

En fokusgruppeundersøkelse: Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten



Kaja Giltvedt, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, cand. san, Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger.
E-post: kaja.giltvedt@frambu.no.

Tone Sætrang, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, cand san, Oslo Universitetssykehus, Kvinne- og barneklippen.

Sidsel Tveiten, Dr. polit., 1. amanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus. Avdeling for helse, ernæring og ledelse.

Denne **vitenskapelige originalartikelen** ble først mottatt 13.01.2012 og godkjent 18.06.2012. Artikkelen er fagfellevurdert etter Tidsskriftet Fysioterapeutenets retningslinjer på www.fysioterapeuten.no.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD).
Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Sammendrag

- **Hensikt:** Å undersøke hva barnefysioterapeuter mener om samhandling og kunnskapsdeling og hvordan de tenker at dette kan skje på best mulig måte i praksis.
- **Design:** En kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer.
- **Materiale:** 25 fysioterapeuter ansatt i kommune- og spesialisthelsetjenesten som alle hadde erfaring med å jobbe med barn og ungdom med behov for habiliteringstjenester fra begge tjenestenivåer.
- **Metode:** Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer hvor temaene «forståelse av begrepene kunnskapsdeling og samhandling» samt refleksjon relatert til hvordan dette kan praktiseres ble diskutert.
- **Funn og fortolkninger:** Det fremkom ett hovedtema og påfølgende åtte undertema gjennom den kvalitative innholdsanalysen: Hovedtema: Betydningen av anerkjennelse og struktur i samhandling og kunnskapsdeling. Undertemaene: 1: Kunnskapsdeling og samhandling – gjensidige forutsetninger. 2: Flyt av kunnskap, handlinger og beslutninger. 3: Individualisering av kunnskap, handlinger og beslutninger. 4: Likeverdighet mellom kunnskapstyper. 5: Anerkjennelse, dialog og medvirkning 6: Samarbeid om lovpålagte tjenester. 7: Bedre rutiner for samarbeid. 8: Tilstrekkelige rammebetingelser.
- **Konklusjon:** Studien har identifisert noen utfordringer og behov for diskusjon rundt samhandling og kunnskapsdeling. Det ville vært potensielt nyttig å arrangere en workshop for videreutvikling av disse temaene.
- **Nøkkelord:** barnefysioterapi, samhandling, kunnskapsdeling, kommune- og spesialisthelsetjenesten, fokusgruppeintervju.

Innledning

Samhandlingsreformen trådte i kraft januar 2012 (1). Reformen innebærer at pasienter og brukere skal få bedre behandling der de bor, og at det skal lønne seg for kommuner og sykehus å samarbeide for å oppnå helhetlige pasientforløp.

For fysioterapeuter aktualiserer Sam-

handlingsreformen (1) refleksjon over egen praksis. To av forfatterne av denne artikkelen er barnefysioterapeuter med erfaring fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og har en særlig interesse for hvordan kunnskap kan kommuniseres mellom ulike nivå i helsevesenet. Denne studien fokuserer på samhandling og kunnskapsde-

ling knyttet til sjeldne funksjonshemninger. De fleste personer som har en sjelden diagnose har behov for tverrfaglig oppfølging både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mange foreldre vi har kontakt med forteller om mangelfull, fragmentert og lite koordinert oppfølging, både fra fysioterapeuter spesielt, og fra hel-



Samhandling dreier seg om kunnskap om den faktiske diagnosen eller tilstanden, kunnskap om familien og kunnskap om rammebetingelser.



KUNNSKAPSDELING Studien har identifisert noen utfordringer og behov for diskusjon rundt samhandling og kunnskapsdeling. Det ville vært potensielt nyttig å arrangere en workshop for videreutvikling av disse temaene.

sevesenet generelt. Flere foreldre forteller om mangel på kommunikasjon og oppgavefordeling mellom nivåene, og at det ofte er uklart hvem som har ansvar for hva.

En studie vedrørende sjeldne funksjonshemninger i Norge viste at mange foreldre opplever mangel på samarbeid i helsetjenesten og at de faller utenfor fagfolks kunnskapsrepertoar (2). Samhandlingsreformen aktualiserer behov for å identifisere utfordringer i samhandling og kunnskapsdeling mellom nivåene. Dessuten har det kommet nye lover og veiledningsforskrift som beskriver veiledningsplikt og retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom nivåene (3,4).

Kommunehelsetjenesten har hovedsake-

lig ansvar for gjennomføring av tiltak rundt barnet og familien, mens utredning, diagnostisering og spesialisert medisinsk behandling som regel skjer i spesialisthelsetjenesten (5,6). Spesialisthelsetjenesten består blant annet av barneavdelingene og barnehabiliteringstjenestene, og har regionale oppgaver. I tillegg finnes de nasjonale tjenestene med landsdekkende funksjoner som for eksempel ulike avdelinger ved Oslo Universitetssykehus og kompetansesentre for sjeldne diagnoser og funksjonshemninger (7).

Kunnskapsbasert fagutøvelse er et mål for helsetjenesten. Det vil si å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap (8,9).

Det er dokumentert at en stor andel pasienter ikke får behandling i henhold til vitenskapelig dokumentasjon (10). En studie hvor barnefysioterapeuter var respondenter viste

Kort sagt

Samhandling og kunnskapsdeling kan fremmes gjennom:

- dialog mellom nivåene, både i enkeltsaker og systemsaker.
- at trygghet og respekt er sentrale elementer i dialogen.
- økt bevissthet om hvilke kunnskapstyper det samhandles om.

at det kan være utfordrende å følge med på nyere forskning og utvikling innen faget og vanskelig å ta i bruk ny kunnskap for å endre praksis i en travel arbeidsdag (11). Begrepene kunnskapsdeling og samhandling brukes i denne studien om hvordan barnefysioterapeuter samarbeider om deling og overføring av de tre nevnte kunnskapstypene.

Barnefysioterapeuter har som en av sine hovedoppgaver å fremme utvikling og helse hos barn og unge med funksjonsnedsettelse, bidra til å øke deres livskvalitet og velvære samt når det er mulig kompensere for funksjonssvikt (12).

Barnefysioterapeuter i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forventes å ha et nært og forpliktende samarbeid om de ulike problemstillingene knyttet til oppfølgingen av barnet/ ungdommen og familien (6).

Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter innebærer et samarbeid om den kliniske beslutningstakingen rundt barnet og familien (13) (se Figur 1).

Familiesentrert praksis er i dag vel anerkjent innen rehabilitering. Dette er en modell som vektlegger brukerbasert kunnskap og brukermedvirkning (14,5). Familiesentrert praksis innebærer likeverdig informasjonsdeling og respekt for familiens valg med hensyn til familiens egne ressurser og behov for individuelle løsninger. Å anerkjenne familien som sentrum for intervensjonsprosessen er en måte å tydeliggjøre betydningen familien har for sitt eget barns utvikling (15). Familien er derfor sentral i samhandlingen med barnefysioterapeuter på de ulike nivåene.

Hensikten med denne studien var å undersøke hva barnefysioterapeuter mener om samhandling og kunnskapsdeling og hvordan dette kan skje på best mulig måte i praksis. Denne kunnskapen kan danne grunnlag for videre utvikling av samhandlingspraksis mellom nivåene. Studien er kvalitativ og har eksplorerende, beskrivende og hermeneutiske aspekter (16,17).

Metode

Fokusgruppeintervju ble valgt fordi denne forskningsmetoden er hensiktsmessig for å undersøke erfaringer, meninger, ønsker og anliggender (16). Diskusjonen i fokusgruppe har til hensikt å stimulere interaksjonen mellom deltakerne og dermed generere andre data enn for eksempel individuelle intervju (18).

Hvem trenger fysioterapioppfølging og hvorfor
Forventet utfall (outcome) av tiltaket
Hvordan skal utfallet måles og dokumenteres
Hvilke type intervensjon og veiledning er det behov for
Omfang av oppfølgingen
Hvordan skal barnet/ ungdommen og familien involveres i oppfølgingen
Hvordan skal måloppnåelse og nytteverdi evalueres
Vurdere behov for tverrfaglig samarbeid og oppfølging

FIGUR 1 De mest vanlige temaene innen klinisk beslutningstaking (13)

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av en fasilitator og en assisterende fasilitator. De tre forfatterne vekslet på å fylle disse funksjonene. En intervjuguide med følgende tema ble benyttet: forståelse av begrepene kunnskapsdeling og samhandling, og refleksjoner relatert til hvordan kunnskapsdeling og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten best kan praktiseres. Fasilitator ledet diskusjonen ved å be deltakerne diskutere de nevnte temaene. Assisterende fasilitator hadde ansvar for lydopptak og for å oppsummere diskusjonen til slutt. Deltakerne ble gitt anledning til å kommentere og eventuelt korrigere. Således representerer oppsummeringen en form for respondentvalidering (19).

Hvert fokusgruppeintervju varte ca 75 minutter og fant sted på Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger (spesialisthelsetjenesten). Det ble tatt lydopptak av alle fokusgruppeintervjuene. Disse opptakene ble ordrett transkribert av artikkelens førsteforfatter etter at alle intervjuene var gjennomført. Før lydopptakene startet ble det invitert til noe «small-talk» i gruppene for å legge til rette for en trygg atmosfære.

Utvalg og respondenter

Inklusjonskriteriet for å delta i studien var erfaring fra å jobbe med barn og ungdom med sammensatte funksjonsnedsettelse, med behov for rehabiliteringstjenester fra de ulike nivåene i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Førsteforfatter tok uformell kontakt med fysioterapeuter hun kjente til i Oslo og Akershus som fylte dette kriteriet. De fleste som fikk henvendelsen meldte seg positive til å delta i studien. Det ble så sendt en formell henvendelse til lederen av respektive fysioterapitjenester med informasjonskriv og samtykkeskjema.

Et hensiktsmessig utvalg (18) av 25 fysioterapeuter ansatt i rehabiliteringstjenesten og andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten

med landsdekkende funksjoner og kommunehelsetjenesten på Østlandet utgjorde tre fokusgrupper som hver ble intervjuet en gang. Den første fokusgruppen besto av åtte kvinner og en mann. De to øvrige besto av henholdsvis syv og ni kvinner. I gruppesammensetningen ble det lagt vekt på at de ulike nivåene var representert, og at alder og arbeidserfaring ble jevnt fordelt.

Kvalitativ innholdsanalyse

Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (17). Analyseprosessen startet med at alle tre forskere leste all tekst gjentatte ganger for å oppnå en form for overordnet inntrykk av hva deltakerne sa. Dette overordnede inntrykket ble så diskutert av forskerne. Deretter begynte alle tre parallelt å lete etter meningsfulle enheter (ord, setninger og avsnitt) relatert til forskningsspørsmålene i teksten, både i hvert intervju og i dataene som helhet. Så ble meningsfulle enheter kondensert til åtte undertema. Undertemaene ble deretter abstrahert til ett hovedtema. Alle forfatterne analyserte parallelt og kom sammen for å diskutere egne fortolkninger og ble til slutt enig om undertemaer og hovedtema.

Etiske vurderinger

Studien ble utformet i samsvar med Helsinkideklarasjonen (20) og meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Funn og fortolkninger

Ett hovedtema, med åtte undertema, trådte fram gjennom analysen av diskusjonene i fokusgruppene. Hovedtema: Betydningen av anerkjennelse og struktur i samhandling og kunnskapsdeling. Hovedtema og undertema presenteres under med forskernes utfyllende kommentarer. Sitater fra informantene vises i tabell 1.

TABELL 1 Hovedtema: Betydningen av anerkjennelse og struktur i samhandling og kunnskapsdeling.

Undertema	Eksempler på sitater
Kunnskapsdeling og samhandling – gjensidig forutsetninger	<ul style="list-style-type: none"> – Vi snakker kanskje om samhandling nå og ikke om kunnskapsdeling? Det gjør vel ikke noe, det henger vel såpass sammen. – Er det ikke et godt samarbeid, er ikke kunnskapen noe verd.
Flyt av kunnskap, handlinger og beslutninger	<ul style="list-style-type: none"> – Jeg synes kunnskapsdeling skjer på flere nivåer. Gjennom samhandling med bruker, kommunikasjon på telefon, gjennom epikriser og kurs. – De som er i spesialisthelsetjenesten trenger at vi bidrar med vår kunnskap. – Hva med de som ikke tar kontakt? De vil aldri hører noe fra?
Individualisering av kunnskap, handlinger og beslutninger	<ul style="list-style-type: none"> – Det handler om kunnskap om den faktiske diagnosen eller tilstanden, kunnskap om familien, kunnskap om rammebetingelser rundt familien og om egne rammebetingelser.
Likeverdighet mellom kunnskapstyper	<ul style="list-style-type: none"> – Det er viktig at kunnskapen ikke blir rangert. På 2.linjen har man større medisinsk kunnskap. Det er viktig at det ikke stiger over den praktiske kunnskapen man har i 1. linjen. – Det er veldig likestilt. Begge deler er veldig viktig kunnskap. – Annen kunnskap ikke mer.
Anerkjennelse, dialog og medvirkning	<ul style="list-style-type: none"> – God kommunikasjon betyr at man har respekt. – Samarbeid er dialog mellom de arenaene vi står på. For hver arena har ulik kompetanse og innsikt.
Samarbeid om lovpålagte tjenester	<ul style="list-style-type: none"> – Kanskje man kunne jobbe mer sammen om IP (individuell plan). Det er ganske stort ansvar på 1. linjetjenesten i forhold til det, og det er sjelden vi hører noen innspill på IP hos habiliteringsbarna.
Etablering av rutiner for samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> – Ellers kunne man i hver enkelt sak være litt mer på hvordan vi best kan samarbeide i denne konkrete saken. – Burde hatt små grupper innimellom der man kunne diskutere samarbeid.
Tilstrekkelig rammebetingelser	<ul style="list-style-type: none"> – Bedre tid til å dra ut der barnet er, dele kunnskap helt reelt.

Hovedtema: Betydningen av anerkjennelse og struktur i samhandling og kunnskapsdeling

Hovedtemaet handler om betydningen av struktur og anerkjennelse for å sikre den fysioterapifaglige kvaliteten når det skal tas beslutninger om utredning, undersøkelser, mål, tiltak, evaluering og oppfølging. Hovedtemaet er abstrahert fra de åtte undertemaene i teksten under:

Undertema 1: Kunnskapsdeling og samhandling – gjensidige forutsetninger

Analysen av diskusjonene viste at det var vanskelig for informantene å snakke om innholdet i begrepet kunnskapsdeling, uten samtidig å komme inn på samhandling. Begrepene opplevdes å henge nøye sammen og å være gjensidige forutsetninger for hverandre (se tabell 1). Flere av informantene ga uttrykk for at samarbeid er vesentlig for at kunnskap om en sjelden diagnose skal kunne anvendes i praksis. Det fremkom også at kunnskapsdeling skjer gjennom å møtes og observere i praksis hva andre gjør. Det ble nevnt at fysioterapi er et praktisk yrke, og at kunnskapen ikke bare kan formidles gjennom skriftlig informasjon.

Undertema 2: Flyt av kunnskap, handlinger og beslutninger

Analysen viste at flyt av kunnskap mellom nivåene, tjenester og personer er en vesentlig faktor i samhandling. Det synes å handle om *ønske* om flyt av kunnskap på systemnivå og i det mellompersonlige møte, men at flere faktorer hemmer denne flyten. Det fremkom at barnefysioterapeutene i kommunehelsetjenesten ikke alltid får informasjon om når barnet skal til spesialisthelsetjenesten og at det ikke alltid fremkommer hva som er hensikten med konsultasjonen eller oppholdet. Videre at det ikke blir orientert om hvilke beslutninger som blir tatt. Det forventes heller ikke rapport fra fysioterapeutene i kommunene med informasjon om barnets funksjon i hjemmemiljøet som barnet kan ha med seg inn i spesialisthelsetjenesten. Ofte handler det altså om fravær av flyt, at det omkring enkelte barn ikke etableres direkte kontakt mellom fysioterapeuter eller med familien (se tabell 1).

Undertema 3: Individualisering av kunnskap, handlinger og beslutninger

Analysen syntes videre å vise at kunnskapsdeling fordrer samhandling for å ta best mulig faglig funderte beslutninger på indi-

vidnivå; for det enkelte barn og dets familie. Det å gi og få informasjon, uten gjensidig utveksling av kunnskap vil ikke gi den samme mulighet for individuelt tilpassede tiltak for den enkelte bruker (se tabell 1).

Undertema 4: Likeverdighet mellom kunnskapstyper

Når det handler om fysioterapifaglig kunnskap man innehar som ansatt i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten, syntes analysen å vise at man anser kunnskapen å være forskjellig, men likeverdig (se tabell 1). Forskernes fortolkning er at det fremkom en tvetydighet om likeverdighet mellom kunnskapstyper. På den ene siden ble det slått fast at fagkunnskapen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er likeverdig. På den annen side opplevde informantene at kunnskapen fra spesialisthelsetjenesten ble tillagt mer gyldighet enn kunnskapen fra kommunehelsetjenesten og dermed ble mer avgjørende når beslutninger om spesialisert medisinsk behandling skulle tas.

Undertema 5: Anerkjennelse, dialog og medvirkning

Ut fra analysen av diskusjonene syntes an-

erkjennelse, trygghet og respekt å være vesentlig for kommunikasjon og samhandling (se tabell 2). Informantene la i diskusjonen vekt på dialogens betydning. Nødvendigheten av felles konsultasjoner ble gjentatte ganger påpekt, fordi dette gir mulighet til å utveksle erfaringer. På denne måten kan man komme fram til en bredere fundert beslutning i samarbeid med barn og familie. At man i større grad kunne gå inn i dialogen og samarbeidet med en spørrende, nysgjerrig og undrende væremåte, ble flere ganger nevnt i diskusjonen.

Undertema 6: Samarbeid om lovpålagte tjenester

Mulighetene fagpersoner har for å ta i bruk lovpålagte, strukturerte systemer for å fremme samarbeid mellom nivåene, ble drøftet. Analysen syntes å vise at fysioterapeuter i større grad kunne ta i bruk strukturerte verktøy (kurs, møter, epikriser, rapporter, telefonkontakt og E-post) for å fremme samarbeidet seg i mellom og mellom fagpersoner og bruker. Det lovpålagte ansvar fagpersoner i spesialisthelsetjenesten har når det gjelder å formidle kunnskap til fagpersoner i kommunehelsetjenesten, kom også opp i diskusjonen (se tabell 2).

Undertema 7: Bedre rutiner for samarbeid

Analysen syntes å vise at skriftlig informasjon om rutiner rundt samhandling var mangelfull og at det generelt er lite fokus på samarbeid. I diskusjonene kom det opp ønske om utarbeidelse av skriftlig informasjon om rutiner for samhandling og at man i enkeltsaker blir enige om samarbeidsformer som del av fagutøvelsen (se tabell 2).

Undertema 8: Tilstrekkelige rammebetingelser

Analysen syntes videre å vise betydningen av rammebetingelser som tid, tilgjengelighet og oversikt over aktuelle tjenestetilbud, som vesentlig for kunnskapsdeling og samhandling. Tid ble løftet fram som en rammebetingelse som må være til stede for at samhandling skal kunne finne sted (se tabell 2). Tilgjengelighet var for en stor del relatert til at det er viktig å kunne nå hverandre på en enkel måte. Når informantene var opptatt av å ha oversikt over aktuelle tjenestetilbud, syntes det ut fra analysen å handle om at en slik oversikt ville kunne fremme samarbeid mellom fagpersoner, men også vesentlig for at brukeren skal kunne få et tilbud som er best mulig koordinert.



Det er viktig at ulike typer kunnskap ikke rangeres som å ha høyere eller lavere verdi, men anerkjennes som likeverdige.

Diskusjon

Gjennom analysen av fokusgruppediskusjonene fremkom ett hovedtema: Betydningen av erkjennelse og struktur i samhandling og kunnskapsdeling. I det følgende diskuteres funn og fortolkninger opp mot forskningsspørsmålene.

Erfaringer og meninger om kunnskapsdeling og samhandling

Barnefysioterapeutene opplevde i stor grad samhandling som å dreie seg om klinisk beslutningstaking som gjelder barnet og familien. De så ikke ut til å skille mellom kunnskapsdeling og samhandling, men beskrev disse begrepene som to sider av samme sak. I litteraturen beskrives klinisk beslutningstaking som en resonneringsprosess hvor fysioterapeuten støtter familien og barnet eller ungdommen i å finne mening, formulere mål og finne strategier for å oppnå best mulig helse (13, 21).

Flere av informantene i vår studie beskrev at samhandling dreier seg om deling av kunnskap om den faktiske diagnosen eller tilstanden, kunnskap om familien, kunnskap om rammebetingelser rundt familien og om egne rammebetingelser. Begrepene kunnskapsbasert praksis og familiesentrert praksis ble ikke eksplisitt nevnt av våre informanter. Innholdet i disse begrepene fremkom likevel og er i tråd med vårt teoretiske begrepsinnhold (8,9,14,15). Vår fortolkning er at barnefysioterapeutene i kommunehelsetjenesten var opptatt av å nå frem med sin erfaringsbaserte kunnskap og den brukerbaserte kunnskapen om det enkelte barnet. De så ut til å ta for gitt at spesialisthelsetjenesten hovedsakelig sitter med den forskningsbaserte kunnskapen om diagnosen og behandlingen. Når informantene ikke skilte på disse begrepene, kan det føre til utfordringer i praksis i forhold til å konkretisere og identifisere hvilken type kunnskap det skal samhandles om. Det kan også medføre at rutiner og samarbeidslinjer kan oppleves som uklare. Eksempel som informantene diskuterte var at dersom ikke

planlagte operasjoner eller behandling ble avklart mellom nivåene, så kunne vesentlig informasjon gå tapt og få konsekvenser for resultatet.

Vår fortolkning er at det kan synes som om det er behov for å anvende et felles system for å sikre at kunnskapen som finnes på de ulike nivåene tydeliggjøres, anvendes og utvikles. En måte å gjøre dette på er å reflektere over kunnskapsbasert praksis og være bevisst på hvilke kunnskapstyper det samhandles om, rundt den kliniske beslutningstakingen (13).

Informantene diskuterte at det finnes ulike typer kunnskap på de ulike nivåene, og at det er viktig at ulike typer kunnskap ikke rangeres som å ha høyere eller lavere verdi, men anerkjennes som likeverdige. Diskusjonene viste at informantene ofte opplevde at kunnskap fra spesialisthelsetjenesten ble mer vektlagt enn kunnskapen om familien og hjemmemiljøet. De hadde erfart at det kunne være vanskelig for barnefysioterapeuter i kommunene å nå frem med kunnskapen de innehar om det enkelte barn, som ofte er vesentlig når det skal tas beslutninger om tiltak og behandling.

Informantene fortalte at når foreldrene opplever diskrepans mellom det som formidles fra barnefysioterapeuter på de ulike nivåene, tenderer de til å legge mer vekt på det som formidles fra barnefysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Dette kunne gjelde både type intervensjon og omfang av oppfølgingen. En familiesentrert tilnærming tilsier at familien skal inkluderes i beslutningstakingen på alle nivåer. Familien anses å være ekspert på sitt barn. Fagpersoners rolle er blant annet å bidra med fagkunnskap og faglige begrunnelser slik at beslutninger som tas er de beste for det enkelte barn (15).

Informantene i vår studie trakk frem at kunnskap om hjemmemiljøet og om hvordan det enkelte barn lærer og erfarer bevegelse er vesentlig. De mente at barnefysioterapeuter på de ulike nivåene bør ha en felles forståelse og være samstemte når de formidler vesentlig bakgrunnsinformasjon rundt

tiltak. Dette tolker vi som om det er vesentlig at barnefysioterapeuter deler kunnskap og som i eksemplet over relaterer sine forklaringer til forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap. I studier og litteratur er det beskrevet at barn lærer best i situasjoner som er kontekstuell, funksjonell og sosialt tilpasset. Videre er hjemmemiljøet, med foreldrenes engasjement og involvering, vektlagt som helt vesentlig (22,23,24). At barn trente i den sammenhengen de har behov for ferdigheten, medførte at de opplevde mening og motivasjon og fikk mulighet for tilstrekkelig repetisjoner og erfaringer (25). Vår fortolkning er at informantene ville fremheve at ulike type kunnskap som foreligger både hos familien og hos barnefysioterapeuter på de ulike nivåene bør integreres og relateres til det enkelte barnet i dets kontekst.

Ved å ha et system for å forene ulike typer kunnskap fra familien og fra barnefysioterapeuter fra begge nivåene, vil trolig den kliniske beslutningstakingen få en bredere faglig forankring og bli mer tilpasset både barnet og familien. Plan og lovverk viser til at spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar overfor kommunehelsetjenesten (6,3), men informantene i vår studie påpekte viktighetene av at kommunikasjonen går begge veier. Dette er i tråd med føringene i Samhandlingsreformen (1). Den nye nasjonale veilederen som omhandler samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak beskriver gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling som sentralt tema mellom nivåene i helsetjenesten(4).

Asymmetriske forhold i helsetjenesten er beskrevet i noen studier (26,27) og viser at maktforhold hemmer likeverdig kommunikasjon. Refleksjon over praksis hvor begge parter bytter perspektiv og tar hverandres synspunkt, kan medføre økt respekt for hverandre. Å synliggjøre og beskrive arbeidsoppgaver og kompetanse sammen, vil trolig bidra til gjensidig anerkjennelse og økt grad av kunnskapsdeling. Informantene i vår studie vektla trygghet og respekt som sentrale elementer i dialogen.

Konsekvenser for praksis

Informantene skilte ikke tydelig på begrepene kunnskapsdeling og samhandling. Det fremkom heller ikke tydelig hvorfor tilgjengelige systemer og verktøy som allerede finnes, ikke alltid tas i bruk i samhandlingen. Informan-

tene uttrykte behov for å ta opp temaet samhandling både på systemnivå og i enkeltsaker fordi temaet sjelden blir diskutert. Et system for dialog om samhandling kan muligens bidra til at de nevnte systemer anvendes i større grad. En studie viste at endring av praksis skjer hyppigere dersom kollegaer gjennom dialog samarbeider om å dele erfaringer og anvende kunnskap i praksis (28).

Vår studie viste at tilstrekkelige rammebetingelser også var avgjørende for å bedre samhandlingen, og at mangel på stillinger førte til nedprioritering av samhandlingen. Dette er i tråd med en studie vedrørende ergoterapeuters bruk av forskningsbasert kunnskap, hvor begrensninger innen økonomiske – og organisatoriske ressurser ble beskrevet som en hindring for samhandling og kunnskapsdeling (29).

Styrker og svakheter ved studien

Utvalget representerte hovedsakelig kvinner og er dermed kjønnsmessig representativt for yrkesgruppen barnefysioterapeuter. Alder og erfaringslengde innen kommune- og spesialisthelsetjenesten var noenlunde likt fordelt i de tre gruppene. Informantene hadde gjennom sine erfaringer mye å bidra med i diskusjonen, og vi antar at funn og fortolkninger kan ha overføringsverdi til sammenliknbare situasjoner.

Alle informantene kjente til hverandre fordi de samarbeider gjennom sitt daglige arbeide. På den ene siden kan dette ha bidratt til trygghet i diskusjonene. På den andre siden kan mulige hierarkiske strukturer ha bidratt til at noen ikke har kommet frem med meningene sine.

To av forskerne var en del av feltet som ble studert samtidig som en ikke var det. God kjennskap til feltet gjorde det lett å stille oppfølgende spørsmål under diskusjonene. Den tredje forskeren kunne stille kritiske spørsmål og ha et utenfra perspektiv i intervjuene og analysen.

Kvalitative studier kan preges av forfatterens forforståelse (30). Som barnefysioterapeuter har vi mange erfaringer fra at samhandling og kunnskapsdeling mellom nivåene er utfordrende, men at dette er tema som sjelden blir diskutert og konkretisert spesifikt. Vi har en antagelse om at det er behov for endringer for å øke kvaliteten på tjenestene. Denne antagelsen kan ha påvirket analysen og gjort at vi ikke i tilstrekkelig grad har vektlagt den praksisen som allerede fungerer godt.

Konklusjon

Studien har identifisert noen utfordringer og behov for diskusjon rundt samhandling og kunnskapsdeling. Det ville vært potensielt nyttig å arrangere en workshop hvor et utvalg av barnefysioterapeuter samarbeider konkret om videreutvikling av systemer for å sikre god kvalitet rundt den kliniske beslutningstaking for barnet og familien med en sjelden funksjonshemming.

Referanser

1. Samhandlingsreformen; Stortingsmelding nr 47, 2008-2009. Helse- og omsorgsdepartementet. (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009.html?id=567201> (11.12.11))
2. Sjeldne funksjonshemninger i Norge. Brukeres erfaring med tjenesteapparatet. SINTEF helse 2008.
3. Spesialisthelsetjenesteloven. (<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> (11.12.11))
4. Nasjonal veileder. Samhandlingsreformen; Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Utgitt 11/2011. (http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen--lovpalagte-samarb.html?id=661886 (11.12.11))
5. von Tetzchner S, Hesselberg F, Schiørbeck H. Habilitering. Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag, 2008.
6. Handlingsplan 15-1692 Habilitering av barn og unge. Utgitt 09/2009 av Helsedirektoratet. (http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplaner/handlingsplan_for_habilitering_av_barn_og_unge_548974 (11.12.11))
7. Veileder til Forskrift nr 1706 av 17. des 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, kapittel 4. (<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder-rundskriv-nasjonale-tjenester.pdf> (11.12.11))
8. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag, 2005.
9. Jamtvedt G, Nordtvedt Mw. Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis 2008. (<http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Artikler/Fagartikler/Kunnskapsbasert-ergoterapi-et-bidrag-til-bedre-praksis/>)
10. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001; 39: 1146-54.
11. Rivard LM, Russell DJ, Roxborough L et al. Promoting the Use of Measurement Tools in Practice: A mixed-Methods Study of the Activities and Experiences of Physical Therapist Knowledge Brokers. *Phys Ther* 2010; 90: 1580-1590.
12. Beckung E, Brogren E, Rösblad B. Sjukgymnastik för barn og ungdom. Teori och tillämpning. www.studentlitteratur.se 2002.
13. Heather L, Atkinson HL, Nixon-Cave K. A Tool for Clinical Reasoning and Reflection using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Framework and Patient Management Model. *Phys Ther* 2011; 91: 416-430.
14. King S, Teplicky R, King G et al. Family-Centered Service for Children With Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature. *Sem Ped Neurol* 2004; 11: 78-86.
15. Law, M, Teplicky R, King S et al. Family-centred service: moving ideas into practice. *Childrens Care, Health and Development* 2005; 31: 633-42.
16. Berg, BL. Qualitative research methods for the social sciences. USA: Allyn and Bacon, 2009.
17. Kvale S. & Brinkman, S. Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing. Los Angeles: SAGE, 2nd ed, 2009.
18. Bloor M, Frankland J, Thomas M et al. Focus Groups in Social Research. *Introducing Qualitative Methodes*. SAGE, 2001.
19. Lobiondo-Wood G, Harbor J. *Nursing Research*. St. Louis: Mosby, 2002.

20. Helsinkideklarasjonen <http://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=845&epslanguage=no>
21. Edwards I, Jones M, Carr J et al. Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Phys Ther* 2004; 84: 312-330.
22. Dunst CJ, Trivette CM, Humphries, T et al. Contrasting Approaches to Natural Learning Environment Interventions. *Infants and Young Children* 2001; 14: 48-62.
23. Fadnes B, Leira K, Brodal P. (2010) Læringsnøkkel. Om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring. Oslo: Universitetsforlaget.
24. Øien I, Fallang B, Østensjø S. Goal-setting in paediatric rehabilitation: Perceptions of parents and professional. *Child: care, health and development* 2009; 36, 4, 558-565.
25. Hadders-Algra, M. Variation and variability: key words in human motor development. *Physical Therapy* 2010; 90, 12, 1823-1837.
26. Bartunek J, Trullen J, Bonet E et al. Sharing and expanding academic and practitioner knowledge in health care. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8: 62-68.
27. Jensen S. Når samhandling forstås som hjelp: Forholdet mellom kontoransattes kompetanse og samhandling med klinikerne i psykisk helsevern for barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008; 45: 133-140.
28. Ketelaar M, Russell D, Gorter Jw. The Challenge of Moving Evidence-Based Measures into Clinical Practice: Lessons in Knowledge Translation. *Phys Occup Ther Pediatr* 2008; 28: 191-206.
29. Vachon B, Durand MJ, LeBlanc J. Empowering occupational therapists to become evidence-based work rehabilitation practitioners. *Work* 2010; 37: 119-134.
30. Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.

Title: Interaction and knowledge sharing among physiotherapists in community and specialist health services - a focus group study

Abstract

- **Purpose:** To investigate the views of paediatric physiotherapists about interaction and knowledge sharing and how this best can be practiced.
- **Design:** A qualitative study based on focus group interviews.
- **Material:** 25 physiotherapists who all had experience working with children and youth in need of habilitation services from both service levels.
- **Method:** Three focus group interviews were conducted in which understanding of the concepts of knowledge sharing and collaboration and reflection related to how this can be practiced were discussed.
- **Findings and interpretations:** One main theme and eight sub-themes emerged through the qualitative content analysis. Main theme: The importance of recognition and structure of interaction and knowledge sharing. The sub-themes: 1: Knowledge sharing and cooperation - mutual assumptions. 2: The flow of knowledge, actions and decisions. 3: Individualization of knowledge, actions and decisions. 4: Equivalence between knowledge types. 5: Recognition, dialogue and participation 6: Collaborating on services required by law. 7: Improving procedures for cooperation. 8: Sufficient work conditions.
- **Conclusion:** The study has identified some challenges and a need for discussion on collaboration and knowledge sharing. It is recommended, for example, to organize a workshop where these issues are further developed.
- **Keywords:** paediatric physiotherapy, collaboration, knowledge sharing, community and specialist health services

Verdens sunneste stol?

Studier viser at vi sitter opptil 14 timer hver dag. Dette påvirker vår helse betydelig. Salli har nå en landsdekkende kampanje for å bidra til økt bevissthet rundt ergonomi og sittefysiologi. Jeg besøker gjerne klinikken/avdelingen din og holder et 1-1 kurs eller med flere deltakere samtidig. Vil du vite mer om tilbudet eller ønsker du å bestille gratis ergonomiopplæring, vennligst send en epost til erlend@salli.com. **Vi snakkes!**



Erlend Bodin
Fysioterapeut
Markedssjef Salli



Registrer til erlend@salli.com
for gratis ergonomiopplæring
og bli med i trekningen av en Salli-stol.

Verdi 8.000,-

salli®
SIT HAPPY

