



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Samhandling mellom privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastleger i primærhelsetjenesten

Collaboration between private physiotherapists with municipal operating agreement and general practitioners in the primary health service

Tor Jervan Staarvik

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap

Innleveringsdato: 14.06.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Deler av teksten på side 1-6, og om profesjonsteori på side 12-16 er hentet fra eksamensoppgava i kurs SA6-407 Helse og velferdspolitikkk levert våren 2017, som var et forberedende arbeid til denne masteroppgava i organisasjon og ledelse. Et strukturert litteratursøk ble gjennomført som en del av metodeundervisning og utarbeiding av prosjektskisse i kurs ME6-500 Forskningsstrategier og metode, levert høst 2017. Deler av teksten som omhandler formål og kunnskapsstatus fra side 7-11, og metode 33-40 fra er hentet fra dette arbeidet som var et forberedende arbeid til masteroppgaven. Deler av teorikapittelet fra side 12-23, og vitenskapsteoretisk forståelse fra side 30-32 er hentet fra eksamensoppgava i kurset ORG-502 Styring, omstilling og ledelse i offentlige organisasjoner, levert våren 2018, som også var organisert som et forberedende arbeid til masteroppgaven.

En stor takk til Norsk Fysioterapeutforbud region vest, ved regionleder Aslaug Kleiveland. Uten deres hjelp ville ikke denne undersøkelsen latt seg gjennomføre.

Takk til veileder Oddbjørn Bukve for gode råd, konkrete og kunnskapsrike innspill, og at du har ledet meg tilbake på rett vei når jeg har vært på vei ut på viddene.

Takk til Høgskulen på Vestlandet for et godt, lærerikt, fleksibelt og spennende studieopplegg, som har gjort det mulig å gjennomføre studiet ved siden av full jobb.

Takk til min kone Kristine. Uten din støtte, tålmodighet og ikke minst gode faglige diskusjoner hadde ikke dette gått. Endelig er 4 år med deltidsstudier overstått.

Tor Jervan Staarvik

Juni, 2019.

Sammendrag

Formålet med studien er å undersøke hvordan privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale vurderer at samhandlingen med fastlegene fungerer. En ønsker å se på hvilke faktorer som påvirker denne samhandlingen, og om direkte tilgang til fysioterapeut har påvirket den. Det teoretiske perspektivet for analyse er samhandlingsteori og profesjonsteori. Det er benyttet kvantitativ metode, et variabelsentrert design, med en surveyundersøkelse sendt ut til fysioterapeuter med kommunal driftsavtale som er medlem av NFF region vest. Undersøkelsen viser at 41% vurderer at samhandlingen fungerer godt eller svært godt, og 25% av den fungerer dårlig eller svært dårlig. Kontekstuelle faktorer som påvirker samhandlingen er fartstid i yrket og kommunestørrelse. Det er signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og organisasjonsfaktorene fysisk organisering, tvungen koordinering, horisontal informasjonsutveksling, frivillig koordinering og økonomiske insentiver for samhandling. Det er og signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og profesjonsfaktorene opplevelse av tillitt til kompetanse, faglig autonomi og maktforhold i relasjonen. Etter direkte tilgang opplever 29% av samhandlingen er bedre, 21% at den er dårligere. Det er i stor grad de samme faktorene som påvirker samhandling, som også har påvirket om direkte tilgang har ført til endring i positiv eller negativ retning. Det bekrefter relevansen til det teoretiske perspektivet fra samhandlingsteori. Profesjonsteoriens perspektiv om profesjonskamp virker lite relevant i denne sammenhengen. Gjennomføring av en multivariat analyse som kontrollerer for effekten av de andre variablene viser at det fortsatt er signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og organisasjonsfaktorene fysisk struktur, tvungen koordinering, prosedyrer og horisontal informasjonsutveksling, samt profesjonsfaktoren tillitt til kompetanse, som kan tyde på at dette er de mest sentrale faktorene som påvirker samhandling. Praktisk betyr det at kommunene bør legge til rette for samhandling ved formelle rutiner og mulighet for enkel informasjonsutveksling. Spesielt viktig er det i kommuner der den fysiske organiseringen ikke er gunstig for å legge til rette for det sosiale aspektet av samhandling.

Abstract

The purpose of this study is to investigate how physiotherapists with municipal operating agreements consider the collaboration with general practitioners (GPs). This thesis seeks to investigate what factors affect this collaboration, and whether direct access to the physiotherapist has affected it. The study utilized quantitative methods applied to a variable-centered design, based on a survey conducted of physiotherapists having a municipal operating agreement, who are members of the NFF region west. The theoretical perspective for analysis is integration theory and professional theory. The survey results showed that 41% consider that the collaboration works well or very well, and 25% consider that it works poorly or very poorly. Contextual factors that influence the collaboration are the duration of professional career and the size of the municipality. There was a significant correlation between physical organization, forced coordination, horizontal information exchange and financial incentives with the perceived collaboration. There was also a significant correlation with collaboration and trust in competence, academic autonomy and power relations between the professions. Following the availability of direct access, 29% experienced better collaboration and 21% perceived that it became worse. The same factors that affect collaboration in general, were for the most part, the same factors that determined the influence of direct access. These findings confirm the theoretical perspective from integration theory; however, professional theory's perspective on conflict between the professions seems to be irrelevant in this case. Multivariate analysis controlling for the effect of additional variables again demonstrated a significant correlation between perceived collaboration and the organizational factors such as: physical organization, forced coordination, procedures and horizontal information exchange, as well as the professional interaction factor confidence in competence. This suggests that these are the primary factors affecting collaboration. The practical implications of this is that municipalities should facilitate collaboration through formal routines and ease of information exchange. This is especially important in municipalities where the physical organization is not favorable to the social aspects of collaboration.

Forord

Sammendrag

Innholdsfortegnelse

Oversikt over figurer og tabeller

1.0 Bakgrunn for oppgaven.....	s 1
2.0 Kontekst.....	s 3
2.1 Egen forforståelse av konteksten.....	s 5
2.2 Formål.....	s 7
2.3 Problemstilling.....	s 7
3.0 Kunnskapsstatus.....	s 8
3.1 Oppsummering kunnskapsstatus.....	s 11
4.0 Teorikapittel.....	s 12
4.1 Profesjonsteori.....	s 12
4.2 Profesjoner og samarbeid.....	s 16
4.3 Samhandlingsteori.....	s 17
4.4 Organisasjonsteoretisk perspektiv på samhandling.....	s 19
4.5 Faktorer som fremmer samhandling og koordinering av tjenester.....	s 22
4.5.1 Frivillig koordinering.....	s 22
4.5.2 Økonomiske insentiver for samhandling.....	s 22
4.5.3 Fysisk struktur.....	s 22
4.5.4 Horisontal informasjonsutveksling.....	s 23
4.5.5 Tvungen koordinering.....	s 23
4.5.6 Standard prosedyrer og regler.....	s 23
4.6 Analysemodell.....	s 24
4.7 Forskningsspørsmål.....	s 24
4.8 Operasjonalisering av uavhengige variabler.....	s 25
4.8.1 Trekk ved profesjonsteori: institusjonelle faktorer.....	s 25
4.8.2 Trekk ved samhandlingsteori.....	s 25
4.9 Forventede funn i undersøkelsen.....	s 27
5.0 Vitenskapsteoretisk forståelse.....	s 30
6.0 Metode.....	s 33
6.1 Datakilde.....	s 34
6.2 Utforming av spørreskjema.....	s 35
6.2.1 Pilotundersøkelse.....	s 36
6.3 Prosedyre for datainnsamling.....	s 37
6.4 Bearbeiding av datamaterialet	s 38
6.5 Utvalget i undersøkelsen.....	s 40
7.0 Resultat.....	s 42
7.1 Funn om samhandling mellom fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastleger.....	s 42

7.2 Informasjonstilgang og samsvar i faglige vurderinger.....	s 47
8.0 Analyse.....	s 48
8.1 Første analysesett; Hvilke faktorer fører til ulik opplevelse av hvordan samhandlingen fungerer.....	s 48
8.1.1 Trekk ved konteksten og fysioterapeuten.....	s 48
8.1.2 Organisasjonsfaktorer.....	s 51
8.1.3 Profesjonsfaktorer.....	s 68
8.1.4 Oppsummering av første analysesett.....	s 73
8.2 Andre analysesett; Endring etter direkte tilgang – Hvilke faktorer fører til endring.....	s 74
8.2.1 Trekk ved konteksten og fysioterapeuten.....	s 75
8.2.2 Organisasjonsfaktorer.....	s 77
8.2.3 Profesjonsfaktorer.....	s 88
8.2.4 Oppsummering andre analysesett.....	s 90
8.3 Tredje analysesett; multivariat analyse.....	s 91
8.3.1 Lineær regresjonsanalyse av 7 utvalgte uavhengige variabler mot den avhengige variabelen «opplevd samhandling»	s 91
8.3.2 Oppsummering tredje analysesett.....	s 92
9.0 Diskusjon.....	s 93
9.1 Hvordan vurderer privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale at samhandlingen med fastlegene fungerer?.....	s 93
9.2 Hvilke faktorer påvirker hvordan samhandlingen vurderes?.....	s 94
9.3 På hvilken måte er samhandlingen endret etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?.....	s 101
9.4 Hvilke faktorer påvirker hvordan samhandlingen har endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?.....	s 104
9.5 Konklusjon.....	s 105
9.6 Praktisk betydning.....	s 106
9.7 Behov for videre forskning.....	s 107
10.0 Litteraturliste.....	s 109

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning av prosjektet fra NSD (Norsk senter for forskningsdata)

Vedlegg 2: Spørreskjemaundersøkelse

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere

Oversikt over figurer

Figur 1: Modell for inndeling av integrering mellom enheter

Figur 2: Modell for behov for integrering av tjenester

Figur 3: Analysemodell

Figur 4: Utvalget etter spesialisering

Figur 5: Utvalget fordelt etter antall innbyggere i kommunen de jobber

Figur 6: Utvalget fordelt på antall år de har jobbet som fysioterapeut med kommunal driftsavtale

Figur 7: Status på opplevd samhandling

Figur 8: Endring i opplevelse av makt i relasjonen med fastlegene etter direkte tilgang

Figur 9: Opplevelse av endring av faglig autonomi etter direkte tilgang

Figur 10: Informasjonstilgang for faglig forsvarlig yrkesutøvelse

Figur 11: Samsvar i faglige vurderinger

Figur 12: Fysioterapeutene i utvalget sin opplevelse av fastlegenes tillitt til deres kompetanse

Figur 13: Opplevelse av faglig autonomi

Figur 14: Opplevd maktbalanse i relasjonen mellom fastlege og fysioterapeut

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Sammenheng mellom opplevd samhandling og endring i samhandling etter direkte tilgang

Tabell 2: Sammenheng mellom opplevd samhandling og interesse for samarbeid fra fastlegene

Tabell 3: Sammenheng mellom opplevd samhandling og anbefaling fra fastlege om å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang

Tabell 4: Sammenheng mellom opplevd samhandling og kommunestørrelse

Tabell 5: Sammenheng mellom opplevd samhandling og fartstid i yrket

Tabell 6: Sammenheng mellom opplevd samhandling og spesialisering

Tabell 7: Sammenheng mellom opplevd samhandling og lokalisering av klinikken

Tabell 8: Sammenheng mellom opplevd samhandling og mulighet for direkte kommunikasjon

Tabell 9: Sammenheng mellom opplevd samhandling og faste årlige møtepunkt

Tabell 10: Sammenheng mellom opplevd samhandling og felles internundervisning

Tabell 11: Sammenheng mellom opplevd samhandling og oversikt over hvem som jobber som fastlege i kommunen

Tabell 12: Sammenheng mellom opplevd samhandling og prosedyrer for samhandling

Tabell 13: Sammenheng mellom opplevd samhandling og uformell kommunikasjon

Tabell 14: Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av om samhandlingstakstene er tilstrekkelige

Tabell 15: Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av at manglende økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta

Tabell 16: Sammenheng mellom opplevd samhandling og tro på bedre samhandling dersom en får økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter

Tabell 17: Sammenheng mellom opplevd samhandling og mulighet for elektronisk kommunikasjon

Tabell 18: Sammenheng mellom opplevd samhandling og hvordan en tar kontakt når noe haster

Tabell 19: Sammenheng mellom opplevd samhandling og hvordan en som regel overleverer epikriser

Tabell 20: Sammenheng mellom opplevd samhandling og hvordan en som regel mottar pasientinformasjon

Tabell 21: Sammenheng mellom tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan en tar kontakt når noe haster

Tabell 22: Sammenheng mellom tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan en som regel sender epikriser

Tabell 23: Sammenheng mellom tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan en som regel mottar pasientinformasjon

Tabell 24: Sammenheng mellom opplevd samhandling og tillitt til kompetanse

Tabell 25: Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av faglig autonomi

Tabell 26: Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av maktbalanse i relasjonen mellom profesjonene

Tabell 27: Reliabilitetsanalyse av indeks for endring etter direkte tilgang

Tabell 28: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og kommunestørrelse

Tabell 29: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og fartstid i yrket

Tabell 30: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og mulighet for direkte kommunikasjon

Tabell 31: Sammenheng med endring etter direkte tilgang og faste årlige møtepunkt

Tabell 32: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og oversikt over hvem som jobber som fastlege i kommunen

Tabell 33: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og prosedyrer for samhandling

Tabell 34: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og mulighet for uformell kommunikasjon

Tabell 35: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og opplevelse av at mangel på økonomisk godtgjørelse gjør det mindre interessant å delta på samarbeidsmøter

Tabell 36: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og hvordan kontakte pasientens fastlege når noe haster

Tabell 37: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og hvordan en som regel overleverer epikriser

Tabell 38: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og mulighet for elektronisk kommunikasjon

Tabell 39: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse

Tabell 40: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og opplevelse tillitt til kompetanse

Tabell 41: Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og opplevd maktbalanse i relasjonen mellom fysioterapeutene og fastlegene

Tabell 42: Lineær regresjonsanalyse av opplevd samhandling mot utvalgte variabler

«Samhandling mellom fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastleger i primærhelsetjenesten»

Deler av denne teksten er hentet fra eksamensoppgaven i kurs SA6-407 Helse og velferdspolitikkk levert våren 2017, som et forberedende arbeid til masteroppgaven.

1.0 Bakgrunn for oppgaven

Jeg ønsket å skrive masteroppgave om samhandlingen mellom fysioterapeuter og fastleger i kommunehelsetjenesten. Dette er interessant og lite utforsket tema og spesielt relevant å undersøke på nåværende tidspunkt på grunn av innføringen av direkte tilgang til fysioterapeut fra 01.01.2018, som gjør at mange pasienter kommer direkte til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen uten forutgående undersøkelse hos lege. Dette stiller større krav til samhandling mellom yrkesgruppene for at fastlegene skal kunne oppfylle sin koordinerende rolle for pasienten, og ha oversikt over det samlede tjenestetilbudet som pasienten mottar i kommunen. I kjølvannet av dette har det også kommet på plass en ny forskrift om kvalitet og funksjonskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (2017) som regulerer hvordan avtalefysioterapeutene skal jobbe, og det forutsettes blant annet bedre elektronisk samhandling.

Samfunnet og velferdsstaten møter stadig større utfordringer fordi vi blir stadig flere eldre, og at mange flere lever lengre med sykdommer og funksjonsnedsettelse som fører til en økning i behovet for velferdsstatens tjenester. Det økte presset gjør det viktig å jobbe for å finne bedre og mer effektive måter å styre, utvikle og organisere velferdstjenestene på. Eksempler på dette er NAV-reformen og Samhandlingsreformen, som ble gjennomført for å sørge for en mer effektiv, kostnadsbesparende og brukerorientert helse og velferdsforvaltning blant annet med fokus på samarbeid og samhandling. Bedre samhandling handler også om å få en bedre koordinering av tjenestene mellom tjenesteapparatet og sivilbefolkningen (Vabø, 2014, s11). Etter at New public management-ideene ble introdusert i Norge på 1990-tallet har velferdstjenestene blitt satt under stadig økende krav til fornyelse, effektivitet og kvalitet (Vabø, 2014, s 62).

Norsk fysioterapeutforbund har jobbet for at man skal fjerne krav om henvisning fra lege for å oppsøke fysioterapeut med kommunal driftsavtale i flere år, og denne endringen ble foreslått av regjeringen i stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet» i 2014. Grunnlaget for endringen er at man ønsker å fjerne en unødvendig omvei for pasientene som trenger fysioterapeutisk behandling og samtidig avlaste fastlegeordningen ved at man kan

redusere antall konsultasjoner i allmennpraksis som følge av muskel-skjelettplager (Meld. St 26 2014-2015, s20.) Dette også føre til at vilkårene for samhandling mellom avtalefysioterapeutene og fastlegene har blitt endret, fordi den direkte samhandlings - og informasjonsutvekslingsaksen som henvisningen fra legen har representert forsvinner. Derfor vil det være interessant å undersøke om direkte tilgang til fysioterapeuter er en faktor som påvirker samhandlingen med fastlegetjenesten.

2.0 Kontekst

Deler av denne teksten er hentet fra eksamensoppgaven i kurs SA6-407 Helse og velferdspolitikkk levert våren 2017 og eksamensoppgaven kurs ME6-500 Forskningsstrategier og metode levert høst 2018 som forberedende arbeid til masteroppgaven.

Primærhelsemeldinga sier at pasientene skal oppleve tjenestene som trygge, tilgjengelige, koordinerte og helhetlige. Likevel er det mange som opplever at tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten er fragmentert og oppstykket, og at tjenestene i for stor grad opererer hver for seg (St. Meld. 26 2014- 2015 s 50). Privatpraktiserende fysioterapeuter og fastleger er to aktører som begge vil kunne ha med de samme pasientene og problemstillingene og gjøre, og må derfor samhandle for å kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester. Slik ordningen har vært frem til 01.01.2018 har alle pasienter kunnet oppsøke næringsdrivende fysioterapeuter uten henvisning fra lege. Det er dersom pasienten skal få refundert hele eller deler av behandlingen det har vært krav om henvisning fra lege, etter folketrygdlovens §5-8, og vedkommende fysioterapeut må ha driftsavtale med kommunen. Det er i stor grad fastlegene som har skrevet ut henvisninger til fysioterapi. Det er fysioterapeuten som i stor grad har ansvaret for oppfølging av pasienten, og prioriterer selv mellom pasientene i egen praksis, i noen grad i samarbeid med kommunens prioriteringsnøkkel der dette finnes. Den tidligere ordningen medførte derfor et besøk hos legen som ikke gav pasienten merverdi i forhold til oppfølging og behandling, men har dratt med seg ekstra utgifter både for pasient og staten i form av egenandeler og refusjon. Det medfører også en forsinkelse og økt ventetid for å få igangsatt behandlingen. Ordningen har dermed også lagt beslag på mye tid hos fastlegene som man kunne ha utnyttet til andre oppgaver og pasienter (St. Meld. 26 2014- 2015 s 109). Slik det er i dag er det heller ikke krav om henvisning fra lege for å oppsøke kommunalt ansatte fysioterapeuter som jobber i skolehelsetjenesten, kommunale sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjoner, frikslivssentraler eller annen kommunal virksomhet (Prop 71 L 2016-2017, kap 9).

I den nye forskriften som regulerer avtalefysioterapi med direkte tilgang (2017) er det spesifisert at fysioterapeuten skal sende epikrise til pasientens fastlege elektronisk. Dette kan komme til å bli en stor utfordring, da både fastlegene og fysioterapeutene i stor grad er selvstendige næringsdrivende og selv velger journalsystem.

Hensikten med direkte tilgang er nettopp å frigjøre tid hos fastlegene, og redusere antall konsultasjoner for muskelskjelletproblematikk i allmennpraksis. Det vil derfor være relevant

og interessant å undersøke hvordan samhandlingen mellom de to profesjonene fungerer og om direkte tilgang til fysioterapeut er en faktor som har påvirket den tverrfaglige samhandlingen. I tillegg vil det være interessant å undersøke hvilke andre organisatoriske faktorer det er som hemmer og hvilke som fremmer samarbeidet. Fysioterapitjenesten er også en todelt tjeneste, der skillet mellom kommunalt ansatte fysioterapeuter og fysioterapeuter i privat praksis kan være stort, og mange steder samarbeider de i liten grad med hverandre.

Fastlegene opplever sin rolle som koordinerende og samlende som vanskeligere ettersom de kommunale tjenestene blir stadig mer fragmenterte. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er ofte bedre enn de andre kommunale tjenestene slik som fysioterapi. Når den siste samhandlingsaksen i form av henvisninger forsvinner må man utvikle andre måter å samhandle på. Peter Brelín, leder for Norsk forening for allmenntidmedisin uttrykker i et intervju en skepsis til hvordan pasientene kommer til å bli prioritert, og at det kan komme til å gå ut over de som vil trenge det mest. Han uttaler at isolert sett er direkte tilgang ikke et tiltak som fremmer samhandling, men noe som gjør den koordinerende rollen som fastlege vanskeligere. Det vil fortsatt være mulighet for å sende henvisninger med anmodning om behandling for de som trenger det mest, men legene vil ha mindre mulighet til å delta i prioriteringen enn tidligere. (Brelín, 2016)

Utdanning og lovgivning er svært viktige betingelser for nye profesjonelle relasjoner (Erichsen 2003, s57). Det kan også tenkes at samhandlingen med fastlegetjenesten også kan komme styrket ut etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut, dersom det fører til en økt bevissthet hos legene om hva slags kompetanse fysioterapeuter har og hva de kan bidra med. For at dette skal skje kreves det imidlertid en kraftig innskjerping når det gjelder epikriseskriving og dokumentering på utførte undersøkelser og behandling fra fysioterapeutene sin side. Slik situasjonen er i dag er det et problem at legene ofte ikke får tilbakemelding via epikrise for pasientene de henviser til fysioterapi (Berge, Døving & Andersen, 2013).

2.1 Egen for forståelse av konteksten

Min erfaring tilsier at samhandlingen mellom fastlegene og avtalefysioterapeutene i mange tilfeller har vært veldig sporadisk og mangelfull. Dette er også inntrykket jeg sitter igjen med når jeg snakker med kollegaer i andre kommuner, og mange poengterer at det er på tide at dette blir undersøkt og problematisert på en mer formell måte enn på lunsjrommene rundt på fysioterapiklinikker og legekontorer. Det er nok allikevel sannsynlig at det er store forskjeller mellom kommunene. I dag er denne samhandlingen veldig varierende, og det er kjent at det i lang tid har vært et problem at mange fysioterapeuter ikke sender epikriser som tilbakemelding til henvisende lege. På den andre siden har jeg også hørt at enkelte leger ikke ønsker tilbakemelding hvis det ikke er noe helt spesielt, fordi de ikke har tid til å lese det. For å få tak i pasientens lege må en ofte ringe publikumsnummeret til legekontoret og vente i telefonkø for å snakke med en sekretær, som så i beste fall kan sette over telefonen til legen, eller ta en beskjed og be legen ringe tilbake. Dette kan gi fysioterapeutene en følelse av at legene er utilgjengelige, og være til hinder for at en får samhandlet på den måten en ønsker for å ivareta pasientens interesser best mulig. Dersom det oppleves som vanskelig å få overført informasjon, og at en ikke opplever at det en vil formidle er viktig informasjon om pasientens helse, vil også terskelen for å forsøke bli høyere.

Det er mange grunner til at direkte tilgang til fysioterapeut vil være en faktor som har innvirkning på hvordan samhandlingen mellom fysioterapeuter og fastleger fungerer. Med direkte tilgang brytes den kontakten mellom lege og fysioterapeut som henvisningen frem til nå har representert, der legen bestiller en behandling. Det er også da naturlig å gi en tilbakemelding til den henvisende legen om hvordan forløpet har vært. Dette kan potensielt gi en høyere terskel for å sende epikrise til pasientens fastlege.

Slik fysioterapitjenesten i kommunene er organisert med driftstilskuddsordningen styrer i mange kommuner fysioterapeutene og instituttene seg selv, og har lite felles møtepunkt både med den kommunale fysioterapitjenesten og fastlegene. En del fysioterapeuter driver også solopraksiser der de jobber alene på et institutt adskilt fra samarbeidspartnerne i kommunehelsetjenesten, som fører til at det i en del tilfeller er svært lite kommunikasjon mellom aktørene.

Etter direkte tilgang til fysioterapeut vil fysioterapeuter oftere komme i situasjoner der de vil oppdage alvorlig underliggende sykdom og patologi, eller har behov for å henvise pasienten videre, noe som gjør samhandlingen med pasientens fastlege enda viktigere enn tidligere.

Dette forutsetter også at legene tar seg tid til å lese og vurdere alle dokumenter de blir tilsendt i fra fysioterapeutene. Det er heller ikke sikkert at fastlegene vil sette pris på det ekstra arbeidet det vil medføre å få tilsendt et mye større antall epikriser og tilbakemeldinger enn de gjør i dag.

Det kan virke som om en del kommuner har tatt dette til seg, og gått igjennom prosedyrer og retningslinjer for samhandling mellom fastlegetjenesten og avtalefysioterapeutene. I Luster kommune har dette ført til at man har tatt opp igjen en praksis om å ha faste møtepunkt mellom legene og fysioterapeutene årlig, det har blitt fortgang i prosessen med å tilrettelegge for elektronisk kommunikasjon for overlevering av pasientinformasjon, og det er et ønske om å kunne ha felles internundervisning der tematikken vil være relevant for begge yrkesgruppene. Dette er også et tiltak som vil kunne bidra til økt tillit, avklare forventninger og øke forståelse for hverandre kompetanse, som i sin tur vil bedre samarbeidsklimaet. Mitt inntrykk er derfor at innføring av direkte tilgang har ført til, og har startet en prosess mot å forbedre samhandlingen mellom fastleger og avtalefysioterapeuter.

2.2 Formål

Deler av denne teksten er hentet fra eksamensoppgaven kurs ME6-500 Forskningsstrategier og metode.

Formålet med studien er å undersøke hvordan fysioterapeuter med kommunal driftsavtale vurderer at samhandlingen med fastlegene i primærhelsetjenesten fungerer, og undersøke hvilke faktorer som påvirker denne samhandlingen. Det vil være interessant å undersøke om direkte tilgang til fysioterapeut fra 01.01.2018 er en faktor som har påvirket samhandlingen. Hvordan samhandlingen mellom avtalefysioterapeutene og fastlegene fungerer er et lite utforsket tema, og hvordan avtalefysioterapeutene opplever at den fungerer kan ha stor betydning i forhold til opplevelse av trygghet rundt egen fagutøvelse, pasientsikkerhet og helheten i helsetilbudet i kommunehelsetjenesten. Dette vil være spesielt viktig når pasientene kommer uten å ha vært undersøkt av lege først.

Prosjektet er teoretisk tolkende, da blir brukt teorier og faglige begrep for å for å analysere, forklare og gi mening til det som studeres. Det har ikke som formål å utvikle ny teori eller begreper, men å ta i bruk teori som best kan hjelpe oss til å tolke dataene, og sette de inn i en sammenheng. Det er naturlig å benytte strukturerte og faste analyserammer med utgangspunkt i teori, og bruke dette som utgangspunkt for å tolke innsamlede data. Prosjektet kan dermed omtales som et teoriinformert prosjekt (Bukve, 2016).

2.3 Problemstilling

Hvordan vurderer fysioterapeuter med kommunal driftsavtale at samhandlingen med fastlegene i kommunehelsetjenesten fungerer, og hvorfor vurderer de den slik de gjør?

3.0 Kunnskapsstatus

Et strukturert litteratursøk og kunnskapsstatus ble utarbeidet i kurs ME6- 500 Forskningsstrategier og metode, som et forberedende arbeid til masteroppgaven.

For å avdekke kunnskapsstatus rundt samhandling mellom fysioterapeuter og leger er det utført søk i Oria med ordene «Fastlege», «samhandling», «fysioterapeut», «samarbeid» og «kommunikasjon» ga ingen relevante treff. Jeg har også gjort søk for å finne ut hvordan en ordning med direkte tilgang til fysioterapeut har fungert i andre europeiske land.

Jeg har forsøkt å avdekke kunnskapsstatus med å bruke søkeordene interdisciplinary, coproduction, direct access, communication, physician, doctor, physical therapy i databasene Medline, Swemed og Pubmed. Det er ikke mye å finne av forskning gjort på samhandlingen mellom leger og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten i Norge eller Norden. En norsk studie fra 2013 viser at henvisende leger kun får tilbakemelding om behandlingsforløp i fra 1 av 5 pasienter de har henvist til fysioterapi (Berge, Døving & Andersen, 2013). Dette sier allikevel ikke noe om hvordan fysioterapeuter og leger opplever at samhandlingen dem imellom fungerer, og det er noe det trengs bedre kunnskap om.

Bortsett fra den norske studien fra 2013 er det jeg finner av studier gjort direkte på samhandling mellom leger og fysioterapeuter i er nesten 30 år gamle og det er ikke sikkert de har gyldighet her siden de ikke er gjort i Norge.

Ross, Roberts & Olson (1980) kommer i sin studie frem til at de fleste fysioterapeuter i ønsker å styrke båndet med legetjenesten, men er ikke fornøyd med legene som teamledere, koordinatorene eller ressurspersoner, og det blir foreslått at legen kanskje ikke er den best kvalifiserte til å fungere som teamleder i alle situasjoner.

En studie utført av Hulme, Bach & Lewis (1988) hadde som formål å komme frem til holdninger blant fysioterapeuter og leger til kommunikasjonen mellom faggruppene. De kom frem til at fysioterapeuter ønsker bedre tilgjengelighet for kommunikasjon med legene, mens legene la mest vekt på at tilbakemeldingene var korte og hadde objektive data fra behandlingen. Det legges også vekt på at kommunikasjon med leger må tilnærmes på individuell basis, da leger kan ha forskjellig filosofi rundt pasientbehandling og forskjellige forventninger til fysioterapi. Det understrekes at å utarbeide gode rapporter fra fysioterapeutenes side er viktig for å vedlikeholde et godt forhold til legene.

Scaffardi (1989) undersøkte i sin studie skriftlig kommunikasjon mellom allmennleger og kommunefysioterapeuter. Funnene i denne studien viser at allmennleger savner tilbakemelding fra fysioterapeuter om behandlingsforløpet og status etter behandlingsslutt, og at fysioterapeutene bare delvis følte at de fikk den informasjonen de trengte for å gjennomføre behandlingen ut i fra legens henvisning.

Thornquist (2009) skriver at samarbeid mellom aktører i helsesektoren ofte blir fremstilt som ren profesjonsstrid. Tidligere var det en tydeligere arbeidsdeling og kommandolinje, og det var en tydeligere status og maktforskjeller som ble tatt for gitt. Økende utdanningsnivå, for blant annet fysioterapeuter og sykepleiere trekker i samme retning. Stridigheter kan derfor bunne i ulik fagforståelse og perspektiv, men også ulikhet i makt, sosial status og innflytelse.

Szafran et al (2017) fant i sin studie av kanadiske allmennlegers perspektiv på tverrfaglig samarbeid at legene mener at det er deres oppgave og ansvar å være koordinator og leder når pasienter mottar helsehjelp fra ulike yrkesgrupper i primærhelsetjenesten. De ser det også som sin oppgave å fremme pasientens sak når det gjelder tildeling av eller tilgjengelighet til andre type helsetjenester.

Fra legenes ståsted er kommunikasjon, tillit og respekt, definerte ansvarsoppgaver og fordeling av oppgaver til annet helsepersonell, samlokalisering og tilfredsstillende økonomiske mekanismer til å drive samhandling faktorer som fremmer det tverrfaglige samarbeidet. Samlokalisering blir trukket frem som viktig for å gjøre tverrfaglig kommunikasjon lettere tilgjengelig, og for å diskutere ting som er viktig for pasientbehandlingen. På denne måten blir både formell og uformell kommunikasjon tilgjengelig, og muligheten til å snakkes ansikt til ansikt trekkes frem som viktig for å utvikle gjensidig respekt og tillitt. Dette gjør det lettere for legene å overlate oppgavene til andre helseaktører som har spesialisert kompetanse i sine respektive felt. Jevnlige møter og faste møtepunkt ble vurdert som viktig for å bedre forståelse for hverandres perspektiv. Muligheten for elektronisk samhandling om pasientbehandling vurderes som en viktig fasilitator for effektiv kommunikasjon.

Manglende samlokalisering, faste møtepunkt, udefinert ansvar hos de ulike aktørene, stor utskifting av samarbeidene personell trekkes frem som barrierer som hemmer samhandling. Det trekkes også frem kontekstuelle faktorer som hemmer effektiv samhandling, der det er en vedvarende profesjonskultur innenfor medisin som er basert på kontroll, strengt etablert hierarki og en helsevesenmodell sentrert rundt legen som den ledende aktøren. Legene må

dermed kanskje gi slipp på noe av makten og kontrollen for å sørge for effektiv praksis i et flerprofesjonelt team (Szafran et al, 2017).

Flere andre land har allerede innført direkte tilgang til fysioterapeut, og det vil være naturlig å se på hvordan samhandlingen med legene har fungert i disse landene. Når det gjelder direkte tilgang til fysioterapeut for pasienter med muskel-skjelettplager er det gjort en relevant evalueringstudie i Sverige fra 2012 (Ludvigson & Enthoven, 2012).

Studien ble gjennomført som en retrospektiv kohort-studie av pasientjournaler i tillegg til en pasienttilfredshetsundersøkelse. Denne viser at etter 3 måneder etter første konsultasjon hos fysioterapeut var legeundersøkelse unødvendig for 85% (367/432) av pasientene, alvorlig sykdom ble oppdaget blant de 6% av pasientene som ble henvist tilbake til lege fra fysioterapeutene (26/432), og alvorlig sykdom ble ikke oppdaget hos noen av de 9% (39/432) som oppsøkte lege igjen på egenhånd grunn av de samme symptomene.

Pasienttilfredshetsundersøkelsen viser at pasientene var mer fornøyd med informasjonen og hjelp til mestring av sin diagnose de mottok fra fysioterapeut enn fra legen. Pasientene hadde også høyere tiltro til fysioterapeutens evne til å undersøke plagene de presenterte. Denne studien konkluderer dermed med at fysioterapeuter i Sverige trygt kan vurderes som primærkontakter for pasienter med muskel-skjelettproblematikk i primærhelsetjenesten da et fåtall av pasientene i ettertid trengte oppfølging fra lege. Alvorlig sykdom ble oppdaget av fysioterapeutene og pasientene var godt fornøyd med undersøkelsen de fikk fra fysioterapeutene (Ludvigson & Enthoven, 2012).

En litteraturgjennomgang fra 2017 understøtter funnene i den svenske studien, og konkluderer med at direkte tilgang til fysioterapeut kan være effektivt, trygt og hensiktsmessig når det gjelder håndtering av pasienter med muskel-skjelettproblematikk. Direkte tilgang som modell kan være med på å bedre kvaliteten på fysioterapitjenestene globalt. Det understrekes allikevel at det trengs mer forskning for å bekrefte disse funnene, og at det vil være store forskjeller mellom ulike land og deres ulike organisering av helsetjenester, herunder også hvordan samhandling og informasjonsutvekslingen fungerer (Piano et al. 2017)."

3.1 Oppsummering av kunnskapsstatus

Det kan diskuteres om kunnskapsstatus fra forskning utført i USA og Canada på 1980-tallet er gyldig og relevant for konteksten i kommunehelsetjenesten i Norge i dag, men dette er den tilgjengelige kunnskapen vi har om samhandling mellom lege og fysioterapeuter i allmennpraksis. Når vi oppsummerer funnene i de tilgjengelige artiklene ser vi at fysioterapeutene ønsker å styrke båndene til legetjenesten, ha lettere tilgjengelighet for kommunikasjon med legene, og at fysioterapeuter bare delvis føler de får tilgang til den informasjonen de trenger for å utføre behandlingen. Gode rapporter er viktig for å vedlikeholde et godt forhold til legene. Legene ønsker å få tilbakemeldinger med objektive data fra behandlingen og oppdatering av status etter behandlingsslutt. Berge, Døving og Andersen kom i sin studie fra 2013 frem til at majoriteten av de undersøkte fysioterapijournalene hadde vesentlige mangler, og at kun 1 av 5 kommuniserte tilbake til lege om pasientens pågående behandling eller status etter behandlingsslutt. (Scaffardi, 1989; Hume, Bach & Lewis, 1988; Ross, Roberts & Olson, 1980; Berge, Døving & Andersen, 2013). Dette støtter opp om mitt inntrykk av en mangelfull samhandling mellom fastleger og avtalefysioterapeuter i Norge, men avdekker også at dette er felt det mangler sikker kunnskap om. Kommunikasjon, tillit og respekt, definerte ansvarsoppgaver, samlokalisering og økonomiske mekanismer og samlokalisering er fra legens ståsted faktorer som er viktige for at tverrfaglig samarbeid skal fungere (Szafran et al, 2017).

Kunnskapsstatusen sier likevel lite om hvordan samhandlingen mellom privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale og fastlegene i kommunehelsetjenesten i Norge fungerer, og ingen ting om hvordan yrkesutøverne selv opplever at denne fungerer. Dette etterlater seg et kunnskapshull som jeg ønsker å fylle med denne studien.

4.0 Teori

For undersøke fenomenet trenger jeg teori som kan være med å forklare hvorfor samhandlingen mellom fastleger og avtalefysioterapeuter fungerer som den gjør, og hvilke faktorer som hemmer og fremmer samhandling mellom de to ulike yrkesgruppene. Valget av teori blir derfor profesjonsteori og samhandlingsteori. Deler av denne teksten er hentet fra eksamensoppgava i kurs SA6-407, Helse og velferdspolitik og eksamensoppgava i kurs ORG-502, Styring, omstilling og ledelse i offentlige organisasjoner.

4.1 Profesjonsteori

Profesjonene dominerer vår moderne verden, de behandler oss, styrer økonomien, rettsvesenet og gir oss frelse (Abbott, 1988, s1). Det er i dag utenkelig å se for seg et samfunn uten helseprofesjonene, og det er når vi som pasienter møter helseprofesjonene at vi får den endelige iverksettingen av helsepolitikken. I takt med den vitenskapelige utviklingen innenfor medisinfaget har det økt kraftig i omfang og kompleksitet. En naturlig konsekvens av dette er at vi har fått økende oppsplitting gjennom spesialisering i de ulike fagområdene. På denne måten har vi fått helseprofesjonene slik vi kjenner de i dag (Erichsen, 2003, s15).

Ordet profesjon stammer fra gresk, og betyr å erklære offentlig. Profesjoner er dermed yrkesgrupper som erklærer at de vet noen som andre ikke vet, de rår over spesialisert kunnskap. Denne erklæringen av kunnskap har også med seg en fordring om at hensikten er å tjene en annen parts interesse. Til sammen kobler dette profesjonens krav om jurisdiksjon over sitt virksomhetsområde, som betyr en eksklusiv rett til å utføre enkelte arbeidsoppgaver i tråd med egen faglig standard (Eriksen & Molander, 2008, s161).

Det å fjerne kravet om henvisning fra lege vil uten tvil være en forsterkning fysioterapeutprofesjonens autonomi. Herunder ligger det både grunnlag for selvstendighet når det gjelder faglige vurderinger, men også frihet fra diktering og å motta instruksjoner fra legene for egen fagutøvelse. Et godt eksempel på hvordan denne underordningen tradisjonelt har vært praktisert finner vi den nå opphevede Fysioterapeutloven §5 fra 1956, der §7 sier «fysioterapeuter må ikke uten forordning fra lege behandle skader eller andre sykkelige tilstander» (Erichsen, 2003, s 42). Legens medisinske diagnose måtte altså danne grunnlaget for fysioterapeutisk behandling. Det er heller ikke mange år siden legene i stor grad dikterte hva slags behandling og hvor mange behandlinger som skulle gis via henvisningen. Denne praksisen er endret og det nå opp til fysioterapeuten selv å vurdere tiltak og lengde på

behandlingsforløpet. Dette er også eksempler på fysioterapeutprofesjonens vei fra å være i stor grad et heteronomt yrke som ble instruert på detaljnivå til en gradvis mer og mer autonom profesjon. (Erichsen, 2003, s 47). Det er derfor interessant om en slik forandring i maktbalansen vil ha en innvirkning på hvordan de to yrkesgruppene samhandler og om det blir til det bedre eller verre for pasientene.

Tradisjonelt sett har legene blitt sett på som de sentrale drivkreftene i helsevesenet. Når det gjelder forholdet mellom ulike profesjoner har det derfor vært legeprofesjonen som har vært det dominerende yrket i den medisinske arbeidsdelingen (Erichsen, 2003, s 25). Innføringen av direkte tilgang til fysioterapeut vil kunne utfordre denne dominansen. Ut i fra et maktperspektiv der legestanden som profesjon har kunnet definere pasientenes behov og behandling ved å bestemme hvem som henvises til fysioterapeut, er dette en utvikling fra egenkontroll hos profesjonen i retning økt brukermedvirkning og klientkontroll, da det nå kan bli opp til pasientene å vurdere om de har behov for å oppsøke en fysioterapeut eller ikke (Erichsen, 2003, s 25).

Legeyrket og tannlegeyrket er de mest typiske eksemplene på de «gamle» yrkene. Sykepleieyrket er også i en viss forstand et gammelt yrke, men har tradisjonelt sett vært underordnet legene, og ved uenigheter er det sykepleierne som har trukket det korteste strået. Derfor har legeprofesjonens synspunkter tradisjonelt utgjort sterkere premisser ved utformingen av den offentlige politikken enn sjukepleiernes (Erichsen, 2003, s40.) Det samme gjelder på mange måter for fysioterapeutyrket som fikk sin offentlige godkjenningsordning på plass i 1936. Dette avløste en praksis der det var legeföreningen som avgjorde hvem som kunne regnes som godkjente yrkesutøvere og som på alle måter understreket underordningen i forhold til legeprofesjonen (Erichsen, 2003 s 41).

I de medisinske yrkene med offentlig godkjenning er eksamenskrav og krav til praksis under studiet fastsatt av myndighetene. For lege og fysioterapeutprofesjonen gjelder dette også krav om gjennomføring av praktisk turnustjeneste før autorisering. Dette er forankret i forskrift om turnustjeneste for fysioterapeuter (2009) og skal garantere at yrkesutøveren har kvalifikasjoner og personlige egenskaper som fortjener allmennhetens tillit (Svensson & Karlsson, 2008 s 261).

Vi kan dele den historiske utviklingen av helseprofesjonene inn i tre faser, etablering, vekst og konsolidering og redefinering. Eksempler på nye profesjoner er sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere. Disse har blitt etablert som et ledd i gjennomføringen

av ulike oppgaver i velferdsstaten. En forutsetning var at disse skulle hjelpe andre yrker ved å ta seg av rutinemessige oppgaver knyttet til andre yrker. Fase to er vekst og konsolidering. Her finner vi utviklingen av spesialiteter innenfor de etablerte profesjonene. De nye yrkene konsoliderte sine stillinger gjennom to prosesser, statlig styrking av yrkene gjennom offentlig godkjenningsordning og omlegging av utdanningssystemet for helseyrkene. Redefinering startet på begynnelsen av 1980-tallet og pågår fortsatt i dag, med grunnlag i at det har vært store og dyptgående forandringer i velferdsstaten. De gamle profesjonene, spesielt legene, var i stor grad autonome. Autonomi og grunnlag for å handle selvstendig og uten å motta instruksjoner fra andre har i senere tid kommet mer inn for også de andre helseprofesjonene (Erichsen, 2003 s 40).

Systemet med profesjoner forutsetter også en gjensidig avhengighet mellom profesjonene. Noen ganger har profesjonen full kontroll og styrerett over sitt arbeidsområde, andre ganger er profesjonen underordnet andre profesjoner som bestemmer og definerer om og hvordan en oppgave skal løses (Abbott, 1988, s3). Under den andre fasen av profesjonsutviklingen fikk fysioterapeutyket som en «gammelt» underordnet profesjon styrket sin posisjon når den offentlige godkjenningsordningen kom på plass i 1936. Dette var en statlig styrking av profesjonens autonomi og yrkesutøvelse. (Erichsen, 2003 s 42).

Tematikken i denne oppgaven vil legge seg inn under den tredje fasen av profesjonsutviklingen, redefinering. Det å fjerne kravet om henvisning fra lege vil uten tvil være en forsterkning fysioterapeutprofesjonens autonomi. Herunder ligger det både grunnlag for selvstendighet når det gjelder faglige vurderinger, men også frihet fra diktering og å motta instruksjoner fra legene for egen fagutøvelse. (Erichsen, 2003, s 47).

Frem til nå har legens diagnose vært avgjørende for hva slags behandling som har blitt gitt av privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen og for å få refusjon fra HELFO har behandlingen måtte samstemme med diagnose på henvisningen. Det har derfor vært en klar vertikal og hierarkisk kommandolinje mellom profesjonene, som har lagt til grunn de viktigste betingelsene for samarbeidet (Erichsen, 2003 s43).

Et sentralt element i profesjonsteorien er sammenhengen mellom profesjonen og dens definerte arbeidsområde. Dette kalles jurisdiksjon. Denne er forankret i formelle og uformelle sosiale strukturer, og samspillet mellom ulike profesjoners jurisdiksjonsområder er bestemmende for de individuelle profesjonenes historiske utvikling (Abbott, 1988, s20). Når en yrkesgruppe gjør krav på jurisdiksjon, er dette også et krav om bruk av statsmakt. Med

andre ord vil dette si at en gruppe tildeles retten til å utføre enkelte oppgaver, en legitim særbehandling i forhold til andre. Den politiske anerkjennelsen av en yrkesgruppes krav på jurisdiksjon betyr dermed at man delegerer myndighet til profesjonen. Profesjonen tar på seg ansvaret for at oppgaven utføres med god kvalitet, og for kontrollen med egne medlemmers yrkesutøvelse. Til sammen kan dette sees på som en kontrakt mellom staten og profesjonen, der staten er prinsipal og profesjonen agent. Grunnlaget til denne kontrakten baserer seg på tilliten til profesjonens kompetanse og den avhenger også av at profesjonen etter beste skjønn vil utføre tjenesten til allmenhetens beste. Denne kontrakten mellom staten og profesjonen er også grunnlaget for interaksjonen mellom den enkelte yrkesutøver og pasienten, som betror sine saker til profesjonsutøveren (Eriksen & Molander, 2008, s161-162).

Det er yrkesutøverne som sørger for iverksettelsen av de vedtakene som politikerne fatter. Man kan omtale det som «bakkebyråkrater» og samhandler med borgerne i kraft av å være representanter for den velferdspolitikken som føres (Eriksen & Molander, 2008 s163). Hver enkelt fysioterapeut som møter pasienter er derfor en representant for den kontrakten profesjonen har med staten for å løse et samfunnsoppdrag, og for å iverksette den politikken som myndighetene vedtar at skal føres.

Profesjonene er også virksomme i den andre enden av utformingen av offentlig politikk, og er virksomme som politiske aktører når det gjelder endringer som gjelder eget fagfelt. Norsk fysioterapeutforbund har i flere år jobbet for utvidet jurisdiksjon for fysioterapeuter, og denne type profesjonspolitikkk dreier seg ofte om en streben etter et utvidet jurisdiksjonsområde og profesjonsmakt. For å kunne forsvare dette er en avhengig av at profesjonen har både legitimitet og tillitt i befolkningen og på institusjonelt nivå (Eriksen & Molander, 2008, s164).

Det å ha en organisasjon er et av de mest fremtredende egenskapene ved en profesjon. I noen tilfeller har en profesjon to eller flere organisasjoner, men det viser seg ofte at det er en fordel å slå seg sammen for å kunne stille som en sterkere part i en forhandlingssituasjon.

Fagorganisasjonene har som regel en todelt målsetting, både fagpolitisk arbeid og fagutvikling. Som medlem av offentlige utvalg kan toneangivende personer fra en profesjon være med å utforme politikk eller lage høringsuttalelser. Denne rollen som fagutvikler har vært viktig for at profesjonen skal kunne ekspandere under beskyttelse av staten (Hansen, Helgesen & Vabo, 2011 s286-287).

4.2 Profesjoner og samarbeid

I den senere tid har vi fått en økende profesjonalisering av yrkene innenfor helse og velferdssektoren. Ved å sette dette i et kunnskapssosiologisk perspektiv som gir uttrykk for profesjonsinteresser og ulik virkelighetsoppfatning kan føre til en redusert vilje og evne til samarbeid på tvers av faggrupper og etater (Tellefsen, 2004, s136) Profesjonene skiller seg fra andre yrker ved at de påberoper seg faglig autonomi, som igjen betyr at det er medlemmene innenfor yrkesgruppen som avgjør hva som er å oppfatte som korrekt yrkesutøvelse. Profesjonene har på den måten inntatt en ledende rolle i utforming og utviklingen av institusjonene de handler i (Scott, 2008). Dette gjør at det i profesjonsbegrepet ligger begrensinger som kan vanskeliggjøre et positivt syn på samarbeidssituasjoner der en utfordrer faglige grenser, og da spesielt om dette samarbeidet utfordrer det etablerte faglige monopolet og autonomien (Tellefsen, 2004, s 138).

Scott (2008) argumenterer i sitt rammeverk for forståelse av institusjoner at de hviler på tre pillarer som til sammen utgjør regler, normer og forståelse som med sine assosierte aktiviteter sørger for stabilitet og sosial aksept. Den regulative pilaren etterstreber formell og uformell regelsetting, overvåkning, tilsynsfunksjon og sanksjonering av aktivitet. Den normative pilaren introduserer det som er forventet og passende atferd i gitte situasjoner, og profesjonsutøverens rolle innenfor disse gitte rammene. Herunder ligger retningslinjer for evaluering av atferd som en obligatorisk dimensjon i det sosiale samspillet. Den kulturell-kognitive pillaren understreker de sentrale symbolverdiene som finnes i institusjonen, som innebærer felles forståelsesramme, kultur og annen felles symbolsk representasjon som styrer atferd (Scott, 2008). Muzio m.fl. (2013) bruker Scott sitt rammeverk og snakker om profesjonsutøverne som agenter for sine institusjoner. På normativt nivå sørger de for normer, verdiene og angir standarder som veileder menneskelig atferd i bestemte situasjoner. De virker som regulative agenter ved at de medvirker til utforming og implementering av lover og regler som gjør at de kan utøve makt, og som kulturell-kognitive agenter ved å sørge for kategoriske, prinsipielle og konseptuelle verktøy som skaper et rammeverk for forståelse av profesjonens virke og virkeområde (Muzio, Brock & Suddaby, 2013).

Dette kan bli utfordret når to profesjoner skal samhandle, og kan føre til konflikter. Den første konflikttypen oppstår der yrkesgrupper strides om retten til å inneha bestemte stillinger, eller utføre spesielle oppgaver. Den andre konflikttypen oppstår der det er uklarhet rundt den faglige og den administrative autoriteten til ulike yrkesgrupper og vanskeliggjør samarbeid på

tvers av profesjons og etatsgrenser (Tellefsen, 2004, s 139). På begge disse områdene kan det potensielt oppstå konflikter og samarbeidsproblemer etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut, da det er en endring i det faglige monopolet, autonomi og administrativ autoritet, og utfordrer alle tre pilarene Scott snakker om i sitt rammeverk for å forstå institusjoner.

Man kan si at profesjonene og deres virkeområde er i stadig i endring etter som kravene fra omverdenen også forandrer seg, og kravet til spesialisert kompetanse øker. Myndighetene har behov for kontroll for hvordan samfunnsoppdrag løses, og tildeler derfor rettigheter til å utføre visse oppgaver til profesjonene de mener har kompetansen til å løse de. Dette er med på å redefinerer profesjonene og gir de utvidede jurisdiksjoner. Den spesialiserte kunnskapen kan vanskeligjøre samarbeid på tvers av profesjongrenser. På bakgrunn av dette velger jeg å trekke ut tre sentrale begreper i fra profesjonsteorien for å kunne svare på problemstillingen i denne studien. Det er redefinering av profesjon, jurisdiksjon og profesjoner og samarbeid.

4.3 Samhandlingsteori

Den norske velferdsstaten er i stor grad bygget opp av store og formelle organisasjoner. Disse skal løse store og komplekse oppgaver. For at dette skal bli håndterbart deles oppgavene opp i mindre deloppgaver, slik at man kan spesialisere seg og bli mer effektiv i det man gjør. Alle delene er sterkt avhengige av hverandre og må fungere sammen for å yte helhetlige tjenester. En god deloppgave eller delprodukt blir først nyttig når den inngår i en helhet. Helsevesenet er preget av den mest ytterliggående formen for spesialisering i organisasjoner med profesjonsdannelse. Dette betyr at spesialisert og formalisert utdanning gir personer en rett til å inneha spesielle stillinger og utføre spesielle oppgaver (Jacobsen, 2004 , s 75-77).

I de senere årene har begrepet samhandling fått en sentral plass både når det gjelder praksisfeltet i helsetjenesten, innenfor forskningen, og begrepet er også sentralt i politikkkutforming og forvaltning (Axelsson & Axelsson, 2006). Organisasjoner må tilpasse seg verden utenfor, og tendensen er at denne tilpasningen fører til oppdeling og differensiering for å møte de kravene den blir utsatt for. Fordi det er motstridende og uklare definisjoner på samhandling, brukes det ofte i forskning det mer overordnede begrepet integrasjon, som innebærer at ulike deloppgaver og aktører føres sammen til en helhet (Axelsson & Axelsson, 2006) Disse separate delene må integreres for at organisasjonen skal fungere som en helhet. Lawrence og Lorsch (1967) definerer i sin «beredskapsteori» integrering som kvaliteten på samhandlingen mellom de ulike avdelingene som er påkrevd for

å sikre en enhetlig innsats mot kravene som verden utenfor stiller (ref. i Axelsson & Axelsson, 2006). Vi kan dele integrasjonen inn i to dimensjoner: vertikal og horisontal integrasjon. Vertikal integrasjon får vi der det skal foregå integrasjon mellom organisasjoner eller enheter på ulike nivåer i en hierarkisk struktur, der en kommandolinje ovenfra legger premissene for integreringen, og enhetene er direkte underordnet hverandre. Horisontal integrasjon finner vi der organisasjoner eller enheter på samme hierarkiske nivå (Axelsson & Axelsson, 2006).

		Horisontal integrasjon	
		Lav	Høy
Vertikal integrasjon	Høy	Samordning	Samarbeid
	Lav	« <u>contracting</u> »	Samhandling

Figur 1: Modell for integrasjon mellom enheter

I situasjoner der vi har en høy grad av vertikal integrasjon og en lav grad av horisontal integrasjon brukes gjerne begrepet samordning om integrering mellom enheter som er hierarkisk underlagt hverandre. Der en kan snakke om både høy grad av vertikal integrasjon og horisontal integrasjon mellom enhetene benytter en gjerne begrepet samarbeid. I en situasjon med lav grad av vertikal integrasjon men høy grad av horisontal integrasjon vil en omtale integrasjonen mellom enhetene som samhandling (Axelsson & Axelsson, 2006).

Generelt kan vi si at begrepet samhandling beskriver en situasjon der det foregår samarbeid der det ikke er én aktør som har fullstendig kontroll over en prosess eller utføring av en spesifikk oppgave. For at ulike aktører skal kunne samarbeide om å løse oppgaver gjennom samhandling, må de finne frem til felles mål. For å kunne ha en felles forståelse for en situasjon eller en prosess må aktørene utveksle informasjon, observasjoner, erfaringer og kunnskap. Det er også viktig at de ulike aktørene har tilstrekkelig tillit til hverandre og hverandres kompetanse. Begrepet samhandling blir brukt om flere forskjellige former for samarbeid, både mellom personer og organisasjoner. Først og fremst brukes begrepet om

samarbeid mellom selvstendige aktører, som kan være både personer og organisasjoner, som går inn i et frivillig samarbeid for å løse en oppgave (Bukve & Kvåle, 2016, s16). I denne studien vil aktørene som skal samhandle være fastlegene og privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd fra kommunen, og oppgaven som skal samhandles om er pasienten.

Rammene for samhandling blir ofte satt av offentlige reguleringer, som enten politisk eller administrativt legger premissene til rette, uten at sentrale organ har fullstendig kontroll på hvordan det utføres. Samhandling kan være preget av symmetri eller asymmetri mellom aktørene som samhandler (Bukve & Kvåle, s 16). Etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut ble innført i fra 01.01.2018 har rammene for samhandling mellom fastlegene og fysioterapeuter med driftstilskudd blitt endret, og man kan si at det har gått mot å bli mindre asymmetri og mer symmetri mellom aktørene, da det ikke lengre er den ene aktøren som bestemmer om pasientene oppfyller kriteriene til å nyttiggjøre seg av tjenestene til den andre.

4.4 Organisasjonsteoretisk perspektiv på samhandling

I klassisk organisasjonsteori har man vært opptatt av hvordan ledelsen kan bruke organisering for å oppnå best mulig resultat. Organisasjoner øker sin effektivitet ved at man legger til rette for spesialisering og arbeidsdeling hos de enkelte aktørene. En konsekvens av dette er at man får et behov for samordning for å få et helhetlig resultat (Lawrence og Lorsch, 1986, ref. i Bukve & Kvåle, 2016, s 17).

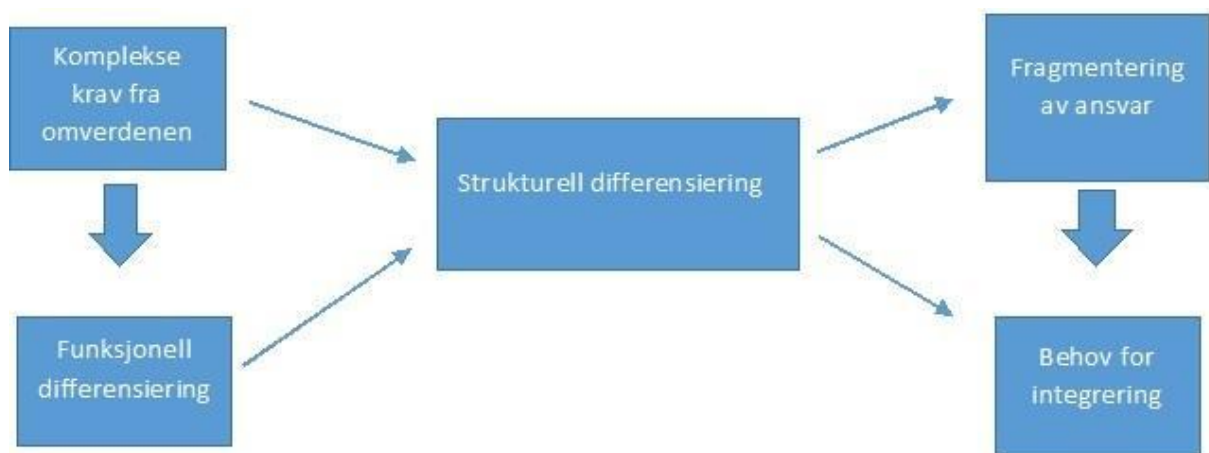
Dette organisasjonsteoretiske perspektivet legger premissene for av samhandling i helse og sosialsektoren. Dette er en sektor som er preget av stor grad av spesialisering og en stor variasjon av ulike organisasjoner med ulike arbeidsoppgaver. Begrepet horisontal integrasjon brukes for å omtale det praktiske samarbeidet mellom to aktører som inngår i samme prosess, mens vertikal integrasjon handler om overordnede føringer og mål som skal styre organisasjonsmedlemmenes handlinger (Bukve & Kvåle, 2016 s 17). Den nye forskriften som regulerer virksomheten til fysioterapeuter med driftsavtale pålegger blant annet fysioterapeutene plikt om å sende epikrise, elektronisk samhandling med fastlegene, og er et eksempel på et tiltak for vertikal integrasjon (*Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale*, 2017, §10). Begge disse formene for integrasjon er viktige for å gi et best mulig resultat.

I utgangspunktet er prosedyrer og formell struktur sett på som de viktigste redskapene for samhandling i organisasjoner. Det allikevel også andre faktorer som uformell struktur og

organisering som spiller en viktig rolle. Dette omtales som «den menneskelige faktoren», og sikter til at vellykket organisatorisk integrasjon forutsetter en vilje og evne til samhandling mellom avdelinger og mennesker (Bukve & Kvåle, 2016, s 179). Uten integrering og samhandling vil man få en fragmentering av tjenestene og en fragmentering av ansvar. Dette er definert som en situasjon der en ikke har den nødvendige integreringen for å kunne yte en enhetlig innsats (Axelsson & Axelsson, 2006).

Kulturelle faktorer og de innarbeidede kognitive skjemaene hos deltakere påvirker samhandling i organisasjoner. Dette omtales om organisasjonskultur, og utstyrer de involverte med oppfatninger om tilhørighet, standard for hva som er passende og upassende handlinger og et sterkt element av identitet. Dette gir grunnlaget for oppfatningen av hvordan verden ser ut, og ting henger sammen. Organisasjonskultur er dermed med på å forme praksis for handling og samhandling, og gir et mer komplekst syn på samspillet i og mellom organisasjoner. For en velfungerende samhandling er man derfor avhengig av at medlemmene i organisasjonene har felles grunnleggende oppfatning og ideer, eller i alle fall en forståelse og anerkjennelse av den andres oppfatninger som legitime (Bukve & Kvåle, s18).

Direkte tilgang til fysioterapeut utfordrer det etablerte synet på legitimitet og identitet, og det etablerte synet på profesjonell autonomi i helsevesenet, der legene var den faglige autoriteten som ledet både seg selv og andre og hadde kompetansen som la grunnlaget for av hvem og hvordan pasienten skal behandles (Bukve & Kvåle, 2016 , s19). Organisasjonskulturen er basert på holdningene og handlingene til profesjonsutøverne, som igjen gjenspeiler deres ulike roller og oppgaver i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s130).



Figur 2: Modell for behov for integrering av tjenester (Axelsson & Axelsson, 2006).

Direkte tilgang til fysioterapeut er et tiltak for å begrense forekomsten av dobbeltarbeid, som er et av to vanlige koordineringsproblemer i organisasjoner med stor grad av spesialisering (Jacobsen, 2004, s78). Pasienter med muskel-skjellettproblematikk trenger nå ikke undersøkes av lege før de undersøkes og behandles hos fysioterapeut. Leger og fysioterapeuter er to yrkesgrupper som begge har kompetanse i undersøkelse og behandling av muskel-skjellettplager, og en årsak til koordineringsproblemer kan være at arbeidsdelingen ikke har vært klar nok. Det andre vanlige koordineringsproblemet er såkalte gråsoner, der det er uklart hvem som har ansvaret for å utføre en oppgave.

Spesialiseringen fører til at de som har ansvaret for deloppgavene samles i formelle enheter, med egne ressurser både når det gjelder personell, økonomisk og fysisk organisering. Enhetene har sine standarder for hvilke resultater men skal oppnå, og hvordan man oppnår dem, og hvordan de skal måles. Ved å arbeide med den samme oppgaven over lengre tid lærer enheten viss måte å se problemene på. Spesialisert utdanning gjør at man kan miste evnen til å se helheten, fordi utdanningen legger opp til at en skal bli en «fagidiot». Denne manglende evnen til å se helheten er tillært og kalles «trained incapacity». I den forbindelse kan det også tenkes at slike trekk ved fysioterapeutene ha noe å bety for hvordan de vurderer at samhandlingen fungerer, da de har ulik grad av spesialisering og arbeidserfaring.

Forskning på organisering tyder på at en slik fordeling på formelle enheter fører til at man prioriterer koordinering internt fremfor koordinering mellom enheter (Egeberg, 1984; Scharpf, 1977, ref. i Jacobsen, 2004, s 79). Med utgangspunkt i dette kan man anta at gruppene fysioterapeuter og leger har prioritert koordinering innad i sine respektive grupper i stedet for koordinering med hverandre

Formell arbeidsdeling fører også ofte til en fysisk arbeidsdeling. Gruppene som hører sammen blir ofte plassert i den samme bygningen, ofte i samme etasje. Den fysiske avstanden er derfor ofte mindre innenfor grupper enn mellom grupper. Kommunikasjonen mellom gruppene blir derfor ofte vanskeligere fordi det også blir en større fysisk avstand (Jacobsen, 2004 s79).

I denne sammenhengen utspiller samhandlingen seg i primærhelsetjenesten, og kommunen den foregår i er derfor definerende for konteksten. Trekk ved kommunene vil derfor kunne være med å påvirke fenomenet, og hvor mange innbyggere det er i en kommune har mye å si for hvordan tjenestetilbudet er organisert og ser ut.

4.5 Faktorer som fremmer samhandling og koordinering av tjenester

4.5.1 Frivillig koordinering

Samhandling og samarbeid baserer seg på at partene ønsker å koordinere sine aktiviteter, og at man ser nytten av dette. Det kan være et problem at en gruppe eller individer ikke er klar over hvor avhengige de er av hverandre i arbeidssituasjonen. Ved å øke bevisstheten hvordan deloppgaver henger sammen kan man klargjøre hvilke konsekvenser det kan få for de som mottar tjenestene dersom de ikke koordineres (Jacobsen, 2004, s 85). Fastlegen som koordinator er avhengig av å få tilbakemelding av de andre aktørene i helsetjenesten for å kunne ha en oversikt for den enkelte pasient. Dersom en fysioterapeut mistenker at en pasient som oppsøker behandling er alvorlig syk, og at tilstanden er utenfor sitt kompetanseområde kan det få svært alvorlige konsekvenser hvis dårlig samhandling mellom fysioterapeut og fastlege gjør at informasjonen blir forsinket eller ikke overlevert i det hele tatt. Økt bevissthet rundt dette oppfordrer til frivillig samarbeid, da aktørene vil se at de er avhengige av hverandre. Dette er allikevel en svak koordineringsmekanisme (Jacobsen, 2004, 85).

4.5.2 Økonomiske insentiver for samhandling

De aller fleste fastlegene og alle privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale er selvstendig næringsdrivende, og får i stor grad betalt per pasient de tar inn i behandling. De fleste individene i en organisasjon vil velge å prioritere de oppgavene en belønnes for. Ofte er disse insentivene rettet mot direkte tjenesteytelse og ikke mot samhandling og koordinering, noe som fører til at dette blir nedprioritert. Man kan dermed ved å belønne samhandling, som for eksempel deltakelse i tverrfaglige møter, rette oppmerksomheten mot koordinering (Lipsky, 1980, ref. i Jacobsen, 2004 s86.) Dersom tiden brukt på samhandling ikke belønnes, men tid med pasienter gjør det, er det lite sannsynlig at det prioriteres både fra legene og fysioterapeutenes side.

4.5.3 Fysisk struktur

Fysisk avstand er en viktig dimensjon å ta med i betraktningen når man snakker om samhandling, og noe man ofte undervurderer effekten av. Den fysiske plasseringen man har bestemmer i stor grad hvem man treffer, og utveksler både formell og uformell informasjon med. Når man endrer fysisk avstand kan man drastisk forandre kontakthyppheten mellom mennesker og organisasjoner. Derfor kan det vær en strategi for å bedre koordinering og samhandling mellom organisasjoner å flytte dem nærmere hverandre. Samlokalisering gjør at en møtes oftere, i formelle og uformelle settinger. Alle former for samhandling mellom

mennesker har et sosialt aspekt. I en del tilfeller må man samhandle med personer man ikke liker, kanskje må man stå i telefonkø eller gå lange avstander for å få kontakt med dem man ønsker (Jacobsen, 2004, s95). De fleste private fysioterapiinstitutter i Norge ligger adskilt fra legekantorene, og er noe som kan være med på å forklare hvordan samhandlingen fungerer.

4.5.4 Horisontal informasjonsutveksling

Både fysisk struktur og organisasjonskultur er elementer som trenger lang tid og planlegging for å endre. Når det gjelder personalstrukturen er man avhengig av at noen slutter, nye stillinger opprettes eller at noen bytter stilling. En faktor som påvirker samhandling og som på kort sikt kan gi bedre koordinering er å etablere rutiner for informasjonsutveksling, og for å bygge ned barrierer mot bruken av denne. Dette dreier seg først og fremst om skriftlig informasjon, og kan både være på papir eller i elektroniske systemer. (Jacobsen, 2004, s98). Den nye forskriften for avtalefysioterapi pålegger elektronisk kommunikasjon med pasientens fastlege via Norsk Helsenett, og plikten til å sende epikrise er forsterket.

4.5.5 Tvungen koordinering

Faste møtepunkt er ofte den mest effektive formen som finnes for samhandling i organisasjoner. Møtepunkt i denne forstand er snakk om et felles forum for meningsutveksling og informasjonsflyt der deltakerne har definerte rettigheter og plikter, og det er definert hvilke saker som er relevante å ta opp. En slik arena er godt egnet til å diskutere oppgaver som går på tvers av organisasjoner og enheter (Jacobsen, 2004, s 103).

4.5.6 Standardprosedyrer og regler

Å utarbeide regler og standardprosedyrer for utførelse av oppgaver er en av de vanligste måtene å koordinere virksomheter og sørge for samhandling. En regel sier noe om hvem som skal gjøre hva, når og hvor. Prosedyren vil også beskrive fremgangsmåten en skal benytte. Dette gjør at en ikke trenger å behandle alle saker som om de er nye, og man vil ikke trenge å ta kontakt med andre for å få vite hvordan de har løst en sak. Dette har vist seg vanskelig i praksis, da det ikke er mulig å dele virkeligheten inn i så rigide kategorier som det kreves for å kunne følge det slavisk (Jacobsen, 2004, s99).

4.6 Analysemodell og operasjonalisering av uavhengige variabler



Figur 3: Analysemodell

Faktorer som påvirker samhandling i venstre kolonne. I høyre kolonne illustrerer modellen hvorfor direkte tilgang til fysioterapeut kan være en faktor påvirkersamhandlingen mellom de to yrkesgruppene.

4.7 Forskningsspørsmål

For å undersøke problemstillinga «Hvordan vurderer fysioterapeuter med kommunal driftsavtale at samhandlingen med fastlegene i kommunehelsetjenesten fungerer, og hvorfor vurderer de den slik de gjør?» har jeg utarbeidet fire forskningsspørsmål å jobbe ut i fra.

1. Hvordan vurderer privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale at samhandlingen med fastlegene fungerer?
2. Hvilke faktorer påvirker hvordan samhandlingen vurderes?
3. På hvilken måte har samhandlingen endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?
4. Hvilke faktorer påvirker hvordan samhandlingen har endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut

4.8 Operasjonalisering av uavhengige variabler

4.8.1 Trekk ved profesjonsteori; institusjonelle faktorer som er endret etter direkte tilgang

Redefinering av profesjon; Direkte tilgang til fysioterapeut er en tilgangsreform som har ført med seg økt autonomi for avtalefysioterapeuter, frihet fra diktering av fagutøvelse og endret maktbalanse mellom profesjonene. Det vil jeg undersøke ved å ta inn spørsmål om det oppleves som om man samhandler som likeverdige rundt en pasients helse, opplevelse av autonomi og tillitt til kompetanse. Etter direkte tilgang er det i mange tilfeller fysioterapeuten som har diagnostisert pasientens funksjonsproblem og ikke legen, og om dette kan ha ført til en endring av premissene for samhandlingen.

Endring av jurisdiksjon; Økt ansvar for pasientenes helse og politisk anerkjennelse av kompetanse følger med den utvidede jurisdiksjonen som tilgangsreformen har ført med seg. Opplever avtalefysioterapeutene i kommunene anerkjennelse av kompetansen til å undersøke og behandle pasienter med muskel-skjellettproblematikk fra fastlegene en skal samhandle med, eller blir en møtt med skepsis når en skal utveksle informasjon. Dette vil jeg undersøke med spørsmål om man opplever at fastlegene fortsatt i like stor grad og anbefaler pasienter å oppsøke fysioterapeut, selv om de ikke trenger å henvise direkte eller legger føring på diagnostisering eller behandling.

Profesjoner og samarbeid (kunnskapssosiologisk perspektiv); Har fastlegene og fysioterapeutene en felles oppfatning om hva slags behandling som er riktig å tilby ulike pasientgrupper, og hvilke vurderinger som regnes for å være korrekt yrkesutøvelse og opplever man at man har det samme kunnskapsgrunnet som bakgrunn for disse vurderingene. Dette vil jeg undersøke med spørsmål om fysioterapeutene opplever at det er samsvar i faglige vurderinger.

4.8.2 Trekk ved samhandlingsteori; uavhengige variabler

Frivillig koordinering; Ser fysioterapeutene større nytte av samhandling med legene etter innføring av direkte tilgang for å få tilgang til den informasjonen de trenger, og for å sikre seg en trygghet i forhold til egen fagutøvelse, og opplever fysioterapeutene en økt vilje og initiativ til samhandling fra legenes side på grunn av utfordringene med å opprettholde til koordinerende rolle for pasientenes samlede helsetjenester som fastlegene innehar. For eksempel i saker som omhandler sykemeldinger eller behov for radiologiske undersøkelser

som ligger begge deler fortsatt ligger utenfor fysioterapeutenes jurisdiksjonsområde. For å undersøke dette vil jeg legge inn spørsmål om fastlegenes interesse for samarbeid, og om denne har endret seg etter direkte tilgang.

Økonomiske insentiver for samhandling; Opplever privatpraktiserende fysioterapeuter at de økonomiske insentivene for samhandling er tilstrekkelige? Dette ønsker jeg å undersøke med spørsmål om mangel på tilstrekkelig økonomisk kompensasjon for arbeidet som må legges ned noe som hemmer samhandlingen. Dette gjelder både takster for epikrise, telefonkontakt og takst for deltakelse i tverrfaglige møter. Samhandlingstakstene har hatt fokus ved takstforhandlingene de siste årene, men er ikke økt som en direkte konsekvens av tilgangsreformen.

Fysisk struktur; Hvordan er fysioterapitjenesten og fastlegetjenesten organisert når det gjelder fysisk plassering i kommunene, og er de plassert slik at det er naturlig å fysisk oppsøke de en ønsker å samhandle med? Dette vil jeg undersøke ved å legge inn spørsmål om plassering av klinikken og om mulighet for direkte kommunikasjon.

Horisontal informasjonsutveksling; Hvordan er rutinene og mulighetene for å drive informasjonsutveksling. Dette ønsker jeg å undersøke med spørsmål om man har mulighet til å sende elektronisk epikrise og forespørsler angående pasienter i journalsystemene, har man mulighet til å motta informasjon i sitt elektroniske pasientjournalssystem og om fysioterapeutene har tilgang til å ringe direktenummer til fastlegene, eller er det tidkrevende prosess og krever at en ringer publikumsnummeret for å få snakke med legen. Jeg vil også legge inn spørsmål om fysioterapeutene føler at de får tilgang til den informasjonen de trenger for å kunne gjøre vurderinger og trygge valg i pasientbehandlingen, og opplever de at de får videreformidlet viktig informasjon om pasientene til fastlegene når en har behov for det. Gjør informasjonsutvekslingssystemene det enkelt å komme i kontakt med hverandre?

Tvungen koordinering; Har man faste møtepunkt mellom avtalefysioterapeutene og fastlegene og oppnår en det en ønsker, slik at en får en relasjon til de en skal samhandle med, blir enige om felles premisser for hva en ønsker av hverandre og, har en oversikt over hvem som jobber som fastlege i sin kommune. Dette vil jeg undersøke med spørsmål om en har faste årlige møtepunkt i kommunens regi.

Standard prosedyrer og regler; I hvilken grad finnes det prosedyrer og regler for hvordan en skal samhandle, gi hverandre oppdateringer som er viktige for behandlingen og pasientforløpet eller resultatene en har oppnådd av behandlingen i hvilke situasjoner det er

viktig at en samhandler. Det er og interessant å se hvilken fremgangsmåte en skal benytte for å sørge for informasjonsoverføringen, og om en har blitt enige om felles prosedyrer for dette lokalt. Dette kan for eksempel gjelde situasjoner der en har med pasienter som er sjukemeldte eller der en vurderer nødvendigheten av å utføre radiologiske undersøkelser, eller tilfeller der mistanke om alvorlig sykdom gjør at en rask vurdering hos lege er påkrevd. Dette vil jeg undersøke i spørsmål om en har prosedyrer for når, hvordan og om hva det er viktig at en samhandler.

4.9 Forventede funn i undersøkelsen

I en teoriinformert studie er det naturlig å utforme forventninger om hva undersøkelsen kommer til å avdekke. Dette er hva en vil forvente å finne for hver av de uavhengige variablene, med utgangspunkt fra den teoretiske bakgrunnen de er hentet fra.

Profesjoner og samarbeid

Ut i fra Scott (2008) sitt rammeverk vil en forvente at det har blitt økte konflikter og samarbeidsproblemer etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut og at dette derfor er en faktor som påvirker samhandlingen mellom profesjonene. Dette er en endring som påvirker den regulative, normative og utfordrer den kulturelle pillaren fordi det medfører en endring i faglig monopol, autonomi og legenes intellektuelle jurisdiksjon over diagnostikk og behandlingsvalg for pasienter med muskel-skjelettplager. Det kunnskapssosiologiske perspektivet for de to profesjonene om hva som er korrekt yrkesutøvelse og behandling for ulike pasientgrupper kan være ulikt, og kan resultere i en redusert vilje til samarbeid på tvers av profesjonene og føre til økt grad av profesjonskamp. Dette kan også bidra til at en ikke har tilstrekkelig tillitt til hverandres kompetanse. Endring av faglig og administrativ autoritet og overlappende kompetanse er to andre elementer som gjør at en bør kunne forvente å finne konflikter og samarbeidsproblemer.

Definering av profesjon og jurisdiksjon

En kan ut i fra profesjonsteorien forvente at fysioterapeutene opplever større grad av selvstendighet og autonomi i sin fagutøvelse etter innføringen av direkte tilgang. Den økte jurisdiksjonen for fysioterapeuter er en politisk anerkjennelse av kompetanse, og at en ikke er avhengig av at pasienten er undersøkt av lege på forhånd. Dette betyr at yrkesgruppene som skal samhandle er enheter på samme hierarkiske nivå, og en ut i fra Axelsson og Axelssons modell forvente en mer reell samhandling, som innebærer at en har felles mål, og utveksler

informasjon, observasjoner og kunnskap. Forutsetningen for dette er at de har tillitt til hverandres kompetanse.

Frivillig koordinering

En vil forvente å finne at samhandlingen fungerer bedre der fysioterapeutene og legene ser nytten av å samhandle. Dette er en svak koordineringsmekanisme og er i stor grad personavhengig. Direkte tilgang til fysioterapeut har antakelig gitt begge yrkesgruppene større nytte av å samhandle tettere for å kunne levere helhetlige og faglig forsvarlige tjenester. Teorien sier at man ofte prioriterer koordinering internt fremfor koordinering på tvers av organisatoriske enheter. En vil derfor kunne forvente at avtalefysioterapeutene opplever at det er lite frivillig samarbeid mellom yrkesgruppene, men at det kan ha blitt bedre etter innføring etter direkte tilgang.

Fysisk struktur

Ut i fra samhandlingsteori vil en kunne forvente å finne at samhandlingen mellom avtalefysioterapeuter og fastleger er bedre i de kommunene der den fysiske strukturen legger forholdene til rette for samhandling i form av samlokalisering eller korte fysiske avstander mellom de som skal samhandle, og tilsvarende dårligere i de kommunene der det er store fysiske skiller og avstander mellom.

Horisontal informasjonsutveksling

En vil forvente at samhandlingen fungerer bedre der det ligger til rette for å drive horisontal informasjonsutveksling på en enkel og effektiv måte, og dårligere der det krever mer innsats og tidsbruk på å overlevere og motta den informasjonen en ønsker. Dette vil først og fremst dreie seg om elektronisk informasjonsutveksling i form av epikriser og forespørsler i journalsystemene, og en vil forvente at samhandlingen fungerer bedre der fysioterapeutene og legene kan utveksle denne informasjonen over Norsk Helsenett, men også hvor tilgjengelige de er på telefon.

Standard prosedyrer og regler

En vil forvente å finne at samhandlingen fungerer bedre der fastlegene og avtalefysioterapeutene har felles regler og prosedyrer for hvordan samhandlingen skal foregå og hva det er viktig at en skal samhandle om, og tilsvarende dårligere i de kommunene der en ikke har denne felles enigheten.

Økonomiske insentiver for samhandling

En vil forvente å finne at dersom fysioterapeutene synes de økonomiske insentivene for samhandling er tilstrekkelige, så vil dette være en faktor som påvirker samhandlingen i positiv retning. Dersom fysioterapeutene ikke finner de økonomiske insentivene for samhandling gode nok så vil dette gjøre at samhandling er noe som blir nedprioritert. Takstplakaten for privatpraktiserende fysioterapeuter gir uttelling for møter og samhandling som dreier seg rundt enkeltpasienter, men ikke møter som har som hensikt å bedre samhandling og samarbeid generelt.

Tvungen koordinering

En forventer å finne at der en har faste møtepunkt mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og fastlegene vil samhandlingen fungere bedre enn der en ikke har dette, slik at de som skal samhandle får en relasjon til hverandre og kan bli enige om felles premisser for begge gruppene for at samhandlingen skal fungere. Tilsvarende vil en forvente at samhandlingen fungerer dårligere i de kommunene en ikke har dette. Dette er i følge Jacobsen (2004) den mest effektive måten å sørge for samhandling på tvers av organisasjoner og enheter.

5.0 Vitenskapsteoretisk forståelse

Denne teksten er hentet fra eksamensoppgava i kurset ORG-502 Styring, omstilling og ledelse i offentlige organisasjoner.

I denne studien ønsker jeg å kaste lys over problemstillingen med en hypotetisk-deduktiv tilnærming til vitenskapen. Denne metoden er den mest utbredte innen positivistisk orienterte vitenskapsgreinene, først og fremst innenfor naturvitenskapen, men er også mye brukt innen forskning i helse og omsorgssektoren og innen de andre velferdsyrkene (Aadland, 2011, s 162). Deduksjon som metode er strengt logisk, der man setter opp påstander, og kommer frem til konklusjoner som matematisk må være sanne. Den grunnleggende påstanden kalles premiss, utregningen kalles logisk deduksjon og resultatet er en konklusjon. Hovedmålet ved å benytte deduktiv metode er å kunne presisere språkbruken, slik at en reduserer muligheten for misforståelse og unøyaktighet så mye som mulig. Aristoteles la grunnlaget for all deduksjonistisk tenkning i sin tilnærming til kontradiksjonsprinsippet. Dette betyr at en påstand kan ikke være usann og sann samtidig (Aadland, 2011, s160). Snøen på et gitt tidspunkt kan ikke være både hvit og ikke-hvit, det kan ikke regne og være oppholdsvær samtidig.

Første skritt når man skal gjennomføre forskning etter en hypotetisk-deduktiv metode er å utforme et problem som skal undersøkes, i dette tilfellet samhandlingen mellom fastleger og privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale. Det neste skrittet er å utarbeide hypoteser om årsakssammenhenger rundt hvorfor fenomenet fremstår som det gjør, og via deduktive og etterprøvbare undersøkelser søke bekrefte eller avkreftelse om hvorvidt hypotesene stemmer overens med virkeligheten. Til slutt skal en trekke en konklusjon, og ta stilling til alle delhypotesene og om årsakssammenhengen kan bekreftes, avkreftes eller sannsynliggjøres.

Når man gjennomfører naturvitenskaplige eksperimenter ender man som regel med én sikker sammenheng og flere situasjoner der sammenhengen avkreftes. Dette kalles falsifikasjon av hypotesen. Hypotetisk-deduktive studier der en har som hensikt å se på samhandling mellom mennesker gir ofte mer varierte og usikre resultater, og noe av årsaken til dette er at årsakssammenhengen ofte ikke bare påvirkes av en enkeltstående faktor, men en kjede av sammenhenger som ikke kan studeres hver for seg. Dette er grunnlaget for at forskning innenfor helse og omsorgsyrene må benytte flere metoder, og ikke bare kan støtte seg på positivismens logikk i utforskningen av sine fagfelt (Aadland, 2011, s164).

Man trenger harde data for å kunne finne tydelige mønstre og for å kunne utvinne kunnskap som skal kunne generaliseres. Positivismen har en skepsis mot meningsløse påstander, der det hevdes at personlig synsing har lite med eksakt forskning å gjøre. Hypotetisk-deduktiv metode er den vanligst benyttede metoden innenfor kvantitativ forskning, og er helt avhengig av hjelpedisipliner som statistikk og matematikk for å kunne trekke meningsfulle slutninger ut av de dataene som samles inn. Positivismen som rendyrket filosofi er forkastet av de fleste i dag, men lever videre i regler for forskningsmetode og systematisk fremgangsmåte innenfor de fleste vitenskapsfelt.

Harde fakta lagt frem som måleresultater uttrykt i tall kan vanligvis ikke bestrides (Aadland, 2011, s165). For å kunne stole på en slik forklaring må vi kunne anta at variablene i datamodellen måler underliggende teoretiske variabler og sammenhenger, og først da kan man gjøre slutninger fra samvariasjoner i datasettet til årsakssammenhenger, teoretiske modeller og begrepsmodeller (Bukve, 2016, s 95).

Her må en ta i betraktning begrepet validitet. Høy validitet betyr at en måler det en faktisk ønsker å måle. Verdien til en målt variabel består at en ukjent sann verdi i tillegg til målefeil. Dersom disse målefeilene er systematiske, som f.eks at spørsmål i en undersøkelse leder mot det som er sosialt akseptert å svare, vil dette redusere validiteten til undersøkelsen. Svarene vil ledes i en retning, og vi kan ikke være sikre på at vi måler det vi ønsker å måle. Validitet krever også en teoretisk vurdering, og må referere til den teoretiske sammenhengen begrepet brukes i. I en undersøkelse basert på variabler med utgangspunkt i teori kan en derfor snakke om begrepsvaliditet. Høy begrepsvaliditet innebærer at vi faktisk måler det teoretiske begrepet vi ønsker å måle (Ringdal, 2013, s 102). Umiddelbar validitet vil være en skjønsmessig vurdering om det teoretiske begrepet som blir brukt samstemmer med det undersøkelsen spør om, f.eks om variabelen fysisk struktur fanger inn begrepet samlokalisering, eller lokalisering av praksis. Teoretiske begrep har som regel et større meningsinnhold en det som lar seg måle med enkle spørsmål, og må med operasjonalisering reduseres for å gjøres empirisk håndterlig. Derfor er det sjelden fullt samsvar mellom teoretisk og operasjonell validitet (Ringdal, 2013, s105).

Reliabilitet sier noe om målingens pålitelighet. Dette betyr i hvilken grad er resultatene reproduserbare og om en får samme resultat dersom en gjennomfører målingen med samme måleinstrument flere ganger. Reliabilitet påvirkes også av målefeil, og tilfeldige målefeil som feilerindring, at en angir et svar som ikke samsvarer med det en hadde intensjon om eller feil som oppstår ved elektronisk datainnsamling påvirker dataenes reliabilitet. Høy reliabilitet er

på denne måten også en forutsetning for høy validitet. Reliabiliteten påvirkes også av nøyaktigheten ved registrering av data, søking etter feil og retting av disse. Ved tverrsnittsdata kan en måle reliabilitet via intern konsistens i et datasett. Til dette kan en bruke Cronbachs alfa, som varierer fra 0-1. Jo sterkere sammenheng mellom indikatorene, jo sterkere Cronbachs alfa (Ringdal, 2013, s 104).

6.0 Metode

Deler av denne teksten er hentet fra utarbeiding av prosjektskisse i kurset ME6-500 Forskningsstrategier og metode, som var et forberedende arbeid til masteroppgaven.

Variabelsentrert retrospektiv studie

Samhandling med fastlegetjenesten vil berøre alle privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd i Norge, også alle kommuner. Det er derfor være interessant å se på hvordan denne samhandlingen mellom lege og fysioterapeut fungerer på et større plan i stedet for å gå i dybden for å intervju personell i en enkelt kommune. Alternativet med å undersøke samhandlingen lokalt vil ikke kunne fortelle oss noe om helheten men kun studere hvordan fenomenet opptrer i en enkelt kommune. For å kunne svare på problemstillingen i denne studien vil det derfor være naturlig å velge en kvantitativ metode (Ringdal, 2013 s 24).

Det vil være naturlig å velge en variabelsentrert design. Dette er design som bygger på data fra mange enheter. En variabel er en et kjennetegn eller en egenskap ved en analyseenhet. De potensielle forskningsobjektene oppfatter vi som en populasjon. Hver variabel har et sett med verdier som kan måles. Ved hjelp av operasjonalisering av variablene kan vi finne gode indikatorer for å beskrive variasjonen på en variabel (Bukve, 2016). For å gjøre dette må en ta utgangspunkt i etablert teori. Populasjonene som skal undersøkes i denne studien er privatpraktiserende fysioterapeuter og deres samhandling med fastleger i kommunehelsetjenesten.

For å svare på problemstillingen og formålet med studien vil jeg gjøre det en vil omtale som en variabelsentrert retrospektiv studie, som er en type tverrsnittsstudie (Ringdal, 2013, s 107). Dette innebærer å samle inn samme type data fra mange enheter samtidig, og er hensiktsmessig når studien har som formål å se på variasjon mellom enheter (Bukve, 2016). I datainnsamlingen vil en benytte en kombinasjon av spørsmål om status på samhandling i dag og spørsmål med en retrospektiv vinkling for å kunne si noe om direkte tilgang er en faktor som har påvirket samhandlingen, og eventuelt hvordan samhandlingen er endret. Et problem med retrospektive undersøkelser kan være feilerindring (Ringdal, 2013, s 107), men er den eneste måten å få datagrunnlag til å svare på problemstillingen.

Privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale er et eksempel på det en kan omtale som en sjelden populasjon. Dette betyr at det er et lite antall i den generelle befolkningen. Derfor er det i de fleste tilfeller best å bruke lister over populasjonen for å få

tilgang til de ønskede respondentene (Ringdal, 2013 s 213). Norsk Fysioterapeutforbund sitter på slike lister, og har interesse av at undersøkelser blir utført på deres medlemmer.

For å få tilgang til respondenter fra gruppen med privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale har jeg tatt kontakt med Norsk Fysioterapeutforbund region vest for å få hjelp til å distribuere surveyundersøkelsen. Dette har de sagt seg villige til da de mener prosjektet er viktig og relevant for sine medlemmer. For å kunne bruke datamaterialet meningsfullt i statistisk analyse var det ønskelig med minst 100 respondenter.

Dette prosjektet kunne egnet seg for å studere hvordan dette fenomenet opptrer lokalt og gå i dybden på hvordan samhandlingen oppleves på kommunenivå da det er grunn til å tro at det kan være store variasjoner fra kommune til kommune. Det kan være avhengig av personlige egenskaper, fysisk struktur i form av avstander eller samlokalisering og ledelse, og det kunne vært godt egnet til å studeres med en kvalitativ metode med dybdeintervju. Dette er også et fenomen det er gjort lite forskning på, og kunne egnet seg for en eksplorerende undersøkelse med hensikt å være teoribyggende (Ringdal, 2013, s 24).

6.1 Datakilde: Surveyundersøkelse med spørreskjema

For å kunne statistisk verdifulle data trenger en informasjon fra et stort antall respondenter. Derfor vil det være formålstjenlig å samle inn surveydata ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse fra informanter. Med studien ønsker en å skape en statistisk representativitet, og slik at informantene har egenskaper som samsvarer med resten av populasjonen (Bukve, 2016).

For å kunne gi et best mulig svar på hvordan samhandlingen fungerer ville det være ønskelig å gjøre den samme spørreskjemaundersøkelsen hos privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale og tilsvarende undersøkelse av fastlegene for å kunne sammenligne de avgitte svarene. På grunn av denne oppgavens begrensede omfang, og vurdering av tilgjengeligheten av respondentene velger jeg å kun fokusere på datainnsamling fra gruppen med fysioterapeuter. Det gjøres et bekvemmelighetsutvalg fordi jeg anser det som stor sannsynlighet at jeg vil få problemer med å oppnå en svarprosent og datamateriale i fra gruppen med fastleger som er godt nok til å gi statistisk representativitet, og brukes i statistiske analyser.

En spørreskjemaundersøkelse er en metode for å kunne systematisk samle inn data i fra et utvalg med hensikt å kunne gi en statistisk beskrivelse av utvalget (Groves et al, 2004, ref. i

Ringdal, 2013 s190). Dette er den mest benyttede metoden for datainnsamling innenfor samfunnsforskning og utarbeidelse av offentlig statistikk (Ringdal, 2013, s190).

Utvalgsrammen er en liste som viser populasjonen som utvalget er trukket ut i fra (Ringdal, 2013, 197). I dette tilfellet er populasjonen alle privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen i region vest.

Datainnsamlingsteknikken som skal benyttes vil være selvutfyllingsskjema, som vil distribueres til respondentene via internettlenke på epost. Spørreskjema er ferdig formulert og standardisert, og alle respondentene svarer på de samme spørsmålene i den samme rekkefølgen. Målet er at spørsmålene skal oppfattes mest mulig likt av de som skal svare. Denne standardiseringen er avgjørende for at man skal kunne sortere svarene etter tallkoder som uttrykker faste svarkategorier (Dalland, 2008).

Fordelene med denne datainnsamlingsteknikken er at kostnaden er lav, det er mulig å nå et stort antall respondenter, det gir mulighet til absolutt anonymitet og kan nå geografisk spredte utvalg. Ulempene med denne datainnsamlingsteknikken er stort frafall og få kontrollmuligheter (Ringdal, 2013, s 199).

6.2 Utforming av spørreskjema

Spørsmålene i et spørreskjema må være konkrete og spesifikke for å sikre respondentenes tolkning av dem, samtidig som de er balanserte og ikke påvirker svarene i noen bestemt retning (Dalland, 2008). I spørreskjema er de fleste spørsmål lukkede, som vil si spørsmål med faste svaralternativer, mens i åpne spørsmål kan respondenten selv formulere svarene. (Ringdal, 2013 s 202).

En må tilpasse spørsmålsformuleringen til målgruppen, i dette tilfellet en ekspertgruppe, og kan derfor benytte fagterminologi som en ikke kunne brukt i en undersøkelse av den generelle befolkningen. Korte spørsmål fremmer klarhet, og reduserer svartiden (Ringdal, 2013, s 202).

I vurderingss spørsmål skal respondentene ta stilling til en påstand eller en dimensjon. For å få en gradert vurdering av påstander der det mest vanlig å benytte Likert-formatet, med 3-7 faste svarkategorier, fra svært enig, til svært uenig til den fremsatte påstanden (Ringdal, 2013, s201).

Når en skal måle holdninger hos respondenter, er dette psykologiske tilstander som bare er indirekte målbare. Dette er nøytrale, negative eller positive vurderinger av enten saker eller

personer. Det er da viktig å stille spørsmål der holdningsobjektet er klart definert, unngå flerdimensjonale spørsmål slik at en er sikker på hva som måles, unngå ledende spørsmål og benytt flere spørsmål for å måle holdninger til komplekse objekter. En bør starte med generelle spørsmål før spesifikke angående samme holdningsobjekt, det bør brukes lukkede svaralternativer. Det bør brukes 3-7 svarkategorier med tekst som forklarer de ulike kategoriene, og i tilfeller der det er behov for flere kategorier bør en benytte en analog skala med tekstede ytterpunkter.

I de fleste spørreskjemaundersøkelser dreier noen av spørsmålene seg om måling at atferd. Ved utforming av slike spørsmål må en ta hensyn til hvor følsomt temaet er. For å få korrekte svar, må en presentere spørsmålene i en form som gjør dem lite truende. Det viser seg at atferd som ikke er sosialt ønskelig underrapporteres i spørreundersøkelser. I en retrospektiv undersøkelse er et problem er glemsel, og feilerindring. Tilleggsinformasjon i spørsmålet kan hjelpe respondentene å aktivere hukommelsen og gi mer pålitelige data. Det er et poeng å være presis i spørsmålsstillingen og gi presise tidsrammer i spørsmålet (Ringdal, 2013, s 206). I retrospektive spørsmål bør en holde seg til å spørre om viktige hendelser og konkrete faktiske forhold, holdningsspørsmål kan være mer problematiske (Ringdal, 2013, s 165).

Det er anbefalt å “plagiere” spørsmålsformuleringer fra tidligere gjennomførte spørreundersøkelser som er validert og reliabilitetstestet (Ringdal, 2013, s202). Dette er i denne studien vanskelig da respondentgruppen er en ekspertgruppe og et fenomen som er lite undersøkt, og det ikke finnes tilsvarende undersøkelser å ta utgangspunkt i.

I denne studien vil spørreskjemaundersøkelsen forsøke å avdekke både atferdsmessige og holdningsmessige spørsmål rundt samhandlingen mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og fastlegetjenesten, og spørsmålene vil forsøke å kartlegge status på samhandlingen. Dette betyr at noen av spørsmålene stilles med en retrospektiv vinkling. Spørsmålene blir i hovedsak utformet i Likert-formatet.

6.2.1 Pilotundersøkelse

For å teste ut spørreskjemaet har jeg gjennomført en pilotundersøkelse der en lenke med en testutgave av undersøkelsen har blitt sendt til 5 respondenter i Luster Kommune. Disse gav meg tilbakemelding på at enkelte at spørsmålene og svaralternativene hadde for mye og omfattende tekst, slik at det var krevende å avgi svar på enkelte å spørsmålene. Det ble gitt tilbakemelding om at dette kunne medføre at enkelte ikke ville orke å fullføre en påbegynt undersøkelse, og på den måten gå ut over antallet som fullfører. Som følge av dette har jeg

valgt å forenkle språket og redusere tekstmengde i både spørsmålsformuleringene og svaralternativene. For eksempel har jeg etter tilbakemeldingen valgt å bytte ut ordet «maktbalanse» med ordet «relasjon».

6.3 Prosedyre for datainnsamling

For å samle inn data ble det internettbaserte programmet Survey Exact brukt for å gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen. På grunn av Norsk Fysioterapeutforbund sine retningslinjer når det gjelder personvern har de ikke anledning til å dele kontaktinformasjon i form av epostliste om sine medlemmer. De har sagt seg villige til å sende ut mail i sitt system på mine vegne for å distribuere undersøkelsen. Dette gjør også at Norsk Fysioterapeutforbund har begrenset sin deltakelse og ansvar i forbindelse med prosjektet til kun å videreformidle undersøkelsen til sine medlemmer, og ikke som en aktiv deltaker.

Det kunne vært løst ved at Norsk Fysioterapeutforbund fikk tilgang til undersøkelsen i Survey Exact og laget en respondentnøkkel som ble videreformidlet til meg i kryptert form, men dette ville gjort at de ble deltakende i prosjektet, noe de etter sitt reglement ikke har anledning til å være. For å kunne få en oversikt over hvem som har svart på undersøkelsen, og hvem som har latt være, er en i dette systemet nødt til å opprette respondenter basert på e-postadresse.

Prosedyren for datainnsamling blir derfor som beskrevet under. Siden jeg ikke vil ha tilgang på respondentenes e-postadresser er jeg nødt til å distribuere spørreskjemaundersøkelsen som en åpen lenke. Dette kalles en selvopprettelseslenke og vil bli sendt i en e-post til Norsk Fysioterapeutforbund region Vest via regionleder Aslaug Kleiveland, som sender eposten videre ut medlemmene i sin region. Eventuelle spørsmål og kommentarer til undersøkelsen som skulle bli sendt tilbake til Norsk Fysioterapeutforbund vil bli videreformidlet til meg, og kontaktinformasjonen til student og veileder vil være lett synlig i informasjonsskrivet. For å kunne purre på svar vil en da måtte sende purringen til alle respondentene, også de som har svart på undersøkelsen. I denne undersøkelsen vil det pures en gang.

Dette vil teoretisk kunne føre til noen dobbeltsvar, fordi noen av respondentene har glemt at de allerede har deltatt i undersøkelsen. Det er likevel lite sannsynlig at det vil skje i utstrakt grad, da det er vanskelig å rekruttere folk til slike undersøkelser i første omgang. Fordelen med en slik løsning er at anonymiteten til respondentene sikres ved at svarene ikke kobles opp mot potensielt identifiserende kontaktinformasjon. Det vil bli utførlig beskrevet i informasjonsbrevet at respondentene kun skal benytte seg av lenken en gang, og at en ikke må

klikke seg inn i undersøkelsen annet enn når svarene skal avgis, fordi dette vil være med på å redusere kvaliteten på datamaterialet.

Det er kjent at det kan være vanskelig å rekruttere deltakere til spørreskjemaundersøkelser. For å vekke interesse for å delta i undersøkelsen vil jeg sende ut påminning og informasjon om prosjektet i andre kanaler der jeg vet at jeg vil nå en del av respondentene blant annet i fysioterapiforum og grupper på sosiale medier som Facebook. Norsk Fysioterapeutforbund opplyser at det er 436 registrerte medlemmer som jobber med kommunal driftsavtale i region Vest. De opplyser også at de vet at det er en del feil i epostregistrene, som vil påvirke svarprosenten i undersøkelsen. Fordi undersøkelsen samler inn personopplysninger, selv om disse ikke er identifiserende, er det sendt søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata). En måned før datainnsamling sendte Norsk fysioterapeutforbund region vest sendt ut e-post med informasjon om prosjektet og oppfordret sine medlemmer til å delta på undersøkelsen når den blir distribuert for å vekke interesse og forhåpentligvis øke antallet som tar seg tiden til å svare på undersøkelsen. Godkjent anonymitetsvurdering fra NSD er vedlagt (vedlegg 1)

6.4 Bearbeiding av data

For å bearbeide og analysere datamaterialet benyttes statistikkprogrammet IBM SPSS 25. Spørreundersøkelsen ble avsluttet i Survey Exact, datafilen lagret som Microsoft Excel-fil, som ble overført til SPSS. Det er viktig å gå i fra enkle analyser før en tar fatt på mer kompliserte analyseteknikker. Dette for å bli kjent med datamaterialet og unngå fallgruver og feiltolkninger (Ringdal, 2018 s 280). Først er det gjort beskrivelser av enkeltvariablene i form av frekvensfordeling og prosentuering, deretter bivariate beskrivelser av sammenhengene mellom avhengige resultatvariablene «opplevd samhandling» i første analysesett og indeksvariabelen «endring etter direkte tilgang» i andre analysesett og de uavhengige variablene som forklarer disse.

Siden det er flere spørsmål som måler den samme teoretiske variabelen, er det naturlig å samle disse i et sammensatt mål, kalt en indeks (Ringdal, 2018 , s 280). For å kvalitetssikre den indre konsistensen av indeksene blir det gjort en reliabilitetsanalyse. Denne gir et resultat i form av en verdi kalt Kronbachs alfa, som bør ligge mellom 7 og 9 (Ringdal, 2018, s 281).

For å si noe om sammenhengen mellom de avhengige og uavhengige variablene ble det valgt å benytte krysstabeller, som er frekvens eller prosentfordelinger etter to eller flere variabler. Krysstabeller er godt egnet der hovedformålet er å finne sammenhenger mellom en avhengig og en eller flere uavhengige variabler (Ringdal, 2018 s 333). I krysstabellanalyse av spørsmål

med mange svaralternativer bør antall kategorier reduseres slik at tabellene blir oversiktlige (Ringdal, 2018, s 283).

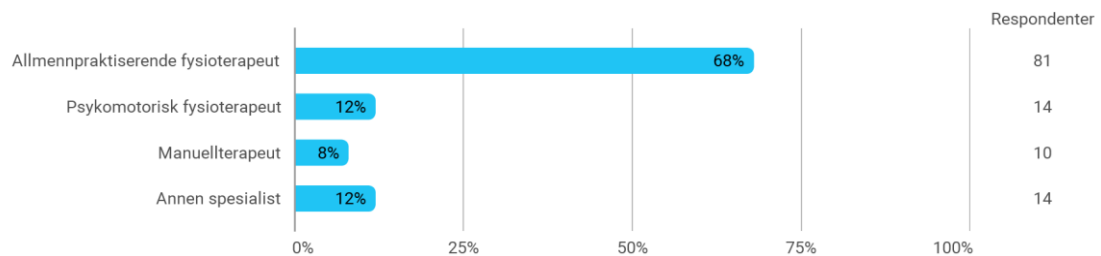
Pearsson Kji-kvadrat blir benyttet som signifikansmål for å bedømme om sammenhengene i utvalget er statistisk signifikante. Dette vil si om sammenhengene i utvalget også gjelder for populasjonen (Ringdal, 2018, s 333). Det vanligste valget av signifikansnivå er $p = >0,05$ eller 5%. Signifikansen er sterkere jo nærmere denne verdien er null, og jo større verdien er det større sannsynlighet for at sammenhengen er tilfeldig. På denne måten kan en si at det må være mer en 95% sannsynlig at sammenhengen ikke er tilfeldig når signifikansverdien er $>0,05$. For å kunne stole på en signifikansverdien i Kji-kvadrattesten er en avhengig av at antallet forventede frekvenser i hver rute av krysstabellen overstiger 5 (Ringdal, 2018, s 346). I denne undersøkelsen er valgt signifikansnivå $p = < 0,05$, og sammenhenger med $p = < 0,01$ omtales som sterk signifikant sammenheng.

I det tredje analysesettet blir det utført en multivariat analyse i form av en lineær regresjonsanalyse. En regresjonsanalyse benyttes for å kunne vise i hvilken grad en variabel samvarierer med en annen. På den måten kan en gjøre årsaksanalyser og kontrollere at sammenhengen mellom to variabler ikke forsvinner når en kontrollerer for en tredje (Ringdal, 2013, s 390). I denne undersøkelsen blir det brukt for å kontrollere at sammenhengen mellom den avhengige variabelen og en uavhengig variabel ikke forsvinner når en kontrollerer mot andre uavhengige variabler. En regresjonsanalyse bygger på lineære sammenhenger mellom variablene (Ringdal, 2013, s 391). En kan da se om sammenhengen mellom to variabler egentlig er en følge av en tredje variabel eller ikke. Det vil også gi en verdi i en multipl korrelasjonskoeffisient (R-square) som viser for stor del av variasjonen som kan forklares av den teoretiske bakgrunnen (Ringdal 2013, s399), i denne undersøkelsen samhandlingsteori og profesjonsteori. Signifikansnivået blir satt til $p=< 0,05$. Den avhengige variabelen i en regresjonsanalyse bør være mest mulig kontinuerlige, men det er vanlig å behandle variabler på ordinalnivå som kontinuerlige dersom de har 5 eller flere kategorier, og det er teoretisk meningsfylt. Dersom målinger av holdninger og verdier skal benyttes som uavhengige variabler, bør de være basert på sterk teori (Ringdal, 2013, 390).

6.5 Utvalget i undersøkelsen

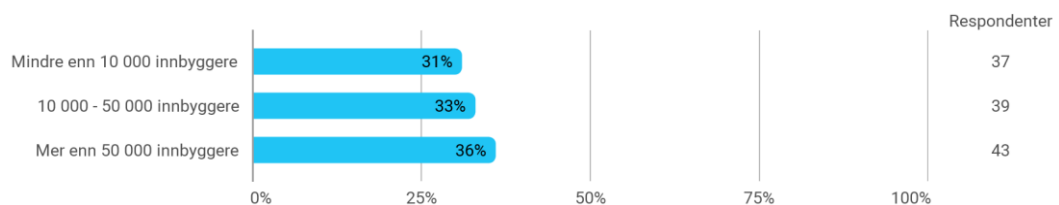
414 medlemmer med kommunal driftsavtale har registrert sin epostadresse hos Norsk Fysioterapeutforbund region Vest, og utgjør bruttoutvalget som mottar spørreskjemaundersøkelsen. Av disse 414 har 119 fullført undersøkelsen, 5 har mangelfulle besvarelser og 20 har åpnet undersøkelsen uten å avgi svar. De tomme og mangelfulle besvarelsene er rensket ut av datasettet, og dataene slettet. En sitter da igjen med 119 respondenter. Av bruttoutvalget på 414 utgjør dette en svarprosent på 28,74%.

Utvalget består av fysioterapeuter med ulik spesialisering, og fordeler seg på denne måten. 68% (n=81) er allmennpraktiserende, 12% (n=12) er spesialister i psykomotorisk fysioterapi, 8% (n=10) er manuellterapeuter og 12% (n=14) er spesialister innenfor andre områder av fysioterapifaget.



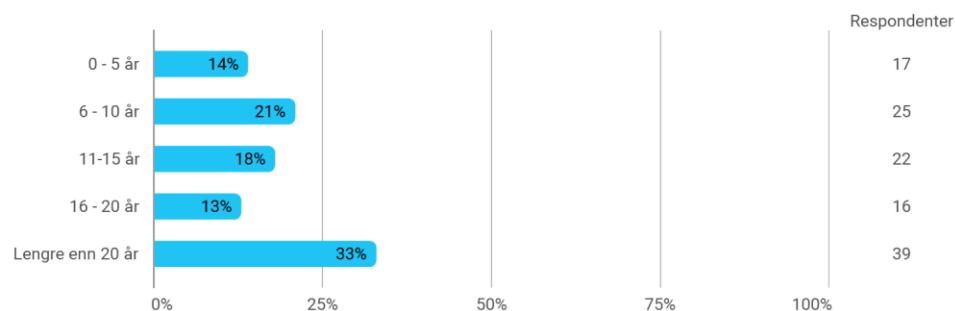
Figur 4. Utvalget fordelt etter spesialisering

Utvalget består av fysioterapeuter med driftsavtale i kommuner med ulik størrelse, og fordeler seg på denne måten; 31% (n=37) arbeider i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere, 33% (n=39) arbeider i kommuner med 10 000 – 50 000 innbyggere og 36% (=43) arbeider i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere.



Figur 5. Utvalget fordelt på antall innbyggere i kommunen de jobber

Utvalget består av fysioterapeuter med ulik fartstid som privatpraktiserende med driftstilskudd, og fordeler seg på denne måten. 14% (n=17) har arbeidet med driftsavtale i 0-5 år, 21% (n=25) har arbeidet med driftsavtale i 6-10 år, 18% (n=22) har arbeidet med driftsavtale i 11-15 år, 13% (n=16) har arbeidet med driftsavtale i 16-20 år og 33% (n=39) har arbeidet som privatpraktiserende med kommunal driftsavtale i mer enn 20 år.



Figur 6. Utvalget fordelt etter antall år de har jobbet som fysioterapeut med driftstilskudd

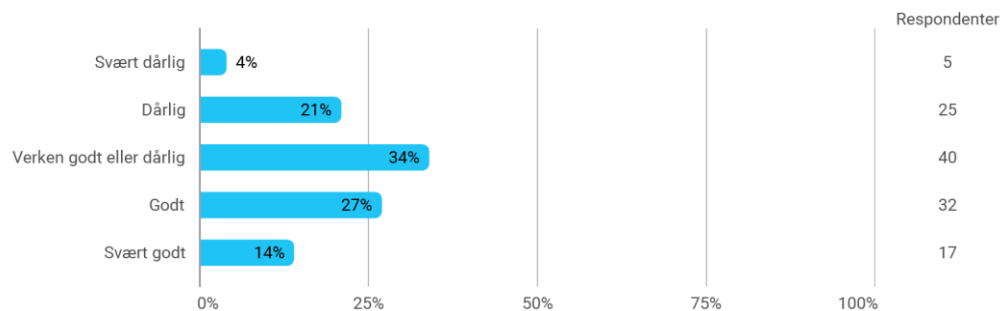
Det er viktig å understreke at en ikke kan sette likhetstegn med dette og antall år som praktiserende fysioterapeut, da en del kan ha jobbet mange år som kommunalt ansatte fysioterapeuter, på sykehus, i helprivat helsetjeneste eller skolehelsetjenesten.

På grunn av personvernreglementet til Norsk Fysioterapeutforbund kan en ikke mulighet til å verifisere om utvalget som har svart er representativt for populasjonen som helhet når det gjelder fordeling av spesialister, kommunestørrelse og fartstid som privatpraktiserende med kommunal driftsavtale, da det ikke finnes en tilgjengelig oversikt over dette.

7.0 Funn om samhandling mellom fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastleger

7.1 Status på samhandling og endringer etter direkte tilgang til fysioterapeut

De privatpraktiserende fysioterapeutene som utgjør utvalget i denne undersøkelsen angir at de vurderer at samhandlingen med fastlegene i kommunen de jobber fungerer slik. 4% (n=5) vurderer at den fungerer svært dårlig, 21% (n=25) vurderer at den fungerer dårlig, 34% (n=40) vurderer at samhandlingen fungerer verken godt eller dårlig, 27% (n=32) vurderer at samhandlingen fungerer godt og 14% (n=17) vurderer at samhandlingen fungerer svært godt. Dette betyr at 55% av fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen ikke fungerer slik den burde, og støtter opp om min egen forforståelse av konteksten om at samhandlingen mellom avtalefysioterapeutene og fastlegene i mange tilfeller er mangelfull.



Figur 7. Status på opplevd samhandling mellom avtalefysioterapeuter og fastlege

Blant fysioterapeutene i utvalget så opplever 29% (n=35) at samhandlingen med fastlegene har blitt bedre etter direkte tilgang, 21% (n=25) opplever at samhandlingen har blitt dårligere, mens 50% (n=59) opplever at samhandlingen er uendret. Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom opplevd samhandling og endring i samhandling etter direkte tilgang til fysioterapeut. 77,1% (n=27) av fysioterapeutene som vurderer at samhandlingen har blitt bedre etter direkte tilgang vurderer at samhandlingen fungerer godt eller svært godt, mens bare 20% (n=5) av de som vurderer at samhandlingen har blitt dårligere etter direkte tilgang vurderer status på samhandling til å være god eller svært god. Dette tyder på at samhandlingen har blitt endret i positiv retning der den fungerte godt fra før.

Tabell 1. Sammenheng mellom opplevd samhandling og endring i samhandling etter direkte tilgang

		Endret samhandling etter direkte tilgang			Total	
		Samhandlingen har blitt bedre	Samhandlingen har blitt dårligere	Samhandlingen er uforandret		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	6	8	16	30
		% within endret samhandling etter direkte tilgang	17,1%	32,0%	27,1%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	2	12	26	40
		% within endret samhandling etter direkte tilgang	5,7%	48,0%	44,1%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	27	5	17	49
		% within endret samhandling etter direkte tilgang	77,1%	20,0%	28,8%	41,2%
Total	Count	35	25	59	119	
	% within endret samhandling etter direkte tilgang	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har en forventet verdi på under 5. Laveste forventede verdi er 6,30.

Når det gjelder opplevelsen av hvor interesserte fastlegene er i samarbeid opplever 30% (n=36) at fastlegene er mer interesserte i samarbeid etter direkte tilgang, 52% (n=62) at situasjonen er uforandret og 18% (n=21) at fastlegene er mindre interesserte i samarbeid etter direkte tilgang. Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen fungerer og om de opplever økt interesse for samarbeid i fra fastlegene etter direkte tilgang. Her ser en at 77,8% (n=28) av de som opplever økt interesse for samarbeid opplever vurderer samhandlingen som god eller svært god og blant fysioterapeutene som opplever at fastlegene er mindre interesserte i samarbeid vurderer hele 42,9% (n=9) at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig.

Tabell 2. Sammenheng mellom opplevd samhandling og interesse fra fastlegene for samarbeid etter direkte tilgang

		Interesse fra fastlegene etter direkte tilgang			Total	
		Jeg opplever at de er mer interesserte i samarbeid	Situasjonen er uendret	Jeg opplever at de er mindre interessert i samarbeid		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	5	16	9	30
		% within er det økt interesse fra fastlegene etter direkte tilgang	13,9%	25,8%	42,9%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	3	28	9	40
		% within er det økt interesse fra fastlegene etter direkte tilgang	8,3%	45,2%	42,9%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	28	18	3	49
		% within er det økt interesse fra fastlegene etter direkte tilgang	77,8%	29,0%	14,3%	41,2%
Total	Count	36	62	21	119	
	% within er det økt interesse fra fastlegene etter direkte tilgang	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 6,29.

Av fysioterapeutene i utvalget opplever 14% (n=17) at fastlegene i større grad anbefaler pasienter å oppsøke fysioterapeut etter innføringen av direkte tilgang, 52% (n=62) opplever at det ikke har vært noen endring i hvilken grad pasientene blir anbefalt å oppsøke fysioterapeut, mens 34% (n=40) opplever at fastlegene i mindre grad enn før direkte tilgang anbefaler pasienter å oppsøke fysioterapeut. Det er også her en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen fungerer og om de opplever at fastlegene i større eller mindre grad anbefaler pasientene å oppsøke fysioterapeut. 88,2% (n=15) av fysioterapeutene som opplever at fastlegene i større grad anbefaler pasientene å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang vurderer samhandlingen til å fungere

godt eller svært godt, mens bare 25% (n=10) av de som opplever legene i mindre grad anbefaler pasientene å oppsøke fysioterapeut vurderer at samhandlingen fungerer godt eller svært god. I denne gruppen vurderer derimot 47,5% (n=19) av samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig. Blant fysioterapeutene i utvalget som ikke opplever at det har vært noen endring i hvilken grad fastlegene anbefaler sine pasienter å oppsøke fysioterapeut ser en at 38,7 (n=24) opplever at samhandlingen fungerer godt, og 43,5% (n=27) vurderer samhandlingen til å verken være god eller dårlig. Det ser ut til at fastlegene i mindre grad anbefaler sine pasienter å oppsøke fysioterapeut der samhandlingen er dårlig.

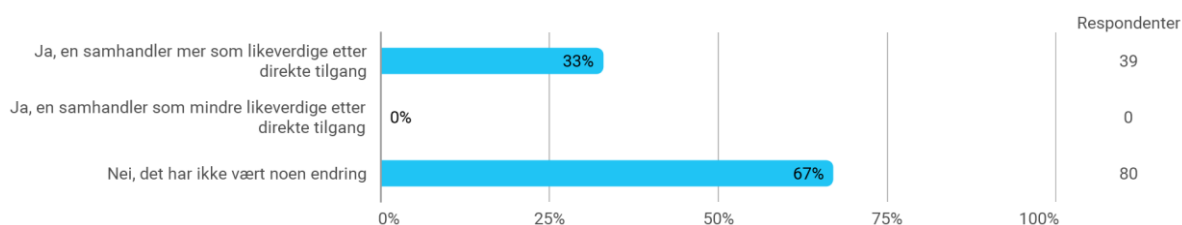
Tabell 3. Sammenheng mellom opplevd samhandling og anbefaling fra fastlege om å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang

			Anbefaling fra lege om å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang			Total
			Ja, i større grad nå enn før direkte tilgang	Det har ikke vært noen endring	Nei, i mindre grad etter direkte tilgang	
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	0	11	19	30
		% within anbefaling fra lege om å oppsøke fysio etter direkte tilgang	0,0%	17,7%	47,5%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	2	27	11	40
		% within anbefaling fra lege om å oppsøke fysio etter direkte tilgang	11,8%	43,5%	27,5%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	15	24	10	49
		% within anbefaling fra lege om å oppsøke fysio etter direkte tilgang	88,2%	38,7%	25,0%	41,2%
Total		Count	17	62	40	119
		% within anbefaling fra lege om å oppsøke fysio etter direkte tilgang	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. 1 celle (11,1%) har en forventer verdi på under 5. Minste forventede verdi er 4,29.

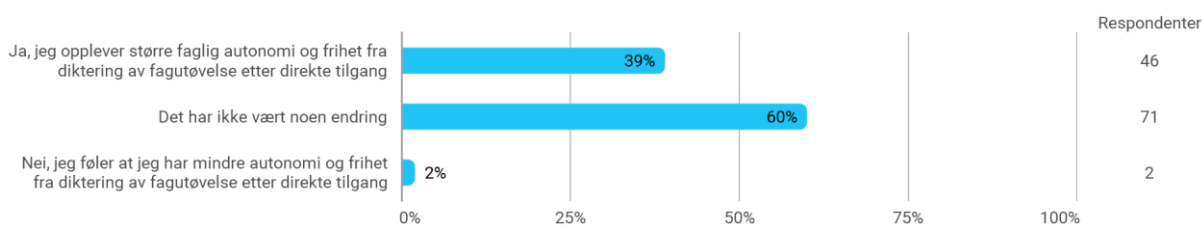
Det er interessant at når en ser på hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at fastlegenes interesse for samhandling har endret seg etter direkte tilgang, som viser motsatt trend. Det er et paradoks at flere opplever at fastlegene er mer interesserte i samhandling, men likevel opplever flere at legene i mindre grad anbefaler pasientene å oppsøke fysioterapeut.

Når det gjelder om relasjonen til fastlegene har endret seg slik at en samhandler mer som likeverdige etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut mener 33% (n=39) at en samhandler mer som likeverdige etter direkte tilgang, 67% (n=80) mener at det ikke har vært noen endring, mens 0% (n=0) mener at en samhandler som mindre likeverdige etter direkte tilgang.



Figur 8. Endring i opplevelse av makt i relasjonen med fastlegene etter direkte tilgang

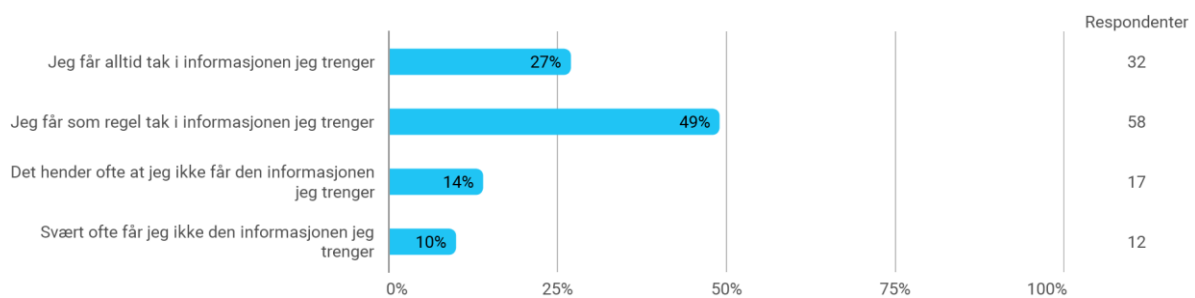
Det er noe større spredning i opplevelse rundt endring i faglig autonomi og frihet for diktering av fagutøvelse. Her opplever 39% (n=46) at en har fått større faglig autonomi og frihet fra fagutøvelse etter innføring av direkte tilgang, 60% (n=71) opplever at det ikke har vært noen endring, mens 2% (n=2) opplever at en har mindre autonomi og frihet for diktering av fagutøvelse etter innføringen av direkte tilgang til fysioterapeut.



Figur 9. Opplevelse av endring i faglig autonomi etter direkte tilgang

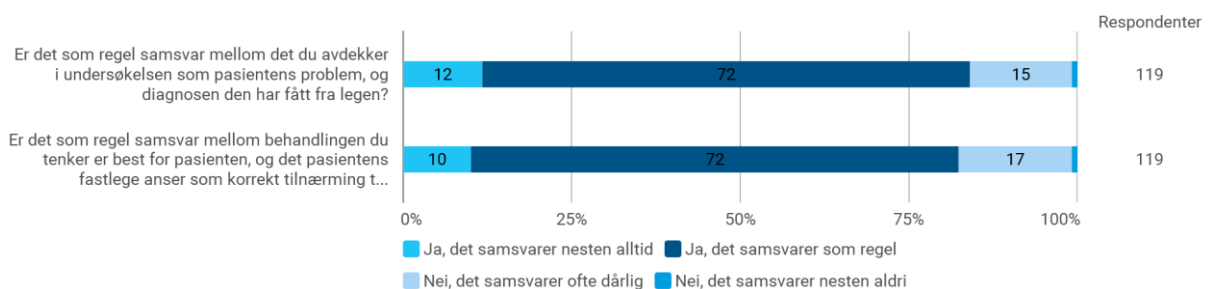
7.2 Informasjonstilgang og samsvar i faglige vurderinger

Når det gjelder tilgang på informasjon for å kunne utføre jobben på en faglig forsvarlig måte svarer 27% (n=32) at de alltid får tak i den informasjonen de trenger, 49% (n=58) svarer at de som regel får tak i den informasjonen de trenger, 14% (n=17) svarer at de ofte ikke får den informasjonen de trenger og 10% (n=12) svarer at de svært ofte ikke får tak i den informasjonen de trenger. Det er verdt å merke seg at 24% (n=29) opplever at de ofte eller svært ofte ikke får tak i den informasjonen de trenger for å utføre jobben på en faglig forsvarlig måte.



Figur 10. Informasjonstilgang for faglig forsvarlig yrkesutøvelse

I spørsmålene som dreier seg om faglige vurderinger svarer 12% at det en avdekker i undersøkelsen nesten alltid samsvarer med diagnosen legen har stilt, 72% svarer at det som regel stemmer overens med diagnosen som legen har stilt, 15% svarer at det ofte er dårlig samsvar mellom det en avdekker i undersøkelsen og den diagnosen som pasienten har fått av legen og 1% svarer at det nesten aldri samsvarer. Tilsvarende for vurdering av igangsetting av behandling, svarer 10% at det nesten alltid er samsvar mellom den behandlingen fysioterapeuten tenker er best for pasientens problem og det legen anser som korrekt tilnærming, 72% svarer at det som regel samsvarer med legens vurdering, 17% svarer at dette ofte samsvarer dårlig, mens 1% svarer at dette nesten aldri samsvarer.



Figur 11. Samsvar i faglige vurderinger

8.0 Analyse

8.1 Første analysesett: Bivariate sammenhenger – Hvilke faktorer fører til ulik opplevelse av hvordan samhandlingen fungerer

I denne delen presenteres sammenhenger mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderes at samhandlingen med fastlegene fungerer, og de ulike faktorene i fra analysemodellen etter kategoriene trekk ved kontekst og fysioterapeut, organisasjonsfaktorer og profesjonsfaktorer. Sammenhengene presenteres med krysstabeller.

8.1.1 Trekk ved konteksten og fysioterapeuten

Analysen viser at det er en statistisk signifikant og negativ sammenheng mellom hvordan avtalefysioterapeutene opplever at samhandlingen fungerer, og kommunestørrelse. I denne krysstabellen kommer det frem at jo mindre kommune, jo bedre opplever at avtalefysioterapeutene at samhandlingen med fastlegene fungerer.

Tabell 4. Sammenheng mellom opplevd samhandling og kommunestørrelse

		Kommunestørrelse			Total	
		Mindre enn 10 000 innbyggere	10 000 - 50 000 innbyggere	Mer enn 50 000 innbyggere		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	4	11	15	30
		% within kommunestørrelse	10,8%	28,2%	34,9%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	11	12	17	40
		% within kommunestørrelse	29,7%	30,8%	39,5%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	22	16	11	49
		% within kommunestørrelse	59,5%	41,0%	25,6%	41,2%
Total	Count	37	39	43	119	
	% within kommunestørrelse	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,026. Ingen celler har forventet verdi på under 5.

Laveste forventede verdi er 9,33 (valgt signifikansnivå $p = <0.05$)

Krysstabellen viser at det er en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom fartstid som avtalefysioterapeut og hvordan en opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer.

Krysstabellen viser at de som har jobbet med driftstilskudd i 0-10 år opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer signifikant bedre enn gruppene med lengre fartstid.

Dette kan tenkes å ha en sammenheng med mer fokus på tverrfaglighet i fysioterapeututdanningene i de senere årene.

Tabell 5. Sammenheng mellom opplevd samhandling og fartstid i yrket

			Fartstid i yrket					
			0-5 år	6-10 år	11-15 år	16-20 år	Lengre enn 20 år	Total
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	1	5	9	6	9	30
		% within Fartstid i yrket	5,9%	20,0%	40,9%	37,5%	23,1%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	3	9	5	6	17	40
		% within Fartstid i yrket	17,6%	36,0%	22,7%	37,5%	43,6%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	13	11	8	4	13	49
		% within Fartstid i yrket	76,5%	44,0%	36,4%	25,0%	33,3%	41,2%
Total	Count	17	25	22	16	39	119	
	% within Fartstid i yrket	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,039. 2 celler (13,3%) har forventet verdi på under 5.

Laveste forventede verdi er 4,03.

Krysstabellen viser at det ikke er en signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og spesialisering. Det er dermed ingen signifikant forskjell på hvordan allmennpraktiserende fysioterapeuter og fysioterapeutspecialister opplever hvordan samhandlingen med fastlegene fungerer. Under spesialister er psykomotorikere, manuellterapeuter og andre spesialister slått sammen for å oppfylle kravet til signifikansvurdering i Kji-kvadratet.

Tabell 6. Sammenheng mellom opplevd samhandling og spesialisering

		Spesialitet		Total	
		Allmennpraktiserende	Spesialist		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	21	9	30
		% within spesialitet	25,9%	23,7%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	27	13	40
		% within spesialitet	33,3%	34,2%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	33	16	49
		% within spesialitet	40,7%	42,1%	41,2%
Total	Count	81	38	119	
	% within spesialitet	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,966. Ingen celler har forventet verdi på under 5.

Laveste forventede verdi er 9,58.

8.1.2 Organisasjonsfaktorer

Fysisk organisering: Det er en sterk signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer og fysisk lokalisering av klinikken. Opplevd samhandling er best der fysioterapeutene og fastlegene er samlokalisert i samme etasje/bygg og dårligst der fysioterapiklinikken er lokalisert lengre unna fastlegekontoret enn gangavstand, og i de tilfellene der fysioterapeutene i utvalget ikke vet hvor fastlegene har kontor. Det kan være at små kommuner i større grad har et samlokalisert helsetilbud enn store, og at dette kan være med på å forklare hvorfor samhandlingen oppleves å fungere bedre i små kommuner. 25% (n=30) oppgir at klinikken er samlokalisert i samme etasje eller bygg som fastlegene, 43% (n=50) oppgir at klinikken ligger i gangavstand til fastlegekontoret og 32% (n=38) oppgir at klinikken ligger lengre unna, eller at de ikke vet hvor fastlegene har kontor.

Tabell 7. Sammenheng mellom opplevd samhandling og lokalisering av klinikken

		Lokalisering av klinikk			Total	
		Samlokalisert i samme etasje/bygg	I gangavstand fra klinikken	Lengre unna/vet ikke hvor legekantoret er		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	3	9	18	30
		% within Lokalisering av klinikk	10,0%	17,6%	47,4%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	8	18	14	40
		% within Lokalisering av klinikk	26,7%	35,3%	36,8%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	19	24	6	49
		% within Lokalisering av klinikk	63,3%	47,1%	15,8%	41,2%
Total	Count	30	51	38	119	
	% within Lokalisering av klinikk	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har forventet verdi på under 5.

Laveste forventede verdi er 7,56.

Det er også en sterk signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer og muligheten de har til å kommunisere direkte med fastlegene direkte ansikt til ansikt. 23% (n=27) oppgir at klinikken ligger slik plassert at det i stor grad er naturlig å oppsøke fastlegene direkte, 20% (n=24) oppgir at klinikken i noen grad ligger plassert til at det er naturlig å oppsøke fastlegene direkte, 34% (n=41) oppgir at klinikken ligger slik at det i liten grad er naturlig å oppsøke fastlegene direkte mens 23% (n=27) oppgir at klinikken ligger slik plassert at det ikke er naturlig i det hele tatt å oppsøke fastlegene direkte. En ser av krysstabellen at samhandlingen vurderes best av de fysioterapeutene i utvalget som i stor grad har mulighet for direkte kommunikasjon og gradvis dårligere ned til de som ikke har mulighet til direkte kommunikasjon i det hele tatt.

Tabell 8. Sammenheng mellom opplevd samhandling og mulighet for direkte kommunikasjon

		Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene				Total	
		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	2	5	8	15	30
		% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	7,4%	20,8%	19,5%	55,6%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	3	9	19	9	40
		% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	11,1%	37,5%	46,3%	33,3%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	22	10	14	3	49
		% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	81,5%	41,7%	34,1%	11,1%	41,2%
Total	Count	27	24	41	27	119	
	% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har forventet verdi på under 5.

Laveste forventede verdi er 6,05.

Prosedyrer og regler: Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer og om kommunen de jobber har rutiner for faste årlige møtepunkt mellom de privatpraktiserende fysioterapeutene med driftstilskudd og fastlegene. 28% (n=33) oppgir at de har årlige faste møtepunkt med fastlegene, mens 72% (n=86) oppgir at de ikke har det.

Tabell 9. Sammenheng mellom opplevd samhandling og faste årlige møtepunkt

		Faste årlige møtepunkt		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	2	28	30
		% within Faste årlige møtepunkt	6,1%	32,6%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	5	35	40
		% within Faste årlige møtepunkt	15,2%	40,7%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	26	23	49
		% within Faste årlige møtepunkt	78,8%	26,7%	41,2%
Total	Count	33	86	119	
	% within Faste årlige møtepunkt	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har forventet verdi på under 5.

Laveste forventede verdi er 6,05.

Det er ikke signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer, og om de har felles internundervisning med fastlegene. Bare 6% (n=7) oppgir at de har felles internundervisning.

Tabell 10. Sammenheng mellom opplevd samhandling og felles internundervisning

		Felles internundervisning		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	2	28	30
		% within Felles internundervisning	28,6%	25,0%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	1	39	40
		% within Felles internundervisning	14,3%	34,8%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	4	45	49
		% within Felles internundervisning	57,1%	40,2%	41,2%
Total	Count	7	112	119	
	% within Felles internundervisning	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,517. 3 celler (50%) har forventet verdi på under 5. Laveste forventede verdi er 1,76.

Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen med fastlegene i kommunen de jobber fungerer og om de føler at de har oversikt over hvem fastlegene er. De som har god oversikt over hvem fastlegene er opplever at samhandlingen fungerer best, og tendensen er at opplevelsen av samhandling er synkende til at de som ikke har oversikt over hvem fastlegene er opplever at samhandlingen fungerer dårligst. Sett i sammenheng med om man har årlige møtepunkt, ser det ut til at det å ha personlig kjennskap til hvem en samhandler med spiller en stor rolle for hvordan en opplever at samhandlingen fungerer.

Tabell 11. Sammenheng mellom opplevd samhandling og oversikt over hvem som jobber som fastlege i kommunen

		Oversikt over hvem som er fastlege				Total	
		Har god oversikt over hvem som jobber som fastlege	Har grei oversikt over de fleste som jobber som fastlege	Har oversikt over noen som jobber som fastlege	Har ikke oversikt over hvem som jobber som fastlege		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært	Count	7	5	4	14	30
	Dårlig	% within	14,6%	17,2%	16,7%	77,8%	25,2%
		Oversikt over hvem som er fastlege					
	verken godt eller dårlig	Count	13	12	14	1	40
		% within	27,1%	41,4%	58,3%	5,6%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	28	12	6	3	49
% within		58,3%	41,4%	25,0%	16,7%	41,2%	
Total	Count	48	29	24	18	119	
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Oversikt over hvem som er fastlege						

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. 1 celle (8%) en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 4,54

Det er også en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen fungerer, og om det er utarbeidet prosedyrer i kommunen de jobber for når en skal samhandle, om hva det er viktig at en samhandler, og på hvilken måte samhandlingen mellom fysioterapeutene og fastlegen skal foregå. Ingen i utvalget som jobber kommuner som har disse prosedyrene oppgir at de opplever at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig. Blant fysioterapeutene i utvalget oppgir 24% (n=25) at kommunen de jobber har utarbeidet rutiner, mens 76% oppgir at kommunen de jobber i ikke har det.

Tabell 12. Sammenheng mellom opplevd samhandling og prosedyrer for samhandling

		Prosedyrer for samhandling		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	0	30	30
		% within Prosedyrer for samhandling	0,0%	33,3%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	6	34	40
		% within Prosedyrer for samhandling	20,7%	37,8%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	23	26	49
		% within Prosedyrer for samhandling	79,3%	28,9%	41,2%
Total	Count	29	90	119	
	% within Prosedyrer for samhandling	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 7,31

Undersøkelsen viser også en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen fungerer og om de har noen form for uformell kommunikasjon med fastlegene, som for eksempel felles lunsj eller andre felles sosiale tiltak. Dette stemmer også godt overens med forventingen om at samhandlingen oppleves å fungere bedre derom en har en relasjon til den en skal samhandle med. 29% (n=35) oppgir at de har kommunikasjon med fastlegene i uformelle settinger, mens 71% (n=84) oppgir at de ikke har det. Det er sannsynlig at det i stor grad er de som er samlokalisert med fastlegene som har en kontekst som legger til rette for uformell kommunikasjon.

Tabell 13. Sammenheng mellom opplevd samhandling og uformell kommunikasjon

		Uformell kommunikasjon med fastlegene		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	3	27	30
		% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	8,6%	32,1%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	6	34	40
		% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	17,1%	40,5%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	26	23	49
		% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	74,3%	27,4%	41,2%
Total	Count	35	84	119	
	% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 8,82

Økonomiske incentiver: Det er en signifikant negativ sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av om samhandlingstakstene på takstplakaten er tilstrekkelige til å stimulere til samhandling om enkeltpasienter. 43% (n=51) opplever at samhandlingstakstene er tilstrekkelige, mens 57% (n=68) opplever at samhandlingstakstene ikke er tilstrekkelige til å stimulere til samhandling. Dette kan tyde på at de som ikke finner at samhandlingstakstene er tilstrekkelige, i mindre grad vil prioritere samhandling.

Tabell 14. Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av om samhandlingstakstene er tilstrekkelige

			Opplevelse av om samhandlingstakster er tilstrekkelige		Total
			Ja	Nei	
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	7	23	30
		% within Opplevelse av om samhandlingstakster er tilstrekkelige	13,7%	33,8%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	21	19	40
		% within Opplevelse av om samhandlingstakster er tilstrekkelige	41,2%	27,9%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	23	26	49
		% within Opplevelse av om samhandlingstakster er tilstrekkelige	45,1%	38,2%	41,2%
Total	Count	51	68	119	
	% within Opplevelse av om samhandlingstakster er tilstrekkelige	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,038. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 12,86.

Det er ingen signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen fungerer, og mangel på økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter med fastlegene som ikke omhandler enkeltpasienter. Til tross for manglende sammenheng med opplevd samhandling oppgir 59% (n=70) at mangel på økonomisk kompensasjon gjør det mindre interessant å delta på samarbeidsmøter, mens 41% (n= 49) oppgir at dette ikke gjør det mindre interessant å delta på samarbeidsmøter. Dette er noe motstridende til forrige tabell, som viser negativ sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av om samhandlingstakstene er tilstrekkelige.

Tabell 15. Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av om mangel på økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter med fastlegene gjør det mindre interessant å delta

		Mangel på økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	18	12	30
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse gjør det mindre interessant å delta	25,7%	24,5%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	21	19	40
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse gjør det mindre interessant å delta	30,0%	38,8%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	31	18	49
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse gjør det mindre interessant å delta	44,3%	36,7%	41,2%
Total	Count	70	49	119	
	% within Mangel på økonomisk godtgjørelse gjør det mindre interessant å delta	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,584. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 12,35.

Likevel er det er signifikant positiv sammenheng mellom hvordan utvalget oppgir opplevd samhandling og om de tror at samhandlingen med fastlegene hadde fungert bedre dersom en fikk økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter som ikke omhandler enkeltpasienter. 87% (n=104) oppgir at de tror samhandlingen hadde fungert bedre dersom en fikk økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter, mens kun 13% (n=15) ikke tror at økonomisk kompensasjon vil påvirke samhandlingen i positiv retning. Dette tyder også på at det forventede funnet om at når fysioterapeutene opplever at de økonomiske insentivene som tilstrekkelige, vil samhandlingen med fastlegene bli høyere prioritert.

Tabell 16. Sammenheng opplevd samhandling og tro på bedre samhandling dersom en får økonomisk godtgjørelse for deltakelse på samarbeidsmøter med fastlegene

		Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	26	4	30
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	25,0%	26,7%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	31	9	40
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	29,8%	60,0%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	47	2	49
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	45,2%	13,3%	41,2%
	Total	Count	104	15	119
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,033. 1 celle (16,7%) har en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 3,78.

Samhandlingsform: Det er signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen med fastlegene fungerer og om de har mulighet for elektronisk kommunikasjon over Norsk Helsenett. 90% (n=107) oppgir at de har mulighet for elektronisk kommunikasjon. Hele 50% av de som ikke har mulighet for elektronisk kommunikasjon vurderer samhandlingen til å fungere dårlig eller svært dårlig.

Tabell 17. Sammenheng mellom opplevd samhandling og mulighet for elektronisk kommunikasjon over Norsk Helsenett

		Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)		Total	
		Ja	Nei		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	24	6	30
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	22,4%	50,0%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	35	5	40
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	32,7%	41,7%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	48	1	49
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	44,9%	8,3%	41,2%
Total	Count	107	12	119	
	% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,030. 3 celler (50%) har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 3,03.

Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer og hvordan de tar kontakt med en pasients fastlege når en oppdager noe som haster. De som sender elektronisk dialogmelding via sitt elektroniske journalsystem og Norsk Helsenett opplever at samhandlingen fungerer best, mens de som oppgir at de ringer publikumsnummeret til legekantoret oppgir at de synes samhandlingen fungerer dårligst. Det ser ut til at elektronisk kommunikasjon gir best opplevelse av samhandling, men at et tiltak som å gi fysioterapeutene tilgang til å ringe direkte nummeret til pasientens fastlege også gjør at samhandlingen fungerer bedre enn om fysioterapeutene må ringe publikumsnummeret til legekantoret og vente på å bli satt over eller ringt tilbake. Det er imidlertid ikke sikkert at dette er en praksis som er ønsket fra fastlegenes side å kunne bli oppringt direkte.

Tabell 18. Sammenheng opplevd samhandling og hvordan en tar kontakt når en oppdager noe som haster

		Hvordan ta kontakt når noe haster			Total	
		Ringer direkte nummer til pasientens lege	Ringer publikumsnummeret til legekantoret	Sender elektronisk dialogmelding via journalsystemet og NHN		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	2	18	10	30
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	8,7%	46,2%	17,5%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	10	17	13	40
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	43,5%	43,6%	22,8%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	11	4	34	49
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	47,8%	10,3%	59,6%	41,2%
Total		Count	23	39	57	119
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5, laveste forventede verdi er 5,80.

Det er signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget oppgir at de vanligvis leverer epikriser til pasientenes fastleger, og hvordan de opplever at samhandlingen fungerer. 70% (n=83) oppgir at de vanligvis sender epikriser over Norsk Helsenett, 13% (n=25) oppgir at de leverer epikrisen personlig på legekantoret, 7% (n=8) oppgir at de vanligvis sender epikriser i posten, 6% (n=7) oppgir at de sender epikrisene med pasienten for overlevering til fastlegen og 5% (n=6) oppgir at de vanligvis ikke sender epikriser til pasientenes fastlege. De som oppgir at de leverer epikriser over Norsk Helsenett og de som leverer epikriser personlig på legekantoret opplever at samhandlingen fungerer best, mens de som enten sender i posten, sender med pasienten eller ikke sender epikriser opplever at den fungerer dårligst.

Tabell 19. Sammenheng opplevd samhandling og hvordan en som regel overleverer epikriser

		Hvordan sende epikrise			Total	
		Elektronisk over NHH	Sender med pasienten/sender i posten/sender ikke epikrise	Leverer personlig på legekantoret		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	19	10	1	30
		% within hvordan sende epikrise	22,9%	47,6%	6,7%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	27	8	5	40
		% within hvordan sende epikrise	32,5%	38,1%	33,3%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	37	3	9	49
		% within hvordan sende epikrise	44,6%	14,3%	60,0%	41,2%
Total	Count	83	21	15	119	
	% within hvordan sende epikrise	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,019. 1 celle (11,1%) i krysstabelen har en forventet verdi på mindre enn 5, minste forventede verdi er 3,78.

Når det gjelder samhandlingsform er det også interessant å bruke opplevelse av om fysioterapeutene i utvalget får tilgang til den informasjonen de behøver for å kunne utføre jobben på en faglig forsvarlig måte som alternativ resultatvariabel. Det er en signifikant positiv sammenheng mellom om fysioterapeutene i utvalget har mulighet for elektronisk kommunikasjon med fastlegene, og om de opplever at de får tilgang til den informasjonen de trenger for en faglig forsvarlig fagutøvelse.

Tabell 20. Sammenheng mellom mulighet for elektronisk kommunikasjon og tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse

			Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)		Total
			Ja	Nei	
Tilgang til informasjon for forsvarlig fagutøvelse	Jeg får alltid tak i den informasjonen jeg trenger	Count	31	1	32
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	29,0%	8,3%	26,9%
	Jeg får som regel tak i den informasjonen jeg trenger	Count	52	6	58
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	48,6%	50,0%	48,7%
	Det hender ofte at jeg ikke får den informasjonen jeg trenger	Count	16	1	17
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	15,0%	8,3%	14,3%
	Svært ofte får jeg ikke den informasjonen jeg trenger	Count	8	4	12
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	7,5%	33,3%	10,1%
Total		Count	107	12	119
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,027. 3 celler (37,5%) har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 1,21.

Det er også en sterk signifikant sammenheng mellom tilgang på informasjon for faglig forsvarlig fagutøvelse og hvordan en tar kontakt når en oppdager noe som haster. Det å vite at en kan få kontakt med pasientens lege på en enkel måte ser ut til å være viktig for fysioterapeutene i utvalget. Dette vises også igjen når en ser at 43,6% i gruppen som ringer publikumsnummeret til legekantoret opplever at de ofte eller svært ofte ikke får tak i den informasjonen de trenger for å kunne drive faglig forsvarlig fagutøvelse.

Tabell 21. Sammenheng mellom tilgang til den informasjonen for å kunne drive faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan en tar kontakt når noe haster

		Hvordan ta kontakt når noe haster			Total	
		Ringer direkte nummer til pasientens lege	Ringer publikumsnummeret til legekantoret	Sender elektronisk dialogmelding via journalsystemet og NHN		
Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	Jeg får alltid/som regel tak i informasjonen jeg trenger	Count	21	22	47	90
		% within	91,3%	56,4%	82,5%	75,6%
	Ofte/Svært ofte får jeg ikke tak i informasjonen jeg trenger	Count	2	17	10	29
		% within	8,7%	43,6%	17,5%	24,4%
Total		Count	23	39	57	119
		% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Hvordan ta kontakt når noe haster				

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,002. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 5,61.

Dette ser en også igjen når en ser på sammenheng mellom tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse, og det er en sterk signifikant sammenheng mellom om fysioterapeutene opplever at de får tilgang til den informasjonen de trenger for faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan de vanligvis sender epikriser.

Tabell 22. Sammenheng tilgang til informasjon for faglig forsvarlig fagutøvelse og hvordan en sender epikriser

			Hvordan sende epikrise			Total
			Elektronisk over NHN	Sender med pasienten/sender i posten/sender ikke epikrise	Leverer personlig på legekantoret	
Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	Jeg får alltid/som regel tak i informasjonen jeg trenger	Count	64	11	15	90
		% within hvordan sende epikrise	77,1%	52,4%	100,0%	75,6%
	Ofte/Svært ofte får jeg ikke tak i informasjonen jeg trenger	Count	19	10	0	29
		% within hvordan sende epikrise	22,9%	47,6%	0,0%	24,4%
Total		Count	83	21	15	119
		% within hvordan sende epikrise	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,004. 1 celle (16,7%) har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 3,66.

Det er derimot ikke signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget oppgir at de som regel mottar pasientinformasjon og om de opplever at de får tilgang til den informasjonen de trenger for å utføre jobben på en faglig forsvarlig måte. Sett i sammenheng med de to foregående tabellene, kan det se ut som om det er viktigere for fysioterapeutene i utvalget hvordan de kan sende fra seg informasjon og kontakte pasientens lege når noe haster, enn måten de vanligvis mottar pasientinformasjon på. En kan likevel merke seg at 83,3% (n=40) av de som mottar informasjon over Norsk Helsenett opplever at de som regel eller alltid får tak i den informasjonen de trenger, og at 29,6% (n=21) av de som mottar pasientinformasjon i posten eller fra pasienten at de ofte eller svært ofte ikke får tak i den informasjonen de trenger for en faglig forsvarlig yrkesutøvelse.

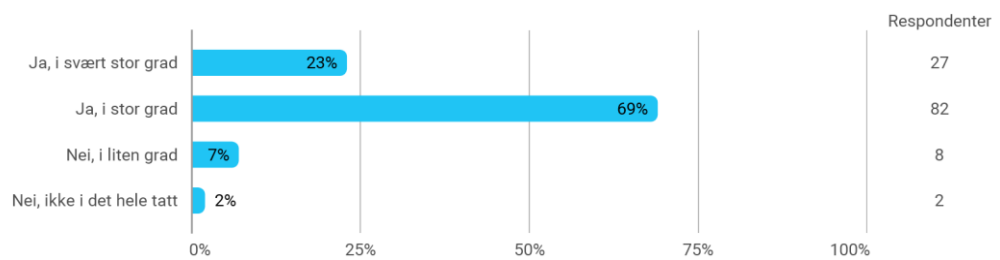
Tabell 23. Sammenheng mellom tilgang til informasjon for faglig forsvarlig fagutøvelse og hvordan en som regel mottar pasientinformasjon

			Hvordan motta pasientinformasjon nye verdier		Total
			Elektronisk i journalsystem over NHN	I Posten/fra pasienten	
Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	Jeg får alltid/som regel tak i informasjonen jeg trenger	Count	40	50	90
		% within Hvordan motta pasientinformasjon nye verdier	83,3%	70,4%	75,6%
	Ofte/Svært ofte får jeg ikke tak i informasjonen jeg trenger	Count	8	21	29
		% within Hvordan motta pasientinformasjon nye verdier	16,7%	29,6%	24,4%
Total		Count	48	71	119
		% within Hvordan motta pasientinformasjon nye verdier	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,108. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 11,70.

8.1.3 Profesjonsfaktorer

Blant fysioterapeutene i utvalget opplever 23% (n=27) i fastlegene i svært stor grad har tillit til fysioterapeutene sin kompetanse, 49% (n=58) opplever at fastlegene i stor grad har tillit til fysioterapeutene sin kompetanse, 7% (n=8) opplever at fastlegene i liten grad har tillit til fysioterapeutene sin kompetanse mens 2% (n=2) opplever at fastlegene ikke har tillit til fysioterapeutenes kompetanse i det hele tatt. Dette betyr at 92% av fysioterapeutene opplever at fastlegene har stor eller svært stor tillit til deres kompetanse.



Figur 12. Fysioterapeutene i utvalget sin opplevelse av fastlegenes tillitt til deres kompetanse

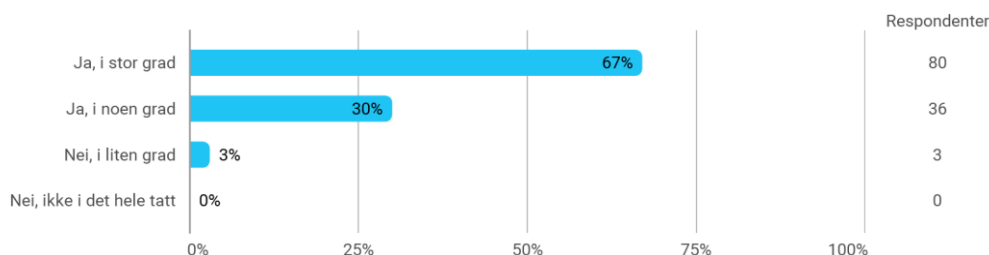
Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av tillit til kompetanse. En ser her en tydelig tendens til at jo større grad av tillit til kompetanse fysioterapeutene i utvalget opplever, jo bedre opplever også samhandlingen. Blant gruppen som opplever i svært stor grad av tillit til sin kompetanse svarer 77,8% (n=21) at de opplever at samhandlingen fungerer godt eller svært godt, mens ingen av de som i liten grad eller ikke opplever tillit i det hele tatt (n=8) svarer det samme.

Tabell 24. Sammenheng opplevd samhandling og opplevelse av tillit til kompetanse

		Opplevelse av tillitt til kompetanse				Total	
		I svært stor grad	I stor grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	2	20	6	2	30
		% within Opplevelse av tillitt til kompetanse	7,4%	24,4%	75,0%	100,0%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	4	34	2	0	40
		% within Opplevelse av tillitt til kompetanse	14,8%	41,5%	25,0%	0,0%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	21	28	0	0	49
		% within Opplevelse av tillitt til kompetanse	77,8%	34,1%	0,0%	0,0%	41,2%
Total	Count	27	82	8	2	119	
	% within Opplevelse av tillitt til kompetanse	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. 6 celler (50%) har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 0,5.

Når det gjelder opplevelse av faglig autonomi og frihet fra diktering av fagutøvelsen så oppgir 67% (n=80) at de opplever stor grad av faglig autonomi og frihet for faglig diktering fra legene, 30% (n=36) opplever at de i noen grad har faglig autonomi, 3% (n=3) opplever at de i liten grad har faglig autonomi og ingen svarer at de ikke opplever faglig autonomi i det hele tatt.



Figur 13. Opplevelse av faglig autonomi

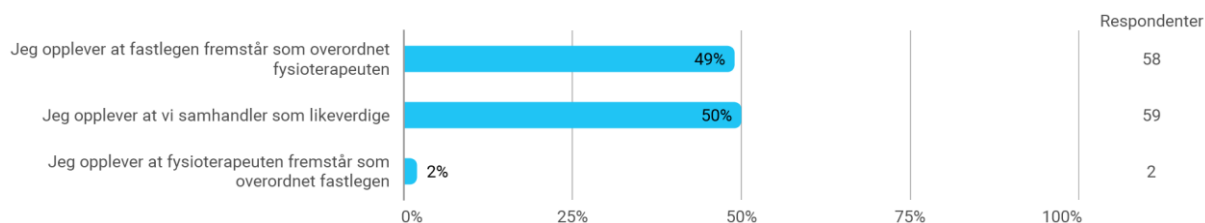
Det er signifikant positiv sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av faglig autonomi. En ser av krysstabellen at jo større grad av faglig autonomi fysioterapeutene i utvalget opplever, jo bedre opplever de også at samhandlingen med fastlegene fungerer.

Tabell 25. Sammenheng opplevd samhandling og opplevelse av faglig autonomi

		Opplevelse av faglig autonomi			Total	
		Ja, i stor grad	Ja, i noen grad	Nei, i liten grad		
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	13	15	2	30
		% within Opplevelse av faglig autonomi	16,3%	41,7%	66,7%	25,2%
	Verken godt eller dårlig	Count	28	11	1	40
		% within Opplevelse av faglig autonomi	35,0%	30,6%	33,3%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	39	10	0	49
		% within Opplevelse av faglig autonomi	48,8%	27,8%	0,0%	41,2%
Total	Count	80	36	3	119	
	% within Opplevelse av faglig autonomi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: *Pearson Kji-kvadrat = 0,014. 3 celler (33,3%) har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 0,76.*

Når det gjelder makt og relasjon i samhandlingen mellom fysioterapeutene og fastlegene opplever 49% (n=58) at fastlegen er overordnet fysioterapeuten, 50% (n=59) opplever at en samhandler som likeverdige mens ca 2% (n=2) opplever at fysioterapeuten er overordnet fastlegene. Dette er verdt å merke seg at såpass mange opplever at fastlegen er overordnet fysioterapeuten selv om de formelt sett er på samme hierarkiske nivå. Dette kan ha sammenheng med at legen tradisjonelt sett har vært sett på som den ledende parten i helsevesenet og at dette fortsatt gjenspeiles i organisasjonskulturen i primærhelsetjenesten. Det er interessant å se dette i sammenheng med at 33% av fysioterapeutene opplever at enn samhandler mer som likeverdige etter innføringen av direkte tilgang, som har medført en endring i intellektuell jurisdiksjon over diagnostikk og behandlingsvalg for pasientene.



Figur 14. Opplevd maktbalanse i relasjonen mellom fysioterapeut og fastlege

Det er en sterk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av makt i relasjonen med fastlegene. Blant gruppen som opplever at de samhandler som likeverdige opplever 57,6% (n=34) at samhandlingen fungerer godt eller svært godt, og bare 5,1% (n=1) opplever at den fungerer dårlig eller svært dårlig. For gruppen som opplever at fastlegen er overordnet fysioterapeutene opplever hele 44,8% (n=26) at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig, og bare 25,9% (n=15) at den fungerer godt eller svært godt. Ut i fra tabellen ser det ut til at opplevelsen av å være likeverdig er viktig for hvordan en opplever at samhandlingen fungerer.

Tabell 26. Sammenheng mellom opplevd samhandling og opplevelse av maktbalanse i relasjonen mellom profesjonene

Opplevd samhandling			Opplevelse av makt/relasjon i samhandling			Total
			Jeg opplever at fastlegen fremstår som overordnet fysioterapeuten	Jeg opplever at vi samhandler som likeverdige	Jeg opplever at fysioterapeuten fremstår som overordnet fastlegen	
Opplevd samhandling	Dårlig/svært dårlig	Count	26	3	1	30
		% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	44,8%	5,1%	50,0%	25,2%
	verken godt eller dårlig	Count	17	22	1	40
		% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	29,3%	37,3%	50,0%	33,6%
	Godt/svært godt	Count	15	34	0	49
		% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	25,9%	57,6%	0,0%	41,2%
Total	Count	58	59	2	119	
	% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pearson Kji-kvadrat = 0,000. 3 celler (33,3%) har en forventet verdi på mindre enn 5, minste forventede verdi er 0,5.

8.1.4 Oppsummering første analysesett

Når det gjelder trekk ved terapeuten og konteksten det signifikant negativ sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen fungerer og kommunestørrelse og fartstid i yrket. Av fysisk organisering er det sterk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og plassering av klinikken og mulighet for direkte kommunikasjon.

Innenfor formelle rutiner og tvungen koordinering er det sterk signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer samhandlingen og om de har faste årlige møtepunkt, om de har oversikt over hvem som jobber som fastlege i kommunen og om kommunen de jobber i har prosedyrer for samhandling, når det gjelder frivillig koordinering er det en sterk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og om en har uformell kommunikasjon med fastlegene. Når det gjelder økonomiske insentiv er det signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og om en finner samhandlingstakstene tilstrekkelige og tro på bedre samhandling dersom en får økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter.

Under den teoretiske variabelen horisontal informasjonsutveksling er det signifikant positiv sammenheng mellom samhandling og mulighet for elektronisk kommunikasjon, og sterk signifikant sammenheng mellom samhandling og hvordan en tar kontakt når noe haster og hvordan en som regel overleverer epikriser. Her er tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse brukt som alternativ resultatvariabel. Dette viser signifikant positiv sammenheng mellom informasjonstilgang for faglig forsvarlig yrkesutøvelse og mulighet for elektronisk kommunikasjon. Det er sterk signifikant sammenheng mellom informasjonstilgang for faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan en tar kontakt når noe haster, og hvordan en sender epikriser, men ikke signifikant sammenheng med hvordan en som regel mottar pasientinformasjon.

Når det gjelder profesjonsholdninger er opplever 92% av fysioterapeutene i utvalget stor eller svært stor grad av tillitt til sin kompetanse. Det er også sterk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og tillitt til kompetanse og opplevd maktbalanse i relasjonen til fastlegene, og signifikant positiv sammenheng mellom opplevd samhandling og faglig autonomi.

8.2 Andre analysesett: Endring etter direkte tilgang – hvilke faktorer fører til endret samhandling

I denne delen presenteres sammenhenger mellom endring etter direkte tilgang og de ulike faktorene fra analysemodellen etter kategoriene trekk ved kontekst og fysioterapeut, organisasjonsfaktorer og profesjonsfaktorer. Endring etter direkte tilgang er et sammensatt mål presentert i indeksen nedenfor. Sammenhengene er presentert i krysstabeller.

Indeks for endret samhandling etter direkte tilgang

Kronbachs Alpha = 0,778.

Tabell 27. Reliabilitetsanalyse av indeks for endring etter direkte tilgang

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Endret samhandling etter direkte tilgang	8,04	4,617	,567	,736
Økt interesse for samhandling fra fastlegene etter direkte tilgang	8,37	4,794	,745	,677
Endring i anbefaling fra legen om å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang	8,05	6,404	,190	,838
Endring av maktforhold i relasjon etter direkte tilgang	7,90	3,956	,706	,680
Endring i opplevelse av faglig autonomi etter direkte tilgang	8,61	5,527	,695	,717

8.2.1 Trekk ved konteksten og fysioterapeuten

Det er en signifikant negativ sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever endring etter direkte tilgang, og kommunestørrelse. Ut i fra krysstabellen ser en at det er flere som opplever positive endringer på samhandlingen med fastlegene etter direkte tilgang i små kommuner, og at det er flere i de største kommunene som opplever at samhandlingen har utviklet seg i negativ retning etter direkte tilgang til fysioterapeut

Tabell 28. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og kommunestørrelse

Endring			Antall innbyggere			Total
			Mindre en 10 000 innbyggere	10 000 - 50 000 innbyggere	Mer enn 50 000 innbyggere	
Endring	Positiv	Count	14	13	3	30
		% within Antall innbyggere	37,8%	33,3%	7,0%	25,2%
	Uendret	Count	14	17	24	55
		% within Antall innbyggere	37,8%	43,6%	55,8%	46,2%
	Negativ	Count	9	9	16	34
		% within Antall innbyggere	24,3%	23,1%	37,2%	28,6%
Total	Count	37	39	43	119	
	% within Antall innbyggere	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,015. Ingen celler har mindre forventet verdi enn 5. Minste forventede verdi er 9,33.

Det er ingen signifikant sammenheng mellom opplevelse av endring etter direkte tilgang og hvilken spesialitet fysioterapeutene i utvalget har. *Pearson Kji-kvadrat = 0,250.*

Det er derimot en sterk signifikant negativ sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og fartstid i yrket. Krysstabellen viser at det er tydelig sammenheng mellom antall år en har jobbet som fysioterapeut med driftstilskudd og om en opplever at direkte tilgang har påvirket samhandlingen med fastlegene i positiv eller negativ retning. Fysioterapeutene med kortest fartstid som privatpraktiserende med driftstilskudd opplever i størst grad at samhandlingen har blitt bedre, mens fysioterapeutene med lengst fartstid opplever at den i stor grad har blitt dårligere. Det ser ut til at jo lengre arbeidserfaring fysioterapeutene i utvalget har, jo mer negative er en til endringene i samhandling etter direkte tilgang.

Tabell 29. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og fartstid i yrket

			Fartstid i yrket					Total
			0-5 år	6-10 år	11-15 år	16-20 år	Lengre enn 20 år	
Endring	Positiv	Count	10	9	7	1	3	30
		% within Fartstid i yrket	58,8%	36,0%	31,8%	6,3%	7,7%	25,2%
	Uendret	Count	5	10	12	11	17	55
		% within Fartstid i yrket	29,4%	40,0%	54,5%	68,8%	43,6%	46,2%
	Negativ	Count	2	6	3	4	19	34
		% within Fartstid i yrket	11,8%	24,0%	13,6%	25,0%	48,7%	28,6%
Total	Count	17	25	22	16	39	119	
	% within Fartstid i yrket	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. 4 celler (26,7%) har en forventet verdi på under 5. Laveste forventede verdi er 4,03

8.2.2 Organisasjonsfaktorer

Fysisk organisering: Det er ikke signifikant sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og fysisk lokalisering av klinikken. Sammenhengen mellom endring og lokalisering av klinikken har Pearson Kji-kvadrat = 0,168. Ingen celler har en forventet verdi på under 5.

Det er derimot signifikant positiv sammenheng mellom om hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen med fastlegene har utviklet seg etter direkte tilgang, og om de har mulighet for å kommunisere med fastlegene direkte, ansikt til ansikt. Krysstabellen viser at i jo større grad en har mulighet for direkte kommunikasjon, jo mer positivt opplever en at samhandlingen har utviklet seg etter direkte tilgang til fysioterapeut.

Tabell 30. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene

		Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene				Total	
		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt		
Endring	Positiv	Count	14	5	8	3	30
		% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	51,9%	20,8%	19,5%	11,1%	25,2%
	Uendret	Count	9	13	21	12	55
		% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	33,3%	54,2%	51,2%	44,4%	46,2%
	Negativ	Count	4	6	12	12	34
		% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	14,8%	25,0%	29,3%	44,4%	28,6%
Total	Count	27	24	41	27	119	
	% within Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,012. Ingen celler har forventet verdi på mindre enn 5. Miste forventede verdi er 6,05.

Formelle rutiner: Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvordan en opplever at samhandlingen har utviklet seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut og om en har faste årlige møtepunkt med fastlegene. 60,6% (n=20) av fysioterapeutene som arbeider i kommuner der de har faste årlige møtepunkt opplever at samhandlingen er endret i positiv retning etter direkte tilgang, mens bare 11,6% (n=10) av fysioterapeutene som jobber i kommuner som ikke har dette opplever at samhandlingen har blitt bedre. Her opplever derimot 33,7% (n=29) at samhandlingen har blitt dårligere, mens bare 15,2% (n=5) av fysioterapeutene som arbeider i kommuner som har faste møtepunkt med fastlegene opplever en forverring i samhandlingen.

Tabell 31. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og faste årlige møtepunkt med fastlegetjenesten

		Faste årlige møtepunkt		Total	
		Ja	Nei		
Endring	Positiv	Count	20	10	30
		% within Faste årlige møtepunkt	60,6%	11,6%	25,2%
	Uendret	Count	8	47	55
		% within Faste årlige møtepunkt	24,2%	54,7%	46,2%
	Negativ	Count	5	29	34
		% within Faste årlige møtepunkt	15,2%	33,7%	28,6%
Total	Count	33	86	119	
	% within Faste årlige møtepunkt	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har forventet verdi under 5. Minste forventede verdi er 8,32.

Det er ingen signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen fungerer etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut og om fysioterapeutene og fastlegene har felles internundervisning. *Pearson Kji-kvadrat = 0,762.*

Det er ikke signifikant sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og om fysioterapeutene opplever at de har oversikt over hvem som jobber som fastlege i kommunen de arbeider. En kan likevel merke seg at 16,7% (n=8) at fysioterapeutene som oppgir at de har god oversikt over hvem som arbeider som fastlege opplever at samhandlingen har blitt negativt påvirket etter direkte tilgang, mens 83,3% (n=40) opplever at samhandlingen har blitt bedre eller er uendret. I gruppene som oppgir at de har lite eller ingen oversikt over hvem som jobber som fastlege ser en at 37,5% (n=9) og 38,9% (n=7) opplever at samhandlingen har blitt negativt påvirket etter direkte tilgang.

Tabell 32. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og oversikt over hvem som arbeider som fastlege

		Oversikt over hvem som er fastlege				Total	
		Har god oversikt over hvem som jobber som fastlege	Har grei oversikt over de fleste som jobber som fastlege	Har oversikt over noen som jobber som fastlege	Har ikke oversikt over hvem som jobber som fastlege		
Endring	Positiv	Count	16	8	1	5	30
		% within Oversikt over hvem som er fastlege	33,3%	27,6%	4,2%	27,8%	25,2%
	Uendret	Count	24	11	14	6	55
		% within Oversikt over hvem som er fastlege	50,0%	37,9%	58,3%	33,3%	46,2%
	Negativ	Count	8	10	9	7	34
		% within Oversikt over hvem som er fastlege	16,7%	34,5%	37,5%	38,9%	28,6%
Total		Count	48	29	24	18	119
		% within Oversikt over hvem som er fastlege	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,070. 1 celle (8,3%) har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 4,54.

Det er signifikant positiv sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget opplever at samhandlingen har endret seg etter direkte tilgang til fysioterapeut og om kommunen de jobber i har utarbeidet prosedyrer som sier noe om når, hvordan og om hva det er viktig å samhandle med fastlegene. 58,6% (n=17) av fysioterapeutene som arbeider i kommuner som har prosedyre for samhandling opplever at samhandlingen har blitt bedre etter direkte tilgang, og ingen (n=0) i denne gruppen opplever at samhandlingen har blitt dårligere. For gruppen som ikke har disse prosedyrene opplever kun 14,4% (n=13) at samhandlingen har blitt bedre, mens hele 37,8% (n=34) opplever at samhandlingen med fastlegene har blitt endret i negativ retning etter innføring av direkte tilgang.

Tabell 33. Sammenheng endring etter direkte tilgang og om kommunen har prosedyrer for samhandling

		Prosedyrer for samhandling		Total	
		Ja	Nei		
Endring	Positiv	Count	17	13	30
		% within Prosedyrer for samhandling	58,6%	14,4%	25,2%
	Uendret	Count	12	43	55
		% within Prosedyrer for samhandling	41,4%	47,8%	46,2%
	Negativ	Count	0	34	34
		% within Prosedyrer for samhandling	0,0%	37,8%	28,6%
Total	Count	29	90	119	
	% within Prosedyrer for samhandling	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 7,31.

Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom endring av samhandling etter direkte tilgang og om fysioterapeutene i utvalget har uformell kommunikasjon (felles lunsj, e.l.) med fastlegene. 51,4% (n=18) i gruppen som oppgir at de har uformell kommunikasjon med fastlegene opplever at samhandlingen har utviklet seg i positiv retning etter direkte tilgang, mens kun 14,3% (n=5) opplever at den har blitt dårligere. For gruppen som ikke har uformell kommunikasjon oppgir kun 14,3 % (n=12) at samhandlingen har utviklet seg positivt etter direkte tilgang, mens 34,5% (n=29) opplever at samhandlingen har hatt en negativ utvikling.

Tabell 34. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og mulighet for uformell kommunikasjon med fastlegene (felles lunsj e.l)

		Uformell kommunikasjon med fastlegene		Total	
		Ja	Nei		
Endring	Positiv	Count	18	12	30
		% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	51,4%	14,3%	25,2%
	Uendret	Count	12	43	55
		% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	34,3%	51,2%	46,2%
	Negativ	Count	5	29	34
		% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	14,3%	34,5%	28,6%
Total	Count	35	84	119	
	% within Uformell kommunikasjon med fastlegene	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. Ingen celler har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 8,82.

Økonomiske incentiver: Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom opplevelse av endret samhandling etter innføring av direkte tilgang og mangel på økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter som ikke omhandler enkeltpasienter. Blant gruppen som opplever at mangel på økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter opplever 35,7% (n=25) at samhandlingen har endret seg i positiv retning etter direkte tilgang, mens kun 10,2% (n=5) av gruppen som ikke mener at mangel på økonomisk godtgjørelse gjør det mindre interessant å delta mener det samme. Her opplever derimot 38,8% (n=19) at samhandlingen er endret seg i negativ retning etter direkte tilgang. Det er interessant, men vanskelig å forklare, at de som synes at mangel på økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta på disse også er de som opplever at samhandlingen har utviklet seg i positiv retning etter direkte tilgang.

Tabell 35. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og mangel på økonomisk godtgjørelse for deltakelse på samarbeidsmøter

		Mangel på økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta		Total	
		Ja	Nei		
Endring	Positiv	Count	25	5	30
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta	35,7%	10,2%	25,2%
Uendret		Count	30	25	55
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta	42,9%	51,0%	46,2%
Negativ		Count	15	19	34
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta	21,4%	38,8%	28,6%
Total		Count	70	49	119
		% within Mangel på økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter gjør det mindre interessant å delta	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,004. Ingen celler har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 12,35.

Det er ikke signifikant sammenheng mellom opplevelse av endret samhandling etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut og opplevelse av om samhandlingstakstene er tilstrekkelige til å stimulere til samhandling rundt enkeltpasienter. *Pearson Kji-kvadrat = 0,400*.

Det er heller ikke signifikant sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang, og om fysioterapeutene i utvalget tror at samhandlingen hadde fungert bedre dersom de fikk økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter som ikke omhandler enkeltpasienter.

Tabell 36. Sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og tro på bedre samhandling dersom en får økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter

		Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter		Total	
		Ja	Nei		
Endring	Positiv	Count	29	1	30
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	27,9%	6,7%	25,2%
Uendret	Uendret	Count	47	8	55
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	45,2%	53,3%	46,2%
Negativ	Negativ	Count	28	6	34
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	26,9%	40,0%	28,6%
Total	Total	Count	104	15	119
		% within Tro på bedre samhandling dersom økonomisk godtgjørelse for samarbeidsmøter	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,191. 2 celler (33,3%) har en forventet verdi på under 5. Laveste forventede verdi er 3,78

Samhandlingsform: Det er signifikant sammenheng mellom opplevelse av endring etter direkte tilgang og hvordan fysioterapeutene i utvalget tar kontakt med pasientens fastlege når de oppdager noe som haster. Blant de som sender elektronisk dialogmelding over Norsk Helsenett opplever 38,6% (n=22) at samhandlingen har utviklet seg positivt etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut, mens det er 17,4 (n=4) av de som ringer direktenummeret og 10,3% (n=4) av de som må ringe publikumsnummeret til legekantoret som opplever det samme. På samme måte er det større andel av de som ringer publikumsnummeret som opplever at samhandlingen har utviklet seg i negativ retning etter direkte tilgang enn de andre gruppene. Det ser dermed ut til at de som på en enkel måte kan ta kontakt med pasientens fastlege når noe haster, også er mer positive til endring i samhandling etter innføring av direkte tilgang.

Tabell 37. Sammenheng endring etter direkte tilgang og hvordan kontakte pasientens fastlege når noe haster

		Hvordan ta kontakt når noe haster			Total	
		Ringer direktenummer til pasientens lege	Ringer publikumsnummeret til legekantoret	Sender elektronisk dialogmelding via journalsystemet og NHH		
Endring	Positiv	Count	4	4	22	30
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	17,4%	10,3%	38,6%	25,2%
	Uendret	Count	12	22	21	55
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	52,2%	56,4%	36,8%	46,2%
	Negativ	Count	7	13	14	34
		% within Hvordan ta kontakt når noe haster	30,4%	33,3%	24,6%	28,6%
Total	Count	23	39	57	119	
	% within Hvordan ta kontakt når noe haster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,028. Ingen celler har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 5,80.

Det er ikke signifikant sammenheng mellom opplevelse av endret samhandling etter direkte tilgang og hvordan fysioterapeutene oppgir at de sender epikriser til pasientens fastlege. Det er likevel verdt å merke seg at de som enten sender epikriser i posten eller oppgir at de ikke sender epikriser opplever 38,1% (n=8) at samhandlingen har utviklet seg i negativ retning, og de som leverer epikrisene personlig på legekantoret opplever en andel på 60% (n=9) at samhandlingen har utviklet seg i positiv retning. Det er stor forskjell i antallet i de ulike gruppene, og det store flertallet leverer epikriser elektronisk.

Tabell 38. Sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og hvordan en som regel overleverer epikriser til pasientens fastlege

			hvordan sende epikrise			Total
			Elektronisk over NHN	Sender med pasienten/sender i posten/sender ikke epikrise	Leverer personlig på legekantoret	
Endring	Positiv	Count	20	1	9	30
		% within hvordan sende epikrise	24,1%	4,8%	60,0%	25,2%
	Uendret	Count	40	12	3	55
		% within hvordan sende epikrise	48,2%	57,1%	20,0%	46,2%
	Negativ	Count	23	8	3	34
		% within hvordan sende epikrise	27,7%	38,1%	20,0%	28,6%
Total	Count	83	21	15	119	
	% within hvordan sende epikrise	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,06. 2 celler (22,2%) har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 3,78.

Det er ikke signifikant sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og mulighet for elektronisk samhandling. Forklaringen på dette kan være at det bare er 10% (n=12) av utvalget som ikke har denne muligheten. Selv om sammenhengen ikke er signifikant ser en at en større andel av de som har mulighet for elektronisk kommunikasjon er positive til hvordan samhandlingen har endret seg enn hos de som ikke har det.

Tabell 39. Sammenheng endret samhandling etter direkte tilgang og mulighet for elektronisk informasjonsutveksling

			Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)		Total
			Ja	Nei	
Endring	Positiv	Count	29	1	30
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	27,1%	8,3%	25,2%
	Uendret	Count	48	7	55
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	44,9%	58,3%	46,2%
	Negativ	Count	30	4	34
		% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	28,0%	33,3%	28,6%
Total	Count	107	12	119	
	% within Mulighet for elektronisk kommunikasjon (NHN)	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,361. 2 celler (33,3%) har en forventet verdi på mindre enn 5. Minste forventede verdi er 3,03.

Det er derimot en signifikant sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og om fysioterapeutene i utvalget opplever at de får tilgang på den informasjonen de trenger for å kunne utføre jobben på en faglig forsvarlig måte. Hele 48,3% (n=14) av gruppen som oppgir at de ofte eller svært ofte ikke får tak i informasjonen de trenger for å utføre jobben på en faglig forsvarlig måte at samhandlingen har utviklet seg negativt etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut.

Tabell 40. Sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse

			Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse		Total
			Jeg får alltid/som regel tak i informasjonen jeg trenger	Ofte/Svært ofte får jeg ikke tak i informasjonen jeg trenger	
Endring	Positiv	Count	26	4	30
		% within Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	28,9%	13,8%	25,2%
	Uendret	Count	44	11	55
		% within Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	48,9%	37,9%	46,2%
	Negativ	Count	20	14	34
		% within Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	22,2%	48,3%	28,6%
Total	Count	90	29	119	
	% within Tilgang til informasjon for faglig forsvarlig yrkesutøvelse	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,021. Ingen celler har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 7,35.

8.2.3 Profesjonsfaktorer

Det er en sterk signifikant positiv sammenheng mellom opplevelse av endret samhandling etter direkte tilgang og om fysioterapeutene i utvalget opplever at fastlegene har tillit til deres kompetanse. Fysioterapeutene som opplever at fastlegene har tillit til deres kompetanse, opplever i størst grad at samhandlingen har utviklet seg i positiv retning etter innføring av direkte tilgang. Blant de som opplever liten grad eller ingen tillit i det hele tatt opplever 50% (n=5) at samhandlingen har blitt dårligere etter innføring av direkte tilgang.

Tabell 41. Sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og opplevelse av tillit til kompetanse

			tillit til kompetanse			Total
			Svært stor grad	Stor grad	Liten grad/ikke i det hele tatt	
Endring	Positiv	Count	14	16	0	30
		% within tillit til kompetanse	51,9%	19,5%	0,0%	25,2%
	Uendret	Count	10	40	5	55
		% within tillit til kompetanse	37,0%	48,8%	50,0%	46,2%
	Negativ	Count	3	26	5	34
		% within tillit til kompetanse	11,1%	31,7%	50,0%	28,6%
Total	Count	27	82	10	119	
	% within tillit til kompetanse	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,002. 3 celler (33,3%) har en forventet verdi på under 5. Miste forventede verdi er 2,52.

Det er ikke signifikant sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og i hvilken grad fysioterapeutene i utvalget opplever at de har faglig autonomi og frihet fra diktering av fagutøvelsen. *Pearson Kji-kvadrat= 0,576.*

Det er en sterk signifikant sammenheng mellom opplevelse av endret samhandling etter direkte tilgang og hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer maktforholdet i relasjonen til fastlegene. Blant gruppen som mener at en samhandler som likeverdige parter, opplever 39% (n=23) at samhandlingen har blitt bedre etter innføringen av direkte tilgang til fysioterapeut, mens 13,6% (n=8) opplever at samhandlingen har blitt dårligere. For gruppen som opplever at fastlegene er overordnet fysioterapeutene er resultatet motsatt. Her opplever 12,1% (n=7) at samhandlingen har blitt bedre etter innføringen av direkte tilgang, mens 41,4% (n=24) opplever at den har blitt dårligere. Gruppen som opplever at fysioterapeuten er overordnet fastlegen er bare 2 respondenter, som begge opplever at samhandlingen har blitt dårligere.

Tabell 42. Sammenheng mellom endret samhandling etter direkte tilgang og maktforhold i relasjonen mellom fysioterapeutene og fastlegene

		Opplevelse av makt/relasjon i samhandling			Total	
		Jeg opplever at fastlegen fremstår som overordnet fysioterapeuten	Jeg opplever at vi samhandler som likeverdige	Jeg opplever at fysioterapeuten fremstår som overordnet fastlegen		
Endring	Positiv	Count	7	23	0	30
		% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	12,1%	39,0%	0,0%	25,2%
	Uendret	Count	27	28	0	55
		% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	46,6%	47,5%	0,0%	46,2%
	Negativ	Count	24	8	2	34
		% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	41,4%	13,6%	100,0%	28,6%
Total	Count	58	59	2	119	
	% within Opplevelse av makt/relasjon i samhandling	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanstest: Pearson Kji-kvadrat = 0,000. 3 celler (33,3%) har en forventet verdi på under 5. Minste forventede verdi er 0,5.

8.2.4 Oppsummering andre analysesett

I andre analysesett ser en det er signifikant negativ sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og kommunestørrelse og sterk signifikant sammenheng mellom endring og fartstid i yrket. Det er og signifikant sammenheng med endring etter direkte tilgang og mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene. Når det gjelder formelle rutiner er det sterk signifikant sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og om en har faste årlige møtepunkt og prosedyrer for samhandling. Det er også sterk signifikant sammenheng med om en har mulighet for uformell kommunikasjon med fastlegene og hvordan en vurderer endring i samhandling etter direkte tilgang. For samhandlingsform er det signifikant sammenheng mellom endring og hvordan en kontakter fastlegen når noe haster og informasjonstilgang for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Det er sterk signifikant sammenheng mellom endring etter direkte tilgang og profesjonsholdninger som går på tillitt til kompetanse og makt i relasjonen med fastlegene, men ingen sammenheng mellom endring og opplevelse av faglig autonomi.

Undersøkelsen viser at det i stor grad er de samme faktorene som påvirker hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer samhandlingen og hvordan de opplever at den har endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut.

8.3 Tredje analysesett: multivariat analyse

I denne delen presenteres en lineær regresjonsanalyse, der en kontrollerer at sammenhengen mellom opplevd samhandling og utvalgte uavhengige variabler ikke forsvinner når en kontrollerer for en tredje uavhengig variabel.

8.3.1 Lineær regresjonsanalyse av 7 utvalgte uavhengige variabler mot den avhengige variabelen «opplevd samhandling».

Alle de utvalgte variablene har en sterk signifikant sammenheng med den avhengige variabelen, bortsett fra sammenhengen mellom opplevd samhandling og opplevelse av om samhandlingstakstene er tilstrekkelige til å stimulere til samhandling rundt enkeltpasienter som er signifikant.

Opplevelse av tillitt til kompetanse blir vurdert til å gi et godt mål på den teoretisk variabelen definering av profesjon, variabelen mulighet for uformell kommunikasjon måler teoretiske variabelen frivilling koordinering, hvordan utvalget vurderer om samhandlingstakstene er tilstrekkelige til å stimulere til samhandling brukes som et mål på økonomiske insentiv. Mulighet for direkte kommunikasjon blir vurdert til et godt mål på den teoretiske variabelen fysisk struktur, hvordan overlevere epikriser blir brukt som mål på den teoretiske variabelen horisontal informasjonsutveksling, variablene faste årlige møtepunkt og prosedyrer for samhandling blir brukt som mål på tvungen koordinering og prosedyrer og regler.

Den multiple korrelasjonskoeffisienten (R-Square) på 0,515 viser at 51,5% av variasjonen kan forklares av samhandlingsteori og profesjonsteori. Når en har korrigert for de andre variablenes effekt ser en at det fortsatt er en signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og organisasjonsfaktorene hvordan en overleverer epikriser, en sterk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og faste årlige møtepunkt og om en har prosedyrer for samhandling. Det er også en sterk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og profesjonsfaktoren tillitt til kompetanse. En kan også se en tendens til en mulig sammenheng mellom opplevd sammenheng og fysisk struktur i form av mulighet til direkte kommunikasjon, selv om denne ikke er statistisk signifikant ($p = 0,06$). Ut i fra denne analysen kan det se ut til at de teoretiske variablene tvungen koordinering i form av faste årlige møtepunkt, prosedyrer, horisontal informasjonsutveksling, samt profesjonsholdninger i

form av tillit til kompetanse er de viktigste enkeltstående faktorene som påvirker hvordan samhandlingen mellom fysioterapeutene i utvalget og fastlegene.

Tabell 43. Lineær regresjonsanalyse av opplevd samhandling mot utvalgte variabler

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	7,256	,407		17,815	,000
	Faste årlige møtepunkt	-,530	,190	-,221	-2,793	,006
	Uformell kommunikasjon med fastlegene	-,185	,218	-,079	-,849	,398
	Mulighet for direkte kommunikasjon med fastlegene	-,176	,093	-,176	-1,890	,061
	Prosedyrer for samhandling	-,578	,200	-,231	-2,886	,005
	Opplevelse av tillitt til kompetanse	-,460	,137	-,252	-3,345	,001
	Hvordan overlevering av epikriser	-,152	,060	-,169	-2,510	,013
	Opplevelse av om samhandlingstakster er tilstrekkelige	-,115	,144	-,053	-,803	,423

a. Dependent Variable: Opplevd samhandling

Multipel korrelasjonskoeffisient: Korrigert R-Square = 0,515

8.3.2 Oppsummering av tredje analysesett

Ut i fra regresjonsanalysen med utvalgte representative uavhengige variabler for de teoretiske variablene ser det som organisasjonsfaktorene tvungen koordinering i form av faste årlige møtepunkt, formelle rutiner i form av prosedyrer for samhandling, horisontal informasjonsutveksling og fysisk struktur i form av mulighet for direkte kommunikasjon samt profesjonsfaktoren tillitt til kompetanse er de viktigste faktorene for hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen fungerer.

9.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg bruke resultatene og analysene til å svare på problemstillinga. Diskusjonsdelen er organisert etter de fire forskningsspørsmålene der resultat og analyser blir diskutert opp mot de ulike teoretiske variablene fra analysemodellen.

9.1 Hvordan vurderer privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale at samhandlingen med fastlegene fungerer?

Totalt sett viser undersøkelsen at 41% av fysioterapeutene i utvalget vurderer samhandlingen til å fungere godt eller svært godt. Dette betyr likevel at over halvparten av utvalget ikke kan si at de fornøyd med hvordan samhandlingen med fastlegene fungerer, og at en fjerdedel opplever samhandlingen som dårlig eller svært dårlig. Dette støtter opp om min egen forforståelse av konteksten og kunnskapsstatus som sier at samhandlingen i mange tilfeller er sporadisk og mangelfull (figur 7). De kontekstuelle faktorene ser ut til å ha en betydning for hvordan samhandlingen oppleves, og det er interessant at det er en så klar tendens til at fysioterapeutene som jobber i mindre kommuner opplever at samhandlingen fungerer bedre enn de som jobber i store kommuner. (figur 5).

Når det gjelder trekk ved fysioterapeutene så viser undersøkelsen at det ikke er noen sammenheng mellom om en er allmennpraktiserende eller spesialist. Det var heller ingen signifikant forskjell mellom spesialitetene. Derimot er det en svært interessant sterk signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen med fastlegene fungerer og hvor lenge de har jobbet som fysioterapeuter med driftstilskudd. Samhandlingen vurderes å fungere desidert best blant fysioterapeutene med kortest fartstid og blir vurderes gradvis dårligere og dårligere i gruppene med lengre arbeidserfaring, bortsett fra gruppen som har jobbet i lengre enn 20 år, som vurderer at samhandlingen fungerer litt bedre enn gruppen som har jobbet i 16-20. Hele 76,5% av fysioterapeutene som har jobbet med driftstilskudd i 0-5 år opplever at samhandlingen med fastlegene fungerer godt eller svært godt, og kun 5,9% vurderer at den fungerer dårlig eller svært dårlig. Blant gruppen som har jobbet i 16-20 år er det kun 25% som vurderer at samhandlingen fungerer godt eller svært godt, og hele 37,5% vurderer at den fungerer dårlig eller svært dårlig (figur 6). Det er vanskelig å gi noen god forklaring på hvorfor en opplever at samhandlingen vurderes som dårligere og dårligere etter hvert som en får mer arbeidserfaring som fysioterapeut i privat praksis. Kanskje har det en sammenheng med økt fokus på

tverrfaglighet, viktigheten av journalskriving og det å sende epikrise til pasientenes fastlege på fysioterapiutdanningene de senere årene. Det kan også være at en med økende arbeidserfaring har bedre innsikt i hvordan samhandlingssituasjonene burde være, og har i større grad erfaringer fra situasjoner der samhandlingen absolutt ikke har fungert slik den burde enn de som er relativt nyutdannet og derfor vurderer samhandlingen med fastlegene dårligere.

9.2 Hvilke faktorer påvirker hvordan samhandlingen vurderes?

Fysisk struktur: Fysisk organisering i form av lokalisering av klinikken i forhold til fastlegekontoret ser ut til å ha stor betydning (tabell 7), og det er en klar tendens til at de som er samlokalisert i samme bygg eller etasje opplever bedre samhandling enn de som er lokalisert lengre unna fastlegekontoret, og dårligst de som er lengre unna enn gangavstand, eller ikke vet hvor fastlegekontoret ligger. Dette stemmer overens med det som kom frem i studien til Szafran et al. (2017) om at samlokalisering er viktig for å fremme tverrfaglig kommunikasjon. Den fysiske plasseringen man har påvirker i stor grad kontakthyppheten mellom mennesker og organisasjoner, og en strategi for å bedre samhandling og koordinering er derfor å flytte dem nærmere hverandre (Jacobsen, 2004, s 95). Dette ser også ut til å være tilfelle for privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastlegene.

All form for samhandling har et sosialt aspekt (Jacobsen, 2004, s 95), og det kommer frem en tydelig tendens til at fysioterapeutene i utvalget som oppgir at de i stor grad har mulighet for å kommunisere med fastlegene direkte, ansikt til ansikt, opplever over 80% at samhandlingen fungerer godt eller svært godt, mens bare 11% av de som ikke har mulighet til direkte kommunikasjon i det hele tatt opplever det samme (tabell 8).

Frivillig koordinering: Denne tendensen ser en også igjen i den sterke sammenhengen mellom hvordan samhandlingen oppleves og om fysioterapeutene har noen form for uformell kommunikasjon som for eksempel felles lunsj eller andre felles sosiale aktiviteter, der 74% av de som har uformell kommunikasjon med de som jobber som fastlege opplever samhandlingen som god eller svært god, mens bare 27% av de som ikke har det opplever det samme (tabell 13).

Det sosiale aspektet ved samhandling gjenspeiles også i den sterke sammenhengen mellom hvordan fysioterapeutene oppgir at de opplever at samhandlingen fungerer, og om de har oversikt over hvem det er som jobber som fastlege i kommunen de arbeider. Her er det en klar stigende tendens for hvordan en opplever at samhandlingen fungerer og hvor god oversikt fysioterapeutene har over hvem fastlegene er. 78% av de som oppgir at de ikke har oversikt i det hele tatt over hvem fastlegene er opplever at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig, og motsatt opplever 58% av de som oppgir at de har god oversikt over hvem fastlegene er at samhandlingen fungerer godt eller svært godt (tabell 11).

Szafran et al (2017) trekker frem utskiftning av samarbeidene personell som en barriere for tverrfaglig samhandling, og med tanke på at det i en del kommuner tidvis er stor utskiftning av personell på fastlegesiden kan gjøre det vanskelig for avtalefysioterapeutene å holde seg oppdaterte på hvem de skal samhandle med, og kan være noe av grunnen til at hele 78% av de som ikke opplever at de har oversikt i det hele tatt over hvem som jobber som fastlege i kommunen de arbeider opplever at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig (tabell 11).

Det kan tenkes at fordi små kommuner i større grad har samlokalisert sine helsetjenester, og har færre personer å forholde seg til gjør at det er lettere å få en personlig relasjon til de en skal samhandle med. På den måten vil det også være mer naturlig at en har direkte kommunikasjon og det vil gjelde hvor lett det er å ha uformell kommunikasjon som felles lunsj e.l med fastlegene i kommunen. En kan derfor tenke seg at det er flere organisatoriske forhold og fysisk organisering som i større grad forekommer i små kommuner enn store som legger forholdene til rette for de sosiale aspektene ved samhandlingen, og bidrar til at det fungerer godt.

Tvungen koordinering: Det å ha prosedyrer for utførelse av oppgaver er en av de vanligste måtene å koordinere virksomheter slik at en sørger for god samhandling (Jacobsen, 2004, s 99). Undersøkelsen viser at det er en klar sammenheng mellom om kommunene har utarbeidet prosedyrer for når, hvordan, og om hva det er viktig at avtalefysioterapeutene og fastlegene samhandler og hvordan utvalget vurderer at samhandlingen fungerer. Blant fysioterapeutene i utvalget som jobber i kommuner som har disse prosedyrene er det ingen som oppgir at de vurderer at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig, mens hele 79% oppgir at de vurderer samhandlingen til å fungere godt eller svært godt (tabell 12). Slike regler som sier noe om hvem som skal gjøre hva, når og hvor, og prosedyrer som beskriver fremgangsmåten

gjør at man ikke trenger å behandle alle saker som om de er nye. På den måten vil ikke trenge å ta kontakt for å bli enige om hvordan en skal gå frem for å formidle informasjonen til den andre parten for hver gang en situasjon oppstår (Jacobsen, 2004, s 99).

Prosedyrer og rutiner for samhandling ser ut til å være en viktig faktor for hvordan samhandlingen fungerer noe som stemmer godt overens med det en forventet å finne med utgangspunkt i samhandlingsteorien. Det er derfor et tankekors at det bare er 24% av fysioterapeutene i utvalget som oppgir at kommunen de jobber i har slike formelle rutiner på plass (tabell 12).

Av formelle rutiner ser det også ut til at faste årlige møtepunkt er en faktor som påvirker hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen fungerer. Faste årlige møtepunkt vil i tillegg til å bidra til at en får en relasjon og et ansikt på de en skal samhandle med, gi en arena der det vil være naturlig å ta opp og utarbeide regler og prosedyrer for hvordan en skal samhandle. Dette er i følge Jacobsen (2004, s 104) ofte den mest effektive koordineringsmekanismen for å sørge for samhandlingen i organisasjoner.

Den klare sammenhengen mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen fungerer og om de har faste årlige møtepunkt med fastlegene stemmer derfor godt overens med det en forventet å finne. Undersøkelsen viser at hele 79% av fysioterapeutene som jobber i kommuner der de har faste årlige møtepunkt vurderer at samhandlingen med fastlegene fungerer godt eller svært godt, mens bare 6% vurderer at den fungerer dårlig. Det er kun 28% av fysioterapeutene i utvalget som oppgir at kommunen de i kommunen de jobber i har faste årlige samarbeidsmøter med fastlegetjenesten (tabell 9), noe som gir grunn til å tro at dersom flere kommuner innfører faste årlige møtepunkt som en rutine så vil det påvirke hvordan en opplever at samhandlingen fungerer i positiv retning. Det er likevel viktig å huske på at fastlegene har en koordinerende rolle for pasientens totale helsetjenestetilbud, og er derfor avhengig av å samhandle med mange ulike aktører i kommunehelsetjenesten. Samarbeidsmøter med alle de ulike tjenesteyterene de samarbeider med vil beslaglegge mye tid som ellers kunne vært benyttet til pasientkonsultasjoner

Økonomiske insentiver: Når det gjelder økonomiske insentiver for samhandling rundt enkeltpasienter vurderer 57% av fysioterapeutene at samhandlingstakstene ikke er tilstrekkelige til å stimulere til samhandling, mens 43% vurderer at de er tilstrekkelige. Det er også en signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene vurderer at samhandlingen

fungerer og om de synes at samhandlingstakstene er tilstrekkelige, der de som er positive til samhandlingstakstene har en signifikant bedre vurdering av samhandlingen enn de som ikke er det (tabell 23). Forventingen om at de fysioterapeutene som finner de økonomiske insentivene til samhandling gode nok påvirker samhandlingen i positiv retning, og de som ikke gjør det i negativ retning ser derfor ut til å stemme ut i fra teori om at de fleste individene i organisasjon vil prioritere de oppgavene en belønnes for, og når en opplever at belønningen ligger i tjenesteyting og ikke i samhandling så vil dette bli nedprioritert (Lipsky, 1980, ref. i Jacobsen, 2004 s 86).

Denne trenden blir langt på vei bekreftet ser når 59% av fysioterapeutene i utvalget oppgir at manglende økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter med fastlegene som ikke handler om enkeltpasienter gjør det mindre interessant å delta på disse (tabell 15), og at hele 87% av fysioterapeutene har tro på at samhandlingen med fastlegene hadde fungert bedre dersom en fikk økonomisk kompensasjon for å delta på samarbeidsmøter (tabell 16). Ut i fra dette så ser det ut til at økonomiske insentiver er en faktor som påvirker hvordan privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd samhandler med fastleger, og kan være et tiltak for å styrke samhandlingen der det er behov for det.

Horisontal informasjonsutveksling: Når det gjelder samhandlingsform for skriftlig informasjonsutveksling ser en at 90% av fysioterapeutene har mulighet for å samhandle med pasientenes fastlege via sitt journalsystem og Norsk Helsenett (tabell 17). Alle privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd er nå pålagt å koble seg opp på helsenettet via den nye forskriften for avtalefysioterapi (2017), noe som er et sentralt styrt tiltak som bygger ned barrierene for informasjonsutveksling (Jacobsen, 2004, s 98).

Undersøkelsen viser videre at det er de som i stor grad benytter elektronisk samhandlingsform som vurderer at samhandlingen fungerer best. Det er sterk sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen med fastlegene fungerer og hvordan de går frem for å kontakte legen når noe haster. 60% av de som oppgir at de sender dialogmelding over Norsk Helsenett vurderer samhandlingen til å være god eller svært god. I gruppen som har mulighet til å ringe direktenummeret til pasientens lege opplever også kun 9% av samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig, mens i gruppen som må ringe publikumsnummeret til legekantoret og vente på å bli satt over eller ringt tilbake ser en at hele 46% vurderer samhandlingen til å være dårlig eller svært dårlig (tabell 18). Det å gi fysioterapeutene oversikt over direktenummeret til fastlegene i kommunen ser ut til å kunne

være et tiltak for å bedre samhandlingen der elektronisk informasjonsutveksling over helsenetten ikke er mulig.

Dette ser en også en indikasjon på i den sterke signifikante sammenhengen mellom om fysioterapeutene i utvalget får tilgang til den informasjonen de trenger for en faglig forsvarlig yrkesutøvelse og hvordan de tar kontakt med legen når noe haster. Hele 91% av de som har mulighet til å ringe direktenummeret til pasientens fastlege oppgir at de som regel eller alltid får tak i den informasjonen de trenger, mens blant de som ringer publikumsnummeret til legekontoret oppgir 44% at ofte eller svært ofte ikke får tak i den informasjonen de trenger for å kunne utøve jobben på en faglig forsvarlig måte (tabell 21).

Noe overraskende er det derfor at det ikke er en statistisk signifikant sammenheng mellom hvordan fysioterapeutene i utvalget oppgir at de vanligvis oppgir at de mottar pasientinformasjon og om de føler at de har tilgang på den informasjonen de trenger for å utøve jobben på en faglig forsvarlig måte. Likevel viser tabellen at 83% av de som mottar pasientinformasjon over Norsk Helsenetten som regel eller alltid får tak i den informasjonen de trenger for faglig forsvarlig yrkesutøvelse (tabell 23). Det kan gi et inntrykk av at det er viktigere for hvordan fysioterapeutene vurderer samhandlingen og informasjonsutvekslingen for en faglig forsvarlig yrkesutøvelse at de kan sende fra seg informasjon til fastlegene enn hvordan de mottar pasientinformasjon.

Undersøkelsen viser også at 70% av fysioterapeutene i utvalget vanligvis sender epikriser til pasientenes fastlege elektronisk over Norsk Helsenetten. Dette kan tyde på at det å tvinge avtalefysioterapeutene til å knytte seg til helsenetten har ført til at flere velger å benytte elektronisk informasjonsutveksling. Det er også en signifikant sammenheng mellom hvordan en sender epikriser og hvordan en vurderer at samhandlingen fungerer. De som oppgir at de enten sender epikriser i posten, sender de med pasienten for overlevering til legen eller oppgir at de vanligvis ikke sender epikriser vurderer at samhandlingen fungerer dårligere enn de som enten sender elektronisk epikrise over helsenetten eller leverer epikrisen personlig på legekontoret (tabell 19).

Det synes tydelig at horisontal informasjonsutveksling, og da særlig mulighet for enten personlig eller elektronisk kommunikasjon er en viktig faktor for hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer hvordan samhandlingen med fastlegene fungerer, og i hvilken grad de

opplever at de har tilgang til den informasjonen de trenger for å kunne utøve faglig forsvarlig arbeid. Det er verdt å merke seg at kun 5% oppgir at de ikke sender epikriser til pasientenes fastlege (tabell 19). Det har vært stort fokus på viktigheten av epikriser og plikten til å skrive dem de siste årene, og dette kan gi en indikasjon på at dette har bedret seg siden Berge, Døving og Andersen (2013) fant at det ble sendt tilbakemelding til henvisende instans kun i 1 av 5 henvisninger som ble skrevet ut.

Profesjonsholdning; Redefinering av profesjon og endring i jurisdiksjon:

Fastlegene og fysioterapeutene har overlappende kompetanse når det gjelder undersøkelse og behandling av pasienter med muskel og skjellettproblematikk. Ut i fra profesjonsteorien der en fremstiller profesjonsutøverne som agenter for sine institusjoner, ville en forvente at det kan oppstå mistillit til hverandres kompetanse og strid om retten til å utføre spesielle oppgaver (Muzio, Brock & Suddaby, 2013) når fastlegene og fysioterapeutene skal samhandle. Det er heller ikke noe klart skille i faglig eller administrativ autoritet mellom profesjonene, og slik uklarhet fører ofte til konflikter på tvers av profesjonsgrenser (Tellefsen, 2004, 139). En forventet derfor å finne utfordringer knyttet til tillit og opplevelse av faglig autonomi.

Undersøkelsen tyder på at det likevel ikke er tilfellet. Hele 92% av fysioterapeutene i utvalget oppgir at de opplever at fastlegene har svært stor eller stor tillit til deres kompetanse, og her er det ikke overraskende også en tendens til at de som opplever at fastlegene har stor grad av tillit til deres kompetanse også vurderer samhandlingen til å fungere godt eller svært godt. Jo større grad av tillit fysioterapeutene opplever, jo bedre vurderer det også samhandlingen til å fungere (figur 12 og tabell 24).

Et stort flertall av fysioterapeutene i utvalget oppgir at de har faglig autonomi, og er fri fra diktering av fagutøvelsen i fra legene. Hele 67% oppgir at de opplever at de har stor grad av faglig autonomi, og 30% at de har noen grad av faglig autonomi (tabell 25). Det er også en sammenheng der en ser at jo større grad av faglig autonomi en opplever å ha, jo bedre vurderer en at samhandlingen med fastlegene fungerer. Dette er også svært interessant når en ser det i sammenheng med hvordan fysioterapeutene i utvalget ser på maktbalansen i relasjonen mellom seg selv og fastlegene. Fysioterapeuter har tidligere i stor grad vært en underordnet profesjon (Erichsen, 2003 s, 42), der legene har definert behandlingsbehov og tiltak. Legeyrket har tradisjonelt vært den overordnede profesjonen, og har satt premissene for

utviklingen av helsetjenestene (Abbott, 1988). Redefineringen av profesjonen har gradvis endret dette, og nå spesielt etter direkte tilgang har gjort profesjonen mer autonom når det faglige vurderinger (Erichsen, 2004, s 47).

Blant fysioterapeutene i utvalget opplever 49% fortsatt at fastlegen er overordnet fysioterapeuten selv om de formelt sett er på samme hierarkiske nivå, mens 50% opplever at de er likeverdige samarbeidspartnere når en skal samhandle om enkeltpasienter. Det er også noen få, 1%, som opplever at fysioterapeuten fremstår som overordnet fastlegen. Her ser en også en signifikant sammenheng der de fysioterapeutene som opplever at en samhandler som likeverdige vurderer at samhandlingen fungerer vesentlig bedre enn de som opplever at legen er overordnet fysioterapeuten (tabell 25).

Profesjoner og samarbeid (kunnskapssosiologisk perspektiv):

Når det gjelder kunnskapssosiologisk perspektiv ser det ut til at fysioterapeutene i utvalget har en oppfatning av at det stort sett er enighet mellom dem og fastlegene når det gjelder hva som avdekkes i undersøkelse og i behandlingsvalg til pasientene for ulike problemstillinger. Profesjonsinteresser og ulik virkelighetsoppfatning om hva som er korrekt fagutøvelse mellom ulike profesjoner er faktorer som kan føre til redusert vilje til samhandling og samarbeid (Tellefsen, 2004 , s136). Undersøkelsen viser likevel at 84% av fysioterapeutene mener at det som regel eller nesten alltid er samsvar mellom den diagnosen pasienten har fått av legen og det de avdekker i sin undersøkelse. Kun 1% av fysioterapeutene i utvalget mener at det nesten aldri samsvarer. Tilsvarende resultater ser en når det gjelder behandlingsvalg, der 82% av fysioterapeutene mener at det som regel eller stort sett alltid er samsvar mellom det legene tenker er riktig behandling og det fysioterapeuten tenker er best behandling for pasienten (figur 10). Det ser derfor ut til at det kunnskapssosiologiske perspektivet mellom fastlegene og fysioterapeutene ikke er så ulikt.

En forventet å finne at felles internundervisning ville gitt en bedre forståelse og dermed bedre samhandlingen. Ut i fra denne undersøkelsen ser ikke felles internundervisning til å være en faktor som påvirker samhandlingen i vesentlig grad, da det ikke er noen signifikant sammenheng. Det er også kun 6% av fysioterapeutene i utvalget som oppgir at de har felles internundervisning med fastlege i kommunen de jobber, noe som tyder på at dette ikke er noe en har valgt å prioritere å bruke tid på.

Ut i fra denne undersøkelsen kan det se ut som om de organisatoriske faktorene har større utslag på hvordan samhandlingen mellom fastlegene og fysioterapeutene fungerer enn det som går på motsetninger, manglende tillit, ulikt kunnskapssosiologisk perspektiv og profesjonskamp, da det virker som fysioterapeutene i stor grad nyter tillit fra fastlegene når det gjelder faglige vurderinger, og opplever at de har faglig autonomi og frihet fra diktering av fagutøvelsen.

I regresjonsanalysen kommer det frem at når en kontrollerer for effekten av de andre uavhengige variablene så er det fortsatt statistisk signifikant sammenheng mellom opplevd samhandling og variablene som representerer fysisk struktur, formelle rutiner, tvungen koordinering, horisontal informasjonsutveksling og profesjonsholdninger, noe som kan tyde på at dette er de mest sentrale faktorene som påvirker samhandlingen i positiv eller negativ retning. Dette stemmer også godt overens med det en forventet å finne, og med teori som beskriver dette som sterke koordineringsmekanismer. Faste møtepunkt blir omtalt som den mest effektive måten for å fremme samhandling i organisasjoner (Jacobsen, 2004, s 103), og det å utarbeide regler og standardprosedyrer er også en av de vanligste måtene å sørge for koordinering og samhandling, og sørger for effektivitet i koordineringen da en ikke trenger å behandle alle situasjoner som de var nye (Jacobsen, 2004, s 99).

9.3 På hvilken måte har samhandlingen endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?

Halvparten av fysioterapeutene i utvalget synes ikke at samhandlingen med fastlegene har endret seg etter direkte tilgang, 29% synes samhandlingen fungerer bedre nå og 21% synes at samhandlingen forandret seg til det verre etter direkte tilgang (figur 5). Dette tyder på at tilgangsreformen har slått ulikt ut, og at det for omtrent halvparten ikke har hatt noen innvirkning på samhandlingen med fastlegene. En kan likevel langt på vei avvise forventingen om at den i vesentlig grad har ført til økte konflikter og profesjonskamp og sånn sett påvirket samhandlingen i negativ retning da 79% av utvalget vurderer samhandling som uendret eller bedre enn den var før innføring av direkte tilgang. Dette ser en også igjen i den sterke signifikante sammenhengen mellom opplevd samhandling og endring etter direkte tilgang, der 77% av de som vurderer at samhandlingen har utviklet seg i positiv retning etter direkte tilgang angir samhandlingen til å fungere godt eller svært godt, og kan tyde på at samhandlingen har blitt bedre der den allerede fungerte godt fra før. Det er likevel et

tankekors at omtrent en femtedel av utvalget opplever at direkte tilgang har gjort at samhandlingen har utviklet seg i negativ retning. Tendensen motsatt vei er ikke like tydelig, men bare 20% av de som opplever at samhandlingen har forverret seg etter direkte tilgang vurderer samhandlingen til å fungere godt eller svært godt, og hele 32% av sistnevnte gruppe opplever at samhandlingen fungerer dårlig eller svært dårlig (tabell 1).

Den samme tendensen ser en når det gjelder hvor interesserte fysioterapeutene i utvalget vurderer at fastlegene er i samarbeid etter tilgangsreformen. På dette punktet stemmer heller ikke forventningen om at redefinering av profesjon og økt jurisdiksjon til fysioterapeutene vil føre til redusert vilje til samarbeid, selv om det har vært en overføring av faglig og administrativ autoritet fra en profesjon til en annen (Scott, 2008; Tellefsen, 2004 s 138). Tvert imot så opplever 82% av utvalget at interessen for samarbeid er bedre eller uendret etter innføring av direkte tilgang, mens 18% opplever at interessen for samarbeid er mindre etter direkte tilgang (figur 7). Her er det og interessant å se på den sterke signifikante sammenhengen mellom opplevd samhandling og interesse fra fastlegene til samarbeid. Her oppgir 77% av de som opplever at fastlegene er mer interesserte i å samarbeide etter direkte tilgang at de vurderer samhandlingen til å fungere godt eller svært godt, og motsatt så oppgir 43% av de som opplever at fastlegene er mindre interesserte i samarbeid at de vurderer samhandlingen til å være dårlig eller svært dårlig. Dette støtter opp om oppfatningen av at samhandlingen har blitt bedre der den allerede var god, og dårligere der den var dårlig.

En mulig forklaring på den positive siden er at fastlegene er avhengige av tilbakemeldinger fra de andre aktørene i helsetjenesten, og i enda større grad etter direkte tilgang da pasientene i mange tilfeller ikke har vært i kontakt med legen på forhånd. Frivillig koordinering er en svak koordineringsmekanisme (Jacobsen, 2004 s 85), men kan likevel ha blitt en viktigere faktor som påvirker samhandlingen da fastlegene i større grad enn tidligere er avhengig av tilbakemelding for å ha oversikt over pasientene som mottar fysioterapi.

På den andre siden er det verdt å merke seg at en tredjedel av fysioterapeutene opplever at fastlegene i mindre grad tidligere anbefaler pasienter å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang (figur 6). Dette stemmer med forventningen omkring profesjoner og samarbeid at direkte tilgang utfordrer legenes intellektuelle jurisdiksjon over diagnostikk og behandlingsvalg for pasienter med muskel-skjelettplager, og at fysioterapi kan bli et mindre aktuelt tiltak for legene å anbefale sine pasienter når de ikke lengre har full råderett over hvem

som skal motta tjenesten (Muzio, Brock & Suddaby, 2013). En ser også her en sterk signifikant sammenheng der 88% av de som opplever at fastlegene i større grad anbefaler pasientene å oppsøke fysioterapeut etter direkte tilgang også vurderer status på samhandlingen til å være god eller svært god, og at hele 47% av de som opplever at fastlegene i mindre grad anbefaler pasientene å oppsøke fysioterapeut vurderer status på samhandlingen til å være dårlig eller svært dårlig.

Det kan også være at pasientene på sin side opplever det som mindre forpliktende når legen anbefaler å oppsøke en fysioterapeut på egenhånd, enn når en fikk en direkte henvisning i hånda. Dette kan sammenlignes med forskjellen på å motta en resept i hånda på et medikament på apoteket og enten en muntlig anbefaling om å gå å kjøpe det, eller gjøre det på eget initiativ. Det er mulig at det å få en skriftlig «befaling» fra legen, der det attesteres at fysioterapi er av vesentlig betydning for helsen oppleves som mer forpliktende for pasientene. Kanskje føler også legene at de i mindre grad kan gi pasienten noe, når de ikke lengre kan bevilge en eksklusiv tjeneste men gi en anbefaling om å oppsøke noen som pasienten også kunne gjort på eget initiativ. Med dette som bakteppe kan en også lure på om direkte tilgang har fratatt fysioterapien noe av sin eksklusivitet i forhold til andre yrkesgrupper, da en ikke lengre er en tjenesten som en trenger å henvises til, men kan oppsøkes på eget initiativ på samme måte som kiropraktorer, naprapater eller andre behandlere innenfor muskel-skjellettfeltet.

Direkte tilgang til fysioterapeut er et ledd i profesjonsutviklingen der fysioterapiprofesjonen redefineres og gis mer autonomi og frihet til å handle selvstendig (Erichsen, 2003 s 42). Det at hele 39% av fysioterapeutene i utvalget opplever større faglig autonomi og frihet fra diktering av fagutøvelse etter direkte tilgang (figur 9), stemmer med det en forventet å finne med utgangspunkt i profesjonsteorien. 60% av fysioterapeutene opplever at det ikke har vært noen endring, mens 2 % opplever at de har mindre autonomi etter direkte tilgang. Dette ser en også igjen i opplevelse av maktbalanse i relasjonen mellom fysioterapeutene og fastlegene der 33% av fysioterapeutene i utvalget opplever at en samhandler mer som likeverdige etter direkte tilgang og 67% vurderer det til at direkte tilgang ikke har påvirket maktbalansen i relasjonen med fastlegene (figur 8). Når en tar utgangspunkt i Axelsson & Axelsson (2006) sin modell (figur 1) for inndeling av integrasjon mellom enheter, ser en at i situasjoner der en har høy grad av horisontal integrasjon og lav grad av vertikal integrasjon havner på begrepet samhandling (Axelsson & Axelsson, 2006). Det at såpass stor andel av fysioterapeutene opplever større grad av faglig autonomi og at en samhandler mer som likeverdige parter kan

derfor tyde på at koordineringen mellom fysioterapeutene og fastlegene har endret seg i retning av mer reell samhandling etter tilgangsreformen.

Endring i opplevd samhandling og relasjon til fastlegene ser ut til å ha slått ulikt ut blant fysioterapeutene i utvalget. Når det gjelder kontekstuelle faktorer så viser undersøkelsen at det er signifikant flere (37,8%) som opplever en positiv endring i samhandling og relasjon i kommuner med under 10 000 innbyggere enn i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere (7%) (tabell 28). Det er også tydelig at fysioterapeutene med kortest arbeidserfaring er mest positive til endringene etter direkte tilgang, mens de med lengst arbeidserfaring er mest negative (tabell 29).

En mulig medvirkende faktor til at fysioterapeuter med lengre arbeidserfaring opplever at samhandlingen har blitt dårligere etter innføring av direkte tilgang kan være at en i stor grad har lagt opp til elektronisk kommunikasjon. Privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd nå er pålagt å være tilknyttet helsenettet, og det kan være at en del fysioterapeuter som har lang arbeidserfaring i mindre grad har IT-kompetansen som trengs eller motivasjonen til å skaffe seg den. De har kanskje også i større grad innarbeidet andre vaner, da det ikke har vært kultur eller mulighet for elektronisk samhandling tidligere.

Det er også viktig å huske på at endring tar tid, og det er mulig at ett år etter tilgangsreformen er i tidligste laget for å kunne si noe om hvordan den har virket inn på samhandlingen mellom fysioterapeuter med driftsavtale og fastlegene. Det at mange fysioterapeuter relativt nylig har knyttet seg til helsenettet og startet med elektronisk kommunikasjon kan kanskje føre til at en del opplever at samhandlingen har blitt dårligere i innkjøringsfasen, men at dette vil bedre seg etter hvert ettersom kulturen for samhandling har blitt endret og nye vaner etablert.

9.4 Hvilke faktorer påvirker hvordan samhandlingen har endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?

Fysisk struktur: Fysisk organisering i form at lokalisering av klinikken har ingen signifikant sammenheng med hvordan samhandlingen har endret seg, men det er signifikant sammenheng mellom grad av mulighet for direkte kommunikasjon ansikt til ansikt med fastlegene, der de med størst grad av direkte kommunikasjon opplever er mest positive til endret samhandling etter direkte tilgang. Dette tyder på at det sosiale aspektet av samhandling også har hatt betydning for hvordan samhandlingen har utviklet seg etter direkte tilgang til fysioterapeut (tabell 30).

Tvungen koordinering: Det ser også ut til at formelle rutiner har noe å bety for hvordan fysioterapeutene i utvalget vurderer endringen i samhandling etter direkte tilgang. En ser at de som jobber i kommuner som har faste årlige møtepunkt, har prosedyrer for samhandling og de som har oversikt over hvem som jobber som fastlege er signifikant mer positive til endring i samhandling etter direkte tilgang enn de som ikke har det (tabell 31,32 og 33). På samme måte som for fysisk struktur ser det ut til at det sosiale aspektet ved å ha kjennskap til den en skal samhandle med har påvirket samhandlingen i positiv retning etter direkte tilgang, og i negativ retning der dette er fraværende.

Horisontal informasjonsutveksling: Det er også tydelig forskjeller når en ser på samhandlingsform, der de som leverer epikrisene personlig på legekantoret opplever 60% at samhandlingen har endret seg til det bedre etter direkte tilgang. De som har mulighet til å benytte dialogmelding over Norsk Helsenet når de oppdager noe som haster og kan sende elektroniske epikriser er også signifikant mer positive til endringene etter direkte tilgang enn de som ikke har det (tabell 36 og 37). Det er likevel ikke signifikant sammenheng mellom mulighet for elektronisk informasjonsutveksling og opplevd endring etter direkte tilgang, slik at det er ikke en utslagsgivende faktor alene.

Profesjonsholdninger: En kan også se ulikheter når det gjelder profesjonsholdninger, der de som har en oppfatning av at en samhandler som likeverdige parter opplever signifikant mer positiv endring i samhandlingen etter direkte tilgang enn de som har en oppfatning av at fastlegen er overordnet fysioterapeuten (tabell 41). Det samme gjelder de som opplever stor grad av tillitt fra fastlegene har også en signifikant mere positiv vurdering av hvordan direkte tilgang til fysioterapeut har påvirket samhandlingen enn de som opplever liten grad av tillitt (tabell 40).

9.5 Konklusjon

Når det gjelder organisasjonsfaktorer som påvirker samhandling ser en at de teoretiske variablene fysisk struktur, prosedyrer og regler, økonomiske insentiver, tvungen koordinering, horisontal informasjonsutveksling og frivillig koordinering alle har signifikante sammenhenger med hvordan samhandlingen vurderes. Dette bekrefter og stemmer overens med den valgte teorien. For profesjonsfaktorene ser en at forventingen ut i fra profesjonsteori med økt profesjonskamp og redusert samarbeidsvilje som følge at redefinering av profesjon og endring i jurisdiksjon ikke ser ut til å stemme. Det samme gjelder forventning om at profesjonene har ulikt kunnskapssosiologisk perspektiv, som vil kunne føre til økt konflikt og

reduisert samhandling. Dette viser seg heller ikke å stemme, da fysioterapeutene og fastlegene virker å være samstemte når det gjelder faglige vurderinger av undersøkelse og behandling av pasienter. Profesjonsfaktorene som går på tillitt til kompetanse og faglig autonomi som gir frihet fra diktering av fagutøvelsen og opplevelse av å være likeverdige samhandlingspartnere har signifikante sammenhenger med hvordan samhandlingen oppleves og vurderes. Det ser også ut til at trekk ved konteksten som kommunestørrelse, og trekk ved fysioterapeutene som fartstid i yrket har en betydning.

Funnene i undersøkelsen kan tyde på at det i stor grad er de samme faktorene som påvirker samhandlingen generelt som også er avgjørende for om fysioterapeutene i utvalget vurderer at samhandlingen har blitt bedre eller dårligere etter direkte tilgang. Det er også en stor andel av utvalget som ikke opplever at samhandlingen er vesentlig endret. Med andre ord ser det ut til at direkte tilgang har forbedret samhandlingen der den allerede var god, og gjort at den fungerer dårligere der det allerede var utfordringer.

I regresjonsanalysen ser en at organisasjonsfaktorene fysisk struktur i form av mulighet for direkte kommunikasjon, prosedyrer for samhandling, tvungen koordinering i form av faste årlige møtepunkt, mulighet for horisontal informasjonsutveksling og profesjonsfaktorer i form av tillitt til kompetanse har en signifikant sammenheng med opplevd samhandling når en har kontrollert for effekten av de andre variablene. Det tyder på at dette er de mest sentrale faktorene som påvirker hvordan samhandlingen mellom fysioterapeutene og fastlegene fungerer. Økonomiske insentiver og frivillig koordinering har ikke en signifikant sammenheng når en kontrollerer for effekten av de andre variablene.

9.6 Praktisk betydning

Ut i fra funnene i denne undersøkelsen vil det være naturlig å anbefale kommuner som ønsker en best mulig samhandling mellom sine fysioterapeuter med driftsavtale og fastleger å innføre tvungen koordinering via faste årlige møtepunkt mellom fysioterapeutene og fastlegene. Disse møtepunktene bør kunne være en god arena for å bli enige om prosedyrer og retningslinjer som sier noe om når, hvordan og om hva det er viktig at de to tjenestene samhandler. Det neste vil være å legge til rette for mest mulig enkel og effektiv horisontal informasjonsutveksling, aller helst elektronisk over Norsk Helsenett, men også en enkel ting som å sørge for at fysioterapeutene har mulighet til å ringe direktenummeret til den aktuelle legen ser ut til å påvirke hvordan samhandlingen oppleves.

Det at samhandlingen oppleves bedre i små enn store kommuner sammenfaller antakeligvis av en fordelaktig organisering og større grad av samlokalisering på små plasser. Dette gjør at det i også større grad legges til rette for det sosiale aspektet av samhandling, og at det ikke er kommunestørrelsen i seg selv som er utslagsgivende. Dette er likevel noe å være oppmerksom på, kanskje først og fremst i større kommuner, og dersom mulig legge til rette en fysisk struktur som gjør at det er mulighet for å kommunisere direkte.

Det virker i stor grad å være de samme faktorene som påvirker samhandlingen generelt som også påvirker hvordan samhandlingen har endret seg etter innføringen av direkte tilgang til fysioterapeut. Det ser ut som om samhandlingen har utviklet seg i positiv retning der samhandlingen fungerte godt og i negativ retning der den fungerte dårlig. Det gjelder også kontekstuelle faktorene kommunestørrelse og fartstid i yrket, der de som jobber i små kommuner er mer positive til endring i samhandling enn de som jobber i store kommuner, og de som har kort fartstid i yrket er mer positive til endring i samhandling enn de som har lang fartstid. Dette bør gjøre det enda mer aktuelt nå å innføre faste møtepunkt og prosedyrer for samhandling i kommunene som ikke har dette. Tillitt til kompetanse og profesjonsholdninger er vanskeligere å gjøre noe med, men det kan tenkes at også dette vil bedres lokalt som en følge av tvungen koordinering og prosedyrer for samhandling i større grad har kjennskap til hverandre og hvordan en kan dra nytte av hverandres kompetanse.

9.7 Behov for videre forskning

Det kan diskuteres om en kvantitativ tilnærming er rett metodevalg når en ønsker å undersøke hvordan mennesker vurderer eller opplever et fenomen, og måle dette gjennom faste svarkategorier i en spørreskjemaundersøkelse. I tillegg er samhandling er også et komplekst begrep å undersøke og som også er veldig personavhengig. Dette er også noe av den tilbakemeldingen respondentene har kommet med, at samhandlingen kan være kjempegod med enkelte av fastlegene, og helt elendig med andre. Det kan derfor være vanskelig å kategorisere noe som kan være svært varierende mellom de ulike personene som er involvert. Begge disse elementene gjør at tematikken kunne vært undersøkt med en kvalitativ tilnærming, og ville kunne gitt en annen dybde i forståelsen av den personlige komponenten av samhandling. Dette viser et behov for videre forskning, og da kanskje med en kvalitativ tilnærming for å kunne gå i dybden på fenomenet og på elementer av samhandlingen som ikke har latt seg undersøke med denne undersøkelsens kvantitative tilnærming.

For å kunne si noe om samhandlingen som helhet trenger en også informasjon om hvordan fastlegene vurderer at samhandlingen med avtalefysioterapeutene fungerer. Dette er spesielt interessant da fysioterapeutene i denne settingen i hovedsak har fastlegen å forholde seg til som samarbeidspartner, mens fastlegene kan ha et stort antall forskjellige aktører de skal samhandle med, og avtalefysioterapeutene sånn sett blir en av mange. Fastlegenes perspektiv i denne sammenhengen utforsket og danner et behov for videre forskning. Det er også kjent at endring av vaner og arbeidsmåter tar tid, og ett år etter innføring av direkte tilgang er i denne sammenhengen ikke lenge. Det kunne derfor vært ønskelig å gjenta undersøkelsen på et senere tidspunkt da både avtalefysioterapeuter, fastleger og pasienter har fått bedre tid til å tilpasse seg den nye situasjonen.

10.0 Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions : An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Axelsson, R. & Axelsson, SB. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88.
- Berge, H., Döving, P., & Andersen, T. (2013). Feedback from the physiotherapist to the referring physician is often inadequate. *Norsk Idrettsmedisin*, 28(2), 33-6.
- Brelin, P. (2016, 12. September) Isolert sett er tiltaket ikke noe som fremmer samhandling. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/12/09/-isolert-sett-er-tiltaket-ikke-noe-som-fremmer-samhandling/>
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre : Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hulme JB¹, Bach BW, Lewis JW (1988) Communication between physicians and physical therapists. *Physical Therapy*. Jan;68(1):26-31. Physical Therapy Program, University of Montana, Missoula 59812.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erichsen, Vibeke. *Profesjonsmakt : På Sporet Av En Norsk Helsepolitisk Tradisjon*. Oslo: Pensumtjeneste, 2003. Print..
- Eriksen, E. O. & Molander, A. (2008) Profesjon, rett og politikk. I Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ludvigsson ML & Enthoven, P (2012) Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care» *Physiotherapy* 98 (2012) 131-137 Elsevier Ltd.

Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (2017) Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-09-01-1334>

Forskrift om turnustjeneste for fysioterapeuter (2009) *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-09-09-1175>

Hanssen, G.S., Helgesen, M. og Vabo, S.I. (2011) *Politikk og demokrati. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. (3. utg.). Gyldendal, Oslo.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J.(2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Jacobsen, D.I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig. Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, P. (Red.).(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Knudsen, H. (2004) Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Repstad, P. (Red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo:Universitetsforlaget.

Matland, RE (1995) Synthesizing the implementation Literature: The ambiguity-conflict model of Policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-Part Vol 5, no 2*.

Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fremtidens-primarhelsetjeneste--narhet-og-helhet3/id2410502/>

Muzio, D., Brock, D., & Suddaby, R. (2013). Professions and Institutional Change: Towards an Institutionalist Sociology of the Professions. *Journal of Management Studies*, 50(5), 699-721.

Piano, L., Maselli, F., Viceconti, A., Gianola, S., Ciuro, A (2017) Direct access to physical therapy for the patients with musculoskeletal disorders, a literature review. *Journal of Physical Therapy Science*. Aug; 29(8): 1463-1471. Published online 2017 Aug 10. PMID: PMC5574358.

Prop. 71 L (2016–2017) Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.) *Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 31. mars 2017, godkjent i statsråd samme dag.* (Regjeringen Solberg)
Kap. 9.

Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

[Scaffardi RA.](#) (1989) Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. *Journal of the Royal Collage of General Practitioners.* 1989 Sep;39(326):375-6.

Scott, WR (2008) Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization Studies* 29 (02): 219-238 ISSN 0170-8406

Svensson, L. G., & Karlsson, A. (2008) Profesjoner, kontroll og ansvar. I Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier.* Universitetsforlaget.

Szafran O., Torti JMI, Kennet SL, Bell NR. (2017) Family physicians` perspectives on interprofessional teamwork: Findings from a qualitative study. *Journal of Interprofessional care.* ISSN: 1356-1820. Published online 08. nov. 17. Downloaded 21. nov 17 by Høgskulen på Vestlandet.

Ross CA, Roberts LW, Olson, L. (1980) The doctor-physiotherapist relationship: the physiotherapists' perspective. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada.* 01 Jul 1980, 32(4):219-223]

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tellefsen, T. (2004) Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? Kunnskapssosiologiske perspektiver på tverretatlig samarbeid. I Repstad, P. (Red.).(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.

Referanse til eget tidligere levert arbeid

SA6-407 Helse og velferdspolitik s 1-6 og 12-16, eksamensoppgave levert vår 2017

ME6-500 Forskningsstrategier og metode s 7-11 og 33-40, eksamensoppgave levert høst 2017

OR6-502 Styring, omstilling og leiing i offentlige organisasjoner s 12-23 og s 30-32,
eksamensoppgave levert vår 2018

Vedlegg 1

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Samhandling mellom fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastleger i primærhelsetjenesten

Referansenummer

589133

Registrert

18.11.2018 av Tor Jervan Staarvik - 130918@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig

Oddbjørn Bukve, oddbjorn.bukve@hvl.no

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Student

Tor Jervan Staarvik, tor.staarvik@gmail.com, tlf: 48299499

Prosjektperiode

02.01.2019 - 14.06.2019

Status

10.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 10.1.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD. HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER? Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere

meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger. VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Spørreskjemaundersøkelse

Jobber du som

- (1) Allmennpraktiserende fysioterapeut
- (2) Psykomotorisk fysioterapeut
- (3) Manuellterapeut
- (4) Annen spesialist

Hvor mange innbyggere er det i kommunen du jobber?

- (1) Mindre enn 10 000 innbyggere
- (2) 10 000 - 50 000 innbyggere
- (3) Mer enn 50 000 innbyggere

Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut med driftstilskudd?

- (1) 0 - 5 år
- (2) 6 - 10 år
- (3) 11-15 år
- (4) 16 - 20 år
- (5) Lengre enn 20 år

Hva er din alder?

Hvordan er klinikken du jobber på plassert i forhold til fastlegekontoret?

- (1) Samlokalisert i samme etasje
- (2) Samlokalisert i samme bygg
- (3) I gangavstand fra klinikken
- (4) Lengre unna fastlegekontoret
- (5) Vet ikke hvor fastlegene har kontor

Er klinikken din plassert slik at det er naturlig å kommunisere med fastlegene direkte?

- (1) Ja, i stor grad
- (2) Ja, i noen grad
- (3) Nei, i liten grad
- (4) Nei, ikke i det hele tatt

Har du mulighet til å kommunisere med fastlegene via ditt journalsystem og Norsk Helsenett?

- (1) Ja
- (2) Nei

Hvordan overleverer du vanligvis epikriser til pasientens fastlege?

- (1) Elektronisk over Norsk Helsenett
- (2) Sender i posten
- (3) Leverer personlig på legekantoret/til legesekretær
- (4) Sender det med pasienten
- (5) Sender ikke epikrise til pasientens fastlege

Hvordan mottar du som regel pasientinformasjon?

- (1) I mitt elektroniske pasientjournalsystem, over Norsk Helsenett
- (2) I Posten
- (3) Fra pasienten

Hvordan tar du kontakt med pasientens lege dersom du oppdager noe som haster?

- (1) Ringer direktenummer til pasientens lege
- (2) Ringer publikumsnummer til legekantoret og venter på å bli satt over
- (3) Sender elektronisk dialogmelding via journalsystemet

Har du noen uformell kommunikasjon med fastlegene i kommunen du jobber? (felles lunsj, sosiale arrangement e.l.)

- (1) Ja
- (2) Nei

Har dere faste årlige møtepunkt der fysioterapeutene og fastlegene møtes?

- (1) Ja
- (2) Nei

Har dere noen form for felles internundervisning med fastlegene?

- (1) Ja
- (4) Nei

Har du oversikt over hvem som jobber som fastlege i kommunen du jobber?

- (1) Har god oversikt over hvem som jobber som fastlege
- (2) Har grei oversikt over de fleste som jobber som fastlege
- (3) Har oversikt over noen som jobber som fastlege
- (4) Har ikke oversikt over hvem som jobber som fastlege

Har fysioterapitjenesten og fastlegetjenesten utarbeidet prosedyrer for samarbeid og samhandling?

- (1) Ja
- (2) Nei

Opplever du at samhandlingstakstene er tilstrekkelige og stimulerer til samhandling rundt enkeltpasienter?

- (1) Ja,
- (2) Nei

Er mangel på økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter som ikke handler om enkeltpasienter noe som gjør det mindre interessant å delta på disse?

- (1) Ja
- (2) Nei

Tror du at samhandlingen hadde fungert bedre dersom privatpraktiserende fysioterapeuter fikk økonomisk godtgjørelse for å delta på samarbeidsmøter med fastlegetjenesten?

- (1) Ja
- (2) Nei

Hvor viktig anser du at det er å ha en god samhandling med pasientens fastlege?

- (1) Svært viktig
- (2) Viktig
- (3) Lite viktig
- (4) Ikke viktig i det hele tatt

Opplever du at fastlegene ser viktigheten av å samhandle med fysioterapeutene i privat praksis?

- (1) Ja, svært viktig
- (2) Ja, viktig
- (3) Lite viktig
- (4) Ikke viktig i det hele tatt

Hvordan opplever du at samhandlingen med fastlegetjenesten fungerer?

- (1) Svært dårlig
- (2) Dårlig
- (3) Verken godt eller dårlig
- (4) Godt
- (5) Svært godt

Har samhandlingen forandret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?

- (1) Samhandlingen har blitt bedre
- (2) Samhandlingen har blitt dårligere
- (3) Samhandlingen er uforandret

Opplever du at det er økt interesse fra fastlegenes side å samarbeide etter innføring av direkte tilgang?

- (1) Ja, jeg opplever at de er mer interesserte i samarbeid
- (2) Situasjonen er uendret
- (3) Nei, jeg opplever at fastlegene er mindre interessert i samarbeid nå

Opplever du at fastlegene har tillitt til din kompetanse når det gjelder undersøkelse av pasienter?

- (1) Ja, i svært stor grad
- (2) Ja, i stor grad
- (3) Nei, i liten grad
- (4) Nei, ikke i det hele tatt

Får du tilgang til den informasjonen du trenger for å kunne utføre jobben på en faglig forsvarlig måte?

- (1) Jeg får alltid tak i informasjonen jeg trenger
- (2) Jeg får som regel tak i informasjonen jeg trenger
- (3) Det hender ofte at jeg ikke får den informasjonen jeg trenger
- (4) Svært ofte får jeg ikke den informasjonen jeg trenger

Opplever du at fastlegene i like stor grad som før anbefaler folk å oppsøke fysioterapeut etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?

- (1) Ja, i større grad nå enn før direkte tilgang
- (2) Det har ikke vært noen endring
- (3) Nei, i mindre grad etter direkte tilgang

Er det som regel samsvar mellom det du avdekker i undersøkelsen som pasientens problem, og diagnosen den har fått fra legen?

- (1) Ja, det samsvarer nesten alltid
- (2) Ja, det samsvarer som regel
- (3) Nei, det samsvarer ofte dårlig
- (4) Nei, det samsvarer nesten aldri

Er det som regel samsvar mellom behandlingen du tenker er best for pasienten, og det pasientens fastlege anser som korrekt tilnærming til problemet?

- (1) Ja, det samsvarer nesten alltid
- (2) Ja, det samsvarer som regel
- (3) Nei, det samsvarer ofte dårlig
- (4) Nei, det samsvarer nesten aldri

Opplever du at en samhandler som likeverdige parter rundt enkeltpasienter, eller er det en part som er overordnet den andre?

- (1) Jeg opplever at fastlegen fremstår som overordnet fysioterapeuten
- (2) Jeg opplever at vi samhandler som likeverdige
- (3) Jeg opplever at fysioterapeuten fremstår som overordnet fastlegen

Har denne relasjonen endret seg etter innføring av direkte tilgang til fysioterapeut?

- (1) Ja, en samhandler mer som likeverdige etter direkte tilgang
- (2) Ja, en samhandler som mindre likeverdige etter direkte tilgang
- (3) Nei, det har ikke vært noen endring

Opplever du at du som fysioterapeut har faglig autonomi og er fri for diktering av egen fagutøvelse fra legene?

- (1) Ja, i stor grad
- (2) Ja, i noen grad
- (3) Nei, i liten grad
- (4) Nei, ikke i det hele tatt

Har opplevelsen av faglig autonomi og frihet for diktering av fagutøvelsen endret seg etter direkte tilgang til fysioterapeut?

- (1) Ja, jeg opplever større faglig autonomi og frihet fra diktering av fagutøvelse etter direkte tilgang
- (2) Det har ikke vært noen endring
- (3) Nei, jeg føler at jeg har mindre autonomi og frihet fra diktering av fagutøvelse etter direkte tilgang

Vil du delta i forskningsprosjektet

”[Samhandling mellom fysioterapeuter med kommunal driftsavtale og fastleger i kommunehelsetjenesten]”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet å kartlegge hvordan fysioterapeuter med driftstilskudd vurderer at samhandlingen med fastlegene i den kommunen de jobber i fungerer. Dette er et tema som ikke er tidligere utforsket, og som det mangler sikker kunnskap om. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne undersøkelsen gjøres i forbindelse med min masteroppgave i helse og velferdsledelse på Høgskulen på Vestlandet. Med undersøkelsen ønsker jeg å kartlegge hvilke faktorer som spiller inn på hvordan samhandlingen fungerer og se spesielt på hvilken innvirkning innføring av direkte tilgang til fysioterapeut fra 01.01.18 har hatt. Resultatene vil forhåpentligvis kunne brukes til å si noe om til hvordan kommuner og helsemyndigheter kan legge til rette for at denne samhandlingen skal fungere best mulig, noe som er en forutsetning for å kunne tilby trygge, helhetlige og koordinerte tjenester. God samhandling er viktig for at vi som fysioterapeuter i privat praksis skal vurderes som en tilgjengelige og naturlige samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet, som gjennomføres i forbindelse med en masteroppgave i organisasjon og ledelse – Helse og velferdsledelse.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du jobber som selvstendig næringsdrivende fysioterapeut med driftstilskudd, og er medlem av Norsk Fysioterapeutforbund. Norsk fysioterapeutforbund region Vest har sagt seg villige til å distribuere undersøkelsen til sine medlemmer, og er grunnen til at du mottar den i en epost derfra. Norsk fysioterapeutforbund har dine kontaktopplysninger, og de er ikke delt med de som gjennomfører undersøkelsen. Det vil derfor ikke være mulig å koble svarene du avgir tilbake til deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 10 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan din forståelse av hvordan samhandlingen med fastlegene fungerer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun student og veileder ved Høgskulen på Vestlandet som vil ha tilgang til datamaterialet*
- *Spørreskjemaundersøkelsen leveres anonymt, og det vil ikke være mulig å spore svarene tilbake til deg.*

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Høgskulen på Vestlandet* ved professor Oddbjørn Bukve på epost Oddbjorn.bukve@hvl.no og masterstudent Tor Jervan Staarvik på 130918@stud.hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Ved å klikke på den vedlagte lenken i eposten du har mottatt samtykker til å delta i undersøkelsen.

Med vennlig hilsen
Prosjektansvarlig
Oddbjørn Bukve
(Professor)

Masterstudent
Tor Jervan Staarvik



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i organisasjon og leiing

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	01-06-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR1
Sluttdato:	14-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 MR691 1 MA 2019 VÅR1		

Deltaker

Navn:	Tor Jeruan Staarvik
Kandidatnr.:	101
HVL-id:	130918@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Egenerklæring *:	Ja	Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:	Ja
-------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei