspektiver som benyttes til å belyse funnene i denne studien; lineær- eller senderorientert modell, systemisk kommunikasjonsmodell og fenomenologisk kommunikasjonsteori.

Lineær- eller senderorientert kommunikasjonsmodell

I en lineær og senderorientert oppfatning reduseres kommunikasjon til overføring av informasjon der én part sender «noe» til en annen part (Jensen, Ulleberg, & Keeping, 2019). Innholdet er uavhengig av tid, sted og sammenheng, og overføringen betraktes som en mekanisk hendelse. Denne modellen sammenfaller med det Thornquist (2009) kaller «stimulus – respons – modellen», med én aktiv part om gangen der fortolkning og kontekst neglisjeres. Et eksempel på senderorientert kommunikasjon er når en epikrise sendes fra sykehuset til primærhelsetjenesten. En utfordring med denne kommunikasjonsmodellen er at skrevne tekster som oftest ikke er beregnet på å besvares og derfor blir de nesten alltid stående uimotsagt (Thornquist, 2009).

Systemisk kommunikasjonsmodell

Systemisk kommunikasjonsteori er en sirkulær feedback – paradigme (Jensen et al., 2019). Jensen et al. beskriver hvordan systemet skiller seg fra lineær- eller senderorientert kommunikasjon ved at det pågår en kontinuerlig interaksjon i systemet der det regulerer seg ved hjelp av den tilbakemelding som systemet gir seg selv. De sier videre at når vi ser på fenomener, gjenstander og hendelser har vi aldri direkte tilgang til virkeligheten, men lager oss et «kart» over det vi ser. Vi orienterer oss ut fra kartet og vår forståelse bør prøves på om den er brukbar og meningsfull og i hvilken grad den gir gode forklaringer på de fenomenene vi studerer (Jensen et al., 2019).

Systemisk kommunikasjon minner om «dialog» slik det beskrives av Thornquist (2009). Hun fremstiller dialog som en samtale der to snakker sammen og henvender seg til hverandre i en kollektiv prosess der en veksler mellom å lytte og snakke (Thornquist, 2009). Hun utdyper med å beskrive at man er konsentrert mot hverandre i dialogen og mening vokser frem ved at deltakerne bygger på hverandres bidrag (Thornquist, 2009). Lik kartorientering, sier Thornquist at dialog bestemmes av hva vi snakker om og hvordan vi snakker, ut fra forholdet til den andre og hvilke forventninger vi har til hva den andre vil forstå. En tilpasser og vurderer egne bidrag underveis, legger merke til oppfatning og fortolkning hos den andre som igjen bidrar til hva vi videre sier. Hun fremhever evnen til å ta andres perspektiv som en viktig forutsetning for forståelse og en del av vår sosiale kompetanse (Thornquist, 2009).

Eide et al. (2017) beskriver hvordan profesjonell kommunikasjon innebærer et samspill mellom bekreftende, anerkjennende tilbakemeldinger på den ene siden og faglig baserte initiativer som kan lede dialogen i en formålsrettet hensikt, på den andre. Videre vektlegger de at for å komme i dialog kreves det både at det er én part som tar initiativ til å vise interesse, henvende seg, våge seg frem for å bli imøtekommet, og én som responderer. Dialog kan derfor deles inn i initierende og responderende handlinger (Eide et al., 2017).

Fenomenologisk kommunikasjonsteori

Fenomenologisk kommunikasjonsteori tar utgangspunkt i at den fenomenologiske holdningen blir anvendt i møte med andre mennesker (Jensen et al., 2019). Edmund Husserl (1859 – 1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien mens Maurice Merleau – Ponty (1908 – 1961) regnes som en av filosofene som videreutviklet Husserls tanker og som har spesiell relevans for helsefag (Thornquist, 2009). Fenomenologer er opptatte av hvordan erfaring og kunnskap etableres. Husserl selv ga bevisstheten forrang, mens Merleau – Ponty vektla kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2009). Ifølge Thornquist assosieres kroppslig kommunikasjon ofte med følelser og intime situasjoner, mens kroppslig samhandling også spiller en sentral rolle i reguleringen av sosialt liv og relasjoner mellom mennesker. Hun forklarer videre at i kroppslig kommunikasjon søker vi å forstå et vesen som selv forstår og som selv er meningsbærende og meningsskapende via sin kropp og sin kroppslige praksis. Slik skiller fenomenologien seg fra tradisjonell enten – eller tenkning (Thornquist, 2009).

Thornquist (2009) setter søkelys på at i møte med verden er vår egen innstilling og oppmerksomhet avgjørende for hvordan den fremtrer for oss. Hun forklarer at forventninger og tidligere erfaringer spiller inn og oppmerksomheten rettes alltid mot noe, avhengig av kontekst og formål. Hun sier det er viktig å understreke at fenomenologiens utgangspunkt er at erfaring er ikke noe vi *får*, men noe vi *gjør* (Thornquist, 2009). Ifølge Merleau – Ponty sitter kunnskap og hukommelse i hendene og i kroppen – det er vår kropp som «vet» og «forstår» (Thornquist, 2009). Et slikt perspektiv har betydning for hvordan vi lærer. Hans – Georg Gadamer (1900 – 2002) videreførte fenomenologisk filosofi, men vektla i større grad hvordan vi blir i stand til å forstå hverandres forskjellige synspunkter. Gadamer knyttet an til en hermeneutisk tradisjon og sammenlignet prosessen med å forstå hverandre, med å lære et nytt språk eller fortolke et litterært verk. Han avviser at objektivitet er mulig å oppnå og hevder at mening bare kan skapes i dialog, i det vi erfarer sammen (Jensen et al., 2019).

Den fenomenologiske holdningen viser til at utveksling av kroppslig budskap er konstituerende for forholdet mellom mennesker. Samhandling og samarbeid reguleres av utveksling av kroppslige budskap som interesse og oppmerksomhet (Thornquist, 2009).

2.2.3 Veiledning

Bruk av veiledning som del av samhandling nevnes i flere tidligere studier og har en sentral plass i fysioterapeuters samhandling. Det er derfor viktig å presentere noen teoretiske perspektiver ved veiledningen som har betydning for samhandling, relasjon og kommunikasjon.

Unn Stålsett (1931-) skriver at veiledning de senere år har utviklet seg til å bli en egen pedagogisk profesjon med eget kunnskapsgrunnlag (Stålsett, 2009). I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen, ble det nedfelt at spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt mot kommunene slik at forsvarlig helsehjelp kan ytes på lavest mulig nivå (Omsorgsdepartementet, 2001). Veiledning i profesjonell sammenheng er underlagt strukturerte betingelser og veiledning skjer i et spenningsfelt mellom forskningsbasert kunnskap og teori med utgangspunkt i praksis (Stålsett, 2009).

Ordet veiledning favner flere begreper, men i denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i beskrivelsen til Stålsett (2009). Hun beskriver veiledning som å *tilrettelegge* for en læringsprosess. I hennes fremstilling har slik aktivitet til hensikt å sette de som søker hjelp bedre i stand til å hjelpe seg selv, ikke bare i den aktuelle saken de står oppe i, men også i andre lignende situasjoner. Hun poengterer at det er hva som skal læres og modenheten til den som mottar veiledningen, som vil bestemme hvordan veiledningen vil foregå (Stålsett, 2009). Stålsett peker også på relasjonen og *affektklimaet* (tillit vs. utrygghet) som utvikles mellom veileder og veisøker som sentralt, sammen med evne til å søke i egne følelser for å kunne håndtere og reagere adekvat i situasjonen det søkes veiledning for (Stålsett, 2009).

2.3 Relasjon

Som vist i typologien til Vik (2018), er relasjon et overgripende aspekt i samtlige former for samhandling. Begrepet relasjon kommer av det latinske *relatio*, som betegner at én gjenstand står i forbindelse med en annen. I helsefaglig sjargong brukes gjerne begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide et al., 2017). Spurkeland (2020) understreker at *menneskeinteresse* er en viktig faktor for å få et relasjonelt grunnlag for å

veilede andre mennesker. I følge Spurkeland utgjør menneskeinteressen selve inngangsporten til relasjonskompetanse og de relasjonsorienterte oppnår de beste resultatene (Spurkeland, 2020). Det er publisert mye om spesielt lederes relasjonskompetanse de siste årene (Spurkeland, 2017), men det er ofte like nyttig i familien, i skolen og i samhandlingssituasjoner mellom kolleger og i privatlivet (Spurkeland, 2020).

2.3.1 Relasjonskompetanse

Spurkeland (2020) skriver at relasjonskompetanse er det som gjør at vi får kontakt med hverandre og kan samhandle. Han henviser til at hele samfunnet settes mer og mer på samhandlingsprøver og alle søker løsninger som innebærer dyktighet i å kommunisere og skape relasjoner. Ifølge Spurkeland handler relasjonskompetanse om å forsterke relasjonskvaliteter til et formålstjenlig nivå (Spurkeland, 2020). Med hensyn til læring, sier han videre at relasjonskompetansen til den som lærer fra seg er avgjørende for den som mottar sin læring. Det er i dag ikke vanlig at høyskoler utdanner skole- og helsepersonell i relasjonskompetanse, men det ser ut til å bli mer og mer akseptert i disse miljøene (Spurkeland, 2020).

Spurkeland (2020) hevder at det ikke finnes emosjonell investering i profesjonell samhandling, forretningsmessig, rolleorientert eller fagorientert relasjon. Han utdyper med å fortelle at i slik relasjon ser partene nytten i bekjentskapet og formålet med relasjonen, men opplever ikke tilknytningsfølelser. Likevel peker han på at dersom partene investerer følelser i samhandlingen, endrer samhandlingen karakter og blir emosjonell (Spurkeland, 2020). Spurkeland anbefaler trening i emosjonell modenhet gjennom å investere tid og interesse i empati, omtanke og sympati for andre. I arbeidslivet betyr det å skape tettere relasjoner mellom samarbeidspartnere, teammedlemmer og mellom ledere og medarbeidere. Ifølge Spurkeland kan vi få en synergieffekt av relasjonskvaliteten lik som når elever lærer bedre og læreren kjenner seg akseptert og dyktig (Spurkeland, 2020). Han understreker at for å bli en verdifull samtalepartner for andre, må en kartlegge så mye rundt den samhandlende part at den andre moralsk godkjenner deg – at du får aksept til å blant annet veilede. Han viser til at ved å være innenfor den andres landskap kan en komme i posisjon til å overføre kunnskaper og bidra til effektiv læring, ved å befinne seg på utsiden blir en «spåmann, stjernetyder og administrator» (Spurkeland, 2020).

2.3.2 Tillit og trygghet

Spurkeland (2020) vektlegger tillit som bærebjelken i alle relasjoner. Han understreker at en ikke kan gi eksakte beskrivelser av tillit da det er en følelse som utvikles gjennom interpersonlige erfaringer og bygges ved at handlinger som vekker tillit repeteres. Videre påpeker han at vi kjenner verdien av begrepet, men kan ikke helt forklare det med språket (Spurkeland, 2020). Likevel gir det mening å utforske tillit som sentral dimensjon i en relasjon. Endresen (2014) sier at tillitsbegrepet kan beskrives forskjellig avhengig av teoretisk utgangspunkt. Han viser til filosofen Harald Grimen (1955 – 2011) som sa at vi må se tillit som et handlingsorientert begrep, som tillitsfull adferd. Tillitsfull adferd kan forstås som at «noen stoler på noen med henblikk på noe» (Endresen, 2014). Det understrekes imidlertid av Spurkeland (2020) at tillit ikke alltid er gjensidig, og vi kan ikke si at tilliten er god før begge parter opplever omtrent det samme. Tillit er alltid i bevegelse og trenger bekreftelse, næring og vedlikehold, for å leve.

Eide et al. (2017) gir tillit en betydningsfull rolle som grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon. De tar i tillegg for seg dimensjonen om at å vise tillit innebærer å gi fra seg makt, slippe kontrollen og ta risiko. Likevel kan det å vise tillit gjennom å slippe kontrollen være en måte å redusere kompleksitet på. For eksempel har ikke alltid pasienter og brukere full oversikt over egen diagnose, sykdom og behov, og tillit til helsearbeidere og systemet kan ifølge Eide og Eide forenkle situasjonen (Eide et al., 2017).

Begrepene tillit og trygghet henger tett sammen og brukes ofte i sammenheng. Likevel skiller de seg litt fra hverandre ved at tillit som nevnt kan sees på som et handlingsorientert begrep og trygghet er en følelse som er mer forankret i personen. *Trygghet* kan beskrives som opplevelsen av å være komfortabel i en situasjon (Spurkeland, 2020), mens å *være trygg* kan defineres som å være i sikkerhet for fare eller uønskede hendelser (Vinje, 2006).

Tillit og nettverk som sosial kapital har fått stor oppmerksomhet innenfor deler av samfunnsvitenskapene de siste årene (Endresen, 2014). Endresen (2014) viser til at virksomheter som har etablert en beholdning av sosial kapital i form av tillit og lojalitet som er forankret i sosiale kontakter og nettverk, og ikke minst i relasjoner mellom medarbeiderne i virksomheten, har lyktes bra i sine omstillinger. Videre utdyper han at i samhandlingssammenheng baserer forståelsen av begrepet sosial kapital seg på en forståelse av begrepet som kollektiv handling er til det beste for et fellesskap. Begrepet beskrives som todelt der en strukturell dimensjon (nettverk) kobles mot en kognitiv og kulturell dimensjon

(tillit og normer). Sosial kapital beskrives videre som en kollektiv ressurs som via tillitsfull samhandling i et nettverk muliggjør kollektiv adferd (Endresen, 2014). Endresen angir tillit, eller snarere forekomsten av gjensidig tillit, som det helt sentrale begrepet innenfor sosial kapital. Sammen med rettferdighet danner tillit basis for virksomhetens samarbeidsevne. På et interpersonlig nivå og i et samarbeidsperspektiv angir Endresen tillitsgiverens forventning om tillitsmottagerens kompetanse og faglige verktøy som spesielt viktige (Endresen, 2014).

2.3.3 Sosial intelligens

I relasjonsteorien viser Spurkeland (2020) til sosial intelligens, eller «interpersonlig intelligens» som kunsten å omgås andre mennesker. I de ulike samhandlingsformer beskrevet av Vik (2018), tolker jeg at relasjon i form av sosial intelligens har varierende betydning. I denne oppgaven bruker jeg Spurkelands (2020) beskrivelser, som omhandler sosial intelligens som en evne, eller et talent, til å forstå intensjoner, motiver og ønsker hos andre mennesker. Han viser også til en vinkling som sier at begrepet handler om å handle klokt i menneskelige relasjoner. Denne klokskapen kommer til uttrykk i å foretrekke sosiale settinger, være avhengige av dialog og oppsøke selskap med andre (Spurkeland, 2020).

Spurkeland (2020) forteller at mennesker med sosial intelligens legger til rette for å bygge relasjoner uten at den sosiale intelligensen alltid fører dem dit. Han beskriver videre at mennesker med sosial intelligens har større sjanse for å etablere relasjoner enn de som søker ensomhet (Spurkeland, 2020). Samtidig understreker Spurkeland at det er viktig å huske på at sosial intelligens og sosiale evner ikke er en sikker garanti for at relasjoner bygges. Han viser til at sosial intelligens legger an til relasjonsbygging og slike evner gjør at relasjoner hurtigere kommer på sporet, men advarer mot at relasjonen kan ende på et overfladisk nivå dersom den sosialt intelligente ikke involverer dypere interpersonlige festepunkter (Spurkeland, 2020).

2.4 Rolleteori

For å kunne tilpasse kommunikasjon og utnytte relasjonskompetanse har det betydning at vi forstår rollene som inngår i samhandlingen og har evne til å tilpasse oss disse. Sosiologen Erving Goffmans (1922 – 1982) rolleteori kan hjelpe oss til å forstå hvordan vi forholder oss til- og spiller ut våre roller når vi skal handle sammen.

Goffman er blitt sett på som en viktig representant for interaksjonistisk sosiologi, hvor en ser for seg at en rekke interaksjoner på mikroplan (mellom individer og i små grupper) bygger

samfunnet og former samfunn og samfunnsendring (Tjora, 2022). Goffman beskriver at når en person kommer sammen med andre, vil det som vedkommende foretar seg virke bestemmende for oppfatningen disse andre får av situasjonen. Videre utdyper han at mennesker vil handle ut fra ønsket reaksjon hos andre, med mer eller mindre oppmerksomhet tilknyttet handlingen. Han viser til at en persons tradisjonelle rolle kan noen ganger få vedkommende til å gi et velberegnet inntrykk, selv om vedkommende selv ikke har gjort noe bevisst eller ubevisst for å gi dette inntrykket (Goffman, Risvik, & Risvik, 1992).

Goffman hjelper oss å forstå innholdet i en rolle som posisjon og som *innehaver* av posisjonen (Goffman, Hviid Jacobsen, & Kristiansen, 2004). Han peker på at det kan være nyttig å skille mellom den regelmessige *utøver* og den regelmessige *utøver av rollen* gjennom å være bevisst på når en har aktiv adferd i sin posisjon og når en trer ut av sin utøvende rolle. Videre understreker han at når en rolle utføres, må en sørge for at inntrykket man gir i situasjonen er forenelig med de personlige egenskaper som er passende for rollen. Dersom rollen har en tittel, vil tittelen sammen med de personlige egenskaper som er både pålagt og gjort krav på når en inntar rollen, gi et selvbilde til innehaveren og dens andre roller (Goffman et al., 2004).

Goffman introduserte metaforene «backstage» og «frontstage» for å beskrive hvordan sosialt liv utspiller seg som roller på en scene (Goffman et al., 1992). Kort fortalt kan «frontstage» beskrives som fasaden vi spiller ut mot omverdenen mens «backstage» er den sosiale setting der en kan uttrykke seg utover det som vises i fasaden. Metaforen har ofte blitt forklart med hvordan en servitør spiller sin rolle mot gjestene (frontstage) og helt annerledes mot kokkene (backstage) (Goffman et al., 1992). Goffmans teori har blitt kritisert for å fremstille individer som strategisk og beregnende, men Tjora (2022) argumenterer mot denne kritikken og presenterer metaforens hovedpoeng å være at samfunn oppstår via relasjoner, interaksjoner og situasjoner, heller enn fra uavhengige individer eller strukturer på høyeste samfunnsnivå (Tjora, 2022).

3 Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for vitenskapsteoretisk forankring av studien samt gir innblikk i hva som kjennetegner kvalitativ metode og kvalitativ metasyntese. Videre beskrives søkestrategi, inklusjonsprosess for valg av litteratur før jeg til slutt presenterer fremgangsmåten for analyse og syntese. Metodelitteraturen jeg drar veksler på, er hovedsakelig Malterud og Aveyard, og etter Malteruds anbefalinger har jeg lest artikler med metodisk fremstilling av kvalitative metasynteser og latt meg inspirere av fremgangsmåte og presentasjon i disse (Aveyard, 2019; Larun & Malterud, 2007; Malterud, 2017a, 2017b; Malterud & Ulriksen, 2011).

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

For gjennomføring av denne studien, ble det valgt et hermeneutisk rammeverk med bakgrunn i Hans-Georg Gadammers (1900 – 2002) beskrivelse av forståelse (Krogh, 2009). Kroghs videreformidling av Gadammers fremstilling er at forståelse er en forutsetning og en betingelse for å lære å for eksempel følge en metode (Krogh, 2009). Hermeneutikk og metode er altså ikke det samme, det er *forståelsen* som ligger til grunn for bruk av metoden (Krogh, 2009). Fremgangsmåten som er brukt i denne studien er inspirert av Malteruds (2017a) beskrivelse av analyseprosessen metaetnografi (se kapittel 3.3). Malterud beskriver metaetnografi som en induktiv metode som hører hjemme i det fortolkende paradigmet. Hun vektlegger at syntesen som metoden beskriver innebærer fortolkning fremfor beskrivelse, og kontekst er en avgjørende betingelse for forståelse (Malterud, 2017a). Min egen forforståelse og fortolkning av funn med støtte i denne metoden, har uten tvil påvirket utfallet og mine resultater.

3.2 Kvalitativ metode

Malterud (2017b) betegner kvalitative metoder som forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. De empiriske data som studeres med kvalitative metoder består av tekst som kan representere samtaler eller observasjoner (Malterud, 2017b). Malterud beskriver at i kvalitativ metode får forskerens perspektiv og posisjon stor betydning for hva slags kunnskap som kommer fram. Metodene kan bidra til å presentere mangfold og nyanser, og å beskrive samme virkelighet fra ulike perspektiver. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring

(fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet med metoden er gjennom systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale, å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng. Vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Videre kan vi etter spørre meninger, betydninger og nyanser, og styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017b). Ifølge Malterud passer kvalitative tilnærminger godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017b).

3.3 Kvalitativ metasyntese

Denne studien tar utgangspunkt i kvalitative primærstudier som hadde undersøkt fysioterapeuters erfaringer med samhandling. For å benytte kvalitativ empiri til å utvikle nye resultater, ble kvalitativ metasyntese ansett som den beste metoden for å få svar på problemstillingen. Larun og Malterud (2007) påpeker at der **metaanalyse** gjør ny analyse av data fra standardiserte kvantitative studier, gir **metasyntese** tilgang til å analysere funn fra kvalitative studier for nye innsikter gjennom systematisk fortolkning (Larun & Malterud, 2007). Målet er ikke å teste foreliggende funn, men å utvide den eksisterende fortolkningen (Larun & Malterud, 2007). Metoden må ikke forveksles med «metasummary» som er en oppsummering av foreliggende kvalitative data uten videre fortolkning eller syntetisering (Polit, 2020).

Sett i lys av Malteruds (2017a) beskrivelse av økende behov for kunnskapsbasert praksis og økt kvalitativ forskning, er det viktig at også fysioterapiforskere utvider sine kunnskaper om metoder som samler og utvikler slik empiri. En systematisk litteraturgjennomgang med oppsummering av eksisterende forskning er som nevnt grunnlaget for kvalitativ metasyntese (Malterud, 2017a). I motsetning til kvalitative kunnskapsoppsummeringer som tar sikte på å *sammenfatte* resultatene fra flere studier, tar kvalitativ metasyntese sikte på å *analysere og oversette* resultatene fra de inkluderte studiene i forhold til hverandre, og skape ny kunnskap ut av resultatene som foreligger i primærstudiene. En sammenstilling og syntetisering av eksisterende kunnskap gir større materiale og mulighet for å skape nye erkjennelser ut fra det vi allerede vet (Malterud, 2017a). I forarbeidet til min studie drøftet jeg metodevalg i veiledningsgruppe med medstudenter og med veileder. I samråd kom vi frem til at antall

primærstudier som stod igjen etter innledende litteratursøk, var tilstrekkelig til å gjøre en systematisk sammenstilling og kvalitativ metasynese av resultatene for å få svar på forskningsspørsmålet mitt.

Gjennom søk i Oria og NORA, fant jeg at det tidligere er gjort kun to studier i fysioterapi i Norge med bruk av kvalitativ metasynese som metode. Begge er bacheloroppgaver, men Kulsengs oppgave er publisert som artikkel (Kand nr. 520 & Kand nr. 522, 2021; Kulseng & Gretland, 2020).

3.4 Søkeprosess og utvelgelse av studier

I dette delkapittelet beskrives fremgangsmåten for søkeprosess og utvelgelse av primærstudier til min metasynese. Jeg har som nevnt latt meg inspirere av Malteruds (2017a) beskrivelse av analyseprosessen i metaetnografi, samt metodebeskrivelser i to artikler der kvalitativ metasynese var valgt som metode og metaetnografi ble benyttet i analyseprosessen (Larun & Malterud, 2007; Malterud & Ulriksen, 2011). Analyse- og synteseprosessen kan skisseres opp som en syvtrinns prosess (Malterud, 2017a). I korte trekk er stegene som følger: 1: Å komme i gang, 2: Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen, 3: Lese studiene, 4: Ta stilling til hvordan studiene er beslektet, 5: Oversette studiene til hverandre, 6: Syntetisere oversettelsene, 7: Formidle syntesen i tekst. Jeg vil redegjøre grundigere for stegene gjennom beskrivelse av min søkeprosess og videre inn i neste underkapittel som beskriver analyse- og syntesearbeidet i denne studien.

De forberedende aktiviteter i denne studien handlet om å formulere problemstilling, gjøre innledende søk og skrive logg gjennom søkeprosessen (*steg 1*). Gjennom masterutdanningen har jeg i flere emner skrevet oppgaver der tema har vært samhandling mellom fysioterapeuter, og i de anledninger gjort litteratursøk om temaet. Disse innledende søkene ble hovedsakelig gjort i universitetsbibliotekets søkebase, Oria, samt i søkebasen PubMed. I mine tidlige søk fikk jeg flere treff på kvalitative studier som helt eller delvis hadde undersøkt samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og primærhelsetjenesten. Flere av studiene var gjennomført etter innføring av samhandlingsreformen, men ingen studier hadde tidligere gjort oppsummering av foreliggende kunnskap.

Forskningsspørsmålet til min studie har vært ledende for søkeprosessen. Spørsmålet har endret seg underveis, men har gjennomgående handlet om betydningsfulle forhold for

samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og primærhelsetjenesten. I tråd med anbefaling fra Johannessen og Rafoss (2018) har jeg latt forskningsspørsmålet gradvis spisse seg gjennom diskusjoner med veileder, medstudenter og kolleger (Johannessen et al., 2018). Forskningsspørsmålet har på denne måten utviklet seg til å være et spørsmål som jeg synes det er interessant å besvare og som medstudenter, veileder og kolleger har formidlet interesse av å få kunnskap om. Med bakgrunn i forskningsspørsmålet besluttet jeg å benytte en grundig undersøkelse av eksisterende kunnskap for å få svar på mitt forskningsspørsmål.

Loggføring gjennom søkeprosessen gjorde det mulig å holde oversikt over hva som var gjort når og med hvilket resultat. Forskningsspørsmålets begrensning og studiens kontekst gjorde at studiens hoved søk ble gjort i biblioteksdatabasen Oria. Før hovedsøket fikk jeg veiledning fra bibliotekar for å lære om søk og oppsett av søkeord. På grunn av samhandlingsreformens betydning for studien og fordi fenomenet jeg undersøker er i norsk kontekst, begrenset jeg søkene til å omhandle samhandlingspraksis blant fysioterapeuter i Norge etter innføringen av reformen i 2012. Etter flere søk i Oria med ulike kombinasjoner av “fysioterapi”, “samhandling”, “fysioterapeut”, “samarbeid”, “intraprofesjonell” og “monofaglig”, endte jeg opp med å bruke søkekombinasjonen “samarbeid” + “fysioterapeut” da denne kombinasjonen syntes å gi relevante treff med et overkommelig antall studier å gjennomgå. Søkene ble gjennomført i løpet av uke 46 i 2021 og resulterte i 218 treff i Oria. Utfyllende søk ble gjort i Google Scholar og NORA, og resulterte i 1 relevant treff. Det ble også gjort søk på nettsiden til fagbladet «Fysioterapeuten» på nett, uten at søket ga tilleggsresultater.

Steg 2 i analyseprosessen går ut på å *beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen*. Jeg begrenset mine søk til kvalitative studier om interprofesjonell samhandling mellom fysioterapeuter, publisert etter samhandlingsreformens inntreden i 2012. Til sammen startet jeg inkluderingen med 219 studier som ble gjennomgått med lesing av overskrifter og enkelte abstrakter for relevans. Elleve studier gjensto etter denne delen av prosessen, der samtlige abstrakter ble lest og noen studier lest i fulltekst for å avgjøre om de svarte til inklusjonskriteriene.

Tabell over inklusjon- og eksklusjonskriterier følger på neste side.

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

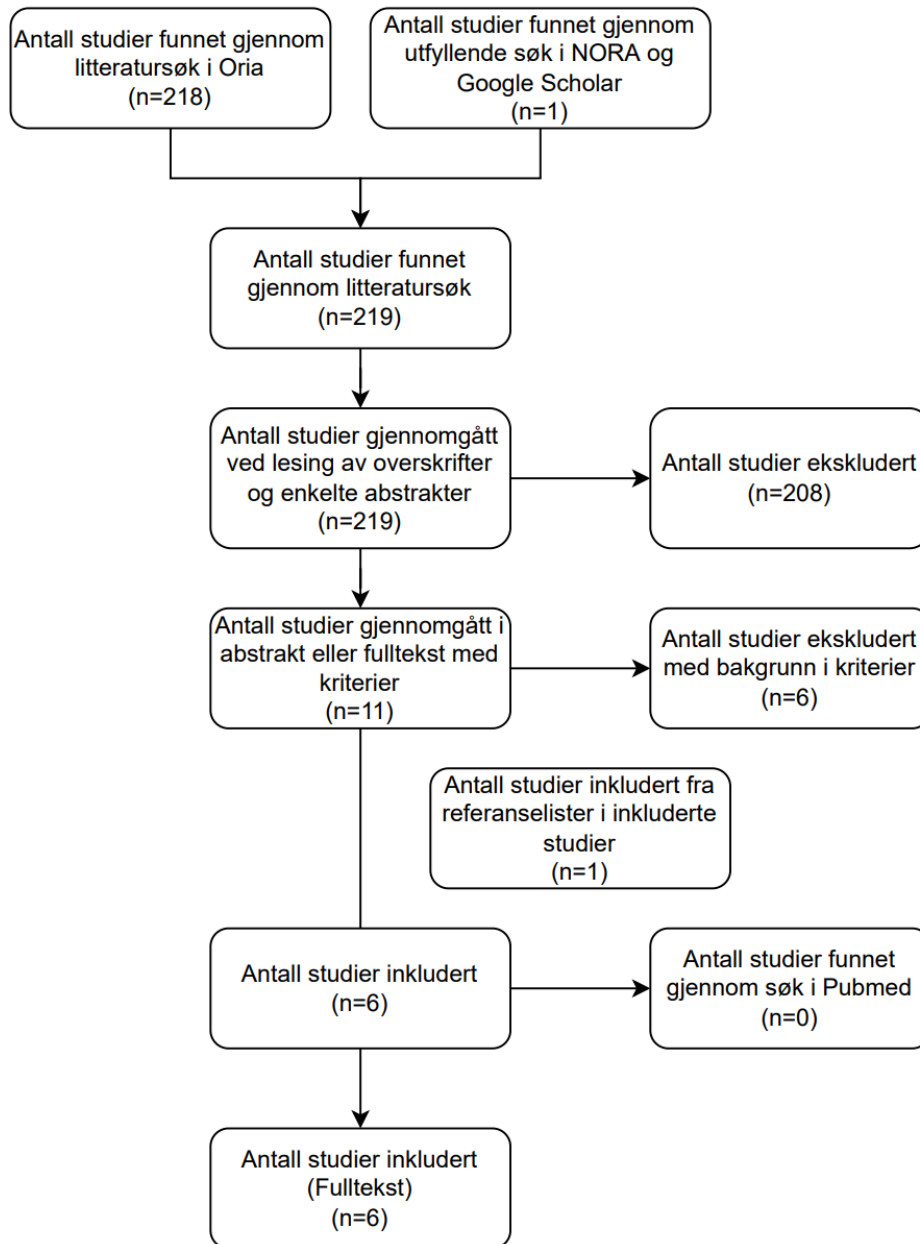
	Inklusjon	Eksklusjon
Type studier	Kvalitative studier med intervju som metode, eller deler av metoden	Rapporter eller artikler der metoden ikke står beskrevet Studier med kvantitativt design
Informanter	Fysioterapeuter i spesialist- og/eller kommunehelsetjenesten	Annet helsepersonell som informanter
Tema	Studier som omhandler intraprofesjonell samhandling mellom fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten Studiens resultater må helt eller delvis inkludere faktorer som påvirker samhandling Resultatene må vise til fysioterapeuters erfaringer/opplevelser/tilbakemeldinger	Studier som har undersøkt tverrprofesjonell / tverrfaglig samhandling Studier der samhandlingen selv ikke er i fokus, eller delfokus. Studier med søkelys på resultatet av samhandlingen (eks hvordan samhandling har påvirket behandlingsresultatet)
Avgrensning	Studier fra Norge gjort etter innføring av samhandlingsreformen (2012) Studier på norsk og engelsk	

Etter gjennomgang av studier, gjensto fem utvalgte studier som ble grundig gjennomlest i fulltekst, fire masteroppgaver og én artikkel. Artikkelen til Giltvedt et al. (2012) som ble publisert på nettstedet til fagbladet «Fysioterapeuten» 17. desember 2012 henviste til matriser i en nedlastbar PDF på nettsiden. Da denne ikke var mulig å få tak i, henvendte jeg meg til forfatteren selv for å få tilsendt PDF med tabeller over sitatteksempler og undertema. Disse ble sendt til meg kort tid etter forespørselen var gjort.

Under gjennomlesningen av de inkluderte studiene ble jeg oppmerksom på at flere av studiene henviste til en studie om samhandling av Normann et al. (2014). Etter å ha lest denne studien i fulltekst, ble den inkludert i det empiriske materialet. Inklusjon av denne studien bragte med seg behov for å gjøre tilleggssøk i PubMed. Jeg gjorde søk via databasen 10. februar 2022 med søkeordene: «psyiotherapy / physical therapy» AND «cooperation / collaboration / guidance» AND «intraprofessional». Kombinasjonen av disse søkeordene ga 12 treff. Etter gjennomlesing av overskrifter og enkelte abstrakter fant jeg at ingen av studiene traff inklusjonskriteriene. Etter å ha endelig avsluttet søkeprosessen, stod jeg igjen med seks studier som ble grundig gjennomlest i fulltekst, og samtlige seks studier presenteres i resultatkapitlet.

Flytskjema over søkeprosess og inklusjon/eksklusjon følger på neste side.

3.4.1 Flytskjema



Figur 2: Flytskjema for inkludering av studier

For å gjøre en kvalitetsvurdering av studiene og undersøke om de etiske retningslinjer var fulgt, gjennomgikk jeg en sjekklister (Helsebiblioteket) for kritisk vurdering av kvalitative studier for hver av de inkluderte studier (vedlegg 1). Sjekklisten er et pedagogisk verktøy utarbeidet av Kunnskapsbasert Praksis for helsebiblioteket, inspirert av Critical Appraisal Skills Programme, CASP checklist ("Critical Appraisal Skills Programme. Making sense of evidence," 2013). Samtlige studier hadde søkt om- og fått innvilget godkjenning av gjennomføring fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (Sikt, 2022). I samtlige primærstudier er de etiske betraktninger rikt beskrevet, og vurderinger er begrunnet. Samlet vurdering av meg er at samtlige studier oppfyller krav til etisk forsvarlig håndtering av personopplysninger, samt at resultatene vurderes å være relevante i den kontekst de ulike studier er gjennomført i. Vurderingen av kvaliteten på de inkluderte primærstudienes ble gjort på bakgrunn av forfatternes beskrivelser gjort i hver studie. De fire masteroppgavene hadde fylldige beskrivelser av fremgangsmåte og forfatternes egne vurderinger av svakheter ved studiene. De to artiklene hadde naturlig nok mindre fylldige beskrivelser, men var likevel grundig vurdert av forfatterne. Svakheter ved primærstudiene som var kommentert av forfatterne ble vurdert, men jeg fant ikke store nok svakheter til at de skulle ha betydelig innvirkning på syntesen gjort på tvers av studiene.

3.5 Fremgangsmåte for analyse og syntese

Kjerneaktiviteten i enhver analyse er å stille spørsmål (Johannessen et al., 2018). Analysen av dette datamaterialet er gjort med bakgrunn i forskningsspørsmålet for denne oppgaven. Det må tas høyde for at analysen og syntesen som presenteres her springer ut av min forforståelse og mine spørsmål til datamaterialet, og kunne sett annerledes ut analysert av andre.

Førsteordens analyse er utviklingen av resultater foretatt av hver enkelt forfatter av primærstudiene. *Andreordens analyse* er min syntese av resultatene fra de inkluderte studiene og startet med *steg 3* i analyseprosessen: *Lese studiene*. Etter inklusjonsprosessen gikk jeg i gang med å nærlese primærstudienes resultatkapitler i fulltekst. Nærlesingen gjorde at jeg kunne identifisere resultater til min metasyntese ved å få oversikt over tema og metaforer. Malterud (2017a) understreker at utgangspunktet for gjenbruk av empirisk materiale er resultatene fra primærstudiene, ikke forfatternes oppsummering eller kommentar til hva andre har skrevet om tilsvarende problemstilling. Likevel er det viktig å gjennomgå hele artikkelen

eller oppgaveteksten da sentrale resultater kan befinne seg i andre deler enn resultatkapittelet (Malterud, 2017a).

Under gjennomlesingen noterte jeg meg sitater og avsnitt som jeg relaterte til forskningsspørsmålet eller noen av de analytiske tilleggsspørsmålene. Denne prosessen der relevant informasjon fra de inkluderte studiene ble hentet ut, kalles *datauttrekk*. Datauttrekket beskrives av Malterud (2017a) som utfordrende da en kan støte på studier som enten har lite håndfaste resultater å by på, er ufullstendige eller uoversiktlige i rapportering av resultatene, resultatavsnitt som avspeiler forforståelsen eller rett og slett tilfører lite nytt. En annen utfordring kan være resultatkapitler med mange referanser til tidligere forskning der forfatter sammenligner dette med egne funn og drøfter disse (Malterud, 2017a).

Fire av de inkluderte primærstudiene i min studie var masteroppgaver og inneholdt følgelig store mengder data. Dette førte til at jeg nokså tidlig i prosessen måtte konkretisere mitt forskningsspørsmål for å være tydelig på hvilken empiri som var relevant for min studie og følgelig hvilke datauttrekk jeg skulle gjøre. Jeg benyttet meg av veileder til diskusjoner rundt hvilke resultater som fremstod å ha god informasjonsstyrke og kunne bidra inn i min analyse og syntese. Før jeg gjennomførte datauttrekk til min studie, fulgte jeg Aveyards (2019) anbefaling om grundig nærlæsning av inkluderte studier i to omganger. Disse gjennomlesingene ga inntrykk av aktuelle elementer innen samhandling som gikk igjen i studiene og jeg merket meg gullsitater og andre tekstutdrag som virket aktuelle å ta med videre inn i min analyse.

Etter to gjennomlesinger laget jeg en foreløpig matrise med funn der relevante tekstutdrag ble satt inn. Deretter gikk jeg gjennom studiene en tredje gang med bruk av rosa markeringspenn etter råd fra Malterud (2017a), for å identifisere resultater som representerte det forfatterne faktisk hadde funnet, og som hadde relevans for min studie. Jeg forsøkte gjennom prosessen å være oppmerksom på at relevante resultater kunne være best beskrevet i diskusjonsdel eller konklusjon, og vurderte disse med bevissthet rundt forskjell på funn som kunne være forskernes fortolkninger og data som legitimerer eller illustrerer disse tolkningene (Malterud, 2017a).

Under tredje gjennomlesing gikk jeg fra å søke etter empiri som omhandlet samhandling mer overordnet, til å gå mer spesifikt inn på tekstbiter som formidlet noe om kommunikasjon og relasjon i samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten da

disse fenomenene bragte frem størst interesse hos meg. De innledende tema som ble utgangspunktet for min systematiske annenhånds analyse var følgende: 1) kommunikasjon og kontekst, 2) gjensidighet i flyt, 3) verdier og relasjon i samhandling.

Et kjernepunkt i analyseprosessen i metaetnografi er å ta stilling til hvordan hovedfunnene fra de inkluderte primærstudiene forholder seg til hverandre, slik de har vært fortolket og presentert av sine forfattere (*steg 4*). I denne fasen organiserte jeg det empiriske materialet i en selvlaget matrise i word for håndtering av materialet. Relevante tema og metaforer fra hver primærstudie ble listet i vertikale kolonner. Prosessen kan sammenlignes med identifikasjon av meningsbærende enheter i en tverrgående tematisk analyse i en kvalitativ primærstudie (Malterud, 2017a). I analyseverktøyet er sitater markert ved bruk av anførselstegn og kursiv skrifttype, og utdrag fra tekst tolket som funn uten at det var markert som sitat, står uten markering. Under illustreres et eksempel på analyse av det første identifiserte tema som omhandlet kommunikasjon og kontekst.

Tabell 2: Analyseeksempel 1. tema

Giltvedt, Sætrang, Tveiten 2012 Indeksstudie	Dragland 2012	Odsbu 2012	Normann 2013	Lie 2016	Høvik 2017	Min oversettelse	Samhandlingsdimensjon
Kunnskapsdeling skjer gjennom å møtes og observere i praksis hva andre gjør Kunnskapsdeling fordrer samhandling	Det er lettere å formidle hva som er prøvd og hvor problemet ligger når en er i det aktuelle miljøet		The practical guidance session provided knowledge far beyond that which a report can provide	Fysisk veiledning er en veldig lærerrik måte å jobbe på	Gjennom veiledningen har informantene fått en fortrolighet til å behandle pasienter med LØ For å oppnå praktisk kunnskap kreves det øvelse	Kunnskapsdeling skjer gjennom å møtes og observere i praksis hva andre gjør	Kommunikasjonsform har betydning for samhandling og kunnskapsdeling i fysioterapi
		Kommunikasjonen er blitt bedre etter å ha blitt mer kjent gjennom fysiske nettverksmøter				Å møtes gjør at man blir kjent og dermed kommuniserer bedre	
Fysioterapi er et praktisk yrke og kunnskapen kan ikke bare formidles gjennom skriftlig informasjon	Samhandling i praktiske situasjoner oppleves kvalitativt annerledes og gir et annet utbytte (for kommunefysioterapeutene), enn drøfting av problemstillinger og muntlig eller skriftlig overføring av kunnskap.		The cPT's considered the oPT's verbal reflections – in – action while interacting with the patient as central	Informantenes fortellinger om epikrisene, videofilmene og fysisk deltakelse i behandlings- og vurderingskonsultasjoner aktualiserer hvilke muligheter ulike formidlingsformer i faglig formidling og rådgiving gir.	Video er en lærerrik metode / nyttig hjelpemiddel for å lære teknikker og grep det tar tid å lære seg ordentlig	Fysioterapi-kunnskap formidles best praktisk, støttet av skriftlig formidling og gjennom video	

Før videre oversettelse av studiene, valgte jeg som eksempelet viser en indeksstudie som jeg vurderte å være innholdsrik med høy metodologisk kvalitet, rike data og systematisk presentasjon (Giltvedt et al., 2012). Etter å ha organiserte det empiriske materialet i en matrise der hver av studiene fikk en vertikal kolonne, oversatte jeg studiene til hverandre ved å gjøre en systematisk gjennomgang og organisering av resultattekst med beslektede tema og metaforer på tvers av studiene (*steg 5*). Likheter og forskjeller i begrepsbruk ble vektlagt og

nærliggende tema ble organisert i samme horisontale rad. Jeg plasserte indeksstudien helt til venstre i matrisen som utgangspunkt for oversettelsen mot de andre utvalgte primærstudiene mot høyre. Selv om oversettelsen skulle sette søkelys på *meningsinnholdet* snarere enn å ta for seg ordrette og bokstavelige elementer, vektla jeg å beholde terminologi fra opprinnelige forfattere.

Etter å ha gjennomgått tema og innhold fra hver studie vertikalt og oversatt de til hverandre horisontalt, fortsatte jeg prosessen med å syntetisere tema fra samme horisontale rad til et samlet begrep (*steg 6*). Målet var å utvikle en oversettelse som dekket alle tema og metaforer innenfor samme rad, og oversettelsen skulle ta form av et nytt uttrykk som ga en original og selvstendig forståelse av funnene. Utviklingen av nye begrep ble gjort gjennom gjensidig oversettelse, der beslektede funn fra primærstudiene var utgangspunkt for syntese av mine fortolkninger av funnene. Syntesen av fortolkningen ble brukt for den endelige konseptuelle utdypning av de tre tema som representerer utfallet av det Malterud (2017a) beskriver som *andreordens analyse*.

Siste del av analyse og synteseprosessen gikk ut på å utforske avvikende funn på tvers av primærstudiene. Sammen med funn fra andreordens analyse, gjennomførte jeg en *tredjeordens analyse* for å samle og gjennomgå tilsynelatende motstridende funn og sette ord på mine fortolkninger av syntesen. Se tabell for andre- og tredjeordens analyse i kapittel 4.2.

Steg 7 i prosessen beskrevet av Malterud (2017a) går ut på å *formidle syntesen i tekst*. Denne delen av prosessen innebærer å skrive resultatdelen av studien og betyr å utdype og begrunne meningsinnholdet i uttrykkene fra syntesen som gjengis i den nye oversettelsen.

4 Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg først utvalget av artikler inkludert i metasyntesen i en tabell for oversikt og et kort sammendrag under for utdypende kontekst. Deretter følger tabell over andre- og tredjeordens analyse og en kort presentasjon av denne, før resultatene beskrives i tekst etter tabellen.

4.1 Utvalg

Gjennom litteratursøk endte jeg som tidligere presentert opp med seks studier som møtte inklusjonskriteriene. De utvalgte studiene er 4 masteroppgaver skrevet mellom 2012 – 2017, samt to artikler, én fra 2012 og én fra 2013.

Fem av studiene omhandlet tverrsektoriell samhandling mellom fysioterapeuter rundt pasienter med komplekse – og / eller sammensatte behov (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann et al., 2014) mens én studie beskrev samhandling generelt gjennom fysiske nettverksmøter (Odsbu, 2012). En tabell med oversikt over de inkluderte primærstudiene følger på neste side:

Tabell 3: Oversikt over inkluderte primærstudier

Første-forfatter /år	Tittel	Datainnsamling	Hensikt	Deltakere
A. Dragland, 2012	Noen som vet hva de driver med når andre ikke gjør det: kommune-fysioterapeuters erfaringer fra samhandling med ambulante rehabiliterings-team (ART)	Kvalitative forsknings-intervju	Å dokumentere og belyse erfaringer som kan bidra i utviklingen av spesialist-helsetjenestens ambulante tjenester	3 strategisk valgte kommune-fysioterapeuter, som hadde samarbeidet med fysioterapeut i ART om pasienter med nevrologisk sykdom/skade
Odsbu, A 2012	Samarbeid i Fysioterapi-tjenesten: Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter i 1. og 2. linjetjenesten	Semistrukturerte dybdeintervjuer	Å belyse de faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter	9 fysioterapeuter, 3 fra sykehus, 3 kommunalt ansatte og 3 privatpraktiserende
K Giltvedt, T Sætrang, S Tveiten - 2012	Samhandling og kunnskapsdeling mellom barne-fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten	3 fokusgruppe-intervjuer hvor temaene "forståelse av begrepene kunnskapsdeling og samhandling" samt refleksjon relatert til hvordan dette kan praktiseres ble diskutert.	Å undersøke hva barnefysioterapeuter mener om samhandling og kunnskapsdeling og hvordan de tenker at dette kan skje på best mulig måte i praksis.	25 fysioterapeuter ansatt i spesialist- og kommune-helsetjenesten med erfaring fra å jobbe med barn og unge med habiliteringsbehov
B.Normann et al. 2013	Clinical Guidance of Community Physiotherapists Regarding People with MS: Professional Development and Continuity of Care	Kvalitative intervjuer samt ikke – deltakende observasjoner av klinisk veiledning	1: Å undersøke hva kommune-fysioterapeuter anser som betydningsfullt i klinisk veiledning 2: Hvordan veiledning kan påvirke kommune-fysioterapeutens videre behandling av MS	9 kommunalt ansatte fysioterapeuter
JM. Lie - 2016	Samhandling krever aktiv handling	Kvalitative dybdeintervjuer, fenomenologisk hermeneutisk tradisjon	Tilføre økt kunnskap rundt hvordan fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste erfarer samhandling med spesialist-helsetjeneste, i dette tilfelle med Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) ved Universitets-sykehuset Nord-Norge (UNN)	2 fysioterapeuter fra privat praksis med driftstilskudd og 1 fra kommunal hjemme-behandling. Strategisk utvalg.
G. Høvik - 2017	Veiledning i lymfødem-behandling. En kvalitativ studie om betydningen av veiledning i lymfødem-behandling for kommune-fysioterapeuter	Kvalitativ tilnærming med et kunnskaps-teoretisk perspektiv. Semistrukturert intervju er valgt som design og resultatene er analysert ved å bruke systematisk tekst-kondensering	Å undersøke hvordan kommunefysioterapeuter opplever å få veiledning i lymfødem-behandling fra spesialisthelsetjenesten	4 fysioterapeuter i kommunal fysioterapi-tjeneste, 3 offentlige og 1 privat praktiserende

For å synliggjøre i hvilken kontekst de forskjellige studiene har undersøkt samhandling, gis i tillegg en kort skriftlig presentasjon av studiene:

Giltvedt et al (2012) undersøkte hva barnefysioterapeuter mener om samhandling og kunnskapsdeling og hvordan de tenker at dette kan skje på best mulig måte. Empiri ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervjuer med til sammen 25 fysioterapeuter ansatt i kommune- og spesialisthelsetjenesten som alle hadde erfaring med å jobbe med barn og ungdom med behov for habiliteringstjenester fra begge tjenestenivåer. Denne studien ble valgt som indeksstudie på grunn av sin fremstilling med høy metodologisk kvalitet, rike data og systematisk presentasjon (Giltvedt et al., 2012).

Dragland, A (2012) undersøkte erfaringer med samhandling mellom kommunefysioterapeuter og ambulant rehabiliteringsteam (ART). I dette masteroppgaveprosjektet ble det gjennomført kvalitative forskningsintervju med tre strategisk utvalgte kommunefysioterapeuter som hadde samarbeidet med ART om pasienter med nevrologisk sykdom/skade (Dragland, 2012).

Odsbu, A (2012) benyttet sitt masteroppgaveprosjekt til å intervjuer fysioterapeuter ansatt i sykehus, kommunehelsetjenesten og privatpraktiserende fysioterapeuter for å kartlegge faktorer som fremmer og hemmer samarbeid på relasjonelt, organisatorisk og systemnivå. Det ble gjennomført 9 semistrukturerte dybdeintervjuer med 3 fysioterapeuter fra hver av de nevnte sektorer. Forfatter hadde studert samarbeid mellom samtlige etater. På grunn av denne studiens begrensning, prioriterte jeg å inkludere resultater og funn fra samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de fastlønnede kommunefysioterapeutene (Odsbu, 2012).

Normann, B (2014) undersøkte erfaringer med veiledning av kommunefysioterapeuter fra fysioterapeuter i poliklinikk for MS-pasienter. Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervju med 9 strategisk utvalgte kommunefysioterapeuter, supplert med ikke-deltakende observasjon under veiledningssituasjon av de samme fysioterapeuter. Studien ble inkludert fordi ett av to hovedmål med studien var *«to identify the features that cPT's perceive to be significant in clinical guidance»* – å identifisere faktorer som kommunale fysioterapeuter identifiserer som betydningsfulle i klinisk veiledning (egen oversettelse) (Normann et al., 2014).

Lie, J.M (2016) undersøkte hvordan fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste erfarer samhandling med spesialisthelsetjeneste, i dette tilfelle Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. I hans masteroppgaveprosjekt ble

det gjort kvalitative dybdeintervjuer med tre strategisk utvalgte fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste, to fysioterapeuter i privat praksis med driftstilskudd og én fra kommunal hjemmebehandling (Lie, 2016).

Høvik, G (2017) benyttet sitt masteroppgaveprosjekt til å undersøke hvordan kommunefysioterapeuter opplever å få veiledning i lymfødembehandling fra spesialisthelsetjenesten. Det ble gjennomført semistrukturerte intervju med fire strategisk utvalgte fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste, én privat praktiserende med driftstilskudd og tre fastlønnede (Høvik, 2017).

Gjennom min analyse og syntese av resultatene fra de inkluderte studiene, trådte det som tidligere presentert frem tre hovedtema som jeg ønsket å studere mer inngående.

Temakolonnen står helt til venstre i tabellen som viser andre- og tredjeordensanalyse på neste side.

Andre- og tredjeorden analyse som var utgangspunkt for syntesen, ble satt opp slik:

Tabell 4: Andre- og tredjeordens analyse

Tema	Andreorden analyse		Tredjeorden analyse
Kommunikasjon og kunnskapsdeling	Kunnskapsdeling skjer gjennom å møtes og observere i praksis hva andre gjør Å møtes gjør at man blir kjent og dermed kommuniserer bedre Fysioterapi-kunnskap formidles best praktisk, støttet av skriftlig formidling og gjennom video	Kommunikasjonsform har betydning for samhandling og kunnskapsdeling i fysioterapi	Samhandling, kommunikasjon og kontekst <ul style="list-style-type: none"> • Dialogbasert kommunikasjon øker gjensidighet • Handlingsrommet i det fysiske møtet gjør det lettere å bli kjent • Rollefordeling kan skape avstand • Kommunefysioterapeuter bør søke mer kunnskap og dele av sin kompetanse • Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten bør etterspørre kommune-fysioterapeutenes kunnskap
Gjensidighet i samhandling	Samhandling krever gjensidig flyt av kunnskap Fravær av flyt gjør at systemet ikke fungerer Det er lite dialog mellom kommunen og sykehuset	Gjensidighet i flyt mellom de samhandlende er et felles ansvar	
Betydningsfulle verdier og relasjon i samhandling	Anerkjennelse, trygghet og respekt er vesentlig for kommunikasjon og samhandling En aktiv og positiv innstilling til samhandling fremmer samarbeid Kommunefysioterapeutene er oftere usikre	Likeverd, anerkjennelse, respekt og tilgjengelighet – verdier og personlige egenskaper for trygge relasjoner i samhandling.	Personlige egenskaper, kompetanse og samhandling: <ul style="list-style-type: none"> • Være aktiv i samhandlingen • Ha likeverdig og positiv innstilling • Være spørrende, åpen og inkluderende

Hovedtemaene til venstre i tabellen handler om hvilken betydning kommunikasjonsform har for samhandling og kunnskapsdeling, om fysioterapeutenes felles ansvar for gjensidighet i flyt mellom nivåene, og til sist hvordan personlige egenskaper påvirker relasjoner i samhandling. Hovedtemaene er delt inn i undertema som vises i midten av tabellen som andreordens analyse. Disse presenteres i delkapitler under. Hvert tema presenteres med sammendrag av materialet, de fleste eksemplifisert med sitat eller tekstutdrag fra de inkluderte studier.

4.2 Andreordens analyse

I dette underkapittelet presenteres syntesen fra andreordens analyse med gjensidig oversettelse av hovedfunnene fra de ulike primærstudiene for hver av de tre temaene. Funnene blir utdypet og illustrert med utvalgte sitater fra primærstudier. Underoverskriftene representerer den overførte betydningen for hver kategori.

4.2.1 Kommunikasjonsform har betydning for samhandling og kunnskapsdeling i fysioterapi

Resultatene fra de inkluderte primærstudiene beskrev flere former for kommunikasjon i samhandlingen mellom fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Funnene pekte videre på at kommunikasjonsform har betydning for samhandling og kunnskapsdeling i fysioterapi (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann et al., 2014; Odsbu, 2012) Fysioterapeutene i de inkluderte studiene kommuniserte i veiledningssituasjoner med egen pasient til stede, gjennom fysiske nettverksmøter organisert av ledere i spesialist- og kommunehelsetjenestene, og via epikriser, videoopptak og telefonsamtaler.

4.2.1.1 Fysioterapikunnskap formidles best praktisk, støttet av skriftlig formidling og gjennom video

I fire av studiene foregikk kommunikasjonen i forbindelse med veiledning i fysiske møter rundt egne pasienter mellom fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Normann et al., 2014). Nødvendigheten av felles konsultasjoner ble påpekt gjentatte ganger, begrunnet med at det ga mulighet til å utveksle erfaringer og å komme frem til en bredere fundert beslutning eksempelvis i samarbeid med barn og familie (Giltvedt et al., 2012). Barnefysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten uttrykte at samhandling og kunnskapsdeling henger tett sammen og

skjer gjennom å møtes og observere i praksis hva andre gjør. Videre uttrykte de at det er kvaliteten på samarbeidet som avgjør kunnskapens verdi:

Vi snakker kanskje om samhandling nå og ikke om kunnskapsdeling? Det gjør vel ikke noe, det henger vel såpass sammen. – Er det ikke et godt samarbeid er ikke kunnskapen noe verd. (Giltvedt et al., 2012)

Informantene understreket at fysioterapi er et praktisk yrke der kunnskapen ikke bare kan formidles gjennom skriftlig informasjon (Giltvedt et al., 2012). De utdypet med at det kreves øvelse for å oppnå praktisk kunnskap. Når fysioterapeutene hadde mulighet til å øve på ferdigheter i en veiledningssituasjon, uttrykte de en fortrolighet til å behandle pasienter med komplekse problemstillinger som for eksempel lymfødem (Høvik, 2017). Også i forbindelse med samhandling rundt MS-pasienter understreket informantene at den praktiske veiledningssituasjonen fremmer kunnskap i mye større grad enn hva skriftlig kommunikasjon gjennom rapporter og epikriser kan gjøre (Normann et al., 2014). De beskrev videre at det gir en dypere forståelse av pasientens problemstilling når en kan være til stede under interaksjonen mellom en mer erfaren fysioterapeut og pasienten. Forståelsen av for eksempel kroppsjustering, føttenes tilpasning til gulvet og analyse av kroppsdelenes justering til hverandre gjøres best gjennom observasjon av håndtering og verbale forklaringer som gis underveis (Normann et al., 2014):

It is no use being shown some exercises; it will be too general because you have to follow the reactions and the movement that occur in the situation.....I have to understand why the patient has movement problems in order to make progress (Normann et al., 2014)

For de mindre erfarne fysioterapeutene kunne det oppleves krevende å prøve ut behandling under veiledning. Én informant ga uttrykk for at hen kjente seg usikker i situasjonen siden pasienten ga tilbakemelding om at det kjentes annerledes ut. Likevel uttrykte de samme mindre erfarne kommunefysioterapeutene et stort behov for klinisk veiledning nettopp fordi de opplevde pasientenes problemstillinger som utfordrende (Normann et al., 2014).

I should perhaps have tried more when the oPT was there... I tried a little bit while the oPT was watching, but it was not “just to do it”; the patient immediately commented that it wasn't the same (Normann et al., 2014)

Når det gjaldt veiledning på pasientens hjemsted, ga kommunefysioterapeutene inntrykk av at de verdsatte at fysioterapeutene fra spesialisthelsetjenesten reiste ut og ga veiledning i kommunene (Dragland, 2012; Høvik, 2017). De ga uttrykk for at det er lettere å formidle hva som er prøvd og hvor problemet ligger når en er i det aktuelle miljøet. Samhandling i slike praktiske situasjoner opplevdes kvalitativt annerledes og ga et annet utbytte for kommunefysioterapeutene, enn drøfting av problemstillinger muntlig eller ved skriftlig overføring av kunnskap (Dragland, 2012). Også fysioterapeuter som ikke hadde hatt fysiske møter med praktisk veiledning i situasjonene som ble studert, formidlet at basert på tidligere erfaringer så var det veldig lærerikt å møtes fysisk når en samarbeider om samme pasient (Lie, 2016).

Informanter i flere av studiene uttrykte at det å møtes fysisk bidro til at fysioterapeutene ble bedre kjent og dermed hadde lettere for å ta kontakt (Dragland, 2012; Odsbu, 2012). Fysioterapeutene som hadde tilrettelagt for samhandling gjennom fysionettverksmøter med fysisk tilstedeværelse, sa at disse møtene bidro til en positiv utvikling i samarbeid mellom kommunalt ansatte fysioterapeuter og sykehuset (Odsbu, 2012). Fysionettverksmøtene omtalt i den aktuelle studien var initiert fra sykehuset og inkluderte ledere for kommunalt ansatte samt ledere og fagansvarlige fysioterapeuter fra sykehuset. Fra både kommunal side og sykehuset ble det formelle samarbeidet i nettverksmøtene oppfattet å bidra til bedre uformell telefonkontakt, lettere samarbeid i forbindelse med utskrivning og mer positiv innstilling til kontakt mellom fysioterapeuter i kommuner og sykehus (Odsbu, 2012). Én informant uttrykte: «Å møtes gjør at man blir kjent og dermed kommuniserer bedre» (Odsbu, 2012)

Kommunikasjon per telefon

Kommunikasjon gjennom telefonkontakt er beskrevet i flere av studiene (Dragland, 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Odsbu, 2012). Telefonkontakt ble gjerne brukt for å avklare problemstillinger som måtte håndteres raskt og som ikke behøvde skriftlig henvisning. Noen av kommunefysioterapeutene uttrykte at mulighet for å ringe gjorde at terskelen for å ta kontakt opplevdes lavere (Dragland, 2012). De utdypet med å beskrive at per telefon fikk fysioterapeutene mulighet til å utveksle erfaringer og diskutere faglige anliggender, noe som var kjærkomment da de kommunale fysioterapeutene ofte var alene i sin kommune om å behandle komplekse tilstander som for eksempel lymfødem (Høvik, 2017). På den annen side beskrev noen av kommunefysioterapeutene det som utfordrende og tidkrevende å skulle få tak i en fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten per telefon. Det var vanskelig å finne tid til å ringe,

rett tidspunkt å ringe på, få tak i rett terapeut eller å bli ringt opp igjen etter å ha lagt igjen beskjed (Høvik, 2017; Lie, 2016; Odsbu, 2012).

Skriftlig kommunikasjon

Epikrise eller skriftlig rapport nevnes av flere som et nyttig kommunikasjonsverktøy i samhandling (Lie, 2016; Odsbu, 2012). Kommunefysioterapeutene som ikke hadde hatt fysisk veiledning eller møter med fysioterapeutene de samhandlet med i sykehus, anså epikrisen som den beste formen for kommunikasjon (Lie, 2016). De beskrev innholdet i epikrisen som nyttig for forståelsen rundt undersøkelse og tiltak som pasienten hadde vært gjennom (Lie, 2016). For andre kommunefysioterapeuter ble epikrisen opplevd som for detaljert og terminologien vanskelig å forstå. Spesielt de mindre erfarne fysioterapeutene hadde problemer med å forstå språket i epikrisene (Normann et al., 2014). En annen utfordring var at epikrisene ikke alltid ble sendt ut med pasientene og i de tilfellene fikk ikke kommunefysioterapeutene den informasjon de ønsket (Lie, 2016).

Kommunikasjon med videoopptak

Video av behandlinger ble trukket frem som virkningsfullt for å kunne studere teknikker og grep nøye i flere omganger (Høvik, 2017; Lie, 2016). For fysioterapeutene som fikk veiledning i fysiske møter, var video av seansen nyttig i ettertid når de ga uttrykk for at de ikke stolte på hukommelsen sin når det gjaldt å huske hvordan man beveger hendene og stiller seg i forhold til pasienten (Høvik, 2017).

For det er litt sånn med hukommelse, hvis man ser en lapp med notater, så er det ikke like lett å huske tilbake akkurat hvordan man beveger hendene eller hvilken retning, og.. ja, det er mange nyanser i måten å bruke hendene på som ikke er så lett å beskrive på et notat eller å se på hvis man bare ser et stillbilde (Høvik, 2017)

I den ene primærstudien (Lie, 2016) var det et uttalt mål med samhandlingen at det som startet i spesialisthelsetjenesten skulle videreføres i kommunen. En sentral utfordring ved kommunikasjon gjennom video, var at noen av rådene fra spesialisthelsetjenesten om intensitet og frekvens var vanskelig å videreføre på kommunalt nivå der pasienten i tillegg skulle fungere i dagliglivet. I videomaterialet var det også tidvis flere terapeuter involvert rundt pasienten, noe som var vanskelig å videreføre i praksis (Lie, 2016).

Som avrundning av delkapittelet om kommunikasjonsformer, vil jeg fremheve et funn fra Giltvedts studie (2012) Forfatterne understreket at selv om funnene peker mot at de fleste

fysioterapeuter hadde erfaring med å bruke ulike kommunikasjonsverktøy, kan fysioterapeuter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten i enda større grad ta i bruk strukturerte verktøy som kurs, møter, epikriser, rapporter, telefonkontakt og e-post for å fremme samarbeidet seg imellom (Giltvedt et al., 2012). Informantenes fortellinger om slike verktøy aktualiserer videre drøfting rundt hvilke muligheter som ligger i ulike formidlingsformer, samt styrker og svakheter ved disse (Lie, 2016). Refleksjonene rundt betydning av videoopptak og epikriser setter søkelys på om man bruker mottatt materiale som en oppskrift på hvordan behandling skal foregå, eller som et innspill til eget resonnement (Lie, 2016).

4.2.2 Gjensidighet i flyt mellom de samhandlende er et felles ansvar

Resultatene i samtlige primærstudier viser at gjensidighet i flyt av kunnskap må være et felles ansvar. Funnene beskriver videre at samhandling mellom nivåene er avhengig av at både fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten bidrar aktivt inn i samhandlingen (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann et al., 2014; Odsbu, 2012).

4.2.2.1 Gjensidig flyt av kunnskap

Fysioterapeutene i begge sektorer uttrykker at flyt av kunnskap mellom nivå, tjenester og personer er en vesentlig faktor i samhandling (Giltvedt et al., 2012). Høvik (2017) viser til at godt samarbeid innebærer en arbeidsfordeling mellom fysioterapeutene i spesialist- og kommunehelsetjenesten som utfyller hverandre. Dragland (2012) legger til at det er en balansegang mellom det å stille krav, og det å tilføre noe. Han beskriver videre at de kommunale hjelperne har gjerne mer kunnskap om lokale forhold, systemer og hva som er prøvd, mens spesialisthelsetjenesten har spesialistkompetanse innen sykdom og medisinsk behandling samt erfaring fra lignende saker. Han konkluderer med at gjensidighet i kommunikasjonen er avgjørende for å innlemme begges kunnskap til beste for pasienten (Dragland, 2012). Lie løfter frem at det kan diskuteres hvilken kompetanse som bør foreligge på kommunalt nivå og hvorvidt dette nivået skal ha generalister versus spesialister (Lie, 2016).

4.2.2.2 Fravær av flyt gjør at systemet ikke fungerer

For fysioterapeutene som tilhørte fysionettverket fungerte informasjonsflyten tilfredsstillende når pasienter reiste fra sykehuset til kommunen, men det var lite kontakt fra kommunen opp mot sykehuset (Odsbu, 2012). Flere av de andre studiene delte oppfatningen av at

gjensidighet i samhandlingen tidvis syntes fraværende og at det handler om fravær av flyt når samhandling ikke fungerer (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Lie, 2016; Normann et al., 2014). Et eksempel på fravær av flyt, var når det ikke ble etablert direkte kontakt mellom fysioterapeuter, eller med familien omkring barn som ble fulgt opp av helsetjenesten (Giltvedt et al., 2012). Et annet eksempel var at kommunefysioterapeutene ikke alltid fikk informasjon når pasienten skulle til spesialisthelsetjenesten, og det framkom heller ikke alltid hva som var hensikten med konsultasjonen eller oppholdet (Giltvedt et al., 2012; Lie, 2016; Normann et al., 2014; Odsbu, 2012). Videre ble det ikke nødvendigvis orientert om hvilke beslutninger som ble tatt, og spesialisthelsetjenesten forventet ikke rapport fra kommunefysioterapeutene om pasientens funksjon i hjemmet som de kunne tatt med seg til spesialisthelsetjenesten (Giltvedt et al., 2012; Normann et al., 2014).

4.2.2.3 Det er lite dialog mellom kommunen og sykehuset

Fysioterapeuter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten ønsket gjensidighet i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale fysioterapeutene. De uttrykte at gjensidighet var viktig for å få iverksatt begge perspektiver i det pasientsentrerte samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Lie, 2016; Normann et al., 2014; Odsbu, 2012). Det var i stor grad kommunefysioterapeutene som tok initiativ til å søke om bistand i komplekse og sammensatte problemstillinger, selv om initiativet også kunne komme fra spesialisthelsetjenesten for eksempel etter et treningsopphold (Dragland, 2012). Fra spesialisthelsetjenesten var det ønsket at informasjon om gjennomført fysioterapibehandling ble medsendt når pasienter kom til planlagte innleggelser eller konsultasjoner (Odsbu, 2012). Lie fant at dialog mellom fysioterapeutene på tvers av helsetjenestenivå gjør at begge partene kan være premissleverandører for innholdet i det faglige påfyllet som skjer under samtalen (Lie, 2016). Dragland føyer til dette inntrykket ved å vise til at gjensidig kommunikasjon er avgjørende for å innlemme begge kunnskap til beste for pasienten (Dragland, 2012).

I studien til Lie (2016) hadde fysioterapeutene tilsynelatende primært enveis kommunikasjon fra spesialisthelsetjenesten ut til kommunefysioterapeutene gjennom epikriser og video, og i noen tilfeller ble spesialisthelsetjenesten benyttet mest som "opplysningstjeneste" (Lie, 2016). Spesialisthelsetjenesten ble også benyttet som eksterne veiledere og til bistand for å se rehabiliteringsprosessen i et overordnet perspektiv, samt for å bidra til å finne retningen i tilbudet til pasienter med sammensatte og langvarige rehabiliteringssaker (Dragland, 2012; Odsbu, 2012).

Noen kommunefysioterapeuter hadde forventninger om å bli tilført masse kunnskap samt å bli fortalt hva de skulle gjøre videre i behandlingen. Erfaringen de ga uttrykk for, var imidlertid at det ikke alltid er lett å overføre kunnskap til praksis (Dragland, 2012). En passiv rolle fra kommunefysioterapeutene i samhandlingen legger premisser for hva en kan forvente seg å få tilbake fra spesialisthelsetjenesten, og Lie (2016) undrer om slik samhandling oppfyller myndighetenes krav til gjensidighet rundt kunnskapsoverføringer og informasjonsutveksling mellom helsenivå (Lie, 2016). I samhandling rundt lymfødempasienter ble det stilt spørsmål om kommunefysioterapeutene hadde vært flinke nok til å be om mer informasjon når kunnskapen ikke er så lett tilgjengelig, og om det til tross for gode intensjoner ble satt av for lite tid til faglig oppdatering (Høvik, 2017).

Så egentlig er det kanskje vi som er litt sløv og med å etterspørre enda mer informasjon selv, enn vi har gjort. Men det er det at hverdagen tar deg, vet du, så du får jo liksom ikke tida. (Høvik, 2017)

Dragland (2012) presenterte at fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten på sin side ofte hadde tilegnet seg kunnskap om lokale forhold. Dette gjorde at de kunne bruke sin kompetanse hensiktsmessig og bidra til å finne tilpassede løsninger i samhandling med brukeren og kommunen (Dragland, 2012).

Lie fant at fysioterapeutens rolle i rammene for samhandling, og hvordan den enkelte ser på egen rolle, har betydning for informasjonsflyt som skal bidra til å ivareta pasienthensyn. Videre skriver han at kommunefysioterapeutenes deltakelse i, eller kanskje helst ansvar for henvisning til spesialisthelsetjenesten, setter en god ramme for videre samhandling med spesialisthelsetjenesten da kommunefysioterapeuten blir en mer aktiv part gjennom slik deltakelse (Lie, 2016).

4.2.3 Verdier og personlige egenskaper for trygge relasjoner i samhandling

Resultatene fra primærstudiene fremstiller likeverd, anerkjennelse, respekt og tilgjengelighet som verdier og personlige egenskaper som skaper trygge relasjoner i samhandling (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann et al., 2014; Odsbu, 2012).

Samarbeid blir påvirket av personkjemi og relasjoner (Odsbu, 2012). I studien til Odsbu (2012) gir fysioterapeutene uttrykk for at det er en likeverdig, aktiv og positiv innstilling til samhandling som fremmer samarbeid. Hver enkelt må starte med seg selv, sine prioriteringer

og holdninger for å få til samarbeidet (Odsbu, 2012). Kommunefysioterapeutene mente at spesialisthelsetjenesten må være bevisst sin rolle og ydmyke til at situasjonen ofte er annerledes i hjemmemiljøet enn på sykehus (Dragland, 2012). Flere av fysioterapeutene ønsket at man i større grad går inn i dialog og samarbeid med en spørrende, nysgjerrig og undrende væremåte (Giltvedt et al., 2012), og spørsmålene må ha utgangspunkt i ønske om å bringe saken videre (Dragland, 2012).

Det handler jo om hvordan en spør. Hvis du spør av/med nysgjerrighet og med ønske om at den andre skal få lov til å komme med noe, så får du jo lettere et svar, enn hvis du spør på en lukket måte, eller negativ måte. (Dragland, 2012)

Både fysioterapeuter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten ga uttrykk for at den fysioterapifaglige kunnskapen man innehar i hver sektor anses som forskjellig, men likeverdig (Giltvedt et al., 2012). Likevel kommer det frem en tvetydighet om likeverd mellom kunnskapstypene. En kommunefysioterapeut sa at noe av det verste en fysioterapeut kan forestille seg er at noen kommer utenfra og gir leksjoner i hvordan jobben skal gjøres (Dragland, 2012). Fysioterapeuter fra begge sider av tjenesten slo fast at fagkunnskapen i kommune – og spesialisthelsetjenesten er likeverdig (Giltvedt et al., 2012). Noen fysioterapeuter ga likevel uttrykk for at de opplevde at kunnskapen fra spesialisthelsetjenesten ble tillagt mer gyldighet enn kunnskapen fra kommunehelsetjenesten, og dermed ble mer avgjørende når beslutninger om spesialisert medisinsk behandling skulle tas (Giltvedt et al., 2012). En fysioterapeut uttrykte behov for bevissthet rundt anerkjennelse av begge kunnskap:

Det er viktig at kunnskapen ikke blir rangert. På 2.linjen har man større medisinsk kunnskap. Det er viktig at det ikke stiger over den praktiske kunnskapen man har i 1. linjen. – Det er veldig likestilt. Begge deler er veldig viktig kunnskap (...) Annen kunnskap ikke mer (Giltvedt et al., 2012)

4.2.3.1 Anerkjennelse, trygghet og respekt

Verdigrunnlaget for samhandling synes å være nokså entydig i primærstudiene som denne syntesen utspringer fra. De fleste studiene trekker frem at anerkjennelse, trygghet og respekt fremstår som vesentlig for god kommunikasjon og samhandling (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Normann et al., 2014).

Trygghet hos fysioterapeutene fremstår som viktig for pasienttilbudet. Høvik (2017) beskriver at krevende diagnoser som kan innebære tap av liv eller behandlinger som oppleves som ukjent, kan gjøre at fysioterapeuter vegrer seg for å tilby behandling (Høvik, 2017). Et annet eksempel er kommunefysioterapeuter som fikk veiledning i forhold til MS-pasienter som beskrev at fysioterapeutene var usikre og hadde behov for umiddelbart å få øve på teknikkene som fysioterapeuten fra spesialisthelsetjenesten brukte (Normann et al., 2014). Dette gjaldt spesielt de mindre erfarne kommunefysioterapeutene. Fysioterapeuter som føler seg faglig alene i kommunen blir tryggere gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten både i fysioterapifaglige spørsmål og i mer overordnede organisatoriske sammenhenger (Dragland, 2012).

Resultatene viser at det er betydningsfullt for samhandling at en oppnår trygghet i relasjonen mellom de som skal samhandle (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Normann et al., 2014). Videre beskriver resultatene at veiledning med fysisk tilstedeværelse skaper trygghet (Dragland, 2012; Høvik, 2017). Draglands studie (2012) fant at trygghet gir bedre utgangspunkt for å bruke egne ressurser og kan derfor tenkes å redusere behovet for hjelp utenfra på sikt. Resultatene fra de inkluderte primærstudiene peker på at kommunefysioterapeuter oftere enn sine kolleger i spesialisthelsetjenesten er usikre på problemstillinger de kan møte på i jobben sin og det er bakgrunnen for å søke veiledning i spesialisthelsetjenesten (Dragland, 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann et al., 2014).

Dragland (2012) betegner gjensidig respekt som avgjørende for å kunne samarbeide og utnytte hverandres kompetanse til brukerens beste. For noen kommunefysioterapeuter fungerte fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten som en forsterkning av den kommunale kompetansen, uten at de overtok ansvaret for oppfølgingen. Fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten kunne stille kritiske spørsmål til hva og hvordan ting ble gjort lokalt, men det måtte gjøres på en måte som ikke fratok kommunen ansvar og eierskap for problemene (Dragland, 2012). Kommunefysioterapeutene på sin side hadde behov for anerkjennelse av det de gjorde i sin behandling på kommunalt nivå (Lie, 2016). Resultater fra Dragland (2012) viser at forslag til korrigeringer eller bekreftelse på at en er på riktig vei fra spesialisthelsetjenesten, kunne være positivt for både pasienten og fagfolkene i kommunen (Dragland, 2012).

4.2.3.2 Aktiv og positiv innstilling

Mange av samhandlingsfaktorene som beskrives i primærstudiene stiller store krav til den enkeltes evne til å omgås mennesker og skape dialog. Egenskaper som empati, engasjement og sosial kompetanse fremlegges som sentrale kvaliteter som er nødvendig hos fysioterapeuter (Giltvedt et al., 2012). Kommunefysioterapeuter ønsker at fagfolkene fra spesialisthelsetjenesten skal være omsorgsfulle, men ikke for forsiktige. De må være konkrete, direkte og målrettede på pasientens vegne (Dragland, 2012). Informantene uttrykker at høy faglig interesse hos fysioterapeutene spiller en rolle for at vedkommende prioriterer å benytte seg av samhandling for videre faglig utvikling (Lie, 2016). Kommunefysioterapeuter forventer at spesialisthelsetjenesten har god fagkompetanse og bred erfaring for å bli sett på som en ressurs. De bør også ha evne til å se ut over det profesjonsspesifikke for å bevege seg i et arbeidsfelt der oppgavene ikke er klart definert (Dragland, 2012).

Barnefysioterapeuter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten sier at man i større grad bør gå inn i dialog og samarbeid med en spørrende, nysgjerrig og undrende væremåte (Giltvedt et al., 2012). Lie (2016) påpeker at det har betydning hvordan fysioterapeutene ser på sitt eget ansvar i samhandlingen med de ulike helseaktørene for å legge til rette for best mulig pasientoppfølging, og tilgjengelighet er en nøkkelfaktor. Dragland (2012) beskriver at når fysioterapeutene besvarer henvendelser og diskuterer problemstillinger uten formell henvisning, viser de tilgjengelighet i praksis. Lie (2016) vektlegger egenskapen til å reflektere over egen rolle, om man bidrar eller mottar i en samhandlingsprosess, for å utvikle fysioterapeuten på flere plan.

Fysioterapeutene som var del av faste nettverksmøter mellom sykehus og kommunehelsetjenesten understreket at kommunikasjonen var blitt bedre etter at de var blitt kjent gjennom nettverksmøtene (Odsbu, 2012). De opplevde synergi av møtene også mellom terapeuter som ikke deltok på nettverksmøtene, men som var kjent med møteplassene. Fysioterapeuter i kommunen som kun hadde telefonkontakt med fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten opplevde å bli møtt av hyggelige og imøtekommende fysioterapeuter når de tok kontakt (Odsbu, 2012). Det ble også trukket frem at erfaring fra å jobbe med noen gjør det lettere å ta kontakt neste gang en trenger hjelp eller støtte. Spesielt når en har opplevd at vedkommende holder det de lover og er etterrettelige (Dragland, 2012).

4.3 Tredjeordens analyse

Resultatene fra andreordens analyse la grunnlag for tredjeorden analyse. Med bakgrunn i kontrasyntese som beskrevet av Malterud med flere, rettet jeg fokus mot tilsynelatende motsatte funn avdekket i andreordens analysen for å ta videre inn i tredjeordens analyse (Malterud, 2017a; Malterud & Ulriksen, 2011). Som presentert i kapittel 3.5 innebærer tredjeordens analyse å gjennomgå disse tilsynelatende motstridende funn og sette ord på mine fortolkninger av syntesen. Syntesen ledet oppmerksomheten min mot forhold rundt konteksten som samhandlingen foregikk i, hvordan fysioterapeutene kommuniserte, samt hvilken innvirkning fysioterapeutens relasjonskompetanse og rolleforståelse hadde på samhandlingen.

4.3.1 Samhandling, kommunikasjon og kontekst

Resultatene avdekker at kommunikasjonsform bør velges ut fra målet med samhandlingen. Det er viktig å være bevisst hvilke muligheter og begrensninger de forskjellige kommunikasjonsformene fører med seg. I noen situasjoner er skriftlig informasjon, et videoopptak eller en telefonsamtale tilstrekkelig. Kunnskap om og bevissthet rundt hvilke situasjoner en velger det ene fremfor det andre, kan bidra til større effektivitet i samhandlingen og tid til overs som kan nyttes til andre formål.

For eksempel viser syntesen at skriftlig kommunikasjon egner seg godt når målet er å overføre informasjon fra én part til en annen. Videoopptak egner seg bedre enn skriftlig form for å gi en grundig gjennomgang av tiltak da en får synliggjort intervensjoner med lyd og bilde. Likevel fører videokommunikasjon med seg utfordringer i form av manglende mulighet til å overføre frekvens og intensitet, og i noen tilfeller å kunne gjennomføre foreslåtte tiltak med like mange fagpersoner til stede som vist på video. Skriftlig kommunikasjon og videoopptak stenger til en viss grad for umiddelbar respons og vil i mange tilfeller føre til at det som formidles blir stående uimotsagt. På grunn av kommunikasjonens mangel på toveis bidrag, kan det diskuteres hvorvidt slik kommunikasjon kan betraktes som «samhandling». De kan nok heller ansees som en *del* av samhandlingen.

Dialogbasert kommunikasjon fremstår som kommunikasjonsformen som best fremmer samhandling. Ifølge informantene i denne studien, er dialog lettest å få til når de som samhandler er fysisk til stede på samme lokasjon. Fysioterapeutene var i stor grad enige om at fysisk tilstedeværelse gir best utgangspunkt for å bli kjent, for å lære av hverandre og for å overføre kunnskap fra en fysioterapeut til en annen. En annen positiv effekt av å møtes fysisk

og bli kjent, var at terskelen for å ta kontakt ble lavere og kunnskap om hverandres tjeneste økte. Det kom imidlertid også frem at mulighet for telefonsamtale gjorde terskelen lavere for å ta kontakt for å diskutere problemstillinger. Utfordringen med telefonkommunikasjon var knyttet til mangel på tilgjengelighet – at det kunne være vanskelig å få tak i rett terapeut til rett tid.

Når samhandlingen omtalt i primærstudiene innebar veiledning, fremsto fysiske møter også som den foretrukne kontekst å samhandle i. Veiledning med fysisk tilstedeværelse som beskrevet i primærstudiene ble avtalt på bakgrunn av at kommunefysioterapeutene søkte hjelp og kunnskap fra spesialisthelsetjenesten til pasienter med spesielle diagnoser (Dragland, 2012; Giltvedt et al., 2012; Høvik, 2017; Lie, 2016; Normann et al., 2014). I de fysiske veiledningssituasjonene fikk kommunefysioterapeutene mulighet til å øve og observere fysioterapeuter fra spesialisthelsetjenesten i behandling, øve på praktiske teknikker samt diskutere problemstillinger med pasienten til stede. Kommunefysioterapeutene rapporterte at dette var en nyttig kontekst å tilegne seg kunnskap for å tilby best mulig behandling til pasientene på hjemstedet. På den andre siden bidro samhandling ut fra kunnskapsbehov hos kommunefysioterapeutene til en viss grad til en rollefordeling der kunnskapen til fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten ble oppfattet å være overordnet den til kommunefysioterapeutene. Kommunefysioterapeutene ble en mer passiv part i samhandlingen og gjensidigheten mellom sektorene uteble. I denne konteksten uttrykte også mindre erfarne kommunefysioterapeuter usikkerhet i utøvelse av teknikker som var nye for de, og valgte å heller øve på egenhånd etter veiledningen enn å prøve seg frem med kollega fra spesialisthelsetjenesten til stede.

Én av studiene viste at faste fysiske møter, organisert fra overordnet nivå, synes å ha bedre forutsetninger for å bidra til god samhandling enn individuelt avtalte veiledningssituasjoner (Odsbu, 2012). Mens den fysiske veiledningen i de inkluderte primærstudiene vanligvis ble avtalt direkte mellom fysioterapeutene, ble de faste fysiske nettverksmøtene organisert av fysioterapiledere i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Syntesen peker mot at de faste møtene la til rette for gjensidighet og likeverdige bidrag inn i samhandlingen i større grad enn veiledning med bakgrunn i et kunnskapsbehov fra den ene parten.

Selv om samhandling i fysiske møter øker mulighetene for gjensidighet, må både kommunefysioterapeuter og fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten ta aktivt ansvar for gjensidighet i samhandling for å oppnå flyt. Fysioterapeutene formidler at når informasjonen

ikke flyter, så fungerer ikke samhandlingen. Resultatet blir at informasjon ikke sendes eller når frem, og en konsekvens kan være dårligere pasienttilbud. Syntesen av resultatene fra primærstudiene viser at tross uttrykt ønske og vilje fra fysioterapeuter i begge sektorer, er det lite dialog mellom dem utenom fastsatte møter. Fysioterapeuter fra begge sektorer tar kontakt og bidrar med informasjon når det kreves, men i hovedsak gjøres kommunikasjonen i en enveis form og kontekst av at den ene parten har uttrykt behov for enten å gi fra seg, eller å motta noen form for informasjon. Fysioterapeutene fremstår derfor som avventende både til å etterspørre kunnskap og å være frempå og tilby egen kunnskap eller kompetanse til samhandlende fagpersoner. Det synes videre som at hvilken sektor en tilhører sier noe om en har behov for å bli en mer aktiv part i å etterspørre kunnskap (kommunehelsetjenesten) eller å være på tilbudssiden før ens egen kunnskap blir etterspurt (spesialisthelsetjenesten). Kommunefysioterapeutene kan altså profitere på å dele mer av egen kunnskap, mens fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten må bevisstgjøres at de bidrar til å opprettholde en ubalanse i gjensidighetsforholdet gjennom å sjelden etterspørre kunnskap fra kommunefysioterapeutene.

4.3.2 Personlige egenskaper, kompetanse og samhandling

Fysisk tilstedeværelse og god relasjon gjør at fysioterapeutene har bedre forutsetninger for å bli kjent og samhandle på en god måte. Gjennom syntesen av resultatene kom det frem betydelige forventninger til fysioterapeuters personlige egenskaper og relasjonelle evner i møte med samhandlende fysioterapikolleger. Basert på syntesen skal fysioterapeuter helst være empatiske, engasjerte og omsorgsfulle med god sosial kompetanse. Samtidig skal de ikke være for forsiktige, men konkrete, direkte og målrettede på pasientenes vegne. Det vektlegges at fysioterapeuter i samhandling bør være hyggelige og imøtekommende fordi det skaper trygghet å bli møtt på en god måte. Gjennom å være spørrende, åpne og inkluderende skapes gode opplevelser med både personer og samhandlingen, og gjør det lettere for fysioterapeuter å ta kontakt ved senere samhandlingsbehov.

I flere studier fremstod fysioterapeutene som avventende i å etterspørre andres- eller tilby ut sin egen kunnskap. En årsak til dette kan ha vært respekt for å trække på noen andres autonomi. Syntesen antyder at det er viktig å ivareta fysioterapeutenes autonomi i samhandlingssituasjoner for å opprettholde likeverd. Kommunefysioterapeuter som søker veiledning i spesialisthelsetjenesten, ønsker ikke at noen bare skal komme inn og fortelle de hvordan de skal utføre jobben sin (Dragland, 2012). Samtidig gis et unisont inntrykk av at

kommunefysioterapeuter verdsetter at fysioterapeutene fra spesialisthelsetjenestens bidrar. Gjensidig respekt for hverandres kunnskap og arbeidsområder, gir utgangspunkt for en god relasjon mellom fysioterapeuter som skal samhandle. Det fremstår fra syntesen av funnene at samhandling krever bevissthet fra begge parter rundt gjensidig utveksling av kunnskap og likeverdig behandling av hverandres kompetanse selv om denne er forskjellig.

I tillegg til å inneha og utvise visse personlige egenskaper, forventes det at fysioterapeuter i samhandling er fleksible og kunnskapsrike nok til å kunne tilpasse seg raskt i et arbeidsfelt der oppgavene ikke er klart definert.

Det fremstår viktig å ha god rolleforståelse og evne til å tilpasse sin rolle til ulike situasjoner og samhandlende parter. Ved å gjenkjenne andres rolle og være bevisst sin egen, kan en skape gode relasjoner tross ulike utgangspunkt. Kunnskap om sammenheng mellom roller, relasjon og samhandling synes å være nyttig å tilegne seg.

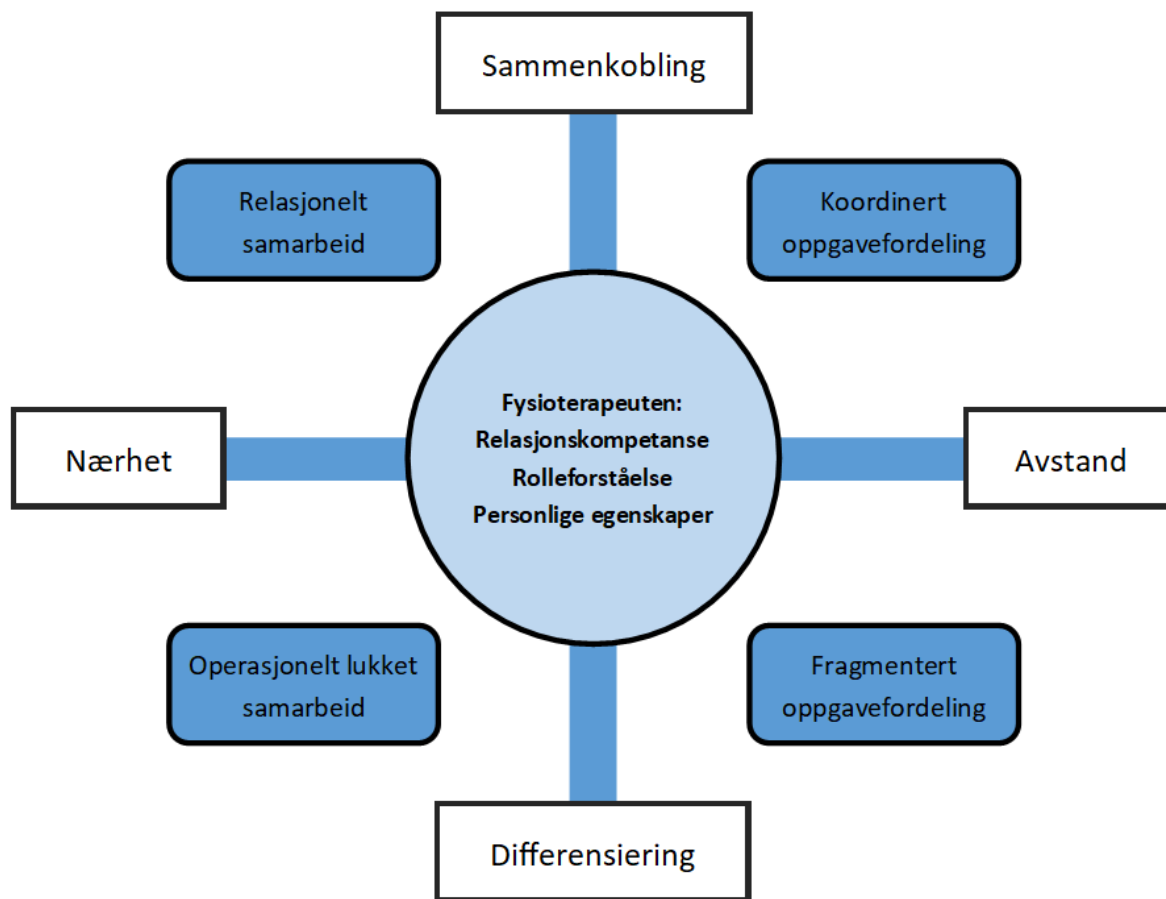
5 Drøfting

Målet med denne studien har vært å undersøke hva som er betydningsfullt for å fremme god samhandling mellom fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. En analyse og syntese er gjort på bakgrunn av resultater fra seks kvalitative primærstudier. Studiene som syntesen baserer seg på er utført i forskjellige fagmiljøer, med ulik fordeling av representanter fra sektorene og med ulike former for samhandling. Målet har vært å finne fellesnevnerne på tross av ulike kontekster som samlet gir nye funn. I dette kapitlet drøftes funnene fra tredjeordens analyse i lys av relevant teori for å svare på forskningsspørsmålet. På bakgrunn av drøftingen gis implikasjoner for praksis. Til sist i kapitlet drøftes metodologiske utfordringer.

Resultatene fra tredjeordens analyse viser at intraprofesjonell, tverrsektoriell samhandling for fysioterapeuter påvirkes av flere faktorer. Organisatoriske faktorer har blitt vektlagt i liten grad i primærstudiene, og søkelyset i denne oppgaven har derfor i hovedsak dreid mot interpersonlige forhold i samhandlingen. Syntesen peker mot at det er viktig å ha fysisk tilstedeværelse i samhandling. Videre synes det viktig at begge parter bidrar aktivt inn i samhandlingen med egen kompetanse. Et annet sentralt funn er at samhandlingen fremmes ytterligere av at terapeutene har et bevisst forhold til sine roller inn i samhandlingen slik at de kan tilpasses ulike situasjoner og samhandlende parter. For å mestre en slik fleksibilitet kan en få god hjelp av sosial intelligens og relasjonskompetanse. Den videre drøftingen vil vise hvordan fysioterapeutene kan påvirke samhandling, blant annet gjennom utøvelse av relasjonskompetanse og rolleforståelse.

5.1 Fysioterapeutens påvirkningsmulighet i samhandling

I lys av Viks (2018) typologi over samhandlingsformer (figur 1) som ble presentert i kapittel 2.2.1, ønsker jeg i dette kapitlet å drøfte individets, i denne studien fysioterapeutens, mulighet til å påvirke samhandlingen gjennom personlige egenskaper, relasjonskompetanse og rolleforståelse. For å visualisere fysioterapeutens plass i samhandlingen, har jeg fremstilt en figur som jeg vil benytte som utgangspunkt for drøftingen:



Figur 3: Viks (2018) typologi over samhandlingsformer med fysioterapeuten i midten

Figuren tar sikte på å illustrere fysioterapeutens mulighet til å påvirke både de horisontale og vertikale dimensjonene som legger an til oppdelingen av samhandlingsformene. Jeg vil altså vise at relasjonskompetanse og rolleforståelse kan bidra til økt samhandling. Personlige egenskaper har fått plass i figuren på grunn av at egenskaper som for eksempel empati, engasjement, omsorg og god sosial kompetanse kan, som vist av Spurkeland (2020), legge an til å lettere bygge relasjoner for de som innehar slike evner enn de som ikke har det i like stor grad. Relasjonskompetanse og rolleforståelse inngår i utdanningen av helsepersonell, og personlige egenskaper er derfor ikke den avgjørende faktor for om noen får – eller har denne kompetansen. Det interessante er ifølge Spurkeland (2020) om kunnskapen kan omsettes til handling og atferd.

I neste underkapittel drøfter jeg dimensjonen nærhet – avstand og betydningen av denne for samhandlingen.

5.1.1 Nærhet – avstand

Som vist i Viks (2018) typologi over samhandlingsformer, er det nærhetsdimensjonen som deler samhandlingen inn i enten «oppgavefordeling» eller «samarbeid». Det som Vik beskriver som idealformen for samhandling, «relasjonelt samarbeid», involverer dimensjonen av både nærhet og sammenkobling (Vik, 2018). Fysioterapeutens påvirkningskraft i denne samhandlingsdimensjonen ligger i muligheten for å tilrettelegge for- og tilstrebe fysisk tilstedeværelse og god relasjon i samhandlingen. Som tidligere nevnt, betraktes samhandling som en samlebetegnelse for handlinger som gjøres for å «virkeliggjøre ansvar» (Orvik, 2015). Syntesen i min studie viser at slike «handling», for eksempel veiledning og samtaler, bør gjøres mens en er sammen med andre. Jeg vil videre drøfte hvorfor fysisk tilstedeværelse er med på å fremme samhandling og hvordan fysioterapeutene kan bidra til at samhandlingen skjer i fysisk tilstedeværelse. Drøftingen samles rundt tre prespektiver:

For det første viser resultatene at fysisk tilstedeværelse er det beste utgangspunktet for overføring av praktisk kunnskap. Tidligere forskning har avdekket at manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse og fravær av felles kunnskapsgrunnlag og virkelighetsoppfattelse mellom sykepleiere er et hinder for samhandling (Vik, 2018). Informantene i primærstudiene til min studie understreket at fordi fysioterapi er et praktisk yrke, kan ikke kunnskapen formidles kun gjennom skriftlig informasjon. Fysioterapikunnskap er, som presentert tidligere, teoretisk kunnskap sammenkoblet med praktiske ferdigheter (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Siden det er gjennom praksis at fysioterapeuten tilegner seg erfaringer, ferdigheter og fortrolighet med omstendighetene, synes det vanskelig å overføre slik kunnskap uten fysisk tilstedeværelse. Den sammensatte fysioterapikunnskapen overføres og læres best gjennom interaksjon der teoretisk og praktisk kunnskap kombineres og formidles gjennom muntlige drøftinger, tilstedeværende observasjoner og praktiske øvinger.

Syntesen i min studie viser videre at det er viktig å møtes for å få mulighet til å øve og bli fortrolig med komplekse problemstillinger. Dette funnet støttes av Nordtvedt og Grimen (2004) som bekrefter at praktisk kunnskap læres best gjennom førstehånds erfaring, ved at en er fysisk til stede og opplever selv. Teorien stemmer også godt overens med fysioterapeutenes egne beskrivelser av at kunnskapsdeling skjer gjennom å møtes og observere hva den andre gjør. Den fenomenologiske holdningen om at vi i kroppslig kommunikasjon søker å forstå vesener som selv forstår og er meningsbærende og meningsskapende via sin kropp og praksis,

hjelper oss også å forstå hvorfor fysisk nærhet er viktig i overføring av praktisk kunnskap. Erfaringene gjøres både i og gjennom kroppen (Thornquist, 2009). På bakgrunn av funnene bør fysioterapeuter ta initiativ til at en møtes med fysisk tilstedeværelse når praktisk kunnskap skal læres eller overføres.

For det andre tilrettelegger fysiske møter for kommunikasjon med rom for dialog og interaksjon der deltakerne bygger på hverandres bidrag. Tidligere studier har pekt på mangelfull informasjonsoverføring som en utfordring i samhandling (Schibeveag, 2014). Syntesen i min studie viser at fysioterapeuter bør ha et bevisst forhold til valg av kommunikasjonsform ut fra hensikt med samhandlingen. Hvis behovet er å formidle informasjon, sende en epikrise eller vise konkrete behandlingsteknikker, kan det være hensiktsmessig å velge en senderorientert kommunikasjon som innebærer overføring av informasjon fra én part til en annen. Som Draglands studie (2012) viser, så kan en telefonsamtale være tilstrekkelig når tiden er knapp og en kun har behov for raske avklaringer. Thornquist (2009) beskriver at slike beskjeder er mer eller mindre uavhengig av tid, sted og sammenheng, og overføringen kan derfor betraktes som en mekanisk hendelse. Relasjon og fysisk nærhet synes å ha mindre betydning i slike overføringer.

Det er imidlertid viktig å være klar over at siden skrevne tekster som oftest ikke er beregnet på å besvares, kan det bli en utfordring at de nesten alltid blir stående uimotsagt (Thornquist, 2009). Telefonsamtaler gir mulighet for dialog, men da med begrenset interaksjon på grunn av mangel på fysisk tilstedeværelse. Samhandling som krever dialog, bør derfor tilstrebes å gjøres med fysisk nærvær. Gjennom dialog, eller systemisk kommunikasjon, pågår en kontinuerlig interaksjon mellom partene der *hva* en snakker om og *hvordan* en snakker tilpasses ut fra forholdet til den andre part og forventninger til deres forståelse (Jensen et al., 2019; Thornquist, 2009). Dialog gir derfor større mulighet for å ta andres perspektiv og øke forståelsen, og kroppslig tilstedeværelse åpner i tillegg for en ekstra kommunikasjonsdimensjon der en involverer egen og andres kroppslige perspektiv (Thornquist, 2009).

For det tredje åpner fysiske møter for å oppnå likeverdig deltakelse for de som samhandler i større grad enn samhandlingsaktiviteter på avstand. Informantene i de inkluderte primærstudiene trakk spesielt frem mulighet for å utveksle erfaringer, ta felles beslutninger og å være til stede og observere under behandlingssituasjoner som givende i de fysiske møtene. De var opptatt av at kunnskapen skulle betraktes som likeverdig og at begge parter måtte

bidra inn i samhandlingen. Tidligere studier har pekt på manglende gjensidighet som et problem (Schibeveag, 2014; Vik, 2018). I Viks (2018) betegnelse av den ideelle samhandlingsformen «relasjonelt samarbeid» vektlegges møteplasser, kommunikasjon og forhandlinger som lar partenes forståelsesrammer komme i kontakt med hverandre. Fysisk nærhet bidrar altså med å tilrettelegge for at partene kan oppnå konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen og bidrar derfor til å utvikle gjensidighetskunnskap og relasjon mellom de som samhandler (Vik, 2018).

Til slutt i dette delkapittelet vil jeg trekke frem betydningen av å møtes fysisk for å bli kjent og bygge relasjoner. Dette har ikke vært spesielt belyst i tidligere fysioterapifaglig forskning som denne studien viser til, men syntesen i min studie viser at fysioterapeuter har lettere for å ta kontakt med noen de kjenner og har et godt inntrykk av. Dette tyder på, som figur 3 illustrerer, at fysioterapeuter kan påvirke nærhetsdimensjonen gjennom å ta initiativ til fysiske møter eller annen samhandling som øker grad av nærhet. På samme måte kan de bidra til å øke avstand gjennom å være avventende eller passive i samhandlingen. Hvorvidt de velger å gjøre det ene eller det andre, påvirkes av relasjon, rolleforståelse og personlige egenskaper, som jeg kommer nærmere inn på i neste delkapittel.

5.1.2 Sammenkobling – differensiering

Til tross for at vi kan fastslå at det er betydningsfullt å møtes fysisk, viser resultatene i denne studien at god samhandling krever mer enn å bli plassert på samme sted til samme tid. Dette delkapittelet går nærmere inn på betydning av relasjonskompetanse og rolleforståelse med utgangspunkt i Viks (2018) typologi over samhandlingsformer (se figur 1). Min illustrasjon over fysioterapeutens mulighet til å påvirke dimensjonen sammenkobling – differensiering gjennom å bruke sin relasjonskompetanse, rolleforståelse og personlige egenskaper er illustrert i figur 3.

Syntesen i min studie viser at god samhandling i hovedsak skapes av god kommunikasjon og gode relasjoner. Som beskrevet av Orvik (2015), er relasjonsbygging både en forutsetning for- og en mulig sideeffekt av samhandling. For at fysioterapeuter skal ha mulighet til å påvirke samhandlingen til å være mer sammenkoblet, må de ha relasjonskompetanse og rolleforståelse. Jeg vil videre i dette underkapittelet drøfte *hvorfor* det er viktig for fysioterapeuter å utvikle relasjonskompetanse og rolleforståelse for å være gode samhandlere.

Slik jeg tolker Viks (2018) typologi, handler dimensjonen sammenkobling – differensiering om grad av relasjon i samhandlingen. Betydningen av relasjon i samhandling har blitt løftet frem i flere miljøer de siste årene og relasjonskompetanse kommer mer og mer inn i utdanning av helsepersonell (Spurkeland, 2020). Som tidligere nevnt sier Spurkeland (2020) at relasjonsbygging er det som gjør at vi får kontakt med hverandre og kan samhandle. Tidligere forskning viser at relasjonsbygging, kommunikasjon og samhandling er sentrale deler av (psykomotoriske) fysioterapeuters fagutøvelse og samhandling (Hapalathi, 2020). Syntesen i min studie har løftet frem personlige egenskaper som empati, engasjement og sosial kompetanse som viktig for å omgås andre mennesker, skape dialog og bygge relasjoner. Som presentert tidligere, betegnes slike egenskaper av Spurkeland (2020) som sosial intelligens; en evne eller et talent til å forstå intensjoner, motiver og ønsker hos andre mennesker. Han understreker imidlertid at mennesker som innehar slik evne har ingen garanti for at relasjoner bygges, da evnene bare *legger an* til at relasjoner bygges og at de kommer hurtigere på sporet (Spurkeland, 2020).

Informantene i primærstudiene til min studie ga uttrykk for at samhandlende fysioterapeuter burde være imøtekommende og hyggelige i møte med andre fysioterapeuter. Dette støttes av Spurkeland (2020) som peker på menneskeinteresse som sentral inngangsport til relasjonskompetanse. Han løfter videre frem tillit som bærebjelken i alle relasjoner. Eide og Eide (2017) sier også at trygghet og tillit er grunnleggende i mellommenneskelige relasjoner og gjør for eksempel at vi kan stole på andres kompetanse for å redusere kompleksitet. Gjensidig tillit fremmes i tillegg av Endresen (2014) som sentral i beholdningen av sosial kapital. Han peker på at tillit, lojalitet og relasjoner mellom medarbeidere som sosial kapital, har resultert i vellykkede omstillinger for virksomheter. Når fysioterapeuter samhandler til det beste for pasienten, er det et godt eksempel på det Endresen beskriver om begrepet sosial kapital i samhandlingssammenheng; «*en kollektiv handling som er til det beste for et fellesskap*» (Endresen, 2014).

I denne studien viser syntesen av resultatene at fysioterapeuter bør ha evner til å skape trygge relasjoner fordi det fremmer samhandling og kan gjøre at behovet for hjelp utenfra reduseres på sikt. I flere av de inkluderte studiene foregikk samhandlingen gjennom veiledning nettopp for å gjøre fysioterapeutene i stand til å utføre behandling selv. Dette funnet støttes av veiledningsteori som beskriver veiledning som aktiviteter som skal gjøre de som søker hjelp bedre i stand til å klare seg selv, både i den aktuelle- og lignende situasjoner (Stålsett, 2009). Funnene peker videre mot at veiledning i utgangspunktet er en hierarkisk asymmetrisk

relasjon der én fysioterapeut betraktes som ekspert som den andre skal lære av. Likevel ble veiledning løftet frem som en positiv læringssituasjon av fysioterapeutene på grunn av god relasjon. Dette støttes av relasjonsteori der lærerens relasjonskompetanse løftes frem som avgjørende for elevers læring (Spurkeland, 2020). Stålsett (2009) trekker også frem viktigheten av relasjonen og affekt klimaet (tillit vs. utrygghet) som sentralt i veiledningen. Evne til å skape en trygg og god relasjon synes derfor å bidra til å jevne ut forskjellen mellom de som samhandler gjennom veiledning.

Et annet aspekt som er viktig å ta med i mellommenneskelige relasjoner, er betydningen av roller. Fysioterapeuter er en faggruppe som innehar flere roller. I tillegg til de rollene som henger ved oss på det personlige plan (mor, far, ektefelle, venn, etc), er fysioterapeuter fagpersoner mot pasienter, fysioterapeutkolleger, tverrfaglige samarbeidspartnere og andre som møter de i deres profesjonelle rolle. Informantene i de inkluderte primærstudiene hadde alle flere roller. De var enten kommunal fysioterapeut eller jobbet i spesialisthelsetjenesten. I tillegg var de samhandlende fysioterapeuter, de var nye eller erfarne, jobbet alene eller i team. De mindre erfarne fysioterapeutene uttrykte usikkerhet i møte med problemstillinger de var ukjente med, og i møte med mer erfarne fysioterapeuter. Som beskrevet av Goffman (1992), kan de ha opplevd seg som del av flere små «samfunn» med hver sine interaksjoner (Goffman et al., 1992).

Viktigheten av å være bevisst de ulike rollene vi besitter eller tillegges, er i hovedsak fordi det gir mulighet til å tilpasse rollene og hvorvidt vi spiller de ut i et fasadespill (frontstage) eller ekte og ufiltret (backstage). Goffman (1992) viser til at det kan være nyttig å skille mellom en posisjon vi *er* (eks. fysioterapeut) eller *har* (eks. uerfaren), og når vi er aktive i rollen samt når vi trer ut av den. Som uerfaren fysioterapeut på veiledning hos en mer erfaren fysioterapeut, vil egenskaper som passer til rollen tilfalle den som har den. Men når den samme fysioterapeuten trår ut av denne rollen og inn i rollen som trygg fysioterapeut for en kjent pasient, vil andre egenskaper tilfalle fysioterapeuten (Goffman et al., 1992). Bevissthet rundt roller vil også gjøre fysioterapeutene sensitive for de roller som inntas eller tillegges de fysioterapeuter en samhandler med. I neste omgang kan fysioterapeutene tilpasse egen innstilling og rolle til det som møter en. Resultatet av god rolleforståelse og handling tilpasset rollene, fører til mulighet for en trygg og tillitsfull relasjon.

5.2 Implikasjoner for praksis

Resultatene fra denne metasyntesen viser at det er flere virkemidler som kan bidra til å fremme tverrsektoriell samhandling mellom fysioterapeuter. Overordnet vil jeg argumentere for at relasjonskompetanse og rolleforståelse er kunnskapsfelt som det er viktig å undervise i. Sammen med innføring i samhandlingskompetanse kan slik kunnskap gi fysioterapeuten en dypere forståelse for egen påvirkningsmulighet i samhandlingssituasjoner. Gjennom å tilegne seg relasjonskompetanse kan fysioterapeuter med iboende sosiale evner lære å forvalte egenskapene for å skape relasjoner på et hensiktsmessig nivå. Samtidig vil opparbeidelse av denne kompetansen muliggjøre relasjonsbygging også for de som ikke innehar alle de personlige egenskaper som regnes som fremmede for relasjonsbygging. Positiv innstilling, faglig interesse og engasjement er blant egenskapene som fysioterapeuter bør legge vekt på å uttrykke og utvikle hos seg selv.

Når det gjelder aktive handlinger for å fremme samhandling er det gode indikasjoner på at det er behov for at flere fysioterapeuter tar ansvar for å opprette kontakt! Funnene i denne studien er tydelige på at kommunefysioterapeutene kan tjene på å være mer aktive i å søke kunnskap når de trenger det. De bør også ta initiativ til selv å bringe inn egen kompetanse rundt problemstillinger til spesialisthelsetjenesten når det samhandles rundt en pasient eller et problemområde.

Fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten kan på sin side bidra til likeverdig vektning av kunnskap gjennom å aktivt søke informasjon fra kommunefysioterapeutene om pasientens situasjon hjemme. Dette vil også bidra til at de best mulig kan tilpasse tilnærmingen når pasienten kommer til spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan de samme fysioterapeutene sørge for at det legges bedre premisser for aktiv deltakelse også fra kommunefysioterapeutene gjennom å gå inn i dialog med mer åpenhet og mål om samhandling fremfor å være en "opplysningstjeneste".

Denne studien har vektlagt partenes involvering fremfor de organisatoriske faktorer som påvirker samhandlingen. Likevel er det på sin plass å påpeke at systemer, rutiner og organisering som kan bidra til å fremme samhandling med bakgrunn i resultatene fra denne studien bør tilstrebes. For eksempel rutinemessig sending av epikriser, opprettelse av kontakt når pasienter skal inn til- eller ut av sykehuset, og avtalt kontakt en viss tid etter overføring av pasient. Slike rutiner, nedfelt i arbeidsstedets prosedyrer, øker mulighetene for partene å få til god samhandling gjennom at fysioterapeutene bevisstgjøres de forskjellige oppgavene.

Resultatene fra denne metasyntesen trekker frem viktighet av at den enkelte fysioterapeuts rolle i samhandling ivaretas og tilrettelegges for godt samarbeid. God relasjon og kommunikasjon legger grunnlag for opplevelse av trygghet i samhandlingen fysioterapeuter imellom, noe som kommer pasientene til gode (Spurkeland, 2020). Kunnskap om roller og rolleforståelse kan bidra til økt bevissthet rundt dette aspektet fra de samhandlende parter, noe som igjen muliggjør tilpasning av rollene til mest mulig likeverdige parter, avhengig av kontekst.

Til slutt i dette underkapittelet ønsker jeg å påpeke at selv om funnene i denne studien tyder på at god relasjon og fysisk tilstedeværelse fremstår som idealformen for samhandling, så gir dagens teknologiske løsninger flere nye muligheter for samhandling. Samtlige primærstudier ble gjennomført for noen år tilbake da det var mindre vanlig å benytte programmer som Teams og Zoom for å kommunisere. I dag har vi godt utviklede teknologibaserte løsninger for samarbeid som setter deltakerne i stand til å delta i læring og kompetanseutvikling på en fleksibel og deltakende måte, som videre gir muligheter til å blant annet dele erfaringer på tvers av geografisk avstand (Melby & Tjora, 2013a). En implikasjon for praksis kan derfor være å løfte mulighetene ved slike teknologiske løsninger for tverrsektoriell samhandling mellom fysioterapeuter.

5.3 Metodologiske utfordringer

Å begi seg ut på et arbeid med å gjennomføre en kvalitativ metasyntese har bydd på flere utfordringer. I følge Malterud (2017a) krever denne metoden at forskeren har erfaring med å gjennomføre og lese kvalitative studier. Som forberedelse til denne studien har jeg satt meg inn i litteratur om kvalitativ metode, samt studert flere artikler som har benyttet kvalitativ metasyntese som metode. Gjennom mange år som klinisk fysioterapeut, i videreutdanning og nå masterstudiet har jeg fått erfaring med å lese og vurdere kvalitativ forskning. Noen metodologiske brister kan likevel forekomme i denne studien på grunn av begrensede forkunnskaper og erfaringer med bruk av metoden. I tillegg har jeg jobbet mye på egenhånd og jeg ser at diskusjoner med et større antall fagpersoner rundt tema og aktuelle perspektiver kunne gitt studiens resultater enda større gyldighet.

Søkestrategien til denne studien var systematisk, målrettet og begrenset ut fra forskningsspørsmålet. Et mer omfattende søk både nasjonalt og internasjonalt ville kanskje

gitt enda flere treff, men som Larun og Malterud (2007) viser til i sin studie, tror heller ikke jeg det er mulig å skaffe fullstendig oversikt på grunn av at nøkkelord og referanser ikke alltid er adekvate i kvalitative studier. Som i andre studier med lignende design, tar jeg forbehold i at det kan dukke opp ytterligere studier med supplerende perspektiver som jeg ikke har funnet i min litteraturgjennomgang, tross systematiske søk (Larun & Malterud, 2007). Likevel mener jeg, basert på resultatene av min analyse og syntese, at denne studien har tilført tilstrekkelig metning av data for å gjennomføre en metaetnografisk prosess mot mitt forskningsspørsmål (Malterud & Ulriksen, 2011).

I vurdering av om antallet primærstudier har vært tilstrekkelig har jeg støttet meg til Malterud og Ulriksens (2011) utsagn om at antall studier er av mindre betydning for gyldigheten enn metningen av data som kreves for å tilføre tilstrekkelig fyldige beskrivelser av fenomenet. De utdyper med å si at antallet studier bør være hensiktsmessige fremfor utmattende (Malterud & Ulriksen, 2011). Min analyse baserer seg på 6 primærstudier, hvorav fire masteroppgaver, og inneholder rik empirisk data fra til sammen 53 fysioterapeuter. Sammensetningen av kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten var ikke spesifisert i alle studier, heller ikke kjønnsforskjeller var spesifisert. To av studiene hadde informanter kun fra den ene sektoren. I antallet informanter som er presentert i primærstudiene sees en lett overvekt av fysioterapeuter tilhørende kommunal sektor. Dette kan ha påvirket resultatet. Antallet studier inkludert i denne metasyntesen gjorde det overkommelig å beholde oversikten over primærstudiene gjennom hele forskningsprosessen slik at det var lett å gå tilbake i det empiriske materialet når det var behov for å justere, sjekke eller utfylle resultatteksten uten å miste konteksten fra A til Å (Malterud, 2017a).

Malterud og Ulriksen (2011) fremhever at overførbarheten til kvalitative studier blir avgjort av omfanget til den empiriske variasjonen i utvalget, gjenkjennbarheten av kontekst og fortolkning og at funnene kan nyttiggjøres utenfor studiens kontekst (Malterud & Ulriksen, 2011). Innhenting av data i de inkluderte primærstudier til min studie ble gjort gjennom kvalitative intervjuer og én av studiene kombinerte intervjuene med ikke-deltakende observasjon. Fem av studiene gjennomførte intervjuene i én til én situasjon, og én studie gjennomførte fokusgruppeintervju. Til gjengjeld inneholdt denne studien data fra flere fokusgruppeintervjuer. Den samlede empirien inneholdt både fysioterapeuters erfaringer og førstehåndsoppfatninger, men også til en viss grad observasjoner av handlinger. Primærstudiene ble gjennomført i forskjellige kontekster, på ulike steder, i ulike fagmiljøer og noen av de hadde bare representanter fra én av sektorene. Ulike utgangspunkt kan ha påvirket

resultatene og jeg har derfor forsøkt å synliggjøre det i teksten når funnene har vært spesielt knyttet til én kontekst.

Malterud og Ulriksen (2011) trekker i sin studie frem at hensikten med kvalitative studier ikke er å sette tidligere konklusjoner på prøve, men å utvide nivået av fortolkning. Empirien i de inkluderte primærstudiene til min studie var varierte, men jeg fant i stor grad like tema med datauttrekk som var tilgjengelig for oversettelse. Variasjon i empiri ga mer rikholdig data, men førte også til at jeg måtte ha større bevissthet rundt å ivareta funn fra primærstudiene fremfor data som utgangspunkt for syntesen. Under analyse- og synteseprosessen har jeg forsøkt å være tro mot primærstudienes funn og etter beste evne gjengitt disse i den kontekst de var presentert i sin første publisering. I den videre analysen og syntesen har jeg vært bevisst på at egen forforståelse og fortolkning kan ha påvirket resultatene av den samlede fortolkningen til min sekundæranalyse. Jeg har så langt det har latt seg gjøre forsøkt å styrke gyldigheten til mine resultater gjennom hyppige diskusjoner med veileder, kolleger og medstudenter for å få deres innspill og vurderinger rundt mine funn og fortolkninger. Flere perspektiver ble inkludert, men styrken i hvert perspektiv kan vurderes. Som demonstrert av Malterud og Ulriksen (2011), har jeg forsøkt å balansere ulikheter samt være åpen om egen forforståelse og fortolkning og hvordan jeg kom frem til de resultatene jeg har fått gjennom å følge en transparent analyse og synteseprosess.

6 Oppsummering og konklusjon

Denne studien tar sikte på å svare på forskningsspørsmålet: *Hva løftes frem som betydningsfullt for å fremme god samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og primærhelsetjenesten?* Siden det tidligere ikke er gjort oppsummerende forskning med dette temaet i norsk kontekst, var målet med denne studien å bidra med dokumentasjon om hva fysioterapeuter i begge sektorer erfarer som betydningsfullt, med bakgrunn i tidligere forskning. Resultater fra seks kvalitative primærstudier har vært utgangspunkt for analyse og kvalitativ metasyntese. De fortolkninger jeg har gjort i forlengelse av syntesen, er presentert i lys av teoretiske perspektiver og tidligere forskning.

Bakgrunnen for studien var mine egne praksiserfaringer der jeg har observert at samhandling kan være utfordrende tross gode intensjoner og stort fokus. Tidligere forskning bekreftet at samhandling kan være vanskelig å få til, og flere årsaker har vært kartlagt. Jeg gikk inn i masterprosjektet med åpenhet hva angår metode, og etter å ha gjort innledende søk landet jeg på at en litteraturstudie av foreliggende kunnskap var best egnet for å gi svar på forskningsspørsmålet. Analytiske spørsmål som skulle hjelpe til å svare på forskningsspørsmålet var:

- Hvilke samhandlingsformer er betydningsfulle for samhandling?
- Hvilken betydning har kommunikasjon for samhandling i de inkluderte studiene?
- Hvilken betydning har relasjon for samhandling i de inkluderte studiene?

Før oppstart var jeg usikker på hva det empiriske materialet ville vise. Med bakgrunn i funn fra de inkluderte primærstudiene og tidligere forskning, valgte jeg ganske tidlig å ha mindre søkelys på hvordan organisatoriske forhold påvirker samhandling, og heller konsentrert meg om forhold mellom partene i samhandlingen, fysioterapeutene selv.

Gyldigheten i denne studien er knyttet til beskrivelser av metoden og en transparent prosess med tydelig presentasjon av fremgangsmåte i analyse og syntese. Jeg har etter beste evne fremstilt eksempler på analyse- og synteseprosess for å gi leseren mulighet til å følge den logiske oppbygningen av oppgaven, og samtidig ha mulighet til å få øye på andre momenter enn de jeg har vektlagt. Jeg har forsøkt å presentere tydelige skiller på hvilke resultater som springer ut fra primærstudiene og hva som er mine fortolkninger ved å redegjøre for rekkefølgen i prosessen og være etterrettelig i bruk av teori og tidligere forskning. Jeg har

vurdert kvalitet og etisk ivaretagelse i de inkluderte primærstudiene og funnet de gyldige for å benyttes i min studie.

Studien har overføringsverdi til praksis gjennom beskrivelser av ulike samhandlingsformer og hvordan samhandlingen påvirkes av partene som deltar. De seks inkluderte primærstudiene var gjort i forskjellige kontekster, noe som bidro til tidvis stor variasjon i funn. Disse variasjonene har medvirket til flere konkrete eksempler på hva som fremmer og hemmer samhandling mellom fysioterapeuter. På bakgrunn av syntesen i denne studien har jeg presentert noen implikasjoner for praksis som jeg argumenterer for at har betydning for intraprofesjonell, tverrsektoriell samhandling mellom fysioterapeuter.

Jeg runder nå av med å oppsummere mine viktigste funn, dra noen konklusjoner og presentere forslag til nye forskningsperspektiver innen dette feltet.

Fysioterapeutene som har vært informanter til denne studien løfter frem fysisk tilstedeværelse, relasjonskompetanse og rolleforståelse som betydningsfullt i intraprofesjonell, tversektoriell samhandling. Studiens analyse og syntese konkluderer med at fysisk tilstedeværelse og aktive bidrag fra fysioterapeutene fra begge sektorer ikke bare er betydningsfullt, men også fremmer samhandling mellom fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Veiledning presenteres som en god samhandlingsform, så lenge likeverd og gjensidighet er ivarettatt. Ifølge informantene overføres fysioterapikunnskap best i situasjoner med fysisk tilstedeværelse der det legges an til at dialog er den primære kommunikasjonsformen. Dette støttes også av teori. Gjennom dialog åpner det for at fysioterapeuter fra begge sektorer kan bidra likeverdig i samhandlingen, øke sin forståelse for hverandres kunnskap og arbeidsområde, og lettere komme til konsensus om hvordan samhandlingen skal foregå.

En figur med utgangspunkt i Viks (2018) typologi for samhandlingsformer ble utviklet for å illustrere hvordan jeg ser for meg at fysioterapeuten kan posisjonere seg for å påvirke samhandling (figur 3). Funnene i min studie tyder på at fysioterapeutene selv i stor grad kan påvirke samhandlingen gjennom å forflytte seg på nærhet – avstandsaksen og sammenkobling – differensieringsaksen gjennom å benytte seg av- eller tilegne seg relasjonskompetanse og rolleforståelse.

Denne studiens resultater viser at gjensidighet i samhandling kan være utfordrende, men utfordringen kan møtes gjennom et bevisst forhold til roller inn i samhandlingen. En slik innstilling gjør at fysioterapeutene kan tilpasse seg ulike situasjoner og samhandlingspartnere og dermed øke gjensidigheten. For å mestre en slik fleksibilitet kan sosial intelligens bidra til at en handler klokt i mellommenneskelige relasjoner. Sosial intelligens er likevel ikke en sikker garanti for at relasjoner bygges. Dybden av relasjon som oppnås vil i stor grad ha innvirkning på hvordan samhandlingen forløper. Imidlertid er det viktig å være reflektert rundt behovet for interaksjon når en legger an til samhandling, da ikke all samhandling krever dyp relasjon.

Resultatene fra denne studien kan danne utgangspunkt for videre fagutvikling og forskning. Til tross for at vi lever i en tid med kunnskap tilgjengelig gjennom Internett og stadig flere digitale løsninger for pasienten, peker resultatene på at menneskelige faktorer fortsatt har en viktig plass i samhandling i helsevesenet. Forskning på ivaretagelse av den tause, praktiske fysioterapikunnskapen er viktig i møte med økt digitalisering, krav til effektivitet og økende tverrprofesjonell samarbeidslæring. Fagutvikling med søkelys på hvordan vi kan tilrettelegge for opparbeidelse av relasjonskompetanse og rolleforståelse hos fysioterapeuter med sikte på bedre samhandling, kan lede an til større forståelse for hverandres kunnskap og arbeidsområder og dermed større gjensidighet i samhandling.

Ny forskning kan også gi innsikt i hvordan samhandling oppleves med nye hjelpemidler tilgjengelig. Etter at primærstudiene i denne undersøkelsen ble gjennomført, har vi for eksempel vært gjennom en pandemi som har ført til en revolusjon i teknologiske løsninger for kommunikasjon på avstand. Vi trenger nye undersøkelser for å finne ut hvordan samhandling fungerer ved hjelp av økt digitalisering.

Helt til slutt vil jeg løfte frem noen siste perspektiver som jeg sitter igjen med. Kunnskap om hvilke forhold som fremmer god samhandling mellom fysioterapeuter i spesialist- og primærhelsetjenesten kan være med på å endre oppfatningen av hva samhandling *er* og hvordan fysioterapeuter velger å samhandle i gitte situasjoner. Ved å løfte frem fysioterapeutenes mulighet til å påvirke samhandling gjennom eget bidrag, kan det føre til at flere samhandlingssituasjoner oppleves som likeverdige og gjensidige, samt bidra til gode relasjoner mellom de som samhandler. Gode relasjoner og god samhandling henger tett sammen, og god samhandling kommer pasientene til gode.

Referanseliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. ed.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Critical Appraisal Skills Programme. Making sense of evidence. (2013). Retrieved from <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
- Det helsevitenskapelige fakultet - UiT Norges arktiske universitet. (2019). Studieplan Bachelor i fysioterapi. In *Ferdigheter* (pp. 12). uit.no: UiT - Norges arktiske universitet.
- Dragland, A. (2012). *Noen som vet hva de driver med, når andre ikke gjør det : kommunefysioterapeuters erfaringer fra samhandling med ambulante rehabiliteringsteam (ART)*. Universitetet i Tromsø,
- Eide, H., Eide, T., & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Endresen, A. (2014). Virksomhetens sosiale kapital - et analytisk perspektiv for å studere tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid i organisasjoner. In (pp. 251-269). Oslo: Universitetsforl.
- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. In K. Johnsen & H. O. Engvold (Eds.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (Vol. 1, pp. 15-23). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fysioterapeutforbund, N. (2022). Fysioterapikongressen 2022. Retrieved from <https://www.fysioterapikongressen.no/>
- Giltvedt, K., Sætrang, T., & Tveiten, S. (2012). Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. *Fysioterapeuten*.
- Goffman, E., Hviid Jacobsen, M., & Kristiansen, S. (2004). *Social samhandling og mikrosociologi : en tekstsamling*. København: Hans Reitzel.
- Goffman, E., Risvik, K., & Risvik, K. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg. ed.). Oslo: Pax.
- Hapalathi, L. (2020). *Psykomotoriske fysioterapeuter som kunnskapsformidlere i tverrprofesjonelt samarbeid En intervjustudie av fysioterapeuters erfaringer med å anvende psykomotorisk fysioterapi på distriktpsykiatriske senter*. UiT Norges arktiske universitet,
- Helsebiblioteket. Sjekkliste. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Høvik, G. (2017). Veiledning i lymfødembehandling. En kvalitativ studie om betydningen av veiledning i lymfødembehandling for kommunefysioterapeuter. In: UiT Norges arktiske universitet.
- Jensen, P., Ulleberg, I., & Keeping, D. (2019). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kand nr. 520, & Kand nr. 522. (2021). *Hvilke fasilitatorer og barrierer opplever barn og unge med cerebral parese i forbindelse med fysisk aktivitet? En kvalitativ metasyntese*. (Bachelor). Oslo Metropolitan University, https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2781450/Litteraturstudie_520_522_Hvilke%20fasilitatorer%20og%20barrierer%20opplever%20barn%20og%20unge%20med%20CP.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Retrieved from https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2781450/Litteraturstudie_520_522_Hvilke%20fasilitatorer%20og%20barrierer%20opplever%20barn%20og%20unge%20med%20CP.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[orer%20og%20barrierer%20opplever%20barn%20og%20unge%20med%20CP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kulseng, A. W., & Gretland, A. (2020). "Nært, men på avstand": en kvalitativ metasynthese om pasienters erfaring med fysioterapi via telerehabilitering. *"Close, but distant" - a qualitative meta synthesis on patient experience with physical therapy through tele-rehabilitation*.
- Larun, L., & Malterud, K. (2007). Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns*, 69(1), 20-28. doi:10.1016/j.pec.2007.06.008
- Lie, J. M. (2016). Samhandling krever aktiv handling. In: UiT Norges arktiske universitet.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasynthese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 6(4), 8404-8411. doi:10.3402/qhw.v6i4.8404
- Melby, L., & Tjora, A. H. (2013a). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Melby, L., & Tjora, A. H. (2013b). Samhandlingens mange ansikter. In L. Melby & A. H. Tjora (Eds.), *Samhandling for helse* (Vol. 1, pp. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Normann, B., Sørgaard, K. W., Salvesen, R., & Moe, S. (2014). Clinical Guidance of Community Physiotherapists Regarding People with MS: Professional Development and Continuity of Care. *Physiother. Res. Int*, 19(1), 25-33. doi:10.1002/pri.1557
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2015). Hva er fysioterapi - utdypet. Retrieved from <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Odsbu, A. (2012). Samarbeid i fysioterapitjenesten: Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter i 1. og 2. linjetjenesten. In.
- Lov om spesialisthelsetjeneste, LOV-1999-07-02-61 C.F.R. (2001).
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Polit, D. F. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition; International edition ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. (Dokument 3:5). Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Schibevaag, L. (2014). *Tverrfaglig samhandling. En studie av fysioterapeutens rolle i overføringer av eldre pasienter mellom spesialist og primærhelsetjenesten*. University of Stavanger, Norway,
- Schönfelder, W. (2013). Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. In A. H. o. M. Tjora, Line (Ed.), *Samhandling for helse* (Vol. 1, pp. 54-79): Gyldendal akademisk.
- Sikt, -. k. t. (2022). NSD - Norsk senter for forskningsdata. Retrieved from <https://nsd.no/>
- Sogstad, M., & Skinner, M. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Coordination of care and information*

- sharing when elderly patients move between different health and care services on the municipal level*, 6(2), 137-153. doi:10.18261/issn.2387-5984-2020-02-10
- Spurkeland, J. (2017). *Relasjonsledelse* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Spurkeland, J. (2020). *Relasjonskompetanse : resultater gjennom samhandling* (3. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- St. meld. nr. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>: Regjeringen Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- St. meld. nr. 47. (2008 - 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Tilråding fra Helse - og omsorgsdeparterementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stålsett, U. E. (2009). *Veiledning i en lærende organisasjon* ([2. utg.]. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene In J. Messel & R. Slagstad (Eds.), *Profesjonshistorier* (pp. 138 - 176). Oslo: Pax.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2022, 02.januar 2022). Erving Goffman. Retrieved from
https://snl.no/Erving_Goffman
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling - en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. doi:10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03
- Vinje, F.-E. (2006). *NOU 2006: 6*. Regjeringen.no: Regjeringen Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2006-6/id157408/sec8>

Vedlegg

1. Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Innledende vurdering

2. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

3. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

4. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

5. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

6. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

7. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

8. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

9. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

10. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

