

Tverrfaglig samhandling

En studie av fysioterapeutens rolle i overføringer av eldre pasienter mellom spesialist - og primærhelsetjenesten.



Lene Schibevaag.

Masterstudiet i Samfunnssikkerhet
Universitetet i Stavanger
2014

SAMMENDRAG

Å skape god samhandling mellom ulike aktører og nivåer er en forutsetning for trygge tjenester. God samhandling og bedre samarbeid, særlig på tvers av forvaltningsnivåer og organisatoriske grenser fremstår imidlertid som en av helsevesenets største utfordringer. I forskningslitteraturen avdekkes en klar sammenheng mellom overføringer av pasienter og uønskede hendelser. Eldre fremstår som en utsatt og sårbar pasientgruppe i forbindelse med slike overføringer grunnet deres sammensatte sykdomstilstander. De komplekse problemstillingene eldre pasienter står overfor synliggjør og understreker behovet for tverrfaglig samhandling og kompetanseutvikling på tvers av nivåer og på tvers av ulike profesjonsgrupper.

Systematisk tverrfaglig utredning er et viktig element i tiltakskjeden for eldre pasienter som innlegges på sykehus. I dette arbeidet kreves en helhetlig og tverrfaglig vurdering, hvor fysioterapeutene spiller en viktig rolle. Mangelfull rehabilitering kan påføre pasienter unødvendige plager, forlenge sykdomsperioder og i verste fall gi dårlig funksjon. Samhandlingsforskning har primært studert legers og sykepleiers rolle og samspillet mellom disse to profesjonsgruppene. Studier som har sett på fysioterapeutens rolle knyttet til tverrfaglig samhandling i overføringer synes derimot å være begrenset. Masteroppgaven er tilknyttet forskningsprosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre» ledet av professor Karina Aase ved Universitet i Stavanger.

I denne oppgaven studeres tverrfaglig samhandling ut fra fysioterapeutens perspektiv. Formålet med studien er å bidra til økt innsikt i fysioterapeuters erfaringer knyttet til den tverrfaglige samhandlingen innad og på tvers av tjenestenivå i forbindelse med utskrivelse av eldre (>75) pasienter. Studien er eksplorerende og har et kvalitativt design. Den kvalitative studien bygger på individuelle intervjuer med fysioterapeuter i sykehus og kommunehelsetjenesten. Utvalget består av 11 informanter (6 fra sykehus og 5 fra kommunehelsetjenesten).

Studien avdekker varierende, men generelt sett liten grad av samhandling mellom fysioterapeut på sykehus og fysioterapeut i kommunen i forbindelse med sykehusutskrivelser av eldre pasienter. Fysioterapeutene i kommunen gir uttrykk for at informasjonsoverføringen er mangelfull. Informantene understreker behovet for en helhetlig tilnærming og uttrykker at

bedre kunnskap om pasientene skaper trygghet og kommer pasientene til gode. Funnene avdekker at fysioterapeutene både på sykehuset og i kommunen har liten oversikt over hverandres tjenestetilbud, noe som beskrives å bidra til usikkerhet når eldre pasienter overføres mellom de to organisasjonsnivåene. Informantene etterlyser større fokus på tverrfaglig samhandling og felles arenaer for erfarings- og kunnskapsutvikling på tvers.

Fysioterapeutene på sykehuset opplever at de ikke alltid involveres i forkant av utskrivelse, og at pasienter kan bli utskrevet uten at de er informert. Liten grad av involvering av fysioterapeutene under sykehusoppholdet og i forkant av utskrivelse beskrives som krevende og vanskeliggjør informasjonsoverføringen på tvers. Fysioterapeutene på sykehuset etterlyser videre større fokus og anerkjennelse av fysioterapeutens rolle og kompetanse i den tverrfaglige samhandlingen. De opplever at det i dag finnes få tverrfaglige arenaer hvor fysioterapeuten er representert som en likeverdig og aktiv deltaker.

Studien identifiserer flere forhold som vanskeliggjør den tverrfaglige samhandlingen og informasjonsoverføringer på tvers. Informantene peker på utfordringer knyttet til høyt tempo, redusert liggetid, fokus på tidlig utskrivelse, fysisk avstand mellom fysioterapeutene og de andre profesjonsgruppene, begrenset tilgang til informasjon og IKT-systemer som ikke kommuniserer sammen.

For å oppnå god samhandling og trygge overføringer av eldre viser denne studien at fysioterapeutens rolle i det tverrfaglige teamet må styrkes og i større grad integreres i behandling av eldre pasienter. Den komplementære kompetansen må vektlegges og utnyttes. Det må opprettes møteplasser hvor erfarings- og kompetanseutvikling på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten kan finne sted. Informasjonsoverføringen på tvers av må bedres og systemer som støtter opp om effektiv informasjonsoverføring vektlegges.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Problemstilling	5
1.2 Avgrensning	5
1.3 Oppgavens videre struktur	5
1.4 Begrepsavklaring.....	6
2. KONTEKST	7
2.1 Samhandlingsreformen.....	8
2.2 God kvalitet – trygge tjenester	9
3. TEORI	10
3.1 Rehabilitering	10
3.2 Overføringer av eldre	11
3.3 Samhandling.....	14
3.4 Tverrfaglighet og pasientsikkerhet.....	17
4. DESIGN OG METODE	21
4.1 Forskningsdesign.....	21
4.2 Kvalitativ metode	22
4.3 Individuelle intervju	22
4.3.1 Utvalg: Enheter og Informanter	22
4.3.2 Rekruttering	25
4.3.3 Intervjuguide.....	25
4.3.4 Gjennomføring av intervjuene	26
4.3.5 Analyse av data.....	27
4.4 Validitet og Reliabilitet	30
4.5 Forskningsetiske aspekter	31
5. FUNN	33
5.1 Tverrfaglighet.....	33
5.1.1 Sykehus	35
5.1.2 Kommune	38
5.1.3 På tvers av sykehus og kommune	40
5.2 Informasjonsoverføring	42
5.2.1 Sykehuset	44

5.2.2	<i>Kommune</i>	44
5.2.3	På tvers av sykehus og kommune.....	47
5.3	Pasientsikkerhet.....	47
5.3.1	<i>Sykehus</i>	50
5.3.2	<i>Kommune</i>	52
5.3.3	<i>På tvers av sykehus og kommune</i>	53
6.	DISKUSJON	55
6.1	Liten grad av Tverrfaglig samhandling på tvers	55
6.2	Manglende møteplasser.....	56
6.3	Fysioterapeuten - På «sidelinjen»	57
6.4	Forutsetninger for trygge overføringer.....	60
7.	KONKLUSJON	62

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide

1.0 INNLEDNING

Denne oppgaven har fokus på tverrfaglig samhandling knyttet til overføring av eldre pasienter (>75) på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Studien er eksplorerende og fokuserer på kjennetegn ved dagens samhandlingspraksis sett fra fysioterapeutens perspektiv. I oppgaven undersøkes hvilke erfaringer fysioterapeuter som jobber på sykehus og i kommunehelsetjenesten har knyttet til tverrfaglig samhandling innad og på tvers av tjenestenivå. Å skape god samhandling mellom ulike aktører og nivåer er en forutsetning for trygge tjenester. Imidlertid er god samhandling påpekt som en av helsevesenets største utfordringer, særlig på tvers av forvaltningsnivåer og organisatoriske grenser. I en undersøkelse knyttet til pasienterfaringer ved norske sykehus var samhandling mellom sykehus og den kommunale helsetjenesten en av pasienterfaringssindikatorerne som kom dårligst ut (Skudal et. al 2013). Samhandlingsreformens intensjon er å skape bedre samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for bedre å ivareta pasientens behov for koordinerte tjenester (St.meld.nr 47 2008-2009).

Fokus på overføringer av pasienter og samhandling på tvers av tjenestenivå har økt betydelig de senere årene. I Norge er det forsket lite på pasientsikkerhet i lys av samhandlingsutfordringer. Internasjonal forskning avdekker at faren for svikt er betydelig i samhandlingen mellom sykehus og kommune, hvor eldre pasienter (>65) fremstår som en sårbar pasientgruppe (Laugaland et. al 2011). Eldre har ofte sammensatte sykdommer som krever sammensatt behandling. De eldre har mindre reserver, er ofte mentalt svekket og klarer ikke alltid å ta del i egen behandling. Antall eldre med behov for behandling og rehabilitering i sykehus vil øke i tiden fremover (Gjerberg et al 2008). De komplekse problemstillingene eldre pasienter står overfor synliggjør og understreker behovet for tverrfaglig samhandling og kompetanseutvikling på tvers av nivåer og på tvers av ulike profesjonsgrupper (Nancarrow et. al 2013).

Ved akutt sykdom hos eldre forekommer det ofte et funksjonsfall og dette kan føre til forlenget sykehusopphold for den enkelte pasient (Anthun & Paulsen, 2007). Tidlig rehabilitering integrert i akuttbehandling av eldre pasienter gir bedre resultater enn

vanlig sykehusbehandling (Pettersen & Wyller 2007). Fysioterapeuter spiller derfor en sentral rolle i arbeid med å kartlegge, opprettholde og forbedre pasientenes funksjonsnivå, som må integreres i den tverrfaglige samhandlingen innad og på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Systematisk tverrfaglig utredning er derfor et viktig element i tiltakskjeden for eldre pasienter som innlegges på sykehus. Mangelfull kommunikasjon og dokumentasjon pekes på som en av de største samhandlingsutfordringene, noe som kan det føre til et dårligere helsetilbud, unødvendige innleggelse på sykehus, for tidlige utskrivelser, misnøye blant pasienter, mangelfull oppfølging og uønskede hendelser (Laugaland et. al 2011; Coleman, 2003; Kripalani et. al 2007).

Forskning har primært vært opptatt av overføringer innenfor spesialisthelsetjenesten og i mindre grad av overføringer på tvers av tjenestenivå eller innenfor primærhelsetjenesten (Laugaland et. al 2011; Aase et. al 2013). Tendensen synes å være å se på overføringer som bestående av isolerte aktiviteter fremfor komplekse tverrfaglige samhandlingsprosesser (Abraham et. al 2012). Overføringer mellom ulike nivåer i helsevesenet innehar utfordringer som gjerne vil avdekke andre kontekstuelle faktorer enn innenfor et nivå (Hilligoss & Cohen 2013). Studier som har sett på fysioterapeutens rolle knyttet til tverrfaglig samhandling i overføringer synes å være begrenset. Samhandlingsforskning har primært studert legers og sykepleiers rolle og samspillet mellom disse to profesjonsgruppene (Laugaland et.al 2011).

Denne masteroppgaven er tilknyttet forskningsprosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre» ledet av professor Karina Aase ved Universitet i Stavanger. Prosjektet har fokus på helsepersonells, pasienters og pårørendes erfaringer knyttet til overføringer av eldre (>75) mellom sykehus og kommune og hvilke faktorer som påvirker kvalitet og sikkerhet i slike overføringer (Aase et. al 2013). Formålet med denne studien er å bidra til økt innsikt i fysioterapeuters erfaringer knyttet til den tverrfaglige samhandlingen innad og på tvers av tjenestenivå i forbindelse med overføring av eldre.

1.1 PROBLEMSTILLING

Følgende problemstilling danner utgangspunkt for studien:

Hva kjennetegner fysioterapeutens rolle i den tverrfaglige samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste ved overføring av eldre pasienter?

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å besvare oppgavens problemstilling:

- Hvordan beskriver fysioterapeuten den tverrfaglige samhandlingen innad og på tvers av sykehus og kommune?
- Hvordan beskriver fysioterapeuten informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune?
- Hva er i følge fysioterapeuten forutsetninger for trygge overføringer mellom sykehus og kommune?

1.2 AVGRENSNING

Studien er avgrenset til fysioterapeutens erfaringer med den tverrfaglige samhandlingen innad og på tvers av tjenestenivå ifm. sykehusutskrivelse av eldre. Andre sentrale profesjoners (legers og sykepleieres) opplevelser er ikke tatt med. Det er mange forhold som har betydning for tverrfaglig samhandling; individuelle karakteristika, ledelse, makt, roller, struktur, verdier, kommunikasjon, pasientfokus, og persepsjon (Nancarrow et.al 2013). Denne studien vil primært fokusere på fysioterapeutens opplevde rolle i den tverrfaglige samhandlingen, informasjonsoverføring og pasientsikkerhet. I oppgaven anvendes samhandlingsbegrepet som definert av Torgersen og Steiros (2009) hvor samhandling beskrives som en åpen og likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess.

1.3 OPPGAVENS VIDERE STRUKTUR

I oppgavens kapittel 2 presenteres kort de helsepolitiske rammene og føringene som støtter opp om og stiller krav til tverrfaglig samhandling. I kapittel 3 presenteres anvendt teori. I kapittel 4 gjøres det rede for den metodiske tilnærmingen og refleksjoner rundt denne. I kapittel 5 presenteres funn fra det empiriske materialet med vekt på valgte fokusområder (rolle tverrfaglige samhandling,

informasjonsoverføring og pasientsikkerhet). Funnene diskuteres deretter opp mot eksisterende kunnskapsgrunnlag i påfølgende kapittel (kapittel 6). Oppgaven avsluttes med oppsummering av hovedfunn og studiens implikasjoner (kapittel 7).

1.4 BEGREPSAVKLARING

Sentrale begreper som anvendes i oppgaven;

Tverrfaglige team: består av individer med ulik kompetanse og profesjonell bakgrunn. En «profesjon» innebærer en type yrkesmessig organisering av arbeidet hvor personer med en viss utdanning gis rettigheten til å utføre spesifikke arbeidsoppgaver på en autonom måte. Medlemmer kan være blant annet leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, hjelpepleiere og pedagoger (Thylefors et.al 2005).

Samhandling: «Samhandling er en åpen og likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess mellom aktører som kompetansemessig utfyller hverandre og utveksler kompetanse, direkte ansikt-til-ansikt eller mediert via teknologi eller med håndkraft, som arbeider mot felles mål, og hvor forholdet mellom aktørene til enhver tid hviler på tillit, involvering, rasjonalitet og bransjekunnskap» (Torgersen & Steiro 2009:130).

Overføringer: et sett av handlinger som har som målsetning å sikre koordinering og kontinuitet av helsetjenester i det pasienten blir overført/flyttet mellom ulike nivåer i helsetjenesten eller innenfor det samme nivået/lokaliteten (Coleman & Boulton 2003).

Informasjonsoverføring: i denne studien blir informasjonsoverføring sett på som overføring av pasientinformasjon blant medlemmene innad i det tverrfaglige teamet og på tvers av ulike tjenestenivåer i helsetjenesten.

Pasientsikkerhet: Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Det omfatter:

- Tiltak som reduserer risiko for skade påført personer av helsetjenesten.
- Prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater.

- Tiltak for å identifisere nye risikoområder.

(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2010).

2. KONTEKST

I dette kapitlet gjøres det kort rede for de helsepolitiske føringene som er gitt for å støtte opp om tverrfaglig samhandling i behandling, pleie og omsorg av eldre pasienter som mottar helsetjenester.

I Norge er primær- og spesialisthelsetjenesten organisert i to ulike forvaltningsnivå. På denne måten er det skapt et organisatorisk skille mellom de to nivåene med ulikt eierskap, ansvarsområder og lovgivning (Folkehelseloven 2011, Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Det er staten som er eier og driver av ambulansetjeneste og sykehus og deres rolle er begrenset til medisinsk behandling. De ulike kommunene har ansvar for hjemmebasert omsorg (hjemmetjenester, sykehjem, fastleger) og institusjonell omsorg. Hjemmetjenesten tilbyr praktisk bistand (som for eksempel vask av klær og renhold) i tillegg til hjemmesykepleie (som kan inkludere tjenester som medisinsk assistanse, sårbehandling og hjelp til personlig hygiene). Fysioterapeuter arbeider daglig innenfor begge disse organisatoriske rammeverkene og deres kompetanse strekker seg fra behandling av nyfødte til behandling og utredning av eldre mennesker.

Siden sykehusreformen trådte i kraft i 2002 har de ulike sykehusene i Norge vært organisert via regionale helseforetak som igjen fungerer som eiere av de enkelte sykehusene. Dette betyr at de ulike helseforetakene er fristilt fra den offentlige forvaltningen og deres ansvar er å drifte sykehusene på bakgrunn av bestillingsdokumenter gitt fra departementet. I kommunene er hjemmetjenesten sin organisatoriske struktur basert på prinsippene for New Public Management (NPM) (Vabø 2009). Dette betyr i praksis en bestiller-utfører-modell der bestillerenheten bestiller tjenester, kontrollerer resultat, vurderer behov og formulerer kontrakter. På utførersiden leveres omsorgstjenester basert på bestillingen fra bestillerenheten (Helse- og omsorgsdepartementet 2005).

I løpet av de siste årene har spesialisthelsetjenesten blitt stadig mer effektivisert og spesialisert i retning av at mer av fokuset skal være på behandling og at det skal være mindre fokus på pleie. Dette har igjen ført til at kommunenes pleie- og omsorgstjenester har fått tyngre og mer faglig krevende pasienter og oppgavene er blitt mer generaliserte (Kalseth et. al 2004). Som en konsekvens av denne forskyvningen av fokus har antallet liggedager i de norske sykehusene gått ned (Brevik 2010). For kommunene innebærer dette at oppgaver som før tilhørte sykehusene nå blir forflyttet til kommunene og dette medfører igjen et større press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Brevik 2010b). Det innebærer et større krav til kommunene om å satse på kompetanse, helsefremmende og forebyggende arbeid, rehabilitering og samarbeid på tvers av fagmiljøer. Samhandlingsreformen som trådte i kraft i januar 2012 legger også opp til en slik oppgaveforskyvning og dette er reflektert i en større vekst i antall årsverk for kommunehelsetjenesten enn for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2013).

2.1 SAMHANDLINGSREFORMEN

Hvordan helsetjenestene i Norge blir organisert vil ha en direkte innvirkning på hvordan pasientene opplever kvaliteten på ulike tjenester og hvilke konsekvenser dette kan ha for den enkelte pasient sin helse. Koordinering, samarbeid, samordning eller samhandling er begreper som har vært og fremdeles er helt sentrale begreper i organiseringen av helsevesenet. Samhandlingsreformen er i lys av dette en reform med målsetning om at bedre samhandling gir effektive og trygge helsetjenester. I samhandlingsreformen ligger det en forutsetning om at ulike aktører med ulike systemer, prioriteringer og kultur gjennom bedre samhandling skal kunne styrkes for å øke sikkerhet, effektivitet og kvalitet på tjenestene som tilbys (Tjora & Melby 2013). Samhandlingsreformen rettet oppmerksomheten mot brukerens behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

En av målsetningene med Samhandlingsreformen er i følge Helse- og omsorgsdepartementet tidligere innsats og større fokus på forebygging i stedet for reparering (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Med sin faglige kunnskap om forebygging og rehabilitering har fysioterapeuter en sentral rolle for å oppnå målene i

reformen. Den nye folkehelseloven (2011) gir kommunene mer ansvar med tanke på forebygging og helsefremmende arbeid. Som en konsekvens av dette er primær- og spesialisthelsetjenesten nødt til å samarbeide om pasientbehandlingen på en effektiv og god måte. Det er etablert økonomiske incentiver for å støtte opp under den ønskede oppgaveløsningen og dette betyr at det i dag finnes et kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter i tillegg til en kommunal med-finansiering av spesialisthelsetjenesten (Tjora & Melby 2013).

Samhandlingsreformen innebærer altså at mer av tjenestene i helsevesenet skal flyttes nærmere der folk bor og oppfølging av kronisk syke mennesker skal bli bedre. Reformen gir føringer for et tettere samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om utvikling av pasienttilbud og spesialisthelsetjenesten skal i større grad støtte primærhelsetjenesten når det gjelder opplæring, rettleiding, oppretting av nye tiltak og tjenester og tilgjengelighet til de ulike helsetjenestene (Helse og omsorgsdepartementet 2012).

2.2 GOD KVALITET – TRYGGE TJENESTER

Den økende oppmerksomheten på kvalitet og pasientsikkerhet er reflektert i sentrale politiske dokumenter. Målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i føringene fra samhandlingsreformen og tydeliggjort i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som dekker hele helsetjenesten (Stortingsmelding 10, 2012-2013). Stortingsmeldingen fokuserer på innholdet og kvaliteten i norsk helsetjeneste og skal bidra til at tjenestetilbudet er tilpasset den enkelte pasient og bruker, at tilbudet er sikkert og av god kvalitet. Stortingsmeldingen understreker behovet for en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, som vil kreve opplæring i nye arbeidsformer, praktiske tiltak innen kommunikasjon og beslutningsstøtte, kultur- og holdningsendringer. Meldingen peker på utfordringer knyttet til gode pasientforløp med tilstrekkelig samordning, helhet og kontinuitet. Samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter, etablering av tverrfaglig samhandling, avklarte ansvarsforhold, gode prosedyrer, avtaler og finansieringsordninger er faktorer og rammebetingelser som trekkes frem for å oppnå god samhandling mellom de ulike nivåene i helsevesenet (Stortingsmelding 10, 2012-2013).

3. TEORI

Det kan hevdes at alt helsearbeid er tverrfaglig fordi det innebærer at profesjonsgrupper fra ulike fagdisipliner kommer sammen for å gi det beste helsetilbudet til den enkelte pasient (Manser 2009). Samhandling har dermed alltid vært sentralt i helsesektoren og er i så måte ikke noe nytt. Det er likevel et økt helsepolitisk fokus på samhandling gjennom samhandlingsreformen. I dette kapittelet vil det gis en oversikt av utvalgt forskningslitteratur innen temaene; rehabilitering, overføringer, samhandling, tverrfaglighet og pasientsikkerhet.

3.1 REHABILITERING

Rehabilitering defineres som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet (Stortingsmelding nr.21, 1998-1999). Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom har stor betydning for eldre pasienter (Pettersen & Wyller 2007). Tradisjonelt forbindes rehabilitering ofte med spesialiserte tiltak for utvalgte sykdomsgrupper med fokus på funksjonsforbedring, personlig mestring og bedre egenomsorg. Rehabilitering integrert i akuttbehandling synes å være mindre kjent, selv om denne type rehabilitering vil øke i takt med økende omfang av skrøpelige eldre som innlegges på sykehus (Pettersen & Wyller 2007). Målet for den fysikalske behandlingen er å legge til rette for positive endringsprosesser, opprettholde eller bedre funksjon, lindre eller fjerne smerte. Mangelfull rehabilitering kan påføre pasienter unødvendige plager, forlenge sykdomsperioder og i verste fall gi dårlig funksjon. Det er viktig å kartlegge og identifisere pasienter som er sårbare og som står i faresone for tap av funksjonssvikt og som vil ha vesentlig gevinst av tidlig rehabilitering. I dette arbeidet kreves en helhetlig og tverrfaglig vurdering (Pettersen & Wyller 2007). Hensiktsmessig organisering av behandling og rehabilitering i sykehus knyttet til eldre pasienter er det forsket relativt lite på og en har begrenset kunnskap om hvordan en best kan organisere rehabiliteringen. Det er studier som viser at eldre pasienter som behandles og rehabiliteres i spesialiserte geriatrike avdelinger har evne til å klare seg bedre hjemme i egen bolig sammenlignet med de

som får andre typer tilbud. Denne sammenhengen tilskrives geriatrike avdelingers vektlegging og større fokus på en systematisk og helhetlig tilnærming til pasientenes funksjonsproblemer sammenlignet med generelle indremedisinske avdelinger (Gjerberg et. al 2008). En litteraturgjennomgang som ser på effekten av rehabilitering tilpasset den geriatrike pasient knyttet opp mot funksjonsnivå, innleggelse på sykehjem og dødelighet rapportere positive resultater i form av bedret funksjonsevne, redusert dødelighet og redusert antall innleggelser. Studien taler for og dokumenterer verdien en slik helhetlig geriatrik tilnærming har (Bachmann et. al 2010).

3.2 OVERFØRINGER AV ELDRE

Samhandling i tilknytning til overføring av pasienter er i forskningslitteraturen identifisert som et sårbart tidspunkt i ethvert pasientforløp og det er identifisert flere risikofaktorer og tilhørende uønskede konsekvenser (Laugaland et. al 2011). Forskningslitteraturen har i de senere årene sett en klar sammenheng mellom overføringer av pasienter og uønskede hendelser. Internasjonal forskning viser at en av fem pasienter opplever en uønsket hendelse knyttet til overføringer fra sykehus til hjem (Foster et. al 2002). Alvorlighetsgraden av hendelsene varierer fra unormale blodprøver til uførhet og død (Laugaland et. al 2011). Risikofaktorer inkluderer infeksjoner, fall, feilmedisinering, fragmentert helseomsorg, ineffektiv kommunikasjon, mangelfull oppfølging, utilstrekkelig pasient- og bakgrunnsinformasjon (Laugaland et. al 2011).

Eldre er spesielt utsatt og sårbare for uønskede hendelser i forbindelse med overføringer grunnet deres sammensatte sykdomstilstander og komplekse medikamentregimer. Kommunikasjonssvikt, uklare ansvarlinjer og mangel på helhetstenkning er gjennomgående samhandlingsutfordringer som identifiseres i litteraturen (Laugaland et. al 2011). Effektiv informasjonsoverføring (både skriftlig og muntlig) er avgjørende for å sikre trygge overføringer og redusere risikoen for uønskede hendelser. Dette forutsetter at ulike helsearbeidere med ulik profesjonsbakgrunn kommuniserer godt og koordinerer tiltak. Dette krever igjen systemer som muliggjør og støtter opp om en slik samhandling. Dette gjelder om overføringene er mellom ulike avdelinger innenfor en sykehussetting eller mellom

ulike organisasjonsnivåer (mellom sykehus og kommune) (Hellesø et. al 2006 & Moore 2012).

Hilligoss og Cohen (2013) fremhever at overføringer mellom to organisatorisk ulike systemer bidrar til utfordringer som inkluderer at profesjonsgrupper har ulike rutiner, ikke deler samme situasjonsforståelsen og arbeider i system som har ulike fokus når det kommer til hvordan pasienten skal behandles. Sykehus og kommune har ofte ulike fokus og dermed ulike oppfatninger av hva som er viktig i forhold til kvalitetssikring i overføringer. Ansatte i spesialisthelsetjenesten arbeider innenfor en akutt medisinsk kontekst og har et annet fokus enn ansatte i primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er målet rettet mot medisinsk helbredelse. I primærhelsetjenesten har man et langt sterkere fokus på pasientens funksjons- og mestringsnivå. Denne ulike målforståelsen som eksisterer kan bidra til samhandlingsproblemer da det vil påvirke hva som vektlegges i overføringsprosessen. Utilstrekkelig koordinering, uklare ansvarlinjer eller utilstrekkelig informasjonsoverføring kan få negative konsekvenser for den enkelte pasient (Manser 2009, Johnson & Arora, 2009, Hilligoss & Cohen 2013).

Kunnskap om hverandre er ofte mangelfull noe som medfører at man ikke vet hva slags tilbud pasienten utskrives til eller at pasienten blir utskrevet til et omsorgsnivå som ikke er tilpasset pasientens behov (Hansen et.al.2011, Jeffs et.al 2013). For å lære mer om de ulike nivåenes organisering og innhold må profesjonsgrupper fra de ulike nivåene ha arenaer der de kan møtes. På denne måten kan mulige endringer i praksis knyttet til overføringer kommuniseres og diskuteres mellom de to organisasjonsnivåene. Jeffs et al (2013) sier at effektiv kommunikasjon innad i et nivå og mellom nivåene må være preget av noe mer enn enveiskommunikasjon. En slik kommunikasjon er avhengig av et tverrfaglig perspektiv der flere profesjonsgrupper arbeider sammen innad og på tvers av tjenestenivå. Kommunikasjon både skriftlig og muntlig mellom de to nivåene kan muliggjøre at pasientens behandlingsopplegg blir kvalitativt bedre og i større grad sikre tryggere overføringer (Richard et.al 2010 & Bitzas et.al 2011).

Overføringer av pasienter innebærer overføring av ansvar mellom helsearbeidere og helseinstitusjoner Johnson og Arora (2009). Selv om forskningslitteraturen fortsatt er

fragmentert så er det visse faktorer som er tydelig beskrevet. Behovet for skriftlig informasjon og verbal kommunikasjon hvor det kommuniseres direkte med sykepleier eller fysioterapeut om pasientens status, utfordringer, videre plan og møteplasser for erfaringsutveksling fremheves som viktig i arbeid med å forbedre kvalitet og sikkerhet i overganger (Jeffs et. al 2013).

Det finnes lite standardisering av overføringsprosesser og det er identifisert klare variasjoner når det kommer til hvordan overføringer blir utført innen ulike helsenivåer og profesjonsdisipliner. Videre er det lite som tyder på at pasientoverføringer blir fokusert tydelig i opplæring og utdanning av helsepersonell (Johnson & Arora 2011). Forskning har også avdekket at potensialet for uønskede hendelser øker dersom den eldre pasienten overføres mellom flere nivåer i helsevesenet og denne tendensen tilskrives kompleksiteten av de medisinske problemstillingene og ikke det faktum at det er en eldre pasient det er tale om (Coleman 2003 & Thomas & Brennan 2000).

Systemer og rutiner forbundet med overføringer av eldre pasienter bør i følge Patterson (2008) være generiske og tilpasset lokale behov fremfor standardiserte. Det er behov for fleksibilitet i systemene for å ta høyde for utforutsatte hendelser og situasjoner. Det er behov for et tilbakemeldingssystem for kontinuerlig forbedring av overføringen innen helsevesenets ulike nivåer (Patterson 2008). Det er identifisert et behov for at de ulike nivåene må øke kunnskapen om hverandres tilbud og måter å organisere arbeidet på gjennom å ha faste møtepunkter på tvers av organisasjonsnivåene. Dette kan oppnås gjennom en tverrfaglig tilnærming innad i de ulike organisasjonsnivåene men også på tvers (Jeffs et. al 2013). Storm et. al (2014) deler denne oppfatningen og foreslår jevnlig inter-organisatoriske møtepunkt mellom ansatte i spesialist- og primærhelsetjenesten for å muliggjøre en slik erfaringsutveksling. På denne måten kan ansatte fra ulike organisasjonsnivåer og ulike profesjonsgrupper komme sammen dele erfaringer, kunnskap og diskutere risikofaktorer forbundet med overføringer.

3.3 SAMHANDLING

Overføring av eldre pasienter og fysioterapeutens rolle i denne overføringen forutsetter at profesjonsgruppen evner å samhandle med andre om de praktiske utfordringene rundt en trygg og god overføring. I tillegg må det gjennom samhandling mellom fysioterapeutene og de andre profesjonsgruppene arbeides for en forståelse av viktigheten og verdien som ligger i samhandling. Begrepet samhandling er dermed viktig å klargjøre for å identifisere forhold og forutsetninger som er viktige, gjøre noe med disse og på den måten forbedre prosessene (Torgersen & Steiro 2009).

Samhandlingsdefinisjonen til Torgersen & Steiro (2009) gir innhold til begrepet samhandling som her blir sett på som en prosess som ikke bare er forbeholdt styring og ledelse men en prosess som foregår i vanlige arbeidsoppgaver der folk jobber sammen.

«Samhandling er en åpen og likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess mellom aktører som kompetansemessig utfyller hverandre og utveksler kompetanse, direkte ansikt-til-ansikt eller mediert via teknologi eller med håndkraft, som arbeider mot felles mål, og hvor forholdet mellom aktørene til enhver tid hviler på tillit, involvering, rasjonalitet og bransjekunnskap»

(Torgersen & Steiro 2009: 130)

Her peker forfatterne på at samhandling er en måte å jobbe eller handle på. I denne handlingen utveksles eller deles kompetanse som til sammen utfyller hverandre. Om dette brukes begrepet handlingskompetanse som nødvendig for å bidra effektivt i en samhandlingsprosess. Samhandling er videre avhengig av bevissthet rundt individuelle egenskaper og kulturelle forhold. Forskjellighet er kompetanse og anerkjennelse og bevissthet rundt slik kompetansemessig forskjellighet er nødvendig for god samhandlingen. Fjernes eller minimeres denne forskjelligheten så avtar den komplementære kompetanseeffekten. For å oppnå og utvikle slik bevissthet er det nødvendig at de ulike aktørene i det tverrfaglige teamet kjenner hverandres bakgrunn og tenkemåter så langt det er mulig. Dette krever at aktørene er aktive, bidrar med sin kompetanse i fellesskapet og aktivt lytter til hverandre. Aktiv deltakelse forutsetter

tillit mellom de ulike aktørene. Den enkelte aktør må oppleve å se på seg selv som en viktig bidragsytende ressurs (Torgersen & Steiro 2009 s. 153-154).

Torgersen og Steiro (2009) peker videre på at samhandling forutsetter ulike situasjonsforståelser som inngangsverdi til samhandlingsprosessen. Deltakere som kommer fra ulike profesjoner innenfor helsevesenet eller på tvers av nivåer har ulik kompetanse og situasjonsforståelse som sin inngangsverdi til en arbeidsprosess der det kan utvikles og bygges en felles forståelse blant de ulike medlemmene i det tverrfaglige teamet. Det er prosessen frem til en felles forståelse, løsning eller måloppnåelse som er det unike i en samhandlingsprosess (Torgersen & Steiro 2009). Samhandlingsbegrepet som definert av Torgersen og Steiro (2009) vektlegger det komplementære, hvor utveksling og utnyttelse av aktørenes ulike kompetanse i prosessen mot et felles mål står sentralt.

Tverrfaglig samhandling innad og på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten bør inneholde fire ulike samhandlingsdimensjoner som enhver organisasjon bør trene og være bevisste på. De fire samhandlingsdimensjonene som forfatterne trekker frem er (1) kommunikasjon/bransjespråk (2) rollebevissthet, (3) kontekst og (4) ledelse. Kommunikasjonen bør være tydelig for alle involverte aktører og involvering og deltagelse på like premisser trekkes frem som helt sentralt. Det er viktig at alle aktørene kjenner sin egen og andres roller i samhandlingsprosessen. Dette må avklares og gjerne korrigeres kontinuerlig gjennom prosessen og det er ikke rom for utvikling av dominans eller makt (Torgersen & Steiro 2009).

Det er viktig å tilrettelegge rammene som behøves for å utføre samhandlingen. Det kan dreie seg om prosedyrer eller teknologi som tilrettelegger for alle parter involvert. Ledelsen har som oppgave å sørge for at alle aktører får anledning til å bidra med sin kompetanse, at de føler en tilhørighet og at de har tilstrekkelig med tillit til hverandre og til den som er leder. Det er ledelsen sin oppgave å hindre utvikling av syndebukk mentalitet og maktkultur og fokusere på å utvikle en kultur som er preget av at man skal lære av feil. Tid til refleksjon og diskusjon blant aktørene i forbindelse med samhandlingsaktiviteter bør tilstrebes som en naturlig del av samhandlingsprosessen (Torgersen & Steiro 2009). Det understrekes at gode og effektive samhandlingsprosesser forutsetter et aktivt engasjement og involveringsbevissthet fra

deltagerne selv. Torgersen & Steiro (2009) har identifisert femten prosesser, som avgjørende peker og viktige forutsetninger for effektiv samhandling. Disse er presentert i figur 1.

Det etiske moment: Alle deltakerne har lik verdi og verdighet. Respekt for hverandre

Involveringsbevissthet: Villig til å bidra aktivt

Koordinering: Fordeling av arbeidsoppgaver

Komplementær kompetanse: Utfylle hverandre og dele erfaring

Læring: av hverandre under samhandlingsprosessen

Maktbalanse: Fravær av makt og dominans

Organisasjons- og kulturkunnskap: om organisasjonen man befinner seg i

Presisjonskommunikasjon: Uttrykke seg klart og tydelig

Profesjonslogikk: Utvikle felles forståelse for å oppnå god kommunikasjon

Redskapsmestring: Kunne avvende redskap/verktøy som benyttes i samhandlingen

Rollebevissthet: Kjenne hverandres roller, funksjon og arbeidsfordeling

Samhandlingstrening: Øve på forhold som har betydning for samhandlingsform

Situasjonsforståelse, fortolkning og forventninger: Bidra til felles forståelse

Tuft: Utvikle «gehør» for utviklingen og enes om hva som bør gjøres

Tillit, trygghet og åpenhet: Nødvendig for læring og kreativ utvikling

Figur 1: Forutsetninger for god samhandling (Torgersen & Steiro 2009: 157-158).

Disse ulike forutsetningene og kjennetegnene for effektiv samhandling presentert i figur 1 utgjør ikke et direkte årsak-virkningsforhold men et fokus på disse aktivitetene og hvordan de utføres kan hjelpe organisasjoner i utvikling av gode samhandlingsprosesser (Torgersen & Steiro 2009). Begrepet samhandling innehar flere dimensjoner og prosesser som berører profesjonsroller og tverrfaglighet. I lys av studiens problemstilling er det dermed interessant å se nærmere på begrepet tverrfaglighet.

3.4 TVERRFAGLIGHET OG PASIENTSIKKERHET

Kompleksiteten i pasientbehandling og pleie er et av hovedargumentene for bruk av tverrfaglige team fordi det kreves innsikt og bidrag fra ulike kunnskapsfelt og profesjonsgrupper. I litteraturen finnes det flere definisjoner på team. Thylefors et. al (2005) deler tverrfaglige team inn i tre hovedtyper: Multi-profesjonelle, inter-profesjonelle og transprofesjonelle team.

Multi-profesjonelle team er preget av lite samhandling mellom medlemmene i teamet. Her møtes teammedlemmene for å dele informasjon og diskutere den aktuelle problemstillingen men de enkelte medlemmene trenger ikke ta inn over seg eller forholde seg til andres innspill når de tar egne avgjørelser. Inter-profesjonelle team er derimot preget av et høyt nivå av integrasjon. Målene kan kun nås dersom medlemmene inngår i en prosess preget av gjensidig planlegging, høy grad av kommunikasjon, kollektiv beslutningstaking og delt ansvar. Medlemmene i det inter-profesjonelle teamet kommer fra ulike deler av helsevesenet og kan inkludere leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Transprofesjonelle team kjennetegnes av stor grad av samhandling og kommunikasjon mellom medlemmene og profesjonsgrensene er her mer uklare. Hvert teammedlem skal tilegne seg forståelse for og kunnskap om de andre medlemmenes profesjoner og spesialiseringer slik at man på denne måten er i stand til å påta seg deler av de andres roller. Her forventes det en form for læring mellom medlemmene gjennom kompetanse- og kunnskapsutvikling (Thylefors et. al 2005).

Selv om det i de siste årene har vært økt fokus på viktigheten av en tverrfaglig arbeidsform for helsearbeidere så er det i forskningslitteraturen ingen klar oppfatning av hvilke faktorer som skal til for å oppnå effektiv og godt fungerende tverrfaglig team. Det finnes heller ikke mye empiriske data som støtter opp under hvilke profesjonsgrupper som bør inkluderes i det tverrfaglige teamet (Nancarrow et. al 2013). Den økende tendensen med tverrfaglige team som arbeidsform kommer på bakgrunn av faktorer som flere eldre i befolkningen med komplekse sykdomshistorier, økende kompleksitet i ferdigheter og kunnskap forbundet med det medisinske fagfeltet, samt en økende spesialisering innenfor ulike profesjonsgrupper. Myndighetskrav om kontinuitet i omsorgen sammen med økt fokus på sikkerhet og

kvalitet i pasientforløpet fører også til et økt fokus på tverrfaglige team som arbeidsform (Nanvarrow, 2013).

I litteraturen som omhandler pasientsikkerhet er det bred enighet om at teamarbeid er en sentral forutsetning for å utføre helsetjenester på en sikker og god måte. Mangelfull koordinering blant helsearbeidere på ulike nivåer i organisasjonen har en negativ effekt på sikkerheten for pasienten (Manser 2009). Manser (2009) har i sin artikkel sett på forskningslitteratur som omhandler tverrfaglig teamarbeid og dens betydning for pasientsikkerhet. Basert på litteraturgjennomgangen konkluderer forfatteren med at det finnes hold for at det er en sammenheng mellom teamarbeid og pasientsikkerhet men at det er vanskelig å påvise en direkte sammenheng mellom ulike måter å arbeide sammen på tverrfaglig og hvilken konsekvens dette får for det medisinske og kliniske resultatet. Manser (2009) peker videre på sentrale faktorer som har betydning for tverrfaglig teamarbeid. Disse faktorene er; felles forståelse (shared mental models) og respekt for hverandre, kommunikasjon, koordinering og ledelse (Manser 2009).

Kvaliteten på samarbeidet er avhengig av at medlemmene i teamet har respekt og tillit til hverandre og en felles forståelse for målsetning med arbeidet. Koordinering er et annet sentralt aspekt og innebærer informasjonsflyt mellom medlemmene innad og på tvers av nivåene i helsevesenet. Kommunikasjonen må være preget av åpenhet, at man deler de samme referanserammene og at man har faste formelle møtepunkter. At medlemmene deler de samme mentale modellene betyr at de har lik oppfattelse av teamets oppgaver og roller, at de har de samme målene med arbeidet og at de har en sammenfallende oppfattelse av situasjonen de til enhver tid står overfor. Ledelsen spiller en sentral rolle ved å oppmuntre til aktiv deltagelse og beslutningstaking i det tverrfaglige teamet og at det ved behov kan utvises klart lederskap med fokus på tverrfaglig samhandling. Disse faktorene er identifisert å ha betydning for det tverrfaglige teamarbeidet i lys av pasientsikkerhet. På bakgrunn av forskningslitteraturer er det imidlertid ikke grunnlag for å hevde at det finnes en fast «oppskrift» på hvilke faktorer man må tilfredsstilles for å oppnå gode tverrfaglige team (Manser 2009).

Bull og Roberts (2001) trekker også frem flere faktorer som sentrale ved å studere tverrfaglige team. De ulike medlemmene i det tverrfaglige teamet må ha tillit til

hverandre slik at det er rom for å utveksle meninger om pasientbehandlingen og at det er mulighet for å være uenige og diskutere seg frem til konsensus. Det tverrfaglige teamet bør ha et holistisk (helhetlig) perspektiv på pasientbehandlingen ved at de ulike profesjonsrollene blir mindre sentrale men at fokuset heller blir å se på helheten og hva den enkelte eldre pasient er best tjent med. Den siste faktoren som forfatterne trekker frem er viktigheten av at å ta ansvar for koordineringen av tjenestene. Dette ansvaret var ikke gitt en person i det tverrfaglige teamet men kunne variere mellom de ulike medlemmene.

Nancarrow et. al (2013) har basert på en litteraturgjennomgang identifisert 16 karakteristikk som kjennetegner godt tverrfaglig teamarbeid. Disse karakteristikkene kan brukes som utgangspunkt for å identifisere faktorer som legger til rette for og fremmer godt tverrfaglig teamarbeid. Faktorer som vektlegges er; klar og tydelig ledelse, kommunikasjon, læring, tilgjengelige ressurser og prosedyrer, tilstrekkelig og komplementær kompetanse, klima preget av tillit, individuelle karakteristika, klare visjoner og målsetninger, pasient sentrert fokus, samt respekt og anerkjennelse av medlemmenes roller. I figur 2 er sentrale forutsetninger og kjennetegn på godt teamarbeid oppsummert og presentert basert på anvendt litteratur. Figur 2 viser tydelige overlapp både mellom de ulike teoretiske bidragene innen tverrfaglig teamarbeid, men også mellom tverrfaglig teamarbeid og samhandling.

Nancarrow et.al (2013)

Kommunikasjon: Kommunikative ferdigheter og være i stand til å ta felles beslutninger.

Ledelse: Fokus på demokratiske prosesser, delt ansvar, handlingskraft men også evnen til å lytte.

Tilstrekkelige ressurser og prosedyrer: Inkluderer faste møteplasser. Deling av fagkunnskap

Ulik profesjonsbakgrunn: Representasjon for å sikre en mangfoldig kunnskapsbase som teamet kan nyttiggjøre seg av.

Klima: Preget av tillit, medbestemmelse og konsensus - god tverrfaglig atmosfære.

Individuelle karakteristikk: Bør inkludere erfaring, kunnskap, initiativ, bevissthet om sine styrker og svakheter, evnen til å lytte til andre og vilje til å arbeide målrettet sammen med andre.

Verdier: Et klart verdigrunnlag som reflekteres i det daglige arbeidet.

Kvalitet og sikkerhet: Tilbakemeldinger og et pasientsentrert fokus

Forståelse og respekt for andres roller: Respekt for andres autonomi, fokus på samarbeid og deling av makt

Manser (2009)

Felles forståelse: mål for arbeidet

Kommunikasjon: Åpenhet og deling av referanserammer, faste tverrfaglige møtepunkt

Koordinering: Informasjonsflyt innad og på tvers av organisasjonsnivå

Ledelse: Aktivt deltakelse og beslutningstaking

Respekt og tillit: blant medlemmene

Bull og Roberts (2001)

Tillit: Rom for å utveksle meninger, uenigheter og diskutere seg frem til en konsensus

Holistisk perspektiv: Komplementære profesjonsroller

Ansvar for koordinering av tjenestene: kan variere mellom medlemmene

Figur 2: Oppsummering av faktorer som påvirker team utførelse.

4. DESIGN OG METODE

I kapittelet begrunnes og gjøres det rede for valg av design, metode, fremgangsmåte, gjennomføring og analyse. Avslutningsvis reflekteres det over de valg som er foretatt i lys av studiens reliabilitet og validitet.

For å identifisere aktuell forskningslitteratur ble det gjennomført søk i flere databaser med referanser innen helsefag: AMED, Medline, Cinahl, Scopus. Følgende søkeord enten i kombinasjon eller som enkeltsøk ble benyttet: Coordination, transitions, information transfer, elderly, patient safety, teamwork, hospital discharge, physiotherapists, rehabilitation. Søkene gav utallige treff, noe som gjenspeiler betydelig forskningsaktivitet på området. Gitt oppgavens omfang fokuseres det primært på nyere og anerkjent (mye referert) forskningslitteratur.

4.1 FORSKNINGSDESIGN

Forskningsdesign representerer den overordnede planen for forskningsprosjektet som er viktig i planleggingsfasen og bidrar til bevissthet rundt selve forskningsprosessen (Blaikie 2007). I forkant av studien ble det utarbeidet en prosjektskisse og en fremdriftsplan for å tydeliggjøre studiens målsetning og fremgangsmåte for å belyse problemstillingen. Studien har et eksplorerende kvalitativt design med forankring i hermeneutikken. Denne typen forskningsdesign er utforskende og anvendes når det foreligger begrenset kunnskap om problemstillingen som undersøkes (Jacobsen 2005). Den kvalitative metoden er godt egnet når man ønsker forståelse og innsikt i bestemte grupper subjektive erfaringer og opplevelser (Jakobsen 2005). Eksisterende forskning synes å ha vært opptatt av det medisinske og omsorgsmessige samhandlingen, med vektlegging på legers og sykepleieres erfaringer. Studier som kartlegger og undersøker fysioterapeuters synspunkter synes å være begrenset, noe som taler for et eksplorerende kvalitativt design. Denne studien er interessert i å undersøke hvordan ulike fysioterapeuter i sykehus og kommunehelsetjenesten erfarer at samhandlingen fungerer innad og på tvers av tjenestenivå i forbindelse med utskrivelse av eldre pasienter.

4.2 KVALITATIV METODE

”Metoden er veien til målet” (Kvale, 2009:52). I følge Malterud (2011) er kvalitativ metode en forskningsstrategi som egner seg godt til beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. En av styrkene til den kvalitative metoden er at den bidrar til å presentere mangfold, variasjoner og nyanser som ligger i ulike fortolkninger (Jakobsen 2005). Det finnes ikke noen objektiv sosial virkelighet bare ulik forståelse av virkeligheten som kan beskrives ut fra ulike perspektiver (Malterud 2011). Formålet med kvalitativ metode er nettopp å innhente detaljerte beskrivelser av menneskelige erfaringer (Dalen 2011). Den kvalitative studien bygger på individuelle intervjuer med fysioterapeuter i sykehus og kommunehelsetjenesten for å få kunnskap om hvordan aktørene opplever at samhandlingen fungerer. De individuelle intervjuene ble gjennomført våren/høsten 2013 ved et større sykehus og en tilhørende større kommune.

4.3 INDIVIDUELLE INTERVJU

Forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap, det må derfor ha struktur og hensikt (Kvale 2009). Målet er at intervjuet skal sikte mot å få frem rike beskrivelser der det er informantens egne ord som skaper bildene. Altså en deskriptiv orientering. Forskeren skal holde fast på sin problemstilling for å sikre at samtalen blir fokusert og rik på informasjon som kan brukes til å belyse den aktuelle problemstillingen. Intervjuet må imidlertid ha som utgangspunkt at man som forsker går inn i intervjusituasjonen med et åpent sinn (Malterud 2011). Intervjuet bør ha som mål, i tillegg til å innhente relevant kunnskap, at det skal utgjøre en konstruktiv erfaring for både informant og forsker. Det skal med andre ord være en positiv erfaring for alle som er involverte og der informanten får en følelse av å ha bidratt med nyttig kunnskap (Malterud 2011).

4.3.1 Utvalg: Enheter og Informanter

Informantene som har blitt valgt til denne studien har sitt daglige virke som fysioterapeuter i både spesialist- og i primærhelsetjenesten. Dette har vært et bevisst valg fra forskers side for å oppnå tilstrekkelig informasjonsrikdom for å belyse

studiens problemstilling. Det at informantene har kunnskap om to ulike nivåer i helsevesenet vil gi mulighet for å beskrive flere nyanser av det samme fenomenet (Malterud 2011). Utvalg av informanter var strategisk og består av 11 informanter (6 fra sykehus og 5 fra kommunehelsetjenesten). Informantene fra sykehuset er tilknyttet geriatrik, medisinske og ortopediske avdelinger. Inkludering av fysioterapeuter tilknyttet ulike sykehusavdelinger var et bevisst valg for å øke variasjon og mangfold i datamaterialet. Informantene fra kommunehelsetjenesten er valgt ut fra samme målsetning om bredde og variasjon. Informantene i valgte kommune arbeider ved ulike institusjoner og avdelinger (rehabiliteringsavdeling, intermediæravdeling, overgangsavdeling).

Rehabiliteringsavdeling og intermediæravdeling har begge som mål å drive med aktiv rehabilitering og trening av den eldre pasienten slik at funksjonsnivået hos den enkelte opprettholdes. Ved den intermediære avdelingen skal pasientene få rehabilitering når de er innlagt og sammen med pasienten utarbeider fysioterapeuten en individuell plan for treningen der målsetninger for oppholdet blir kartlagt og formulert. Hovedmålsetningen ved intermediæravdelingen er at pasienten skal kunne utskrives til hjemmet etter endt opphold. Ved intermediæravdelingen og rehabiliteringsavdelingen er pasientene ofte innlagt i tre til fire uker, men det er tilfeller der oppholdet forlenges utover dette dersom det er behov for det. Fysioterapeuten har en sentral og viktig rolle i rehabiliteringsarbeidet.

Overgangsavdeling er opprettet i valgte kommune for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter og unngå ekstra liggedøgn på sykehuset. Varighet på opphold ved overgangsavdeling er svært kortsiktig, fra tre til fem dager. Hensikten med overgangsavdeling er å kartlegge pasientens helsetilstand samt funksjonsnivå før de overføres videre til passende omsorgsnivå i kommunen. Overgangsavdeling skiller seg således betydelig fra rehabiliterings- og intermediæravdeling. På overgangsavdeling har en ikke en uttalt målsetning at fysioterapeutene skal drive med rehabilitering. Deres rolle kjennetegnes av kartlegging og vurdering av rehabiliteringspotensial og gi anbefalinger til videre rehabiliteringsopplegg.

I tabell 1 og 2 presenteres utvalg (enheter som inngår i studien) og fordeling av informanter. Materialet består av 10 kvinner og 1 mann. Det er spredning i alder fra

24-60 år. Samtlige av informantene har videreutdanning og kurs innen ulike spesialområder og fagfelt. Flere av informantene har lang yrkeserfaring og fartstid. Seks av de totalt elleve informantene har erfaring både fra sykehus og kommunehelsetjenesten.

Avdelinger:	Antall informanter
<u>Geriatrisk avdeling:</u> Fysioterapibehandling inkluderer: Kartlegging av funksjon, balansetrening, mobilisering.	1
<u>Medisinsk avdeling:</u> Fysioterapibehandling inkluderer: kartlegging, mobilisering og lungefysioterapi.	2
<u>Ortopedisk avdeling:</u> Fysioterapibehandling inkluderer: kartlegging av smerter og oppfølging av frakturer (brudd) etter ortopediske operasjoner, mobilisering.	3

Tabell 1: Sykehusutvalg

Avdelinger:	Antall informanter
<u>Rehabiliterings avdeling:</u> Kartlegging av funksjonsnivå og fastsettelse av mål for rehabiliteringen. Daglig trening med fysioterapeuten Opphold og varighet - tre til fire uker.	2
<u>Intermediær avdeling:</u> Kartlegging av funksjonsnivå og fastsettelse av mål for rehabiliteringen. Daglig trening med fysioterapeut Opphold og varighet - tre til fire uker.	1
<u>Overgangsplass:</u> Kartlegging og vurdering av funksjonsnivå og rehabiliteringspotensiale. Opphold og varighet - tre til fem dager.	2

Tabell 2: Kommuneutvalg

4.3.2 Rekruttering

Deltakelse i forskningsprosjektet «Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre» innebar at det allerede var opprettet og etablert kontakt med det respektive sykehus og kommune hvor studien ble gjennomført. Det ble derfor tatt direkte kontakt med de ansvarlige for fysioterapitjenesten med henvendelse om deltakelse. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 1) som respektive ledere videreformidlet til sine ansatte. Ansatte ble oppfordret til å ta kontakt med forsker dersom de fattet interesse for prosjektet. Kontakt med informanter gikk over mail eller per telefon, hvor avtaler om gjennomføring av intervjuet (sted/tid) ble avklart mellom informant og forsker. Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv om prosjektet sammen med samtykkeerklæring i forkant av intervjuet (se vedlegg). Intervjuene ble gjennomført ved informantenes respektive arbeidsplasser.

4.3.3 Intervjuguide

En viktig del av forberedelsene til datainnsamling er å utarbeide en intervjuguide. Utvikling av intervjuguiden handler om å omsette studiens overordnede problemstillinger til konkrete temaer med underliggende spørsmål (Dalen 2011). I det overordnede forskningsprosjektet som denne studien inngår i var det i forkant av studiens oppstart utarbeidet en intervjuguide som rettet seg mot legers og sykepleiers erfaringer knyttet til samhandling på tvers av tjenestenivå. Denne intervjuguiden var utarbeidet på bakgrunn av systematiske litteraturgjennomganger (Laugaland et. al 2011, 2012) samt kvalitetssikret av det helsepersonell den var rettet mot. Denne intervjuguiden inneholdt følgende temaer: tverrfaglig samhandling, informasjonsoverføring, samhandling mellom sykehus og kommune, brukermedvirkning, og pasientsikkerhet.

Intervjuguiden anvendt i denne studien tar utgangspunkt i intervjuguiden utarbeidet for det overordnede prosjektet. Imidlertid ble guiden revidert og tilpasset studiens problemstilling (vedlegg 2). Forsker er selv utdannet fysioterapeut med erfaring fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette innebærer kunnskap om relevante problemstillinger knyttet til fysio-terapeutisk behandling og rehabilitering av eldre pasienter. I intervjuguiden ble de akademiske forskningsspørsmålene i størst mulig

grad forsøkt omskrevet til et uformelt lett språk uten å bruke for mange akademiske faguttrykk. Informantene i studien er alle utdannet fysioterapeuter så medisinske faguttrykk ble noen ganger tatt i bruk men i et begrenset omfang. Kvale (2008) peker på viktigheten av språket i formuleringen av spørsmålene i intervju guiden og oppfordrer til å bruke et lett dagligspråk for på denne måten å generere spontane og rike beskrivelser.

I kvalitative studier er det ikke ønskelig å standardisere intervjusituasjonen eller følge intervjuguiden for slavisk da det kan forhindre nye spørsmål angående problemstillingen (Malterud 2011). Selv om intervjuguiden var strukturert med definerte spørsmål under hvert tema ble spørsmål tilpasset underveis i intervjuet. Et semi-strukturert intervju bærer preg av større fleksibilitet og rom for skjønn og tilpasninger alt etter hvordan intervjuet utvikler seg (Kvale 2009). Intervjuguiden fungerte imidlertid som en god retningslinje for gjennomføringen og styringen av intervjuene. Informantene fikk på slutten av intervjuet mulighet til å fortelle om andre forhold de anså som mer eller mindre betydningsfulle i forhold til problemstillingen som ikke hadde blitt fanget opp med spørsmålene i intervjuguiden.

4.3.4 Gjennomføring av intervjuene

Forsker innledet hvert intervju med å informere om studiens målsetning og hensikt. Ved at forsker gav informasjon om studiens hovedtemaer før selve intervjuet fant sted, genererte en tydelig kontekst slik at man ikke skulle snakke forbi hverandre (Malterud 2011). På denne måten blir både informant og forsker bevisst på hva intervjusituasjonen skal handle om. Forsker informerte om at samtalen ville bli tatt opp på bånd for deretter og bli transkribert fra tale til tekst. Forsker understreket at datamaterialet ville bli behandlet konfidensielt og at anonymitet ville bli ivaretatt i forbindelse med presentasjon av forskningsresultatene. Dette for at informanten skulle føle seg trygge på at informasjon som fremkom under intervjuet ikke skulle kunne misbrukes eller videreføres.

Malterud (2011) hevder at det i en intervjusituasjon ligger en utfordring i at man som forsker styrer samtalen alt for mye hvor ens egen eksisterende kunnskap allerede

befinner seg. Malteruds (2011) råd ble brukt som en veiledning da intervjuene ble utført. Med andre ord, var det viktig for forsker og ikke blande seg for mye underveis, men balansere samtalen. Intervjuene tok utgangspunkt i intervjuguiden. Å ha evnen til å lytte og vise en genuin interesse er viktig under intervjusituasjon (Dalen 2011). Under gjennomføring av intervjuet var forsker bevisst på kroppsspråket og forsøkte å innta en lyttende og avslappende holdning. Forsker forøkte i stor grad å la informantene snakke fritt uten å avbryte for mye. Oppfølgingsspørsmål ble stilt i situasjoner hvor det ble naturlig og hensiktsmessig. Forsker opplevde at selve gjennomføringen av intervjuet ble lettere mot slutten av datainnsamlingen fordi man da hadde opparbeidet seg en viss erfaring med å gjennomføre intervjuer, som medførte økt trygghet i rollen som intervjuer. Forsker hadde satt seg godt inn i tema i forkant av intervjuet, og kjente intervjuguiden noe som danner utgangspunkt for et godt intervju (Dalen 2011). Lengden på intervjuene varierte fra 90-120 min. Flere av informantene var engasjerte og uttrykte stor interesse for oppgavens problemstilling og målsetning. Samtlige informanter hadde satt av god tid til intervjuet, noe som kan gjenspeile engasjement rundt problemstillingen og oppgavens relevans. Intervjuene ble transkribert i sin helhet fortløpende etter at de fant sted. Forsker transkriberte selv alle de 11 intervjuene. Dette var en tidkrevende prosess, som på samme tid gav god kjennskap og innsikt i datamaterialet, som er en viktig forberedelse til analyseprosessen (Dalen 2011).

4.3.5 Analyse av data

Denne studien har sin vitenskapelige forankring i hermeneutikken og det betyr at man i den kvalitative analysen kontinuerlig veksler mellom helheten og delene. Jakobsen (2005) sier at enhver tekstanalytisk metode kan sees på som en hermeneutisk metode hvor vekslingen mellom helheten, delene og forståelsen danner utgangspunkt for en spiral som man hele tiden vekselvis befinner seg i. Kvalitativ forskning anvender ulike tilnærminger til analysen av det empiriske datamaterialet. Felles for de alle er at de har en fortolkende tilnærming. «*Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet*» (Malterud 2011 s.91). Det stilles strenge krav til analysen. Den skal være sporbar og anerkjenne systematikk, den skal gjennomføres og belyses (Malterud 2011). Analysemetoden som anvendes i denne studien bygger på Malteruds (2011)

tilnærming hvor analysemetoden omtales som en systematisk tekstkondensering. Malterud (2011, s.98) beskriver metoden som en tverrgående analyse over fire trinn;

1. Å få helhetsinntrykk av materialet og definere 4-8 temaer med midlertidige navn.
2. Å identifisering meningsbærende enheter - velges med utgangspunkt i de opprinnelige temaene fra trinn 1.
3. Å abstrahering innholdet i de meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av dette

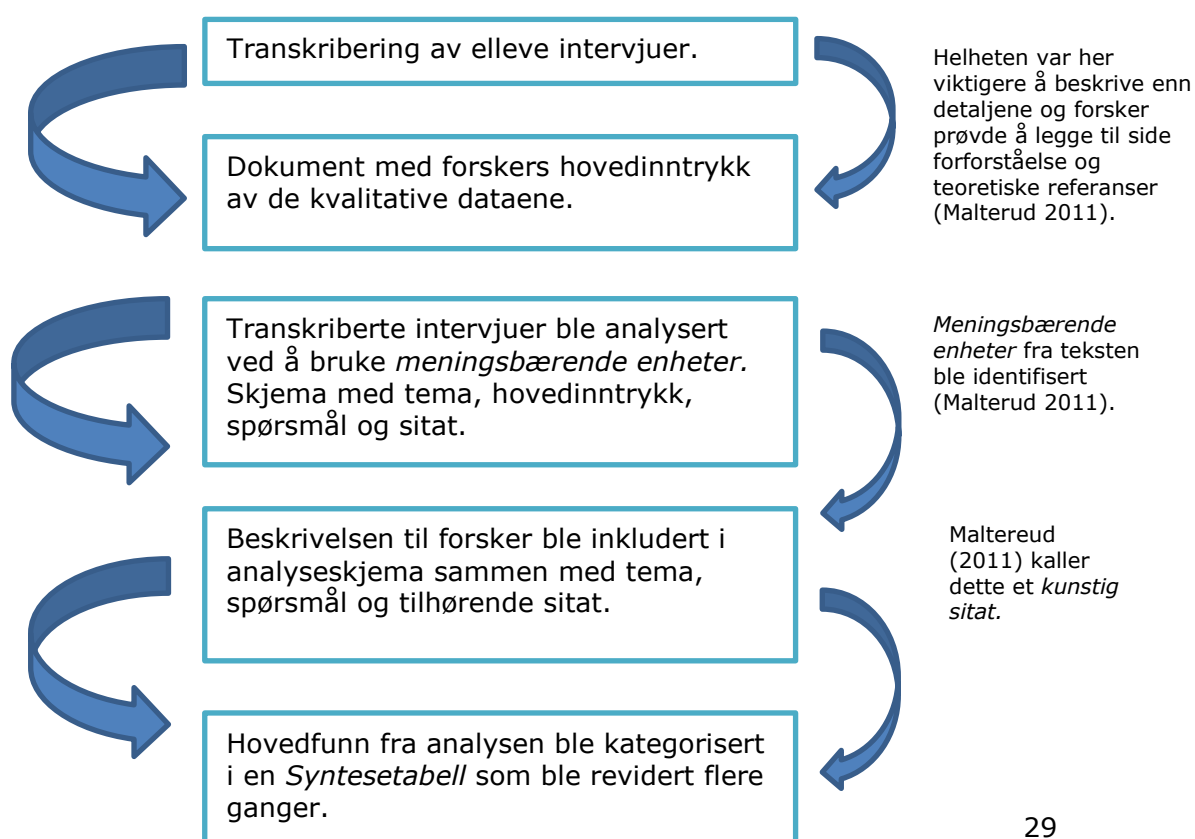
Etter at intervjuene var transkribert ble de lest av forsker for å danne et helhetsinntrykk. Helhetsinntrykket ble oppsummert i et dokument der forsker skrev ned hva som fremstod som de viktigste foreløpige temaene. Helheten er i denne fasen viktigere enn detaljene (Malterud 2011). Følgende foreløpige hovedtemaer etter gjennomlesning var: informasjonsflyt, kommunikasjon, tverrfaglige møtepunkter, IKT løsninger, ulike kulturer for tverrfaglig samarbeid i kommune og sykehus.

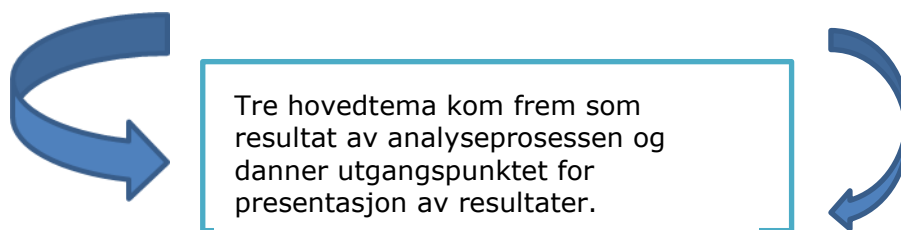
Malterud (2011) understreker at det i denne fasen er viktig å være bevisst og utfordre egen forforståelse. Forsker er utdannet fysioterapeut med erfaring fra sykehus og kommunehelsetjenesten. Forsker har derfor direkte kunnskap om oppgavens tematikk og problemstilling som medfører en forutinntatthet som kan farge analyseprosessen (Malterud 2011). Nærheten til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon, ved at man leter etter allerede kjente erfaringer i datamateriale og ikke ser alternativer (Malterud 2011). Fire transkriberte intervjuer ble lest av veileder med det formål å nyansere og utfordre hovedinntrykket og identifiserte temaer.

Trinn 2 innebærer å velge ut deler av teksten som utgangspunkt for meningsbærende enheter knyttet opp mot hovedtemaene i trinn 1 (Malterud 2011). Dette trinnet startet med en systematisk gjennomgang av materialet, for å identifisere meningsbærende enheter. Identifisering av meningsbærende enheter tok utgangspunkt i temaene fra helhetsinntrykket. I denne prosessen kom nye temaer frem som sa noe om problemstillingen utover de intuitive kategoriene fra helhetsinntrykket. De nye temaene var: tverrfaglighet, informasjonsoverføring og pasientsikkerhet. De meningsbærende enheter ble deretter kategorisert (kodet) og fremstilt i en tabell, inndelt under tema, hovedinntrykk, spørsmål og sitat.

Hovedinntrykket er forskers egne refleksjoner rundt de meningsbærende enhetene (sitatene) men i konteksten av de aktuelle temaene og påfølgende sitater. Malterud (2011) kaller dette et kunstig sitat og sier at denne beskrivelsen skal prøve å gjenfortelle og sammenfatte et budskap fortrinnsvis med bruk av informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. På denne måten ble rådata systematisert og det kom tydeligere frem hvilke temaer som var sammenfallende i datamaterialet. Hovedfunnene fra dataanalysen ble presentert i en syntesetabell. Syntesetabellen danner grunnlaget for presentasjonen av resultatene i funnkapitlet (kap 5).

Som uerfaren forsker har det vært nyttig å følge hovedtrekkene til en analyseprosess trinnvis. Denne prosessen opplevdes som tidkrevende men samtidig svært nyttig fordi den avdekket temaer som forsker opplevde som «uventede». Analyseprosessen var inspirert av Malteruds (2011) 4 trinns tekstkondensering, men fulgte ikke denne detaljert. Malterud (2011) understreker at det viktigste er at leseren kan følge fremgangsmåten som er fulgt. Under presenteres en forenklet oversikt som viser analyseprosessen i sin helhet, slik den ble gjennomført trinn for trinn.





Figur 3: Analyseprosessen inspirert av Malterud (2011).

4.4 VALIDITET OG RELIABILITET

Empiri som fremkommer i denne studien skal ha som mål å være troverdig og pålitelig og hele forskningsprosessen skal være preget av dette (Malterud 2011). Forskeren må gjennom hele prosessen være observant på feilkilder og skjevheter for å kunne presentere så gyldig og troverdig kunnskap som mulig (Kvale 2009). For å sikre god validitet er det overordnede målet at datainnsamlingen er tilpasset studiens mål, problemstillinger og teoretiske forankring. Malterud (2011) sier at forskerens viktigste redskap for å ivareta validiteten er å sørge for at leseren blir en informert ledsager. Dette oppnås ved at man som forsker gir leseren innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet og innhentet under. For å ivareta validiteten i denne studien er det beskrevet hvilke hensyn som er tatt i utvelgelsen av informantene, selve gjennomføringen av intervjuene og behandlingen og analysen av datamaterialet (Kvale 2009). Forsker har gjennom prosessen vært åpen for de empiriske funn som har kommet frem i studien, og samtidig vært bevisst på sin egen rolle som fysioterapeut. For å sikre at egen forforståelse og rolle ikke preget analyseprosessen i for stor ble veileder involvert i gjennomlesing av et utvalg intervjuer og kvalitetssikring av forskers hovedinntrykk av dataene.

Ved å inkludere et mangfold av fysioterapeuter som arbeider innenfor spesialist – og primærhelsetjenestens ulike behandlingstilbud har målet vært å styrke den interne validiteten. Altså å sikre at man gjennom mangfold får tak i det man ønsker å få tak i (Jakobsen 2005). I følge Jakobsen (2005) er hensikten med kvalitative metoder som regel ikke å generalisere fra et utvalg av enheter til en større gruppe enheter. Verdien ligger mer i å utdype og forstå begreper og i å identifisere og generere opplevde

problemområder og sammenhenger. Dette kan bygges videre på og skape et grunnlag for videre

forskning. Informasjonen innhentet i denne studien begrenser seg til fysioterapeuters beskrivelser og meninger knyttet til tverrfaglig samhandling i konteksten av overføringer av eldre pasienter mellom ulike behandlingsnivå. Selv om andre profesjonsgrupper gjerne kan kjenne seg igjen i noen av beskrivelsene og funnene som fremkommer så er det problematisk å hevde at de er direkte overførbare til andre profesjonsgrupper som arbeider i spesialist- og eller primærhelsetjenesten (Jakobsen 2005).

4.5 FORSKNINGSETISKE ASPEKTER

Forsker har gjennom hele prosessen vært bevisst og tatt i betraktning de forskningsetiske retningslinjene. Kvale (2009) peker på tre etiske regler som man bør følge når man utfører forskning som involverer mennesker. Det er konfidensialitet, informert samtykke og hvilke konsekvenser forskningsprosessen og deltagelsen i denne kan få for informantene i ettertid av studien.

Konfidensialiteten til alle informantene i denne studien ble ivaretatt ved at det ikke på noe tidspunkt ble registrert navn under intervju situasjonen. Det ble heller ikke brukt stillingsbetegnelser som i ettertid kunne avsløre informantens identitet. De transkriberte intervjuene ble kodet men aldri knyttet opp mot navneliste slik at anonymiteten til informantene ble ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen. Konfidensialitetsaspektet ved studien ble kommunisert til alle informantene i forkant av intervju situasjonen slik at de skulle være trygge på at informasjonen som kom frem under intervjuet ble behandlet på en slik måte at det ikke kunne spores tilbake til informantene.

Gjennom datainnsamlingsfasen av studien velger informantene å dele sine erfaringer og kunnskap med forskeren. Erfaringer og kunnskap som kom frem under intervjuene ble gjennom analyseprosessen ikke tatt ut av kontekst men fortolket innenfor rammene av studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Malterud (2011) trekker frem viktigheten av at man som forsker må kjenne et ansvar for å håndtere det som blir sagt på en måte som best mulig samsvarer med slik det var ment. Allikevel betyr

dette ikke at informanten bør godkjenne forskers fortolkninger eller sammenfatninger i ettertid. Alle studiens informanter ble informert om hvordan opplysninger som kom frem under intervjuet skulle brukes i etterkant. Alle intervjuene ble transkribert i sin helhet av forsker, kodet og lydfilene slettet etter at transkriberingen var ferdig.

Det frivillige informerte samtykke betyr at informanten skal stå fritt til selv å velge om han eller hun ønsker å delta i studien. I forkant av alle intervjuene ble det sendt ut mail med informasjon om studien samt et samtykkeskjema som alle informantene skrev under på. Det ble også informert muntlig til alle informantene i forkant av intervjuet hva studiens mål og hensikt var og at det var mulig å trekke seg på et hvert tidspunkt dersom informanten skulle ønske det.

5. FUNN

I dette kapittelet presenteres funn fra analysen av datamaterialet. Hovedfunn blir presentert i henhold til tre temaer (tverrfaglighet, informasjonsflyt og pasientsikkerhet). Hvert tema blir presentert i detalj med funn fra sykehus, kommune og på tvers av de to nivåene.

5.1 TVERRFAGLIGHET

Informantene i studien beskriver en virkelighet der det kommer frem at tverrfaglig samhandling varierer både innad og mellom de to tjenestenivåene. Fysioterapeutene som arbeider i primærhelsetjenesten beskriver at den tverrfaglige samhandlingen er satt i system med faste formelle møtepunkter der kompetanse utveksles og hvor felles målsetninger rundt pasientens pleie og behandling fastsettes. I spesialisthelsetjenesten beskriver informantene en tverrfaglig samhandling som preges av mer tilfeldighet der de involverte profesjonsgruppene arbeider side om side men ikke nødvendigvis sammen. Informantene på sykehuset og i kommunen opplever liten grad av samhandling dem i mellom i forbindelse med sykehusutskrivelser. Fysioterapeutene i kommunen gir uttrykk for at de savner informasjonsoverføring fra fysioterapeut på sykehuset dersom pasienten mottok rehabiliteringstjenester under innleggelse. Fysioterapeutene på sykehuset på sin side opplever at de ikke alltid involveres i forkant av utskrivelse, og beskriver at pasienter kan bli utskrevet uten at de er informert. Liten grad av involvering i forkant av utskrivelse beskrives å vanskeliggjøre informasjonsoverføringen på tvers. Fysioterapeutene på sykehus etterlyser større fokus og anerkjennelse av fysioterapeutens rolle og kompetanse i den tverrfaglige samhandlingen. Informantene i sykehus og i kommune uttrykker begge ønske om økt samhandling i form av formelle møtepunkt, for diskusjon, kompetanse og erfaringsutveksling. Tabell 3 viser hovedfunnene fra temaet tverrfaglighet. Disse presenteres deretter i detalj for henholdsvis sykehus, kommune og på tvers.

Tabell 3: Hovedfunn tverrfaglighet

Sykehus	På tvers	Kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Generelt sett få formelle møtepunkter med fysioterapi representert. Varierende deltakelse på previsitt. • Uformelle kontaktpunkter «på gangen». • Kvalitet på kommunikasjon er avhengig av bekjentskap og tilfeldigheter • Tverrfaglig samhandling oppleves tilfeldig også for kompliserte pasientforløp. • Geriatrisk avdeling er den eneste med faste tverrfaglige møtepunkter med fysioterapeut som integrert og viktig del. • Ønske om faste tverrfaglige møtepunkter for å gjøre fysioterapirollen mer kjent og styrke kvaliteten i overganger. • Full tilgang til all informasjon i DIPS om hver enkelt pasient for å styrke tverrfagligheten. • Begrenset kunnskap om ulike behandlingstilbud i kommunen (overgangsplasser, intermediæravdeling og rehabiliteringsavdeling). Konsekvens: vanskelig å informere den enkelte pasient om hva slags tilbud de får etter utskrivelse. • Ser behovet for kompetanseoverføring fra sykehus til kommune fysioterapeuter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunefysioterapeuter savner ofte dokumentasjon fra fysioterapeut ved sykehuset. • Kommunefysioterapeuter opplever liten grad av samhandling med fysioterapeuter på sykehuset. • Alle informanter ønsker større grad av tverrfaglig samhandling. I dag finnes ingen faste møtepunkter. • Ønske om faste formelle møtepunkter med fysioterapeuter på sykehuset (diskusjon av faglige utfordringer, arena for kompetanseutveksling, økt kunnskap om hverandre). 	<ul style="list-style-type: none"> • Arenaer for formelt tverrfaglig samhandling etablert. • Grad av tverrfaglig involvering av fysioterapeut varierer mellom ulike sykehjem. • Intermediæravdeling: to faste daglige tverrfaglige møter. • Rehabiliteringsavdeling: fast tverrfaglig møte en gang i uken. • Overgangsplasser: daglige tverrfaglige møter for å vurdere den enkelte eldre pasient (hjem eller sykehjemsplass i kommunen). • Tverrfaglig samhandling innad i kommunen oppleves som viktig for å styrke fysioterapirollen.

5.1.1 Sykehus

Informantene på sykehuset uttrykker et klart ønske om mer formell tverrfaglig samhandling på de ulike avdelingene og flere understreker og er bevisste på betydningen et slikt samarbeid har for pasientene. *«Tverrfaglige møter der vi treffes, får høre hva andre sier vil generere mye mer informasjon og ivareta pasientene mye bedre. Jeg tror på det å ha faste møter»* sier en av informantene. Behovet for faste møteplasser hvor en har mulighet til å snakke sammen om felles pasienter trekkes frem av flere. Noen informanter henviser til previsitten hvor ansvarlig lege og sykepleier går gjennom inneliggende pasienter for å diskutere problemstillinger, behandlingsopplegg og målsetninger som en viktig arena og møtepunkt for tverrfaglig samhandling. En fysioterapeut sier *«Hadde vi vært med på pre- visitten hver dag så hadde det hjulpet for da hadde vi møttes på morgenen. Hvis det da hadde vært et møte så får vi jo høre hva sykepleierne sier og legene. Da kommer jo alt frem. Ja, bare det enkle tiltaket hadde hjulpet og da kunne vi kommet i gang med mer tverrfaglig samarbeid»*.

Fysioterapeutenes deltakelse på previsitten beskrives å variere fra avdeling til avdeling. På ortopedisk avdeling er det vanlig at fysioterapeutene deltar 2 dager i uken eller etter behov. En fysioterapeut med tilknytning til ortopedisk avdeling forteller: *«Pre-visitten er vi med på to ganger i uken som nevnt. Ellers ingen faste møtepunkter. Men hvis det er en pasient som er litt komplisert og skal hjem så er det av og til tverrfaglige møter. Men det blir da avtalt spesifikt for den enkelte pasient der forløpet er mer komplisert...og det er absolutt ikke alltid vi blir invitert! Så da er det vi som må være på og invitere oss inn... Og av og til er det vi som må organisere så det er litt tilfeldig det med tverrfaglig samarbeid...og da hvis du har en fysioterapeut som er usikker og ikke er så godt kjent så er det en mulighet for at dette ikke skjer [at fysioterapeuten ikke er representert på møte]»*.

Mangel på faste tverrfaglige møtepunkter der fysioterapeuten er representert gjør at samarbeidet med de andre profesjonsgruppene fremstår og blir beskrevet av flere som tilfeldig, ”på gangen” eller ”i forbifarten” *«Vi har ingen faste møtepunkter men snakker sammen når det passer på avdelingene»* sier en informant. En annen fysioterapeut forteller følgende når vedkommende blir bedt om å beskrive deres

samarbeid med leger og sykepleiere «Sånn som det er nå så snakker vi med sykepleieren før og etter vi har vært hos pasienten og snakker med legen ved behov eller så ringer vi dem». Videre uttaler informanten: “Det er ikke noe forventning om at jeg skal blande meg. Jeg føler at jeg blander meg opp i noe for det er ikke noe system for samarbeid og kommunikasjon”.

Tilfeldighet oppleves å ha konsekvenser for rollen fysioterapeutene har overfor de andre profesjonsgruppene. En informant uttaler: «I min fysioterapirolle så føler jeg av og til at jeg blander meg inn. Så hvis vi hadde fått noen bedre tverrfaglige team som ivaretok hele pasientsituasjonen, både i forhold til sykdommen og nødvendige behandlingstiltak så hadde det vært bra”. Fysioterapirollen beskrives slik av en annen informant: «Det fokuseres for lite på vår faggruppe og vår mulighet til å jobbe med fysisk form for pasientgruppene som er den største helsegevinsten. Den rollen vår som fysioterapeuter kunne blitt brukt mye bredere, ikke bare få opp slim [i forhold til KOLS pasienter]. Vi burde gjort mye annet som kunne vært sekundær forebyggende og hjulpet pasientene mye mer.»

Hvilke rolle fysioterapeutene har og grad av samarbeid med leger og sykepleiere beskrives å variere på tvers av de ulike avdelingene. En informant uttaler: «Det varierer veldig fra avdeling til avdeling. Noen sitter nesten og venter på deg mens hos andre er du mer usynlig”. Flere informanter henviser til geriatrisk avdeling som den eneste avdelingen med faste ukentlige tverrfaglige møtepunkt der fysioterapeuten er representert som en integrert og viktig del av det tverrfaglige teamet. En fysioterapeut tilknyttet geriatrisk avdeling sier: «Jeg føler meg godt integrert og det var en stor overgang å komme fra andre medisinske poster i forhold til dette. Der [medisinsk avdeling] føler man seg ofte litt på sidelinjen.». På geriatrisk avdeling oppleves den tverrfaglige samhandlingen å ha høy prioritet: “De er veldig opptatt av det tverrfaglige og henviser nesten alle pasientene til balanseutredning eller mobilisering” (informant tilknyttet geriatrisk avdeling). Informanten trekker frem at ledelsen på avdelingen er en sentral og viktig bidragsytende faktor til at samhandling og faste tverrfaglige møtepunkter er etablerte: «Avdelingsledelsen er opptatt av tverrfaglighet og det merkes» (informant tilknyttet geriatrisk avdeling)

Fysioterapeutene ved sykehuset forteller at de ikke har tilgang til relevante pasientopplysninger gjennom det interne journalsystemet DIBS. Dette oppleves å ha negative konsekvenser for den tverrfaglige samhandlingen med de andre profesjonsgruppene. En informant forteller: *«En annen ting er at det er vanskelig for meg som fysioterapeut å få tilgang til informasjon som de andre på teamet har tilgang til i systemet. Det er egentlig hovedproblemet for tverrfagligheten. De er veldig strikse på tilgangen til pasientlistene. Har tatt dette opp mange ganger. Jeg mener at om vi skal jobbe tverrfaglig så må vi ha tilgang til dette»*.

Kvaliteten på den tverrfaglige samhandlingen oppleves videre å være preget av bekjentskap noe som gir liten trygghet for fysioterapeutene. En av informantene sier: *«Ved et tverrfaglig møte så får man en respekt for at alle disse faggruppene skal høres! Så får vi frem alle problemstillingene rundt pasienten. Mens nå går det så mye på bekjentskap. Det gir liten trygghet»*. En annen informant peker på synlighet og tilstedeværelse i avdelingene som betydningsfullt for relasjonsbygging. Vedkommende sier: *«Vi fysioterapeuter er ikke så synlige på enkelte avdelinger for vi har lite pasienter der. I tillegg har det vært mye utskiftning av fysioterapeuter sånn at du har ikke alltid et kjent ansikt på hver avdeling»*.

Barrierer for tverrfaglig samhandling som blir beskrevet av informantene på sykehuset er kommunikasjonssvikt, tidspress, den rollen fysioterapeutene har i dag, fysiske avstander fra hvor fysioterapeutene har sin avdeling og de andre postene på sykehuset og det at de andre fagprofesjonene ikke alltid leser pasientnotater som fysioterapeutene har lagt inn i DIPS.

I forhold til kommunikasjonssvikt uttaler en informant at: *«Kommunikasjonssvikt er hovedbarrieren, at beskjeder som blir gitt til sykepleiere ikke kommer frem dit de skal. En annen barriere er at de ikke er flinke nok til å lese journalene som fysioterapeutene skriver»*. Det er ikke alltid de andre faggruppene kommuniserer til fysioterapeutene at en pasient er på vei til å bli utskrevet: *«De hører ikke med fysioterapeutene først det er vi som må gå til dem. Det skulle ikke vært utreiserutiner før fysioterapeuten var koblet inn. Det er krevende. Utenom pre-visitten har vi ingen faste møtepunkter og det er vanskelig for oss å gå på den hver dag.»*

Tidspress er en faktor som trekkes frem som en barriere for tverrfaglig samhandling. En informant uttaler at: *«Noen avdelinger har stort fokus på å få pasienter raskt ut og da er det styrende. Det blir som en barriere for tverrfaglig samarbeid for du må argumentere veldig sterkt og tydelig».*

Fysioterapeutenes avdeling med kontorer og treningsrom er i fysisk avstand fra postene som de har ansvar for på sykehuset. En informant trekker dette frem som en barriere for tverrfaglig samarbeid og sier: *«Det at vi er spredt. Fysioterapeutene sitter nede i kjelleren mens sykepleiere og leger sitter oppe på avdelingen. Store avstander til hvor vi sitter og har tilhørighet».*

Behovet for en kompetanseoverføring med tanke på spesielt krevende pasienter trekkes frem i forhold til KOLS pasienter og en informant uttrykker seg ved å si: *Jeg tenker at det ikke har vært nok kompetanse i kommunen på den sykdommen [KOLS] og hvordan ivareta pasienten. Jeg tenker at pasientsikkerhet er at de får den behandlingen de trenger i forhold til sin sykdom. At de møter den kompetansen de trenger».*

5.1.2 Kommune

Samtlige informanter i kommunen opplever at det er etablert formelle faste arenaer for tverrfaglig samhandling med andre faggrupper som inkluderer lege, sykepleier, hjelpepleier og ergoterapeut. Ved en intermedieæravdeling er det etablert faste daglige tverrfaglige møter. En informant tilknyttet intermedieæravdeling sier: *« Vi har to daglige møter og hver torsdag blir fysioterapeuten innkalt ved behov. Jeg er også involvert i den daglige gangkommunikasjonen på avdelingen.»* Informanten beskriver samarbeidet ved intermedieæravdelingen slik: *«Vi er et godt team der alle blir hørt og verdsatt. Hvis jeg føler at en pasient ikke er klar til å bli utskrevet til hjemmet så blir han ikke det.»*

På rehabiliteringsavdelingen har man et formelt tverrfaglig møte en gang i uken *«Vi har tverrfaglige møter med avdelingen en gang i uka. På en time. Der vi er fysioterapeut, ergoterapeut, avdelingssykepleier og en eller to til fra avdelingen. Der går vi gjennom hver pasient som er på rehabiliteringsplassene».* Informanten ved

rehabiliteringsavdelingen beskriver den tverrfaglige samhandlingen slik: «*Dette [tverrfaglig samhandling] fungerer bra og er nyttig. Det er veldig viktig å ha et fast møtepunkt for ellers flyter det ut.*» De faste tverrfaglige møtepunktene har en positiv effekt på den daglige kontakten som fysioterapeuten tilknyttet avdelingen beskriver: «*Men ellers stikker vi hodet inn på avdelingen om morgenen og hører om det er skjedd noe på kvelden og natten så vi har den kontinuerlige kontakten hele tiden egentlig.*»

Ved overgangsplasser er det kommunefysioterapeutene som har ansvaret for å vurdere alle pasientene som er henvist før de blir overført videre til annet tilbud i kommunen. Dette kan inkludere rehabiliteringsplass, korttidsplass/langtidsplass på sykehjem eller et opphold på intermediæravdeling. Både rehabiliteringsplasser og intermediærplasser har som mål at den enkelte eldre pasient skal kunne utskrives til hjemmet etter endt opphold. Det tverrfaglige samarbeidet ved overgangsplasser kjennetegnes ved daglige tverrfaglige møter for å kunne vurdere den enkeltes pasient sitt behov. Informanten tilknyttet overgangsplasser sier: «*På overgangsplasser og rehabiliteringsplasser er det blitt veldig godt samarbeid. Vi har rapport etter hver dag vi har vært der. Vi går litt gjennom hva vi har gjort, for eksempel at denne pasienten må få flyttet sengen sin til andre siden, eller den må ha pute under armen etc. Der hører de veldig på hva vi sier*»

Informantene i kommunen understreker alle viktigheten med å arbeide tverrfaglig «*Godt tverrfaglig samarbeid er veldig viktig. Det er uunnværlig*» sier en fysioterapeut tilknyttet intermediæravdeling.

Ansatte fra bestillerkontoret er representert i nettverksmøter som blir avholdt når en bruker skal utskrives fra sykehjem og tilbake til hjemmet og der det er behov for en bred tverrfaglig innsats for å gjøre denne overgangen så trygg som mulig for brukeren og pårørende. En informant tilknyttet intermediæravdeling uttaler at: «*Det blir her mange flere praktiske problemstillinger som må avklares før man får en god tilbakeføring til hjemmet.*» Den tverrfaglige samhandlingen i forbindelse med utskrivelse fra sykehjem til hjemmet beskrives slik av den samme informanten: «*Når vi skal ha pasienten herfra og hjem så har vi et nettverksmøte på en time der vi kaller inn pasienten, fysioterapeut, ergoterapeut, pårørende, koordinator og*

fysioterapeut/ergoterapeut fra kommunen hvis det er en litt komplisert sak. Der prøver vi å bryte ned praktiske gjøremål som er problemstillinger som er veldig vesentlige for pasienten.»

Imidlertid påpekes det at graden av tverrfaglig samhandling kan variere fra sykehjem til sykehjem. En informant tilknyttet overgangsplasser sier. *«Så fungerer det forskjellig fra sykehjem til sykehjem også. Noen møter stiller de [sykepleiere] ikke opp og glemmer oss ut, men andre steder er de [sykepleiere] veldig interesserte i å samarbeide med oss.»* Graden av tverrfaglig samhandling beskrives som å ha betydning for hvilket fokus rehabilitering får på sykehjemmene. Der det er etablert faste tverrfaglige møtepunkter med fysioterapeut representert så øker den kollektive bevisstheten rundt rehabilitering. En fysioterapeut tilknyttet rehabiliteringsavdelingen sier: *«Det er lettere å få rehabilitering prioritert der vi har faste tverrfaglige møtepunkter for eksempel en gang i uken.»* En annen informant (tilknyttet overgangsplasser) opplever at mer tverrfaglig samhandling kan være med på å styrke fysioterapeutens rolle. Vedkommende sier: *«Jeg tror at mer tverrfaglighet kunne styrket rollen vår fordi mer av rehabiliteringen skal jo skje i kommunen nå.»*

Flere informanter i kommunen peker på høyt tempo og arbeidspress som er barriere for tverrfaglige samhandling. En informant tilknyttet overgangsplasser sier at: *«Jeg tror nok vi av og til savner mer tverrfaglig samarbeid, men vi merker jo at sykepleiere er veldig hardt presset. De har det forferdelig travelt.»*

5.1.3 På tvers av sykehus og kommune

Kommunefysioterapeutene uttrykker at de ofte savner dokumentasjon fra fysioterapeutene på sykehuset som inneholder bakgrunnsinformasjon om pasienten. En fysioterapeut tilknyttet overgangsplasser sier følgende: *«Det tror jeg både sykepleierne og vi savner, dette med at de har blitt utskrevet flere ganger uten papirene med seg og da blir det fort fare for feil behandling eller andre feil. Det hender at vi synes vi vet for lite om pasienten. At vi må lete etter å finne hva er restriksjonene her, kan de belaste eller ikke? Ting skjer veldig fort».* Fysioterapeutene i kommunen har ikke elektronisk tilgang til IKT systemet på sykehuset der de kunne ha hentet bakgrunnsinformasjon om pasienten.

Fysioterapeutene som arbeider i kommunen opplever at det er liten grad av samhandling med fysioterapeutene på sykehuset. Informanten tilknyttet overgangsplasser i kommunen sier: *«Jeg erfarer at det er veldig sjelden vi snakker noe med fysioterapeutene på sykehuset, i hvert fall i forhold til disse overgangsplassene. Det er rapporter. Eller vi tar en telefon om det er nødvendig»*. Denne opplevelsen deles også av en annen fysioterapeut i kommunen som uttaler at det i praksis er liten kontakt mellom fysioterapeutene som arbeider på sykehuset og kommunefysioterapeutene. Informanten tilknyttet rehabiliteringsavdelingen uttaler at: *«Utenom henvisningene eller rapportene vi får, så har vi ikke så mye kontakt. Jeg vet at vi kan ringe men det gjør jeg sjelden»*. En fysioterapeut på sykehuset bekrefter fravær av kontakt *«Det er ikke noen formell måte å samarbeide på»*.

Fysioterapeutene både i sykehus og kommune gir tydelig uttrykk for at de ønsker større grad av tverrfaglig samhandling dem imellom på tvers av de ulike nivåene. En kommunefysioterapeut sier: *«Vi burde jo hatt noen felles møtearenaer over faget. Men det er ikke satt noe i system i dag og det burde det vært»*. En annen kommunefysioterapeut sier tilsvarende: *«Jeg skulle ønske det var mer mulighet for kommunikasjon på tvers selvfølgelig. At vi hadde faste dager der vi kunne snakke sammen for eksempel.»* Ønsket om mer tverrfaglig samhandling beskrives også av en fysioterapeut på sykehuset: *«Jeg tror at vi må møtes! Nå har vi nylig hatt et møte med lungeteamet i kommunen som var svært nyttig og lærerikt så ja, jeg tror vi må møtes oftere.»*

En annen fysioterapeut på sykehuset sier: *«Det kunne jo kanskje vært nyttig og hatt møtepunkter for å bli kjent med gangen i systemet i kommunen. Blitt tryggere og dialogen med pasienten kunne jeg blitt tryggere på slik at jeg hadde sagt at dette er det tilbudet du får videre. Dette er hva som skjer. Nå bare tror vi men kanskje hadde det vært bedre med noen faste møtepunkter.»* Mangel på kunnskap om hverandre deles av en fysioterapeut i kommunen: *«Det er absolutt mangel på informasjon fra begge sider. Vi vet ikke helt hvordan det fungerer på sykehuset og de vet ikke helt hva slags tilbud som finnes her»*. Begrenset kunnskap blant fysioterapeutene på sykehuset om ulike behandlingstilbud i kommunen gjør det vanskelig å informere den enkelte pasient om hva slags tilbud de får etter utskrivelse. En fysioterapeut på sykehuset sier:

«Jeg har for dårlig oversikt over tilbudet i kommunene. Jeg har ikke tid til å sette meg inn i hvilke tilbud de har». Det er generelt mye usikkerhet blant fysioterapeutene på sykehuset med tanke på hva slags behandlingstilbud som venter pasientene i kommunen. «Det er en fordel å være mer kjent med systemet i kommunen enn jeg er i dag» uttaler en fysioterapeut på sykehuset.

5.2 INFORMASJONSOVERFØRING

Tilstrekkelig god informasjonsutveksling mellom de to ulike tjenestenivåene blir beskrevet som viktig for å oppnå gode overføringer. Informantene på sykehuset og i kommunen opplever at det er en utfordring og et klart forbedringspotensial. Høyt tempo, tidspress og mangel på felles IKT system som kommuniserer sammen beskrives som en barriere knyttet til informasjonsutveksling. Informantene i kommunen erfarer at informasjonsoverføringen i forbindelse med sykehusutskrivelser til tider er svært mangelfull og noe som beskrives som sårbart. Mangelfull informasjonsoverføring medfører at de vet mindre om pasientene, hvilke ressurser de har, hva de kan mobilisere, grad av belastning og restriksjoner. Informantene uttrykker at bedre kunnskap om pasientene skaper trygghet og kommer pasientene til gode. Tabell 4 viser hovedfunn fra temaet informasjonsoverføring. Disse presenteres deretter i detalj for henholdsvis sykehus, kommune og på tvers.

Tabell 4: Hovedfunn informasjonsoverføring.

Sykehus	På tvers	Kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset sender elektroniske henvisninger til en kommune, mens andre går via faks eller post. • Kompetanse og informasjonsoverføring mellom sykehus og kommune anses som viktig for gode overføringer. 	<ul style="list-style-type: none"> • IKT systemet på sykehuset kommuniserer ikke med IKT systemet i kommunen. • Bedring i informasjonsoverføringen mellom spesialist og primærhelsetjenesten er ønsket av alle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende bakgrunnsinformasjon om den enkelte pasient fra fysioterapeutene på sykehus oppleves sårbart. • Det kan gå et par dager før fysioterapi notater fra sykehuset når kommune fysioterapeuter i IKT systemet. • Manglende bakgrunnsinformasjon om pasienten sammen med økt tempo i overføringer oppleves sårbart. • Når henvisninger og pasientopplysninger blir sendt med faks fra sykehus til kommune kan de ende opp på feil sted.

5.2.1 Sykehuset

Fysioterapeutene på sykehuset sender henvisning til bestillerkontoret som fordeler henvisningene til den kommunen som pasienten blir utskrevet til. Fysioterapeutene på sykehuset kan sende elektroniske henvisninger til en kommune. Dersom pasienten skal utskrives til en annen kommune så blir fysioterapi henvisningen og fysioterapi notatene sendt med post eller faks. Dersom fysioterapeuten på sykehuset mener at det er pasientopplysninger som må kommuniseres raskere til kommunefysioterapeuten, eller at det er spesielle forhold med en pasient så ringer sykehus fysioterapeuten til fysioterapeuten i kommunen. En fysioterapeut på sykehuset sier: *«Vi ringer kun dersom det er noe spesielt med en pasient. IKT systemene kommuniserer ikke sammen»*. Rutinene knyttet til informasjonsoverføring av pasientopplysninger og fysioterapihenvisninger har endret seg etter samhandlingsreformen hvor dialogen mellom sykehuset og kommunen nå stort sett går gjennom pasientens koordinator i kommunen. En kommunefysioterapeut sier *«Vi syntes det var skremmende når vi skulle begynne med bestillerkontor [pasientkoordinator] for før ringte vi alltid. Hadde alltid en dialog med en fysioterapeut i kommunen som sa ja det skal vi ta så var vi sikker på at pasienten ble tatt. Nå ringer vi kun kommunefysioterapeutene og de ringer oss dersom det er noe spesielt. Så nå er det bestillerkontoret som fordeler ut pasienter.»*

Samtidig uttrykker fysioterapeuter på sykehuset at de av og til føler behov for å ringe fysioterapeuten i kommunen for å forsikre seg om at informasjon rundt en pasient som det haster med å få overlevert er kommet frem. Flere fysioterapeuter på sykehuset sier at de tar direkte kontakt med kommunefysioterapeut i spesielle tilfeller *«Jeg har en liste over alle fysioterapeutene i kommunen så jeg har organisert meg slik. Du har et system slik at det er lett å ringe. Det er slik mitt system er»* uttaler en fysioterapeut på sykehuset.

5.2.2 Kommune

Tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon om den enkelte pasient og tilgang til relevante pasientopplysninger på tvers av nivåene i helsetjenesten trekkes frem av flere informanter som en viktig forutsetning for å ivareta pasientsikkerheten i overføringer.

En kommunefysioterapeut uttrykker seg på denne måten med hensyn til dette: *«At vi møter pasienten forberedt det vil si at vi har den informasjonen fra sykehuset som vi trenger. Slik at vi kan si at «jeg ser du trente i trapp på sykehuset « og at vi viser at vi har oversikten og ikke må spørre om alt på ny.»* Behovet for tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon for å sikre trygg og god behandling blir beskrevet på denne måten av en annen fysioterapeut: *«Hvis det er noe ekstraordinært så er utfordringen om vi får beskjed av sykehuset om dette. For eksempel restriksjoner på vektbæring eller stor risiko for SUB luksering [hoften ut av ledd] eller noe sånt så er det viktig å få beskjed om dette. Dette er det ikke rutiner på men det er derfor vi vil ha epikrise og operasjonsbeskrivelse.»*

Bakgrunnsinformasjon fra fysioterapeuten som har hatt ansvaret for pasienten på sykehus anses av alle fysioterapeutene i kommunen som viktig for å sikre en god overføring og en helhetlig behandlingsplan for den enkelte eldre pasient. Dersom fysioterapeuten på sykehus ikke har fått skrevet rapport eller henvisning på den enkelte pasient den dagen pasienten blir utskrevet fra sykehus så blir informasjonsoverføringen forsinket. Flere av fysioterapeutene i kommunen opplever at de vurderer og setter i gang behandling av pasienter uten å ha tilgang på relevant bakgrunnsinformasjon fra fysioterapeut på sykehus. Dersom fysioterapinotat fra sykehuset uteblir er kommunefysioterapeuten avhengig av å finne relevant bakgrunnsinformasjonen i sykepleienotat eller epikrisen som skal følge pasienten ved utskrivelse. Fysioterapeuten som er tilknyttet overgangsplasser i kommunen beskriver dette på denne måten: *«Hvis de kommer fra sykehuset til overgangsplassene så skjer ting veldig fort så der møter vi gjerne pasienten før vi har fått henvisningen. Da må vi lese sykepleierapporten og vurdere om de er kandidat for fysioterapi».*

Videre sier den samme fysioterapeuten *«Det er ikke alltid vi får tilstrekkelig pasientinformasjonen fra sykehuset...det tror jeg både sykepleierne og vi savner, dette med at de har blitt utskrevet flere ganger uten papirene med seg og da blir det fort fare for feil behandling eller andre feil. Det hender at vi synes at vi vet for lite om pasienten. At vi må lete etter å finne hva er restriksjonene her, kan de belaste eller ikke? Ting skjer veldig fort.»* Informanten sier videre: *«Vi har jo lister over pasientene men der står det veldig lite og det har hendt at det står feil informasjon. Det er ikke alltid lett å finne bakgrunnsinformasjon på kort tid.»* Overgangsplassene kjennetegnes

av raske innleggelser og raske utskrivelser fordi pasientene ikke skal være innlagt her i mer enn tre til fem dager før de skal «sluses» videre i kommunen enten tilbake til hjemmet eller til annen institusjon.

På intermediaeravdelingen mottar fysioterapeuten en elektronisk rapport i sitt datasystem som fysioterapeutene kan lese. Her er informasjonsflyten beskrevet på en annen måte og fysioterapeuten tilknyttet avdelingen sier: *«Dersom de har hatt fysioterapi på sykehuset så får jeg som regel en elektronisk rapport inn i mitt journalsystem. Jeg får noe som heter en elektronisk post, e- melding som jeg ikke vet hvordan fungerer for jeg vet ikke om jeg kan skrive en elektronisk melding til fysioterapeutene på sykehuset.»* Selv om fysioterapeuten uttrykker lite kjennskap til hvordan dette er tenkt å fungere så beskrives nytteverdien og viktigheten av denne informasjonen. Vedkommende sier: *«Hvis de har hatt fysioterapi så synes jeg det er kjekt å se den rapporten. For da vet jeg hvor mye de har mobilisert, hvilke øvelser de har startet med på sykehuset og da kan vi videreføre det her».*

Fysioterapeuten som arbeider ved rehabiliteringsavdeling opplever at informasjonsflyten fra sykehus som regel er tilfredsstillende. Informanten har tilgang på relevante pasientopplysninger fra sykepleier og lege på sykehuset og uttaler at: *«Når vi får pasientene hit går jeg gjennom journalene, legejournal, sykepleiejournalen som er av interesse og jeg prøver å samle all informasjonen.»* Informasjon fra fysioterapeut på sykehuset anses også som nyttig og informanten leser denne før pasienten blir vurdert. Fysioterapeuten sier: *«Som oftest ligger det en epikrise fra fysioterapeuten på sykehuset. Denne fagrapporten har som regel kommet før jeg ser brukeren. Denne får jeg elektronisk både fra legen og fra fysioterapeuten og dette har jeg tilgang til.»*

Tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon om pasienten før behandling settes i gang beskrives som en viktig forutsetning for gode overføringer *«Det at jeg har fagrapporten før jeg møter pasienten det synes jeg er veldig viktig. For å få til en best mulig overgang for pasienten sin del. Da kan jeg ha forberedt meg godt slik at jeg kan ta en god undersøkelse og anamnese»* sier fysioterapeut tilknyttet overgangsplasser.

Samtidig uttrykker vedkommende at mer medisinsk bakgrunnsinformasjon vedrørende pasienten er et savn: *«Det jeg savner mest er medisinske opplysninger i*

forhold til undersøkelser de har gjort. For eksempel med et lårhalsbrudd så har vi ikke tilgang til røntgen eller røntgenbeskrivelser slik at sånn type undersøkelser og opplysninger savner jeg. Litt mer bakgrunnsinformasjon fra andre fagfolk enn fysioterapeuten».

Henvisninger og pasientopplysninger blir også sendt med faks til ulike deler av de kommunale behandlingstilbudene. Dette opplever flere av informantene i kommunen som bekymringsfylt «*Nå er vi avhengige av at de finner frem og sender papirene til oss. Sender de ikke så fakser de og trykker de et tall feil der så kan faksen ende opp hvor som helst. Sender de flere fakser så kan det være forvirring om hvilken faks som tilhører hvilken pasient for de må jo anonymisere hver enkelt faks. Jeg tror det er større fare for pasienten med dagens system enn om det hadde vært et system som hadde kommunisert godt*» sier en fysioterapeut i kommunen.

5.2.3 På tvers av sykehus og kommune

I dag er det slik at de ulike IKT systemene i spesialist- og primærhelsetjenesten ikke kommuniserer med hverandre. Dette får konsekvenser for informasjonsflyten mellom de ulike nivåene. «*Vi ringer kun dersom det er noe spesielt med en pasient. IKT systemene kommuniserer ikke sammen. Vi blir jo også kontaktet av kommunefysioterapeut hvis det er ting de ikke forstår eller lurer på, da tar de kontakt*» (fysioterapeut tilknyttet ortopedisk avdeling).

En bedring i informasjonsflyten er noe flere av informantene trekker frem for å kunne skape tryggere overføringer. En fysioterapeut tilknyttet overgangsplasser uttaler: «*Bedre elektroniske løsninger hadde jo sikret at de andre i kommunen hadde fått informasjonen med en gang jeg hadde trykket på en knapp. Det sikrer jo at pasienten hadde fått tidligere hjelp. Det hadde vært en fordel.*»

5.3 PASIENTSIKKERHET

Trygge overføringer av eldre pasienter trekkes frem av informantene som en viktig faktor for ivaretagelse av pasientsikkerheten hvor tilstrekkelig informasjons- og kompetanseoverføringer er sentrale forutsetninger. Informantene peker videre på utnyttelse av komplementær kompetanse og en helhetlig tilnærming i arbeid med

eldre pasienter med sammensatte sykdomstilstander. Høyt tempo, kortere liggetid, mangel på tverrfaglig samhandling i forkant av utskrivelse, fravær av meldekultur og erfaringsutveksling oppleves av noen informanter og vanskeliggjøre samhandlingen som igjen kan få uheldige konsekvenser for pasientene. Tabell 5 viser hovedfunnene fra teamet pasientsikkerhet. Disse presenteres deretter i detalj for henholdsvis sykehus, kommune og på tvers.

Tabell 5: Hovedfunn pasientsikkerhet

Hovedfunn Sykehus:	På tvers:	Hovedfunn kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse og informasjonsoverføring mellom sykehus og kommune anses som viktig for gode overføringer. • Behov for et sterkere system for å ivareta pasientsikkerhet i overføringer. • Manglende kultur for å melde avvik på sykehus. • Samhandlingsreformen fører til at pasienten er innlagt i kortere tid. • Pasientene er generelt «sykere» når de blir utskrevet til kommune. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilstrekkelig informasjonsoverføring • Behov for faste møtepunkter mellom fysioterapeuter på sykehus og i kommune ønskes for å styrke pasientsikkerhet i overføringer. • Samhandlingsreformen har medført flere overføringer for den enkelte pasient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende bakgrunnsinformasjon om den enkelte pasient fra fysioterapeutene på sykehus oppleves sårbart. • Forutsigbarhet for pasienten i overføringer knyttes til pasientsikkerhet. • Ulike faggruppers samarbeid om pasienter med komplekse problemstillinger sees som en forutsetning for trygge overføringer. • Tilgang på informasjon om svar på undersøkelser utført på sykehus sees som en forutsetning for trygge overføringer. • Mer av ansvaret for rehabilitering blir lagt på kommune fysioterapeuter. • Flere instanser (enheter, nivåer) for pasienten å forholde seg til. • Pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehus etter samhandlingsreformen.

5.3.1 Sykehus

Flere av fysioterapeutene på sykehuset trekker frem overføring av fysioterapi notater/epikriser (informasjonsoverføring) og overføring av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten som en viktig forutsetning for å skape gode og trygge overføringer. Trygge overføringer blir av informantene sett på som en sentral del av hva de forstår med begrepet pasientsikkerhet. En fysioterapeut på sykehuset sier: « *I forhold til spesialisthelsetjenesten så har vi også her et ansvar for opplæring av helsepersonell men det har vi også innad [på sykehuset]. Men jeg synes jo også at hvis vi skal ha en spesialisthelsetjeneste så har vi også et ansvar for kompetanseoppbyggingen ute [i kommunen]. At vi sikrer at det er tilstrekkelig kompetanse i kommunene til å møte denne pasientgruppen. I spesialisthelselovgivningen så står det at vi skal gjøre dette og vi har folk som er inne her og hospiterer [på sykehuset] men jeg tror vi har et mye større ansvar her enn det vi får lov å jobbe med. Hadde det blitt gjort så kunne en del av de problemstillingene vi har diskutert vært unngått eller forebygget kanskje.*»

For å styrke pasientsikkerhet i overføringer fra spesialist til primærhelsetjenesten så trekker flere av fysioterapeutene frem IKT systemet som en sentral faktor, som kunne bedret informasjonsoverføringen og dermed pasientsikkerheten. En fysioterapeut på sykehuset: «*Hvis de hadde hatt tilgang til DIPS så hadde det vært litt løst fordi det hadde vært lettere for dem og gått inn i datasystemet og sett på pasientene som hadde vært henviste.*»

En fysioterapeut tilknyttet medisinsk avdeling trekker frem behovet for et sterkere system for å bedre overføringer av eldre mellom sykehus og kommune. Vedkommende opplever at noen pasienter blir mer prioriterte enn andre når det kommer til behandlingstilbud og hvor de overføres: «*Jeg blir litt sint av og til og skjønner ikke helt hvorfor den ene blir prioritert og ikke den andre. Jeg tror nok det er mye å hente på dette med å forbedre kvalitetssystemene våre, prosedyrer og ha et sterkere system.*»

Det er ingen etablert praksis blant fysioterapeuter på sykehuset knyttet til avviksrapportering. En fysioterapeut som arbeider med lungepasienter sier «*Hvis jeg*

oppdager noe sånt [avvik] på avdelingen så sier jeg at nå lå pasienten uten oksygen, så sier sykepleieren at jeg glemte å ta det på igjen etter stellet og så blir de nervøse og oksygenet kommer fort på igjen ikke sant. Det er jo et avvik men «det går jo greit» er liksom holdningen da. Men det gjør jo ikke det alltid». Vedkommende sier videre: «Det går jo på kompetanse men også at vi faktisk ikke melder avvik. Det er ikke mye vi melder avvik på og i hvert fall ikke på lungepasienter. Det meldes i forhold til fall. Det er det kultur for nå, men i forhold til lungepasienter så meldes det ikke. Vi må ha en kultur for å melde». En annen fysioterapeut bekrefter: «Vi melder jo ikke mye avvik heller. Denne meldekulturen er der ikke. Vi er nok ikke redde for å være en «whistleblower» men det handler om tid og kultur.»

Flere fysioterapeuter peker på konsekvenser som følge av samhandlingsreformen En fysioterapeut på sykehuset sier: «Når reformen kom så raste pasientene plutselig ut. Det merket vi fra dag en. Det er en lettelse i forhold til at pasientene kommer ut fra sykehuset og til kommunen raskere. Men så er spørsmålet får de den fysioterapien de skal ha. Det negative er får de den behandlingen de skal ha?». En annen konsekvens av reformen som informantene beskriver er at det er skapt et økt tidspress på fysioterapeutene på sykehuset med tanke på utredning, behandling, rapport skriving og henvisning til kommunefysioterapeutene.

«Det går raskere i svingene her og vi må gjøre mer nå fordi pasientene skal raskere ut! Det hender de reiser samme dagen som vi får se dem».

(Fysioterapeut ortopedisk avdeling)

«Generelt merker vi at pasientene blir raskere utskrevet. De melder dem utskrivnings klare så er det tre, fire timer til de i kommunen skal finne en plass. Da plutselig er pasienten dratt kanskje før du har fått gjort en vurdering. Det har hendt som en konsekvens av dette at jeg har henvist pasienter uten at jeg har fått sett dem».

(Fysioterapeut ortopedisk avdeling)

«Samtidig så føler jeg at veldig mye ansvar blir lagt på kommunene til å plukke opp trådene og videre følge rehabiliteringen. Kommunene blir egentlig pålagt til å ta rehabiliteringen for vi har egentlig ikke begynt på noe før de blir utskrevet».

(Fysioterapeut medisinsk avdeling)

Flere av fysioterapeutene på sykehuset trekker frem at hovedinntrykket er at pasientene generelt sett er «sykere» nå når de blir utskrevet til primærhelsetjenesten. Dette gjelder spesielt i forhold til KOLS pasienter. Flere av informantene uttaler at de er usikre på hvilke kompetansenivå som finnes for denne pasientgruppen i kommunen. En fysioterapeut tilknyttet medisinsk avdeling sier: *«Jeg vet ikke hvilke kompetansenivå de har i kommunen. Med KOLS pasienter er det avgjørende at de blir mobilisert i forhold til lungekapasitet. Hvis de blir liggende i sengen så sløves de fort hen. Vi har jo eksempler her på folk som har gått i trapper, ganger og til matsalen. Så skrives de ut til sykehjem og dør innen 24 timer! Jeg tenker at det ikke har vært kompetanse nok i kommunen på den sykdommen og hvordan ivareta pasienten».*

5.3.2 Kommune

Forutsigbarhet for den enkelte pasient i overføringer knyttes opp mot forståelsen av begrepet pasientsikkerhet og en fysioterapeut i kommunen uttrykker dette med å si: *«Forutsigbarhet er viktig for at pasienten skal føle seg trygg.»* Ved kompliserte pasientforløp opplever en annen fysioterapeut at pasienter blir utskrevet til for eksempel rehabilitering, mens i realiteten så blir pasienten utskrevet til en overgangsplass i kommunen. Vedkommende sier: *«Jeg opplever at fysioterapeuter på sykehuset skriver at pasienten utskrives til videre rehabilitering, men det er ikke rehabilitering. Det er en overgangsplass».* Denne mangelen på informasjon som vedrører behandlingstilbudet i kommunen oppleves som frustrerende for fysioterapeutene i kommunen. Informantene opplever at det har blitt oppretter flere instanser (enheter, nivåer) etter samhandlingsreformen, som pasientene må forholde seg til. En fysioterapeut sier: *«Dette er pasienter som har blitt flyttet mellom mange instanser. Her har det vært samarbeid men de blir flyttet på for det er ingen som vil ha dem. Alle må bli kvitt dem raskest mulig for ellers får de bot».*

Flere av fysioterapeutene opplever at pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehus etter samhandlingsreformen trådte i kraft *«De er dårligere enn det de var før. De blir utskrevet tidligere fra sykehuset enn før»* sier en kommunefysioterapeut. Fysioterapeutene opplever at pasientene ikke er friske nok til å gå i gang med rehabilitering selv om de er overført til rehabiliteringsavdeling. En annen informant

sier: *«Vi får kanskje pasientene tidligere, lårhalsbrudd for eksempel. Og at de dermed ikke helt er klare for å gå i gang med rehabiliteringsprosessen.»*

Det er i dag flere instanser (enheter, nivåer) som pasientene må forholde seg til i kommunen etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. En fysioterapeut ved intermediaæravdeling sier: *«Nå bruker de gjerne tre dager på å bli flyttet fra sykehus til sykehjem og til et nytt sykehjem. Potensielt kan de være innom flere sykehjem før de kommer til oss».*

Informantene i kommunen vektlegger at ulike faggruppers samarbeid om pasienter med komplekse problemstillinger er en forutsetning for gode overføringer. En informant tilknyttet rehabiliteringsavdelingen uttaler at: *«Jeg vil ha fagrapporter fra forskjellige fagpersoner som har vært involvert før jeg treffer pasienten. Det synes jeg er veldig viktig for å få til en best mulig overføring slik at jeg vet hva som er det beste tilbudet for pasienten».*

Manglende bakgrunnsinformasjon fra fysioterapeutene på sykehus oppleves som vanskelig for informantene i kommunen og en fysioterapeut tilknyttet rehabiliteringsavdelingen sier: *«Du kan se at pasienten er satt på kognitive medisiner [ved demens] mens notatene fra sykehuset tilsier at pasienten er klar og orientert. Det er en utfordring når bakgrunnsinformasjon mangler eller ikke stemmer med virkeligheten. Dette er mangelfull informasjon fra sykehuset».*

5.3.3 På tvers av sykehus og kommune

Gjennomgående for de fleste informantene er at pasientsikkerhetsbegrepet beskrives som rett behandling, på rett sted, til rett tid. En informant uttrykker seg slik i beskrivelsen av begrepet: *«At pasientene får det de har krav på. At vi følger dem opp etter det som er forskriftsmessig. At de får den behandlingen de skal ha i forhold til den diagnosen de har. At de er på det stedet de bør være».*

En av informantene i kommunen trekker frem episoder som involverer slagpasienter overført til kommunen fra sykehus når informanten skal reflektere over begrepet pasientsikkerhet. Informanten har opplevd flere ganger at slagpasienter har blitt

overført fra sykehus til en midlertidig institusjonsplass i kommunen når pasienten i stedet skulle blitt overført til en mer permanent rehabiliteringsplass. Dette mener informanten har skjedd fordi fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilket tilbud de ulike institusjonene i kommunen kan tilby den enkelte eldre pasient. Vedkommende sier: *«Vi har jo vært veldig frustrert over at det har hendt flere ganger at det er kommet alvorlige slagrammede til oss [overgangsplasser]. Det skal ikke være slik. Det er helt forferdelig. Pasienten har gjerne et stort slag, mange utfall og flere behov. Dette er en travel avdeling der sykepleierne har liten tid og pleierne har verken tid eller kunnskap til å ivareta så syke pasienter. Fysioterapeutene må ha fokus på å kartlegge behov, se om de kan gå i trapper og lignende. Det er ikke noen behandling. Det er mobilisering og kartlegging som er vårt fokus. Vi har begynt å skrive avvik på dette. Men vi må jo prioritere disse pasientene. Det er verken utstyr eller hjelpemidler til at disse pasientene skal være her [overgangsplasser]. Det er uverdige og det har vi reagert på flere ganger».*

Behovet for faste formelle møtepunkter mellom fysioterapeutene i de ulike tjenestenivåene trekkes også frem som en viktig forutsetning for pasientsikkerhet. *«Vi trenger kompetanseutvikling på dette og vi trenger eller det hadde vært fantastisk om de hadde tilgang til samme journal men sånn er det jo ikke nå. Altså faste møtepunkter, kompetanseoverføring og tilgang til samme informasjon»* sier en fysioterapeut i kommunen.

Flere av fysioterapeutene på sykehus og kommune har en oppfatning av at samhandlingsreformen har medført flere overføringer for den eldre pasient. En av informantene i spesialisthelsetjenesten sier: *«Det er det som er så forferdelig med tanke på Samhandlingsreformen fordi de blir flyttet mye mer nå. Også internt på sykehuset. Det er mye flytting med nye mennesker hele tiden.»*

Denne opplevelsen deles også av informantene i primærhelsetjenesten hvor en fysioterapeut sier: *«Det er flere forflytninger for de eldre etter samhandlingsreformen. De svakeste blir flyttet mer synes jeg. Dette gjør at de blir mer forvirret».*

6. DISKUSJON

I dette kapittelet oppsummeres innledningsvis hovedfunn i datamaterialet som danner grunnlag for diskusjon knyttet til studiens problemstilling: *Hva kjennetegner fysioterapeutens rolle i den tverrfaglige samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ved overføring av eldre pasienter?*

6.1 LITEN GRAD AV TVERRFAGLIG SAMHANDLING PÅ TVERS

Studien avdekker varierende, men generelt sett liten grad av samhandling mellom fysioterapeut på sykehus og fysioterapeut i kommunen i forbindelse med sykehusutskrivninger av eldre pasienter. Fysioterapeutene i kommunen gir uttrykk for at informasjonsoverføringen er mangelfull. Informantene understreker behovet for en helhetlig tilnærming og uttrykker at bedre kunnskap om pasientene skaper trygghet og kommer pasientene til gode. Funnene avdekker at fysioterapeutene både på sykehuset og i kommunen har liten oversikt over hverandres tjenestetilbud, noe som beskrives å bidra til usikkerhet når eldre pasienter overføres mellom de to organisasjonsnivåene. Informantene etterlyser større fokus på tverrfaglig samhandling og felles arenaer for erfarings- og kunnskapsutvikling på tvers.

Fysioterapeutene på sykehuset opplever at de ikke alltid involveres i forkant av utskrivelse, og at pasienter kan bli utskrevet uten at de er informert. Liten grad av involvering av fysioterapeutene under sykehusoppholdet og i forkant av utskrivelse beskrives som krevende og vanskeliggjør informasjonsoverføringen på tvers. Fysioterapeutene på sykehuset etterlyser videre større fokus og anerkjennelse av fysioterapeutens rolle og kompetanse i den tverrfaglige samhandlingen. De opplever at det i dag finnes få tverrfaglige arenaer hvor fysioterapeuten er representert som en likeverdig og aktiv deltaker.

Basert på funnene beskrevet over kan det være nærliggende å stille spørsmålstegn ved om den tverrfaglige samhandlingen og informasjonsoverføring på tvers av tjenestenivå i forbindelse med overføringer av eldre er mangelfull som følge av at fysioterapeutene i liten grad er involvert i den tverrfaglige samhandlingen innad på sykehuset og i forkant av utskrivelse. Manglende arenaer og møtepunkt for erfarings-

og kunnskapsutvikling på tvers løftes frem som et godt tiltak for å fremme økt tverrfaglig samhandling og trygge overføringer.

6.2 MANGLENDE MØTEPLASSER

Betydningen og behovet for felles arenaer hvor en møtes, diskuterer og deler erfaringer understøttes av litteraturen (Patterson 2008, Hilligoss & Cohen 2013, Storm et al 2014). Det påpekes at samhandling på tvers av organisasjonsnivå er spesielt utfordrende i og med at disse ikke nødvendigvis deler samme situasjonsforståelse som igjen vil påvirke hva som vektlegges i overføringsprosessene (Holligoss & Cohen 2013). Møteplasser kan legge til rette for at man på tvers av de to tjenestenivåene arbeider mot en slik felles målforståelse. Her vil en kunne få belyst og diskutert samhandlingsproblemer og enes om hva som bør forbedres og vektlegges (Storm et.al 2013 & Patterson 2008). Torgersen & Steiro (2009) understrekes at det er prosessen frem til en slik felles forståelse, løsning eller måloppnåelse som er det unike i samhandlingsprosesser.

For å oppnå gode samhandlings- og utviklingsprosessene må disse være preget av åpenhet og likeverd mellom aktører (Torgersen & Steiro 2009). Dette innebærer at sentrale aktører og profesjoner må være representert. Det må arbeides mot en forståelse av viktigheten og verdien som ligger i samhandlingen (Torgersen & Steiro 2009). De ulike aktørene må utveksle og dele erfaringer og den forskjellige kompetansen må betraktes som komplementær. Mangelfull helhetstenkning er en gjennomgående samhandlingsutfordring som identifiseres i litteraturen knyttet til eldre pasienter (Laugaland et. al 2011). Eldre er en utsatt og sårbar pasientgruppe i overføringer grunnet deres komplekse sykdomstilstander og behandlingsregimer (Coleman 2003 og Thomas & Brennan 2000). De komplekse problemstillingene eldre pasienter står overfor synliggjør og understreker behovet for tverrfaglig samhandling og kompetanseutvikling både innad og på tvers av nivåer og ulike profesjonsgrupper (Pettersen & Wyller 2007). Vektlegging av og utnyttelse av aktørenes ulike kompetanse står sentralt i samhandlingsbegrepet (Torgersen & Steiro 2009). Dette forutsetter at de ulike profesjonene bidrar aktivt og at den kompetansemessige forskjelligheten anerkjennes og vektlegges. Torgersen og Steiro (2009) peker på viktigheten av å tilrettelegge for rammer som støtter opp om samhandling og i denne

konteksten kan det bety faste møtepunkter på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten hvor sentrale aktører (leger, sykepleiere, pasientkoordinatorer, fysioterapeuter) er representert.

Fysioterapeutene i kommunen gav uttrykk for at det var viktig at de eldre ble overført til et tilpasset omsorgsnivå. Noen informanter i kommunen henviste til slagpasienter som hadde blir overført til overgangsplasser i kommunen i forbindelse med utskrivelse. Kommunefysioterapeutene undret seg over om sykehuset hadde tilstrekkelig kunnskap om behandlingstilbud og organisering i kommunen. De understrekte at mangel på slik kunnskap kunne medføre at pasienter som i utgangspunktet ikke egnet seg for overgangsplasser ble utskrevet hit. Økt kunnskap om organisering og tjenesteinnhold i kommunen vil kunne bidra til at pasienter i større grad utskrives til et omsorgsnivå tilpasset pasientens behov (Jeffs et al 2013). Med støtte fra litteraturen vil etablering av formelle tverrfaglige møtepunkt på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten kunne fremme økt tverrfaglig samhandling og bidra til økt kunnskap, kompetanse og erfaringsutveksling. Dette kan videre til at pasientens behandlingsopplegg og overføring blir bedre (Richard et al 2010, Blizas et al 2011).

6.3 FYSIOTERAPEUTEN - PÅ «SIDELINJEN»

Fysioterapeutene på sykehuset opplever å stå på «sidelinjen» i den tverrfaglige samhandling i forkant av utskrivelse, noe som gjenspeiles i mangelfull eller forsinket informasjonsoverføring til kommunen. Informantene opplever at det fokuseres for lite på deres faggruppe og at de er en uutnyttet ressurs. På noen avdelinger opplever de å være «usynlige» hvor samhandlingen beskrives som tilfeldig og preget av bekjentskap. På andre avdelinger, primært på geriatrik avdeling beskrives samhandlingen å være mer preget av aktiv involvering av fysioterapeuten som en integrert og viktig del av det tverrfaglige teamet.

Ser man på de forhold og faktorer som beskrives i litteraturen som kjennetegn på godt teamarbeid avdekker funnene i denne studien at fysioterapeutens rolle i det tverrfaglige teamet må styrkes og i større grad integreres. For at tverrfaglige team skal fungere effektivt må samarbeidsklimaet være preget av tillit, medbestemmelse,

respekt for hverandre, aktiv deltakelse, felles forståelse og koordinering (Manser 2009, Nancarrow et. al 2013, Bull & Roberts 2001). Basert på informantenes beskrivelser synes flere av disse faktorene å være fraværende i samhandlingen med de andre profesjonsgruppene (leger, sykepleiere) på sykehuset. Dette synes å påvirke den rollen som fysioterapeutene opplever at de har i forhold til tverrfaglig samhandling. Nemlig at de står utenfor og ikke er inkludert som en likeverdig aktør. God samhandling forutsetter en holdning om at alle deltakere har lik verdi og at man utviser respekt for hverandre (Torgersen & Steiro 2009, Nancarrow et.al 2013, Manser 2009). Samhandlingsbegrepet til Torgersen & Steiro (2009) anses å være nyttig i arbeidet med å øke involvering av fysioterapeutene i tverrfaglig samhandling. Her beskrives samhandling ikke bare som en prosess forbundet med styring og ledelse, men noe som foregår i vanlige arbeidsprosesser. Samhandling er en målrettet «samordning av handlinger» der det utveksles kompetanse fra hver enkelt som til sammen utfyller hverandre.

En helhetlig tilnærming i behandling av eldre med større utnyttelse av den komplementære kompetansen bør vektlegges i målsetningen om økt tverrfaglig samhandling (Torgersen & Steiro 2009). Det tverrfaglige teamet bør ha et holistisk (helhetlig) perspektiv på pasientbehandlingen ved at de ulike profesjonsrollene blir mindre sentrale men at fokuset heller blir å se på helheten og hva den enkelte eldre pasient er best tjent med (Bull & Roberts 2001). Involveringsbevissthet er avgjørende for en god samhandlingsprosess og innebærer at den enkelte aktør er villig til og klar over nødvendigheten av å gi av seg selv og på denne måten bidrar aktivt (Torgersen & Steiro 2009). Dette fordrer en økt involveringsbevissthet fra fysioterapeutens side og videre at leger og sykepleiere i større grad anerkjenner fysioterapeutens rolle og kompetanse og nyttiggjøre seg av denne.

Selv om flere av informantene på sykehus beskriver at de vektlegger betydningen av tverrfaglige team så kan man stille spørsmålstegn ved om fysioterapeutene i tilstrekkelig grad utnytter de arenaene som i dag finnes for tverrfaglig samhandling. Previsitten representerer en slik arena. I følge Torgersen og Steiro (2009) forutsetter gode og effektive samhandlingsprosesser et aktivt engasjement fra deltagerne selv. Informantene sier at de deltar i varierende grad på previsitten og i følge flere informanter beskrives denne arenaen å være lite preget av tverrfaglig samhandling.

Fysioterapeuten er til stede men uten aktiv deltagelse. At fysioterapeutene arbeider ved siden av de andre profesjonsgruppene og ikke sammen med fører til at kompetansen som fysioterapeuten kunne bidratt med ikke blir utnyttet i tilstrekkelig grad (Nancarrow et.al 2013). Tillit er en sentral faktor for tverrfaglig samarbeid og effektiv samhandling som flere forfattere trekker frem som viktige forutsetninger for samhandling og gode tverrfaglige team (Torgersen & Steiro 2009, Nancarrow et.al 2013, Manser 2009, Bull & Roberts 2001). For å bygge opp tillit er det viktig å dele kunnskap spesielt gjennom situasjoner der de ulike medlemmene kan demonstrere sine ferdigheter og kompetanse. Previsitten representerer en arena hvor fysioterapeutene har reell mulighet til å fremvise sin kompetanse i arbeidet med den eldre pasient. Reeves et. al (2010) hevder at nye teammedlemmer ikke vil oppnå tillit blant de andre før de har bevist seg tilliten verdig (Reeves et. al 2010). Liten grad av tillit og respekt bidrar til liten kunnskap om hverandre, begrenset vilje til å dele felles mål og fragmentert kommunikasjon (Reeves et. al 2010).

Informantene peker på variasjoner på tvers av avdelinger knyttet til grad av tverrfaglig tilnærming som arbeidsmodell. Geriatrik avdeling skiller seg positivt ut sammenlignet med øvrige medisinske og ortopediske avdelinger. På geriatrik avdeling oppleves tverrfaglig samhandling å være høyt prioritert. Fysioterapeutene blir mer brukt og dette beskrives å ha positive synergieffekter. Samarbeidet øker og det skapes tilhørighet, trygghet og tillit i relasjoner. Denne sammenhengen tilskrives geriatrik avdelingers vektlegging og større fokus på en systematisk og helhetlig tilnærming til pasientenes funksjonsproblemer sammenlignet med generelle indremedisinske avdelinger (Gjerberg et. al 2008). Informantene opplever at ledelsen på geriatrik avdeling i større grad verdsetter deres komplementære kompetanse. Et klart lederskap som fokuserer på betydningen av tverrfaglig samhandling pekes på som en sentral forutsetning i litteraturen (Manser 2009, Nancarrow et. al 2013).

Fysioterapeutene har en sentral rolle og viktig komplementær kompetanse som i større grad må integreres. Flere forhold underbygger dette behovet. Antall eldre vil øke betydelig i tiden fremover. I takt med økende antall eldre vil også behovet for rehabilitering integrert i akuttbehandling øke i omfang (Pettersen & Wyller 2007). Samhandlingsreformen understreker betydningen av større fokus på forebygging og helsefremmende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Studier avdekker at

tidlig rehabilitering integrert i akutt behandling av eldre pasienter gir bedre resultater enn sykehusbehandling uten slik rehabilitering (Pettersen & Wyller 2007, Bachmann et. al 2010). Mangelfull rehabilitering kan påføre pasienter unødvendige plager, forlenge sykdomsperioder og i verste fall gi dårlig funksjon (Pettersen & Wyller 2007). Studier finner at fysisk aktivitet og trening bedrer livskvalitet, funksjonsnivå og selvstendighet hos eldre pasienter som har vært innlagt på sykehus (Brovold 2013).

6.4 FORUTSETNINGER FOR TRYGGE OVERFØRINGER

Informantene understreker at informasjonsoverføringen må bedres og at systemer som støtter opp om effektiv informasjonsoverføring må vektlegges. Litteraturen peker på at effektiv informasjonsoverføring (både skriftlig og muntlig) er avgjørende for å sikre trygge overføringer og redusere risikoen for uønskede hendelser (Laugaland et. al 2011). En forutsetning for dette er at ulike helsearbeidere med ulik profesjonsbakgrunn kommuniserer godt og koordinerer tiltak. For å muliggjøre dette kreves systemer og rammebetingelser som støtter opp om og muliggjør en slik samhandling (Hellesø et. al 2006 & Moore 2012).

Studien identifiserer flere forhold som vanskeliggjør den tverrfaglige samhandlingen og informasjonsoverføringer på tvers. Informantene peker på utfordringer knyttet til høyt tempo, redusert liggetid, fokus på tidlig utskrivelse, fysisk avstand mellom fysioterapeutene og de andre profesjonsgruppene, begrenset tilgang til informasjon og IKT-systemer som ikke kommuniserer sammen.

Fysioterapeutene har sin avdeling lokalisert i avstand fra de ulike medisinske og ortopediske avdelingene på sykehuset. Denne fysiske avstanden resulterer i en redusert synlighet og tilstedeværelse på enkelte avdelinger. Forskning viser at stabile team med stabile relasjoner over tid bedre legger til rette for at tverrfaglige team fungerer effektivt. Stabilitet og tid skaper bedre rammebetingelser for at felles forståelse, tillit og trygghet kan etableres (Reeves et.al 2010). Det er vanskelig og utfordrende å oppnå stabilitet og langvarige relasjoner innenfor helsektoren grunnet skiftarbeid, høy turnover og samarbeid på tvers av avdelinger og spesialiteter (Reeves et.al. 2010).

Informasjonsoverføring mellom de ulike organisasjonsnivåene er en utfordring for samhandling fordi de ulike IKT systemene ikke kommuniserer sammen. Fysioterapeutene ved sykehus har ikke full tilgang til pasientopplysninger på lik linje med leger og sykepleiere fordi de har begrenset tilgang til pasientopplysninger i DIPS. Dette oppleves av fysioterapeutene på sykehuset som en barriere som vanskeliggjør den tverrfaglige samhandlingen fordi de ikke har tilgang på all relevant bakgrunnsinformasjon om pasienten. Dette beskrives å vanskeliggjøre kommunikasjon og koordinering av arbeidet innad i det tverrfaglige teamet. God informasjonsflyt er beskrevet av Manser (2009) som en viktig forutsetning for det tverrfaglige teamet. I litteraturen pekes det på at effektiv kommunikasjonen forutsetter åpenhet, og at man deler de samme referanserammene (Manser 2009). Det er vanskelig å oppnå en felles referanseramme om man ikke har tilgang på den samme pasientinformasjonen som de andre medlemmene i det tverrfaglige teamet har.

For å oppnå god samhandling og trygge overføringer av eldre viser denne studien at fysioterapeutens rolle i det tverrfaglige teamet må styrkes og i større grad integreres i behandling av eldre pasienter. Den komplementære kompetansen må vektlegges og utnyttes. Det må opprettes møteplasser hvor erfarings- og kompetanseutvikling på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten kan finne sted. Informasjonsoverføringen på tvers av må bedres og systemer som støtter opp om effektiv informasjonsoverføring vektlegges. For å styrke den tverrfaglige samhandlingen både innad og på tvers av tjenestenivå er det videre viktig å synliggjøre forhold som hemmer tverrfaglig integrering og iverksette tiltak.

7. KONKLUSJON

Formålet med masteroppgaven har vært å bidra til økt innsikt i fysioterapeuters erfaringer knyttet til den tverrfaglige samhandlingen innad og på tvers av tjenestenivå i forbindelse med utskrivelse av eldre (>75) pasienter. Studien har vært eksplorerende hvor følgende problemstilling er søkt besvart:

Hva kjennetegner fysioterapeutens rolle i den tverrfaglige samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjeneste ved overføring av eldre pasienter?

Studien har identifisert kjennetegn ved dagens tverrfaglige samhandlingspraksis, bidratt til innsikt i samhandlingsutfordringer og synliggjort forbedringsområder. Oppgavens hovedfunn blir kort oppsummert.

Kjennetegn på dagens tverrfaglige samhandlingspraksis:

- Varierende, men generelt liten grad av tverrfaglig samhandling på tvers.
- Informasjonsoverføringen mellom fysioterapeut på sykehus og kommunefysioterapeut mangelfull eller forsinket.
- Informantene i sykehus og i kommune uttrykker begge ønske om økt samhandling. I dag finnes ingen formelle møtepunkt på tvers.
- Informantene etterlyser og ønsker faste formelle møtepunkt for diskusjon av faglige utfordringer, kompetanse- og erfaringsutveksling, som vil bidra til økt kunnskap om hverandre.

Utfordringer som er identifisert og bidrar til å hemme tverrfaglig samhandling på tvers:

- Fysioterapeutene på sykehuset opplever å stå på «sidelinjen» i den tverrfaglige samhandlingen i forkant av utskrivelse. Resulterer i mangelfull eller forsinket informasjonsoverføring til kommunen.
- Fysioterapeutene på sykehus etterlyser større fokus og anerkjennelse av fysioterapeutens rolle og kompetanse i den tverrfaglige samhandlingen.

Informantene opplever at deres kompetanse i varierende, men generelt liten grad utnyttes.

- Flere kontekstuelle forhold beskrives å vanskeliggjøre den tverrfaglige samhandlingen og informasjonsoverføringer på tvers. Informantene peker på utfordringer knyttet til:
 - Høyt tempo, redusert liggetid, fokus på tidlig utskrivelse, fysisk avstand, liten grad av tilhørighet, begrenset tilgang til informasjon og IKT systemer som ikke kommuniserer sammen.

Funnene i denne studien synliggjør og avdekker klare forbedringsområder i målet om å styrke den tverrfaglige samhandlingen og fremme trygge overføringer.

Forbedringsområder og implikasjoner:

- Fysioterapeutenes komplementær kompetanse må i større grad anerkjennes og integreres innad og på tvers av tjenestenivå.
- Det må etableres arenaer og møtepunkt innad og på tvers for diskusjon av faglige utfordringer, kompetanse- og erfaringsutveksling.
- Fysioterapeutene må ha en tydelig involveringsbevissthet og utnytte de arenaene som i dag eksisterer (eks. previsitten). De må være villig til og klar over nødvendigheten av å gi av seg selv og bidra aktivt i den tverrfaglige samhandlingsprosessen.
- Informasjonsoverføringen må bedres og systemer som støtter opp om effektiv informasjonsoverføring må vektlegges
- Forhold som hemmer tverrfaglig integrering må synliggjøres og tiltak iverksettes.



Forskning som vektlegger fysioterapeutene som profesjonsgruppe er begrenset innen eksisterende samhandlingsforskning. Denne studien gir derfor verdifull innsikt i deres erfaringer og opplevelser som det må bygges og forskes videre på i større omfang. Forskning understreker at rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom har stor betydning for eldre pasienter. Denne type rehabilitering vil øke i takt med økende omfang av skrøpelige eldre som innlegges på sykehus. Det er et stort behov for å utvikle kunnskap om hvordan organisere rehabiliteringen, best integrere fysioterapeutene og barrierer som vanskeliggjør eller hemmer aktiv og integrert samhandlingspraksis. Denne kunnskapen er nødvendig for å skape god tverrfaglig samhandling mellom de ulike aktører og nivåer og en forutsetning for trygge tjenester.

LITTERATURLISTE

- Aase, Karina (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget, Oslo, 1 utgave.
- Aase, K., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Storm, M. (2013). *Quality and safety in transitional care of the elderly: the study protocol of a case study research design (phase 1)*. *BMJ Open*, 3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003506
- Abraham J, Kannampallil GT, Patel LV (2012). *Bridging gaps in handoffs: A continuity based approach*. *Journal of Biomedical Informatics* 2012, 45:240-254.
- Anthun, K. S. & Paulsen, B. (2007). *Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av eldre pasienter*. (SINTEF rapport nr. A1798). Trondheim: SINTEF Helse.
- Bitzas V, Calestagne PP, Lapointe B. (2011). *Encouraging patients and families to influence change on a palliative care unit value of patient satisfaction surveys*. *Journal of Nursing Care Qualities*, 26(4)35-357.
- Blaikie, Norman (2007). *Designing Social Research*. Polity Press.
- Brevik, I. (2010). *Oppgave forskyvning mellom 1. Og 2.-linjetjenesten: om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 : all vekst i endret innretning*. (NIBR-rapport 2010:1). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Brovold, A (2013). *Physical activity, exercise, health related quality of life and physical function in older adults after leaving hospital*. Doktorgradsavhandling, Universitetet I Oslo.
- Bull, M., J, Roberts, J (2001). *Components of a proper hospital discharge for elders*. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Coleman E. A & Boulton C., (2003). *Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs*. *Journal of American Geriatric Society* (2003) 51:4, 556-7.
- Dalen, M (2011). *Intervju som forskningsmetode-en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24 juni 2011 nr. 29*. Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Forsyth, D.R. (2006). *Group Dynamics*. Belmont, California: Thomson Wadsworth
- Foster D., S, Paterson C, Fairfield G (2002). *Evaluation of immediate discharge documents-room for improvement?* *Scott Medical Journal* 47(4):77-9.

Gjerberg E, Flottorp SA, Holte HH (2008). Rapport fra Kunnskapscenteret nr 21 - 2008. ISBN 978-82-8121-216-9 ISSN 1890-1298

Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV (2011) *Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review*. Annual International Medicine, 155:520-528.

Helsedirektoratet (2013). *Samhandlingsstatistikk 2011-2012. Rapport IS-2040*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Samhandlingsreformen i kortversjon* (Internett), Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om_samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137 (Nedlastet 03.10.2013)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (Internett), Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-20110624-029.html#map002>. (Nedlastet 03.10.2013)

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. (st.meld.nr.25 (2005-2006)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L (2006). *Challenging the information gap-The patients transfer from hospital to home health care*. International journal Of Medical Informatics 2006; 73(7-8): 569-580.

Hilligoss B, Cohen M., D. (2011). *Hospital handoffs as multifunctional situated routines: implications for researchers and administrators*. Advanced Health Care Management. 2011; (11):91-132.

Hilligoss, B., Cohen M., D. (2013). *The Unappreciated Challenges of Between- Unit Handoffs: Negotiating and Coordinating Across Boundaries*. Annals of Emergency Medicine. Vol.61(2).

Jakobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Høyskoleforlaget AS, 2 utgave 2005, Kristiansand.

Jeffs L, Lyons RF, Merkle J, Bell CM (2013). *Clinicians views on improving inter-organizational care transitions*. BMC Health Services Research 13:289.

Johnson JK, Arora VM (2011). *Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem*. Quality and Safety. BMJ Vol 18 (4).

Kalseth B., Midttun, L., Paulsen B., & Nygård, L. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill*. (SINTEF rapport nr: A6227). Oslo: SINTEF Unimed.

Kripalani S. LeFevre F, Phillips C. O., Williams M.V, Basaviah, P. & Baker, D W, (2007). *Deficits in communication and information transfer between hospital based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care*. *The journal of the American Medical Association*, 297(8), 831-841.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal Norsk Forlag A.S. 2 utgave, 1. opplag.

Laugaland K, Aase K, Barach P (2012). *Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence*. *Work*, 12: 2914-2924.

Laugaland, A., K, Aase K., Barach, P. (2011). *Addressing risk factors for transitional care of the elderly-litterature review*. Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety. London, ISBN 978-0-415-68413-2.

Malterud, K (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget; 2 utgave, 4.opplag, Oslo.

Manser, T (2009) *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the litterature*. The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation 53: 143-151.

McCloskey, RM (2011). *A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and emergency department*. *Journal of American Geriatric Society* 5:717-724.

Moore, S., M. (2012). *The European HANDOVER project: the role of nursing*. *BMJ Quality and Safety* 2012; 21(Suppl 1):i6-i8.

Nancarrow, S.A, Booth, A., Ariss S., Smith, T., Enderby, P., Roots, A (2013). *Ten principles of good interdisciplinary team work*. *Human Resources for Health*. Vol 11:19.

Patterson ES (2008). *Structured flexibility: the potential good, bad and ugly in standardization of handovers*. *Quality and Safety Health Care* 17(1):4-5.

Pettersen, R., Wyller, B. T. (2007). *Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom*. *Tidsskrift Norsk Legeforening* nr.5, 2007; 127: 600-3.

Reed, J., Cook, G., Childs, S. & McCormack, B (2005). *A literature review to explore integrated care for older people*. *International Journal of Integrated Care*, 5. <http://www.ijic.org>.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, M (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Blackwell Publishing Ltd.

Richard ML, Parmar MP, Calestagne PP, McVey L (2010). *Seeking patient feedback: an important dimension of quality in cancer care*. Journal of Nursing Care Qualities, 25(4):344-351.

Skudal KE, Holmboe O, Iversen H, Sjetne IS, Haugum M, Bjertnæs ØA (2013). PasOpp-rapport nr 3 - 2012. ISBN 978-82-8121-454-5 ISSN 1890-1565

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 2.juli 1999 nr.61*. Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

Storm, M., Siemsen, I., M, Laugaland, K., Dyrstad, N, D., Aase, K. *Observing quality in transitional Care of the elderly: An overview of the current situation in two Norwegian regions*. International Journal of Integratd Care. (In review)

Stortingsmelding 10 (2012-2013). *God kvalitet-trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse-og omsorgstjenesten*. www.regjeringen.no

Stortingsmelding 21 (1998-99). *Ansvar og mestring. Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk*. www.regjeringen.no

Stortingsmelding 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. www.regjeringen.no

Thomas EJ, Brennan TA (2000). *Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records*. BMJ Vol 320.

Thylefors, I., O. Persson og D. Hellstrøm (2005). *Team types, Perceived Efficiency and Team Climate in Swedish Cross-Professional Teamwork*. Journal of Interprofessional Care 19 (2), 102-114.

Tjora, A., Melby, L., (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2013. 1.utgave. 1. opplag. Oslo.

Torgersen, G., E, Steiro, J., T. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner*. Læringsforlaget DA.; 1.utgave. Stjørdal.

Vabø, M (2009). *Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway*. Journal of Health Organization and Management, 23 (3), 346-358.