



Hvilke tiltak fremmer samhandling mellom
spesialisthelsetjenesten og kommunene?

Lars Ivarsson Elverum

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2012

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 Norsk sammendrag | 3 |
| 2.0 English summary | 4 |
| 3,0 Innledning..... | 5 |
| 3,1 Problemstilling..... | 5 |
| 3,2 Avgrensning..... | 5 |
| 3,3 Teoretiske perspektiver..... | 7 |
| 3,4 Oppbygning | 8 |
| 3,5 Tidligere forskning på feltet | 9 |
| 4,0 Teoridel | 11 |
| 4,1 Rehabilitering | 12 |
| 4,1,1 Arbeidet i rehabiliteringsfeltet..... | 15 |
| 4,1,2 Oppsummering..... | 19 |
| 5,0 Samhandling og kommunikasjon | 20 |
| 5,1 Oppsummering..... | 29 |
| 6,0 Kultur | 31 |
| 6,1 Oppsummering..... | 34 |
| 7,0 Metodologi..... | 35 |
| 7,1 Innledende tanker | 35 |
| 7,2 Kvalitativ metode | 35 |
| 8,0 Vitenskapsteoretisk forankring | 36 |
| 8,1 Hermeneutikk..... | 36 |
| 9,0 Metodisk tilnærming..... | 39 |
| 9,1 Utvalget av informanter | 39 |
| 9,2 Etske betraktninger | 40 |
| 9,3 Intervjuene – forberedelse og gjennomføring..... | 40 |
| 10,0 Analyseprosessen..... | 43 |
| 10,1 Studiens validitet..... | 45 |
| 10,2 Refleksjoner over metodevalget | 46 |
| 11,0 Analysen | 48 |
| 11,1 Fortell om en samhandlingsepisode som du mente fungerte bra/ikke fungerte bra?..... | 48 |
| 11,2 Fortell hvilke tiltak du mener bør settes i verk for å bedre samhandlingen? | 50 |
| 11,2,1 Tidlig kontakt med kommunene | 50 |

| | |
|--|----|
| 11,2,2 Tidligmelding | 51 |
| 11,2,3 Dialoger | 51 |
| 11,2,4 Individuell involvering i samhandlingsepisoden | 53 |
| 11,3 Hvor stor påvirkning har du på samhandlingen? | 54 |
| 11,4 Kan du fortelle om hvordan du opplever informasjonsflyten av pasientdata? | 54 |
| 11,5 Er det forskjeller på store og små kommuner? | 55 |
| 12,0 Oppsummering av hovedfunn..... | 56 |
| 12,1 Gode praktiske rutiner | 56 |
| 12,2 Tidlig involvering | 56 |
| 12,3 Dialog..... | 57 |
| 12,4 Individuell involvering i samhandlingsepisoden | 57 |
| 13,0 Oppsummerende drøfting..... | 59 |
| 13,1 En lysere fremtid for samhandling og gode pasientforløp..... | 59 |
| 13,2 Samhandling og markedsbetingelser | 61 |
| 13,4 Samhandling og relasjonsbygging | 62 |
| 14,0 Avslutning..... | 65 |
| Referanseliste..... | 68 |
| Vedlegg:..... | 71 |

1.0 Norsk sammendrag

Formålet med denne mastergradsoppgaven er å gå i dybden av tema samhandling. Samhandling er for tiden svært aktuelt og har vært tema for mange debatter både i fagkretser og i media. Det har ført til engasjement hos meg også. God samhandling og hvor avgjørende det kan være for pasientforløpet. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt å studere spesialisthelsetjenesten og deres erfaring med samhandling med den kommunale helsetjenesten. Samt utforske hvilke tiltak som er vesentlig for om en samhandlingsepisode blir adekvat.

Samhandlingsreformen fremstår som vag og lite konkret, for å imøtekomme kravene trengs i aller høyeste grad konkretiserende tiltak, nettopp hva jeg skal besvare for å etterkomme kravene. For å oppnå formålet er kvalitativ metode og dybdeintervjuet noen sykepleiere i spesialisthelsetjenesten valgt. For å svare på problemstillingen har studien sitt utgangspunkt i perspektivet til sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. De teoretiske perspektiver er rehabilitering, samhandling, kultur og kommunikasjon.

Samhandlingsreformen settes i verk etter plan januar 2012, og for å svare på kravene signalerte informantene betydning av å være pragmatisk i planleggingen av pasientforløp. Tiltakene har ifølge deres erfaring vist seg å være avgjørende. Tidlig involvering, god dialog, innarbeidelse av gode praktiske rutiner som gir mer sammenheng i tjenesten er deres bidrag til effektivisering. Et godt pasientforløp som er grundig planlagt hvor pasienten og pårørende er velinformert kan tendere til ikke å bli stressende. Dette skaper mer sammenheng i tjenesten og er bidraget til effektiviserings behov.

Nøkkelord: samhandling, spesialisthelsetjeneste, kommunikasjon, kultur, sykepleier, samhandlingsreformen, rehabilitering.

2.0 English summary

Specialist health care experiences with coordination

The purpose of this master thesis is to go in depth of coordination within healthcare. Coordination is currently very topical and has been the subject of many debates in both among the professionals and in the media. This has led to an involvement with me too. From my own experience I have seen the importance of good teamwork and how vital it can be for the patients' way thru the Norwegian healthcare system. With this as starting point I want to explore which essentials that determines whether a coordination episode is adequate. I chose to study the specialist healthcare service and their experience of coordination with the local authorities' health service.

The requirements in the coordination reform needs to be met by concrete proposals, specifically what I'm going to answer to achieve the requirements. To achieve the purpose I have chosen qualitative method and in-depth interviews of nurses. The theoretical perspectives are rehabilitation, coordination, culture and communication. To answer this master thesis, the study's starting point is in the perspective of nurses in specialist healthcare services.

The coordination reform is implemented on schedule in January 2012 and to respond to the demands informants pointed out the importance of being pragmatic in the planning of patients' way thru the Norwegian healthcare system. The essentials, according to their experience proved significance, early involvement, dialogue and the importance of incorporate best practice. A good patient care that is thoroughly planned where patients and their relatives are informed tends not to be stressful. This provides more contexts in the service and is their contribution to efficiency in coordination.

Keywords: coordination reform, specialist healthcare, communication, culture, nursing, the coordination reform, rehabilitation.

3,0 Innledning

Samhandling er for tiden svært aktuelt og har vært tema for mange debatter både i fagmiljøer og media. Det er spesielt en artikkel som jeg skal presentere senere, som har hatt stor betydning som motivasjon for arbeid med tema i denne mastergradsoppgaven. Daværende helseminister Bjarne Haakon Hanssen presenterte Samhandlingsreformen i 2008-2009. Med helsepolitisk motiv om blant annet å bedre pasients vei gjennom helsetjenesten og en samfunnsøkonomisk motivasjon. Samhandling har for alvor befestet politisk og satt på dagsorden i helsevesenet.

Formålet med denne mastergradsoppgaven er altså å undersøke samhandling inngående. Dette for å utvide forståelsen blant sykepleiere, og andre helsefagprofesjoner. Og hvordan videreutvikle samhandling i helsetjenesten. Samhandlingsreformen er vag og lite konkret, for å imøtekomme kravene trengs konkretisering som forbedrer helsetjenesten. Slik at pasienten opplever en mer sammenheng i tjeneste og ivaretagelse underveis i forløpet.

Dette førte til følgende problemstilling.

3,1 Problemstilling

Hvilke tiltak synes å fremme samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? En kvalitativ studie av sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og deres erfaringer med samhandling med den kommunale helsetjenesten.

3,2 Avgrensning

Mastergradsoppgaven skal fokusere på sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og deres erfaring med og opplevelse av samhandling med den kommunale helsetjenesten. Det legges vekt på å søke hvilke tiltak som synes å gi bedre samhandling og dermed bedre pasientforløpene. Jeg velger å studere synspunktene til sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, samt studere inngående den jobben de gjør mot den kommunale

helsetjenesten. Jeg velger dette fokuset fordi det i følge samhandlingsreformen er særlig vektlagt behov for bedre koordinering i helsetjenesten. Det kan altså late til at forbedringspotensial av samhandlingen og informasjonsflyten mellom de ulike nivåene i helsetjenesten er betydelig. I den hensikt å gi pasienter følelse av ivaretagelse i forløpet. For pasientens del er behovet for ivaretagelse etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten varierende ut fra hvor store problemer sykdommen har medført, eksempelvis utfall etter hjerneslag. Dette danner så grunnlaget for hvor omfattende samhandling blir. Med dette som utgangspunktet søker jeg med denne mastergradsoppgaven å fokusere på å finne slike tiltak. Samhandlingsreformen har også åpenbare samfunnsøkonomiske hensikter.

I oppgaven brukes begrepene samhandling og pasientforløp. Pasientforløp er i følge Samhandlingsreformen “den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.” (Departementet 2008-2009) (Samhandlingsreformen Departementet 2008-2009) og samhandling er “uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.” (Samhandlingsreformen Departementet 2008-2009:15) Begge disse begrepene vil gå igjen i mastergradsoppgaven.

I oppgaven har jeg valgt kvalitativ metode og det faller derfor naturlig underveis å bruke begrepet erfaring. Mitt hovedanliggende er nettopp å få bedre innsikt i hvilke erfaringer sykepleiere har gjort med samhandling. Erfaring er kunnskapen man får gjennom egne opplevelser. Opplevelser i ulike situasjoner og handlinger. Erfarings basert kunnskap settes ofte i motsetning til den kunnskap man har oppnådd gjennom for eksempel oppdragelse og utdanning, da dette er påvirkning utenfra. Erfaringer er påvirkning på en slik måte at man ikke har tidligere erfaringer. Jeg vil dermed oppnå dypere innsikt i tema og se nærmere på informantenes egenerfaringer og dermed hvilke tiltak som gjør samhandling bedre.

Denne lille egenerfarte historien under illustrerer behovet for samhandling og helhetstenkningen.

“En ung kvinne blir innlagt med en stor hjerneblødning. Tilstanden er alvorlig men, hun “våkner til” og har en enorm fremgang. Alle inkludert hennes pårørende er glade over fremgangen. Men som ved alle andre rehabiliteringsinstitusjoner, får pasientene tilbud i et begrenset tidsrom. Pårørende begynner å stille spørsmål ved oppfølging etter utskrivelse fra rehabiliteringsinstitusjon, det svaret som de får av de fleste er at dette vet man ikke, med den forklaring at man ikke kan forutsi hvordan tilstanden hennes er ved utskrivelse, og dermed vanskelig kan kalkulere fremtidig hjelpebehov “

De svarene man i dette tilfelle ga, var vage og preget av usikkerhet. Men det finnes flere måter å angripe en slik situasjon på, for å gi realistiske håp til både pasienten og hennes pårørende. Man kunne for eksempel gitt dem noe informasjon om hvilke tilbud som finnes til denne pasientgruppen. Dog på en sådan nyansert måte at man ikke skaper falske forhåpninger om endelig utfall av skade og dermed om fremtidig hjelpebehov.

3,3 Teoretiske perspektiver

I teoridelen skal jeg gi innblikk i rehabilitering, samhandling, kultur og kommunikasjon.

Rehabilitering som teoretisk perspektiv har til hensikt å gi et innblikk i hva rehabilitering er og hvilken plass den har hatt gjennom historien. Samt tegne et bilde av hvilken jobb som gjøres i rehabiliteringsfeltet. Dette for å berike synet på og utdype hvilke utfordringer spesialisthelsetjenesten har med samhandling, for å skape gode pasientforløp for hjerneslagpasienten.

I kapitlet om samhandling utdypes samhandlingsreformen. Den peker på hvilke utfordringer som er til stede i dag og hvilke tiltak som skal iverksettes for å løse disse. Hovedutfordringen er blant annet pasientens behov for koordinerte tjenester i en dårlig sammensatt helsetjeneste. I denne delen presenteres også en artikkel som peker på samhandling og hvilke årsaker som ligger til grunn for samhandlingsutfordringene i dagens helsetjeneste. Selv om denne artikkelen er publisert for fjorten år siden, er den etter min mening ennå svært aktuell på bakgrunn av sin konkrete forslag til løsning av utfordringene i helsetjenesten.

Kulturen eller rettere sagt organisasjonene og sykepleierens holdning til samhandling kan late til å ha avgjørende betydning om samhandling oppleves, av pasienten, som god eller dårlig. God samhandling dreier seg overordnet om det som etter min mening er kultur bygging. Det fremkommer som et betydningsfullt poeng at kultur bygging i spesialisthelsetjenesten er viktig for å skape gode rutiner i arbeidet med samhandling. Kultur bygging i organisasjonen er helt nødvendig for at samhandling blir fullgod i spesialisthelsetjenesten og allmenngyldig i helsetjenesten for øvrig. Det dreier seg lagt på vei om holdningsendringer i systematisk organisatorisk forstand. Dette holdningsskapende arbeidet må organisasjonene gjøre selv, disse fremkommer ikke i Samhandlingsreformen.

Kommunikasjon har en avgjørende plass i samhandlingen, noe som er vesentlig både primært mellom sykepleiere og pasienten, og sekundært overordnet mellom nivåene i helsetjenesten. Samhandlingsreformen viser til at det er for lite helhetstenkning rundt pasientens behov og søker å koordinere tjenesten bedre, og dermed må kommunikasjon få en nøkkelrolle. Kommunikasjon har mange dimensjoner, men hva er viktig for å få til gode samhandlingsepisoder? Det er noe av det jeg skal svare på i denne oppgaven.

3,4 Oppbygning

Mastergradsoppgaven er presentert monografisk. Strukturen er som følger. I innledning har jeg gitt en kort introduksjon av masteroppgavens innhold. I teoridelen har jeg presentert

teoretiske perspektiver som gir innblikk i hva som er vesentlig i forståelsen av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Gjennom tema som nevnt ovenfor, skal jeg belyse perspektiver som har avgjørende betydning for samhandling.

Under metode har jeg presentert og begrunnet mitt kvalitatvtt metodiske valg. I samme del har jeg gitt innblikk i analysemetoden jeg har brukt. For deretter å drøfte min empiri sett i lys av teorien. Og til slutt en oppsummerende avslutning.

3,5 Tidligere forskning på feltet

I søkene etter tidligere forskning har jeg valgt å bruke søkeordene samhandling, kommunikasjon, kommune og på engelsk collaboration, coordination, teamwork, , municipality, public health care.

I søkene etter tidligere forskning har det fremkommet mange treff på samhandling og spesialisthelsetjenesten. I en av databasene finnes en studie som har sett på samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten, denne oppgaven har som fokus å se på kunnskapsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten. Studien ser altså på sykepleieres erfaring av kunnskapsutveksling mellom nivåene. Det kan late til av det finnes for små rom for kunnskapsutveksling mellom nivåene, og at denne kunnskapen blir holdt innad i de ulike nivåene i helsetjenesten. Forfatter oppsummerer at det blir viktig i tiden fremover å tenke mer helhet og ikke bare ivareta egen kultur. Nettopp det som min studie også forsøker å sette lyset på, hva skal til for og skape god samhandling. Forfatteren er inne på samme temaområde som jeg men har satt perspektivet på kunnskapsutveksling mellom nivåene. Mitt arbeid dreier seg som kjent å se på hvilke konkrete tiltak som fremmer samhandling.

På Norges Forskningsråds hjemmeside finner jeg en sykepleievitenskapelig oppgave med tittel "Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten for pasienter som trenger oppfølging av hjemmesykepleietjenester etter utskrivelse fra sykehus". Oppgavens fokus er på bruken av elektroniske pasientjournaler i samhandling mellom linjetjenestene. Hvor hovedmål var å undersøke endringer i samhandlingsmønstre mellom tjenestelinjene etter implementering av elektroniske pasientjournal.

I november 2007 ble det avsluttet et prosjekt i regi av Helse Nord om pasientforløp. Gruppen, sammensatt av fem stykker med medisinsk og helsefaglig bakgrunn, ser på forløpet til blant annet hjerneslagpasienter gjennom institusjoner, i Helse Nord sine egne spesialisthelsetjenester. Gruppen finner mangler og utfordringer, og fremhever disse i rapporten. "Oppsummert tyder vår gjennomgang på behov for kapasitetsjusteringer, revisjon av organisering og faglige løft" (Høyem 2007). Denne rapporten sammenfaller ikke direkte med min problemstilling. Den har en annen vinkling, da den blant annet tar for seg overordnede organisatoriske strukturer i motsetning til min som går i dybden til sykepleiere og deres erfaring med samhandling.

Jeg har brukt forskningsdatabasene Svemed+, Cochrain library, Medline.

4,0 Teoridel

I denne delen av mastergradsoppgaven skal jeg presentere ulike teoretiske perspektiver. Dette er fire perspektiver jeg mener er relevante for oppbyggingen og forståelsen av rehabilitering og samhandling i feltet. Nettopp fordi de på hver sin måte tilfører perspektiver til tema som utdypende setter mastergradsoppgaven i lys av oppgavens problemstilling.

Disse er:

- Rehabilitering
- Samhandling og kommunikasjon
- Kultur

4,1 Rehabilitering

I denne delen av mastergradsoppgaven skal jeg presentere ideologien bak rehabilitering. Dette for å utdype forståelsen av prosessen rundt rehabilitering og hvilke utfordringer man står overfor med samhandling med denne pasientgruppen. Presentasjonen som følger skal gi innblikk i hvordan man historisk har tenkt hva rehabilitering er, og hvilken plass rehabiliteringspasienten har hatt opp gjennom tidene.

“Ut fra et politisk og forvaltning ståsted er rehabilitering i dag en offentlig tjeneste” og ut fra individbasert ståsted er fokuset gjenvinning av funksjon for “bedret funksjonsevne” (begge sitater fra Wekre and Vardeberg 2004 s 15). Dette er to ideologier for hvordan forstå rehabilitering helsepolitisk og rehabiliteringspasienten som individ. Helse og omsorgsdepartementet definerer rehabilitering slik:

§ 2. Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Forskrift om rehabilitering og habilitering 2001)

Slik har det ikke alltid vært. Et lite historisk perspektiv skal gi innblikk i hva og hvilken forståelse en har hatt av rehabiliteringspasienten gjennom tidene. Hvilke begreper har vært brukt på pasienter med funksjonshemninger gjennom tidene? “Vi snakker om en rekke forløpere til dagens rehabiliteringstjeneste” (Wekre and Vardeberg 2004 s.15). Forfatterne skisserer ulike faser gjennom tidene. Fra ca. 1870 var det abnormskoler som var utdanningsinstitusjoner tilpasset de med spesielle behov. Altså de med funksjonshemninger av ulikt grad, det være seg ulike fysiske eller mentale forstyrrelse(r). Eksempelvis døvhet og blindhet. De vanføre var de som dernest fikk sitt eget tilbud hvor formål var å utdanne og behandle. Vanføre et prenatalt begrep som i dag fremstår som en

stigmatiserende oppfatning av funksjonshemninger, men er fulgt og helt forløperen til dagens forståelse av funksjonshemning.

Tidlig i denne tidsperioden var det teologer og pedagoger som var pionerer (Wekre and Vardeberg 2004 s.16). I tidsepoken tidlig 1900-tallet frem til rundt andre verdenskrig blir vanføre et medisinsk anliggende. I tillegg tar staten grep og iverksetter ulike statlige ordninger som trygdesystemet, som forøvrig blir vedtatt i 1936 (Wekre and Vardeberg 2004 s.16). Disse to faktorene er med på å dreie staten Norge mot et velferdssystem. Som vi senere har sett er blitt svært omfattende.

I årene rundt andre verdenskrig begynner rehabilitering og få en plass i statlige satsningsområder. Derved blir også medisinerer mer akseptert i statlige organer. En ser altså en dreining fra at pedagoger og teologer er de med myndighet i statlige organer til at medisinerer får/tar denne oppgaven. Eksempelvis er den mangeårige helsedirektøren Karl Evang (1902-1981) med å sette sitt preg på dette. Han ble i 1938 utnevnt til medisinaldirektør og sjef for Medisinaldirektoratet. Det som senere ble Helsedirektoratet.

Fra andre verdenskrig og fremover mot 1970-tallet er det fortsatt medisinerer som legger til rette hvordan utviklingen blir for rehabiliteringsfeltet. I dette tidsrommet ser en også fremveksten av det vi i dag kjenner som fysioterapeuter og ergoterapeuter (Wekre and Vardeberg 2004 s18), det melder seg altså behov for flere yrker som skal hjelpe de med behov for tilpasning til arbeidslivet. I et forsøk på å fornorske det engelske begrepet *rehabilitation* ble begrep atføring befestet.

Et poeng det er verdt å merke seg er at en utelukkende kaller gruppen av personer som av ulik årsak ikke kan utføre arbeid, for yrkesvalghemmede. Dermed melder behovet for å dele opp de ulike grupper etter intervensjons behov fra statlige organer, blant annet at enkelte grupper blir underlagt den statlige ordningen med medisinsk og sosialhjelp.

I perioden fra den mangeårige medisinaldirektøren Karl Evangs (1902 - 1981) avgang i 1971 og fremover ser man en ytterligere dreining fra bruken av atfføringsbegrepet til bruken av begrepet rehabilitering. Dette spesielt da man i 1977 deler sosialmedisinsk atfføring opp i to, til klinisk sosialmedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering. Medio 1980 ble disse satt sammen til fysikalsk medisin og rehabilitering (Wekre and Vardeberg 2004 s19). I tillegg får fysio- og ergoterapeuter en særlig plass i utviklingen av fagfeltet (Wekre and Vardeberg 2004)

Ikke før på 1990-tallet skiller man begrepet rehabilitering og habilitering bort fra atfføringsbegrepet (Wekre and Vardeberg 2004:20). Dermed har det etter utallige politiske runder blitt stadfestet, rehabilitering har befestet seg som begrep om pasienter med ervervede funksjonssvikt.

Som jeg nå har illustrert har man gjennom mange år brukt tid til å befeste rehabilitering som en "egen" del av helsetjenesten. Det har blitt satt fokus på hvordan et menneske med funksjonshemming har fått plass i helsetjenesten og nå skal få hjelp til bedring av sin funksjonssvikt.

Som de neste eksemplene viser har man politisk gjennom tidene heller ikke hatt lett for å finne en definisjon som er tilstrekkelig dekkende: som fra en stortingsmelding i 1978 ble funksjonshemming definert slik:

"Funksjonshemmet er den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte, eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunn som omgir han. Dette kan gjelde utdanning, yrkesvalg og yrke, fysisk og kulturell aktivitet." (Arbeidsdepartementet Hetle 1996-1997)

Eller som regjeringen 13 år senere (1991) fastslår:

“- funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetning og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etableringen av selvstendighet og sosial tilværelse” (Arbeidsdepartementet Hetle 1996-1997)

Det er verdt å merke at i det siste sitatet er individfokusert større. Dermed har en valgt å innlemme individbegrepet i sine definisjoner av hva en funksjonshemming er. Noe som er vesentlig da en funksjonshemming krever en erkjennelse fra individets side. En kan ikke dualisere kroppen fra funksjonshemming. En har funksjonshemmingen i kroppen og må leve med den ubetinget av hvem man er. Og fokuset på hva individet gjør i sine omgivelser, både med tanke på den sosiale aktiviteten og den delen av livet som består av utdanning, yrkesaktivitet, sosialisering osv.

4,1,1 Arbeidet i rehabiliteringsfeltet

Som arbeidsmetoder er rehabilitering svært kompleks. Noe som betyr at den fordrer at flere yrkesgrupper er engasjert i prosessen til den enkelte pasient. Jobben er ofte svært omfattende og krever både tålmodighet og tid.

Som utgangspunkt velger jeg å holde fast ved definisjon av rehabilitering som i § 2, i forskriften om rehabilitering. Som innholdet i denne paragrafen signaliserer er rehabilitering svært komplekst og stiller alle parter overfor potensielt sett svært mange utfordringer i prosessen med å rehabilitere hjerneslagpasienten. I tillegg er prosessen samfunnsøkonomisk kostbar. Men som sekundær konsekvens kan rehabilitering gi samfunnsøkonomisk besparelser. Gjennom å opparbeide funksjon hos pasienten, slik at pasienten fremtrer på et lavest mulig omsorgsnivå. Eksempelvis hjemmeboende jf. sykehjemsplass.

Ideologien bak rehabilitering av altså å fremme funksjon(er) som er satt ut av spill på grunn av ervervede skader. Prosessene kan bli styrt ut fra ulike modeller. Jeg skal nå fokusere på tre ulike modeller som setter det hele i et perspektiv og om mulig gir en noe dypere forståelse på hva som er fundamentet for jobben som gjøres i rehabilitering. Disse modellene er den medisinsk-, sosial- og biopsykososialmodellen.

Den medisinske modellen har kort fortalt et ensartet fokus på delproblemer (eksempel afasi, lammelser eller kognitive problemer) altså “funksjons- og aktivitetsnedsettelse som følge av sykdom” (Wekre and Vardeberg 2004 s24) og årsaken knyttes til forhold ved eller i pasienten. Som nevnt ulike fysiske og/eller kognitive problemer som etter sykdom har medført problemer for pasienten. Og dermed innebærer “rehabilitering å fjerne, redusere eller bremse funksjons- og aktivitetsnedsettelse”. (Wekre and Vardeberg 2004 s24)

Eller som den heter i forskriften for habilitering og rehabilitering § 15 - 3.:

“... å sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.” (omsorgsdepartementet 2001)

Denne modellen er etter min mening reduksjonistisk. Den adskiller delproblemer hos pasienten, for dernest å søke behandlingstilpasninger for bedring av helheten. Tanken er god men ensartet. I denne modell mangler en helhetstanke som kan favne over hele mennesket, og ikke bare problemene som har oppstått med for eksempel afasi eller pareser. Helhetstenkning er vesentlig under rehabilitering, dette fordi et menneske består av flere dimensjoner som må tas hensyn til underveis i rehabiliteringsprosessen.

Den sosial modellen går i sin kompleksitet ut på at politisk styring fører frem til samfunnsendringer, og dermed medfører at grupper av mennesker opplever stigmatisering som fremmer individets funksjonshemming (Wekre and Vardeberg 2004 s.25) eller sagt på

en annen måte samfunnspolitiske endringer som medfører stigmatisering av en bestemt gruppe.

Neste og siste modell er den bio-psyko-sosiale. Hvis en deler opp ordet; er bio i denne sammenhengen det som omfavner liv, helse og den fysiske kroppen. Psyko omfavner implisitt den psykiske eller kognitive delen av mennesket. Og til sist den sosiale dimensjonen omfavner all form for omgang og alle sosiale forhold i et menneske. Denne modellen er etter min mening altomfavnelig og danner et bredt og troverdig fundament å tenke menneskets helhet på. Eller som artikkelforfatter i lærebok om rehabilitering sier det:

“den biopsykososiale modellen beskriver et menneske med sine ressurser og begrensninger, sine roller i sitt miljø og samfunn. Fokuset er både på individet, på samfunnet og på relasjonene mellom individ og samfunn” (Wekre and Vardeberg 2004 s.25)

Denne forståelsen er etter min mening svært omfangsrik og danner grunnlag for behandling og samhandling i rehabiliteringsfeltet. Både hva angår samhandling i rehabiliteringsavdelinger og samhandling med den kommunale helsetjenesten. Dette danner altså fundamentet for en felles forståelse som fører til gode forløp for pasienten.

Rehabilitering er altså som skissert en svært omfattende og sammensatt arbeidsform, en snakker ofte om rehabiliteringsprosessen. Som begrep indikerer den at dette er et forløp som strekker seg ut i tid og omfang. Og i tillegg innebærer som tidligere nevnt flere faktorer og aspekter som krever endring i pasientens livsførsel. Dette beriker oppfattelse av feltet, så derfor velger jeg å gi leser en kort innføring i selve rehabiliteringsprosessen til en hjerneslagpasient.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er en del av det tilbudet som gis i de ulike regionale helseforetakene (RHF) og som stort sett foregår på somatiske sykehus. Denne delen av forløpet er identifisert av et sammensatt tilbud av mange faggrupper i hovedsak lege, sykepleier/hjelpepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, logoped, og i noen tilfeller synspedagog og vernepleier. Disse deltar på ulike stadier og med ulik innsats ut fra hvilke behov som er avdekt hos pasienten. Antallet involverte indikerer at dette er komplekst.

I spesialisert hjerneslagrehabilitering er stikkord som erkjennelse, identifikasjon, mål og tiltak og gjennomføring begreper som går igjen i prosessen. Rehabiliteringsprosessen er den perioden etter pasienten har blitt definert som medisinsk stabil, altså ikke har medisinske tilstander som forsinker eller forhindrer den mer intensive fasen av rehabiliteringen. For eksempel overhengende reblødningsfare. Andre tilstander lar seg som regel kombinere med rehabilitering, være seg enkle ting som ustabil blodtrykk, mindre smerteproblematikk eller ustabil blodsukker o.l. Når pasienten har begynt prosessen å erkjenne sine utfordringer med for eksempel lammelse, kan profesjonene i samråd med pasienten sette opp konkrete mål med tiltak, hvor hensikt er å gjenvinne funksjon og ikke minst gjenvinne følelse av mestring. Rehabiliteringsprosessen er også identifisert med planlegging av videre oppfølging. Det er viktig å forstå kompleksiteten i jobben som gjøres.

Den kommunale rehabiliteringen er optimalt sett en forlengelse av det spesialisthelsetjenesten gjør, noe mindre intensivt men dog en fortsettelse på den jobben som er startet. Den kommunale delen består altså i hovedsak av de samme yrkesgruppene men i sterkt redusert grad og intensitet.

4,1,2 Oppsummering

Som leser nå har fått sett, har funksjonshemmede opp gjennom tidene hatt mange ulike definisjoner, og mange har ment noe om hva som skal til for og tilfredsstillende individets behov. Og hvordan deres forhold burde være i samfunnet. Fra teologer og pedagoger til medisinerne. Fra rundt andre verdenskrig frem til vår tid har det medisinske fag fått rotfeste.

Med utgangspunkt i tre forståelsesmodeller har jeg gitt innblikk i hvilken jobb som gjøres i rehabiliteringsfeltet. Jeg har også vist de ulike modeller som er brukt for å definere arbeidsmetodene i rehabiliteringsprosessen. Dette for å øke forståelsen for kompleksiteten. Som arbeidsmetode er rehabiliteringsprosessen i tillegg svært omfattende og krever involvering fra alle parter. Dette danner så grunnlag for å forstå kompleksiteten av rehabilitering og samhandling i feltet.

5,0 Samhandling og kommunikasjon

Herunder skal jeg sette samhandling inn i et teoretisk perspektiv. Jeg skal presentere hovedpoengene fra Samhandlingens reformen, de som er relevant for denne mastergradsoppgaven. Dernest skal artikkelen *Helsevesenets floker – tanker om deres årsak og håndtering* presenteres. For å sette et teoretisk søkelys på samhandlings utfordringer man står overfor i helsetjenesten.

Samhandlingsreformen ble i 2008 presentert som stortingsmelding. Denne meldingen har satt fokus på problemer som har presset seg fram over år. Utfordringene om mer helse for hver krone er mer enn noen gang tidligere ett brennhet tema. Denne meldingen vil dermed for alvor sette samhandling på dagsorden hvor mål er oppnåelse av samfunnsøkonomisk gevinst og ikke mist best mulig å tilrettelegge for gode pasientforløp. Helse- og Omsorgsdepartementet definerer samhandling som:

“... et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evne til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (Samhandlingsreformen 2008-2009s.13)

Det utdypes altså at pasientperspektivet og det samfunnsøkonomiske perspektivet er hovedutfordringen.

Utgangspunktet i samhandlingsreformen er å gi bedre koordinerte tjenester slik at pasienten blir bedre ivaretatt, spesielt de pasienter som trenger tilbud fra mange ulike tjenestesteder. “Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester.” (Samhandlingsreformen 2008-2009s.13) Altså har vi foran oss i dag en fragmentert tjeneste som samhandler dårlig på tvers. Alle deltjenester har sine system og mål for ivaretakelse av pasient. Men det som da blir utfordringen er at tjenestenivåene skal samhandle bedre, for dermed å skape bedre

pasientforløp. Det heter: "... arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp." (Samhandlingsreformen Departementet 2008-2009 s.14)

Samhandlingsreformen søker å utvikle spesialisthelsetjenesten. Kort oppsummert skal den spesialiserte helsetjenesten bli mer tilrettelagt for å drive med sine spesialiserte tjenester. Den skal prioritere å utvikle sine spesialiserte oppgaver for å bli bedre på det de gjør. Samt at spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanse til kommunene. Samhandlingsreformen søker en ny fremtidig kommunerolle. I korte trekk mener man at kommunene skal ha hovedansvaret for helhetstenkning rundt pasientenes behov for omsorgstjenester. Samhandlingsreformen oppsummerer med dette "I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene." (Samhandlingsreformen Departementet 2008-2009 s.15) Etablering av økonomiske insentiver sier noe om hvilke økonomiske grep som skal gjennomføres i samhandlingsreformen. Det heter at de viktigste grepene er: "Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området." (Samhandlingsreformen Departementet 2008-2009 s.15)

I tillegg er de andre utfordringene; ønske om mer begrensnig og forebygging av sykdom spesielt hos kronikergrupper. Dernest skal Samhandlingsreformen fokusere på de demografiske endringene i sykdomsbilde, som de mener vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Derunder blant annet eldre.

Dette har så ført frem til følgende hovedgrep: Klarere pasientrolle. Med dette menes struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Regjeringen vil blant annet etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenesten. Dårlig eller

manglende samhandling, gjør at pasienten fort opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige og overgangen mellom dem som problematisk. Det er pasienten som blir den tapende part ved dårlig samhandling ved å påføres unødige lidelser som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner.

Jeg har nå presentert hva hvilke utfordringene som er i samhandlingsreformen og kortfattet presentert hvilke tiltak som er planlagt iverksatt.

Det er, som i alle andre bransjer, samhandlingsutfordringer i helsetjenesten. Helse er en vare som blir levert til konsumenten etter egendefinerte behov. Behovene defineres av helsetjenesten og ikke av pasienten. Etter statens overtakelse av sykehusene i 2002 har det blitt enda sterkere fokus på nettopp det, fordi helse ble atskillig mer markedsorientert. Pasienten har ikke alltid kjennskap til hvilke tjenester de får eller har behov for i møtet med spesialisthelsetjenesten, vi blir på mange måter en tjenesteyter ut fra et behov vi selv definerer og mener kunden (pasienten) trenger. Slik er det også i rehabiliteringsfeltet, pasienten vet lite om hvilke behov de har, derfor blir profesjonelle hjelpere satt til å hjelpe pasienten med å forbedre funksjons- og aktivitetsnedsettelsen både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten. Oppfølgingen og bedringen av funksjon skal i andre rekke følges opp av den kommunale helsetjenesten. Det vil utfordre spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når de etter hvert skal overta disse pasientene, med tanke på blant annet kunnskapsutveksling og praktiske utfordringer. Hvilke tiltak må så til for å legge til rette for at samhandlingen med kommunen blir slik at pasienten opplever en sammenhengende tjeneste og ivaretagelse underveis i prosessen? Kravene i Samhandlingsreformen trenger i aller høyeste grad å imøtekommes av konkrete forslag, nettopp hva jeg skal besvare for å etterkomme kravene.

I 1997 publiseres artikkelen *Helsevesenets floker – tanker om deres årsak og håndtering* i Nytt Norsk Tidsskrift hvor artikkelforfatterne Ole Berg, professor i helseledelse og helseøkonomi og Charlotte Haug, redaktør for tidsskriftet for norsk legeforening, presenterte hva de mener er hovedutfordringene for helsevesenet, og de la frem forslag til

løsning av disse. De pekte allerede den gang på behovet for mer samhandling i helsetjenesten. Forfatterne peker på tre årsaker til flokene: “ ... organisasjon, økonomi og autoritet” (Berg and Haug 1997 s.326) Disse faktorene spiller hver sin rolle som en medvirkende årsak. Forfatternes prosjekt er å foreslå en håndtering av flokene.

Som overordnet løsning foreslår artikkelforfatter et dialogisk formålsrettet samarbeid. Dialoger mener forfatterne er et av de viktigste virkemidlene for å bedre samhandlingen. Det blir lettere å drive pasientbehandling fordi pasientene føler seg bedre ivaretatt av behandlerne. Berg og Haug sier om dialogene: “utgangspunktet må være en dialog; pasienten må alltid ha en lege, sykepleier også videre”. (Berg and Haug 1997 s.335) Dette har avgjørende betydning for opplevelsen pasienten har av helsetjenesten, bedre informasjon til og fra andre deler og de som jobber der vil da få direkte informasjon fra pasientene. Å innlemme mer dialog i behandlingen vil etter min mening uten tvil være med på å bedre pasientens opplevelse av helsetjenesten. I strid med markedsmodellen, som etter min mening truer omsorgen. De siste 10-15 årene har det vært presentert flere stortingsmelding som har satt på dagsorden behovene for endring av helsetjenesten. Blant annet stortingsmelding nr. 21 (1998-99) “Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” og Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) “Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”. Begge disse meldingene tar opp problemstillinger som angår hvilke utfordringer vi har i fremtidig drift av helsetjenesten. Essensen i begge disse er føringer om hvordan helsetjenesten bør være og fokuserer på at individuelle behov skal tas hensyn til. Som det heter i Stortingsmelding nr. 25 “... med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiv omsorgsprofil.” (omsorgsdepartementet 2005-2006)

Videre sier Berg og Haug om løsningen på flokene ” å arbeide med å utvikle ekte, individuelle og kollektive ansvarliggjørende dialoger...” (Berg and Haug 1997 s.337). At samarbeidet i helsetjenesten er dialogisk betyr i følge Berg og Haug at “ ... det preges av gjensidighet og inderlighet” (Berg and Haug 1997 s.334). Berg og Haug setter etter min mening fokus på det som er og vil bli et av de viktigste poengene i samhandlingsreformen.

At dialogen fungerer bra mellom behandler og pasient er en forutsetning, men den bør også fungere mellom ledelse og behandlere, og oppover i hierarkiet - lederne imellom og på tvers av nivåene. Uten en konkret strategi blir ikke behandler/pasient-dialogen bedre.

Med økonomi som årsak til flokene i helsevesenet. Norge har de siste drøyt hundre år hatt en særlig stor vekst i utgiftene på helse. Sykehusene har på mange måter fått lov til å “leve sitt eget liv”, dermed begynte myndighetene å reagere fordi utgiftene eskalerte. “utenverden måtte vise den indre verden (sykehusene) hvordan ting skulle gjøres effektivt” (Berg and Haug 1997 s.329). Dette resulterte i en rekke grep, for eksempel sykehusreformen. Som et forsøk på å kontrollere de eskalerende utgiftene. Tallene talte for seg selv, det var på høy tid med endring. I 2003 brukte staten 10 % av BNP i motsetning til at det i 2008 brukte 8,6 % i følge (Statistisk sentralbyrå).

For det andre peker forfatterne på autoritet som årsak til flokene. Primært kan autoritet i de norske helsetjenester forklares elementært med at organisasjonen før var enkel og nær, til at den i vår tid har utviklet seg til å bli kompleks og fjern. En enkel og nær organisasjon satte ikke autoriteten på prøve. Forholdene var små og oversiktlige og dermed fikk legene utøve sin autoritet med fritt spillerom. I motsetning til i vår tid når organisasjonene er blitt store og komplekse og det er mange flere som skal “dele” på autoritet. Dog er dette en svært forenklet måte å si det på, men også en sannhet. Det kan forklares med slik maktstrukturen før 1970 var, styrt av leger. “... nesten all autoritetsutøvelse var legens medisinske beslutning” (Berg and Haug 1997 s.329).

Helsevesenet var overtatt av legestand. “Helsevesenet fungerte harmonisk fordi all forsto medisinen og helsevesenet medikratisk: legene hadde internalisert ... “ (Berg and Haug 1997 s.330) helsevesenet. Man ser videre at etter denne perioden 1970 og fremover at medikratiet blir mer og mer fragmentert. Årsaken til dette er blant annet at andre yrkesgrupper vil utøve sin autonomi. Man ønsket at maktlinjene var mer parallelle og ikke hierarkisk. Pasientene på sin side vil ha større innflytelse på egen autonomi. Etter hvert blir

byråkratiet og politiske miljøene også mer oppmerksom på dette og tar sin del av makten. Til slutt blir det hele svært komplekst, og mulighetene for autoritetsutøvelse blir i stor grad en utfordring.

Alle disse problemene tatt i betraktning er helsevesenet nå så organisatorisk fragmentert at behovet for en systematisering er aktuell. Dette peker Berg og Haug på i 1997 og ikke før i 2008 blir poengene omsatt til en stortingsmelding og blir gjenstand for politisk motivasjon.

Med kommunikasjon som utgangspunkt skal jeg skissere en del poenger som er vesentlig for jobben som gjøres med samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten.

Ordet kommunikasjon kommer fra latin “communicatio” til “communicare” som betyr “å gjøre felles”, dele informasjon eller sende budskap(er) mellom to eller flere parter, enveis eller toveis. Og som videre skal presenteres er samhandling en mer kompleks form for kommunikasjon.

Ifølge samhandlingsreformen er det for dårlig kommunikasjon nivåene imellom, noe som fører til at pasientene får lite sammensatte tjenester. “liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientenes behov” (Samhandlingsreformen Departementet 2008-2009) Og ifølge Berg og Haug er problemet, som tidligere skissert, for lite dialog mellom tjenestene. Man burde altså ha flere formålsrettede dialoger både mellom fagprofesjoner/nivåer og mellom behandler og pasient. Men hvilke tiltak er viktig å fokusere på når man skal kommunisere med andre nivåer i helsetjenesten? Helt konkret handler dette om å være til stede og være deltagende i prosessene med pasientforløp, samt ta sin egen del av ansvaret og delta i beslutninger. Gjennom dette opparbeider man en kompetanse både hva angår organisatorisk art og hva angår pasientvaretagelse. Med samhandling oppøver man en erfaringsbakgrunn som blir verdifull i arbeidet med pasientforløp.

På det mellommenneskelige relasjonsnivå foregår kommunikasjon i mer konkrete former. Noen eksempler er telefon, formelle møter eller skriftlige rapporter. I samhandlingsøyemed er disse ofte brukt alene eller i kombinasjon med hverandre. Alt avhengig av hvor kompleks samhandlingsepisoden er. I samhandlingsepisoder hvor pasientene er mindre kompleks er det tilstrekkelig med en skriftlig rapport ved utskrivelse. I andre tilfeller med omfattende kompleksitet er det gjentatte telefoner og samarbeidsmøter aktuelt i tillegg til det skriftlige materiale. Den komplekse pasienten omtales senere.

Ser man mer overordnet på det ser man hvilke utfordringer en står overfor i kommunikasjon og samhandlingen med andre nivåer i helsetjenesten. Først vil jeg utdype samarbeid og samhandling i teoretisk forstand. Samarbeid er en form for kommunikasjon som i følge Orvik er “positiv innstilling som gir seg utslag i fortløpende, uformell kontakt mellom enkeltpersoner” (2004 s.256) Noe forenklet kan man si at samarbeid er mindre formelt og kortsiktig enn samhandling, da partene ikke er like forpliktet overfor hverandre. Ofte foregår denne typen samhandling verbalt. Denne typen for kommunikasjon ser en ofte fra dag til dag arbeid i sengepost. Samarbeid er av den type kommunikasjon som sees spesielt i de tilfeller hvor pasienter har kortvarig kontakt med spesialisthelsetjenesten og i så henseende har lite behov for oppfølging av en kommunal helsetjeneste.

Om samhandling sier Orvik: “er mer konkret og mer forpliktende...()... å gjøre noe sammen. (Orvik 2004 s. 257) og videre “hensikten er å sikre flyt i arbeidsprosessen, slik at pasienter og pårørende opplever sammenheng i tjenester og tiltak.” (Orvik 2004 s.257) Samhandling er adskillig mer forpliktende og formalisert enn samarbeid, og fordrer en “... felles forståelse av situasjon...” (Orvik 2004 s.257) forpliktelsen(e) gjelder alle parter. Hvis en samhandlingssituasjon skal oppleves bra, må alle parter involveres, gå inn i situasjon med innsats og ikke anta at den andre part gjør jobben. En toveis forpliktelse. Nettopp dette er avgjørende. Man sikrer ikke god samhandling og gode pasientforløp ved halvhjertet innsats. Som tidligere vist, har samhandlingsreformen også dette som sine hovedgrep nettopp for å sikre gode pasientforløp.

Dette bringer meg over på neste poeng. Orvik introduserer begrepet samhandlingskompetanse. Dette dreier seg om; opparbeidelse og evnen til å anvende tiltak som forbedrer samhandlingen. Og i tillegg kunne anvende disse korrekt og systematisk. Samt ha evnen til systemgjenkjenning. For dermed å kunne gi pasientene et forløp gjennom helsetjenesten som er sammensatt og lite overlate til tilfeldigheter. I konkrete samhandlingsepisoder fordrer dette en involvering fra alle parter. Toveis forpliktende kommunikasjon er en viktig forutsetning for god samhandling. Det vil være en trygghet for pasienten hvis de som skal ivareta prosessen er velinformert om tjenesten. Ved hjelp av

systematisk oppbygning av god samhandlingskompetanse blir gode samhandlingsepisoder til.

Den mer ledelsesorienterte profilen finner man i ordet samordning. Det er kort og greit “tiltak på systemnivå” (Orvik 2004 s.258) Hvis en organisasjon skal fungere adekvat er det en forutsetning for strukturen at den er velorganisert og sammensatt. “Samordning er mer varig og formalisert enn samarbeid og krever beslutning på systemnivå” (Orvik 2004 s.257) Den bør ha en konstruksjon som viser stabilitet og fremmer samarbeid innad i organisasjonen. Såkalt intraorganisatorisk samordning.

5,1 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet satt fokus på det teoretiske perspektivet samhandling og kommunikasjon. Jeg har skissert hovedtrekkene og utfordringene i Samhandlingsreformen. Dette er i korte trekk gjennom å koordinere helse tjenesten bedre, endret kommunerolle, med det poeng at helsetjenesten skal være nært der pasienten bor. Derfor søker Samhandlingsreformen å gi kommunene mer ansvar for oppfølging av helhetlig tenkning med blant annet forebygging, behandling og oppfølging. Man ønsker samtidig med dette å gjøre pasientrollen klarere. Dårlig samhandling påfører unødige lidelser som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner, dette medfører så at pasienten opplever tjenesten som fragmentert og lite sammensatt.

Så har jeg presentere artikkelen *Helsevesenets floker – tanker om deres årsak og håndtering* der forfatterne Berg og Haug presentere i 1997 at helsevesenet består av for mange floker og motstridene forhold. De søker løsning gjennom flere dialoger, å arbeide med å utvikle, individuelle og kollektive ansvarliggjørende dialoger. Både mellom pasient og behandler og ikke minst innad i organisasjon.

Kommunikasjon er flerdimensjonalt. Jeg har fokusert på dimensjoner som styrker og fremmer samhandling. Samarbeid og samhandling er to sider av samme sak. Mens samarbeid er mindre forpliktende er samhandling en toveis forpliktende og formalisert måte å kommunisere på. Jeg har vist at samordning er en form for samhandling, som foregår på et organisatorisk nivå. Disse tiltakene fører til at en samhandlers kommunikasjonsevne, og blir en forutsetning for god samhandlingskompetanse, og gode pasientforløp.

Jeg har fremhevet betydningen av klare og tydelig toveis forpliktende dialoger mellom nivåene i helsetjenesten. Samhandlingsreformen ønsker økt kommunikasjon nivåene imellom og Berg og Haug ønsker mer fokus på dialogen. Det handler langt på vei om å

opparbeide en forståelse av betydningen med god kommunikasjonskultur, som igjen gir bedre ivaretagelse av pasienten. Et utømmelig poeng er å fastholde på dialoger i fremtiden.

6,0 Kultur

For å sette samhandling inn i perspektivet til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, er det vesentlig å få innblikk i hvilke kulturelle utfordringer en har i dagens organisasjon. Hvis samhandlingsreformen skal ha forutsetninger for å fullbyrdes, må det skapes vilje og mot til å endre kulturen i helsevesenet henimot mer fellesskapstenkning og samarbeid på tvers av nivåene.

Med dette som utgangspunkt bringes fokuset tilbake på samhandlingskompetanse. Min påstand er at ved kulturelle endringer i helsetjenesten blir samhandlingen bedre. Men for å forstå dette bedre skal jeg nå skissere noen momenter som er viktig for å bygge opp samhandling til en allmenngyldig kompetanse blant helsearbeidere. Samhandlingskompetanse dreier seg som Orvik sier: "... en personlig og profesjonell kompetanse som forutsetter trygghet i egen fagkunnskap og kjennskap til personlige begrensinger" (2004 s.264) dette er også som tidligere nevnt evnen til å kjenne systemet og dermed kan gi de pasientene med størst behov for hjelp et forløp gjennom tjenesten som er sammensatt og lite overlatt til tilfeldigheter. Men det betinger at det blir likeverd på tvers av organisasjoner og økt kjennskap til hverandres arbeidsmåter er et vilkår for å utvikle felles forståelse og sikre gode pasientforløp (Orvik 2004).

I samhandlingsreformen står det blant annet at spesialisthelsetjenesten skal bli bedre på sine spesialiserte oppgaver. Og at kommunene skal ha ansvar for oppfølging av helhetlig tenkning med blant annet forebygging, behandling og oppfølging. Og de søkes løst der pasienten bor. Dermed vil det stille kommunehelsetjenesten overfor utfordringer når den etter hvert skal overta pasientene. Pasienter som har vært gjennom behandlingsopplegg hos spesialisthelsetjenesten vil i noen tilfeller ha behov for spesiell oppfølging i kommunene. Dermed stilles begge parter overfor samhandlingsutfordringer i overføring av spesialisert kunnskap. I samhandlingen med kommunalt personell kan hospitering være et tiltak som kan være effektivt for at pasienten skal få den oppfølging som er nødvendig. Ved hospitering sikrer man at kunnskapen om pasienten og pasientens behandling blir tydelig, og personell forplikter seg mer enn viss kunnskapen ble innhentet fra en rapport. Jf. Berg

og Haugs dialogisk formålsrettet samarbeid er dette et konkret tiltak som letter kunnskapsoverføringen tjenestene imellom. Dette vil også styrke den faglige autonomien hos helsearbeiderne i kommunene som får denne kompetansen. Dette må komme i tillegg til all annen form for informasjonsoverføring.

Kulturelle endringer i helsetjenesten handler langt på vei om å skape en organisasjonskultur, som blir allmenngyldig for de fleste i helsevesenet. Den nederlandske Professor Geert Hofstede har jobbet med kulturer og organisatoriske kulturer. Han mener organisasjonskultur er den kollektive programmering av menneskesinnet som adskiller medlemmer av én organisasjon fra medlemmer fra en annen (Hofstede 1993), altså hvordan påvirke hele organisasjonen til endring for bedre ressursutnyttelse. Det handler langt på vei om å endre forståelsen hos de som jobber i helsevesenet om hvordan forholde seg til resten av helsevesenet, til pasientens beste. Og her er det store poenget, til pasientens beste. Vi har en tendens til å tenke best om det vi selv gjør, denne ukulturen bør forandres. Det handler om å opparbeide en kulturell kompetanse som i andre rekke vil fremme samhandling og helhetstanken, bedre pasientens opplevelse av en sammenhengende helsetjeneste.

Dermed vil relasjonsbygging i fremtidens helsevesen bli vesentlig, Dette vil lette fremtidige utfordringer i organiseringen av pasientforløp. Et godt grunnlag for å videreutvikling ferdigheter av organisatorisk art eller som Orvik mener: "samhandlingskompetanse fremmer evnen til å organisere pasientforløp og er en form for "organisatorisk omsorg" " (2004 s.262) Med dette mener Orvik; kjennskap til organisasjon i sin helhet en forutsetning for å gi pasienten et velorganisert pasientforløp. Han bringer omsorgsbegrepet inn i den organisatoriske delen av pasientforløpet. Omsorg er i utgangspunktet noe som befinner seg pasientnært, men er det så at sekundæreffekten av god organisering også gir pasientomsorgen? Som ytterste positive konsekvens blir det slik; når pasienten får god oppfølging gjennom et stadig mer komplekst helsevesen, føler den seg mer ivaretatt. Ergo fører mer organisatorisk omsorg til bedre pasientforløp!

Men jeg vil dra dette poenget enda lengre, med kulturell kompetanse og kommunikasjon, enda litt lengre. Som nevnt i innledningen til dette kapittelet skal man forsøke å skape vilje og mot til å endre, eller dreie kulturen i helsevesenet mot mer fellesskapstenkning og samarbeid på tvers av nivåene. Man bør altså omarbeide kommunikasjonsferdighetene fra en individualistisk kommunikasjon til en mer systemorientert kommunikasjon. Hvis man bedre klarer å utnytte egne kommunikasjonsferdigheter er denne nøkkelen til forbedring (Orvik 2004) Hvis man i tillegg har forståelse av hva som foregår i andre deler av helsetjenesten ligger forutsetningene enda bedre til rette for å bli en god samhandler. I lange komplekse pasientforløp er god kommunikasjon nøkkelen til suksess.

I sykepleierens hverdag brukes en rekke tegn eller koder. Orvik forklarer tegn og koder som følger: “Tegn kan være ord, en gjenstand eller en tekst (flere tegn)”, og “koder er det tegnsystemet som medlemmer av en kultur bruker for å kommunisere” (Orvik 2004 s.271 fra boks 8.5) Tegn og koder er altså vesentlige deler av den kulturen som er i en fagkrets. Tegn og koder eller retorikken “eies” av helsearbeidere og gir kun forståelse i denne sværen. Utenforstående har lite innblikk i retorikken. I samhandlingen overfører vi retorikk og meninger som vi tar for gitt at den andre part forstår, ikke alltid er det slik. Semiotikk eller semiotisk kommunikasjon er en teori som “setter søkelys på kulturen som en over individuelt og kollektivt nivå i organisasjoner” (Orvik 2004 s.270). Semeion er gresk og betyr tegn. Hvordan vi sier noe og hvordan vi skaper mening av ord. Og videre har det å gjøre med hvordan vi overfører meningen til den andre part. Orvik fortsetter: “kulturell kunnskap er nøkkelen til å forstå tegn” (2004 s.270) Orvik bruker eksempel med begrepet kateter har to vidt forskjellige betydninger for en lærer og en sykepleier. I semiotikk er kommunikasjon ikke bare overføring av kunnskap, men også forståelse av kunnskap. Helsepersonell vil stilles overfor utfordringer i å bruke de riktige tegn og koder for at kunnskapen om pasienten blir brukt til det beste for pasienten. Dette gjelder både muntlig og skriftlig. Og i andre rekke at pasienten føler seg ivaretatt i forløpet sitt. Dette er en dimensjon som etter min mening er vesentlig for å ivareta god samhandling og gode pasientforløp.

6,1 Oppsummering

Kulturell oppbygning av helsetjenesten, eller kulturell endring i helsetjenesten vil bli viktig i tiden fremover. Dette dreier seg om å opparbeide samhandlingskompetanse som øker evnen til å organisere pasientforløp. Systemorientert kommunikasjon som fører til bedre forståelse av helheten og helhetstenkning rundt pasientforløpet. Som i igjen styrker samhandling.

Jeg har også gitt leseren innblikk i semiotisk teori, som er kommunikasjon ved bruken av ulike tegn og koder. Dette som modell for forståelse av kultur og kulturelle utfordringer man står overfor i helsevesenet. Med semiotikk har jeg satt fokus på at man fra spesialisthelsetjenesten tilpasser retorikken slik at kommunalt personell forstår og øker egen kunnskapen, slik at pasienten får best mulig oppfølging.

Hvis man blir bevisst på disse poengene og forstår betydningen av dette, er det lagt grunnlag for å bygge opp kompetanse som skaper en god samhandler.

7,0 Metodologi

7,1 Innledende tanker

Med bakgrunn i min erfaring fra helsefaget sykepleie ønsket jeg å studere samhandling mer inngående. Dette nettopp for å få innsikt i hva vi gjør i samhandlingsepisoder. Den lille historien som ble presentert innledningsvis ga meg inspirasjon til å studere tema nærmere. Jeg har som kjent til hensikt å rette blikket mot hvilke tiltak som bedre kan legges til rette for samhandling. I tillegg ønsker jeg å få større perspektiv og øke forståelsen for hva samhandling bør være, og hva helsearbeidere kan gjøre for å bedre pasientforløpene.

7,2 Kvalitativ metode

Til denne mastergradsoppgaven har jeg valgt kvalitativ metode. Den kjennetegnes først og fremst av sitt narrative innhold, som søker å finne egenskaper ved et fenomen, som videre kan brukes for å utvikle kunnskap(en). Egenskapene finner man gjennom nærhet til subjektet. Dette beskriver Polit og Beck med følgende “capture the reality of human experience” (2008 s.17). Nettopp gjennom nærhet til subjektet får jeg innblikk i den andres erfaringsverden og subjektive meninger om fenomener. “naturalistic inquiry attempt to deal with the issue of human complexity by exploring it directly” (Polit and Beck 2008 s.17). Erfaring er noe et menneske gjør ved å gjennomgå sine opplevelser av en ny situasjon eller en allerede erfart situasjon. “...emphasis the complexity of humans, their ability to shape and create their own experience, and the idea that truth is a composite of realities” (Polit and Beck 2008 s.17) Nettopp dette danner bakgrunn for mitt arbeid.

Hvis kunnskap skal utvikles må den metodisk tilnærmes, kun gjennom dette får jeg tilgang på elementer som kan brukes for å videreutvikle allerede kjent eller ny kunnskap. I mitt tilfelle gjennomføres studien med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. Kunnskap med rot i praksis som utvikles via refleksive prosesser, der man lærer av erfaring, vår egen og

andres. “Kunnskapsbasert praksis er bruken av erfarings basert kunnskap og ønsker og behov ut fra en gitt situasjon “ (Nortvedt et.al. 2010 Kunnskapsbasert praksis) Altså bruken av allerede ervervet kunnskap. Denne kunnskapen må metodisk utforskes for å utvikle eventuelt tilblivelse av ny kunnskap. Det ligger dermed til rette for at jeg kan få innblikk i erfaringer informantene har gjort med samhandling. Og om mulig å videreutvikle kunnskapen som har rot i praksis. Dette er altså mitt utgangspunkt. Kvalitativ data i mitt arbeid dreier seg langt på vei om å finne konkrete egenskaper ved samhandling som kan anvendes i praksis.

8,0 Vitenskapsteoretisk forankring

Fordi jeg ønsker å komme inn på de menneskelige erfaringer med samhandling, må jeg danne meg en oppfatning av hva som blir erfart. Dette vil fordre et engasjement fra min side som blir mer enn bare overfladisk, og dernest må spørsmålene innby til å svare inngående ut fra hva problemstillingen har til hensikt å belyse. Jeg er med andre ord opptatt av den andres ekte og spontane kommentarer, erfaringer og andre tanker som informantene måtte ha til tema. For å kunne gjøre dette, er hermeneutikk til hjelp. Da jeg mener den hjelper meg å se helheten og delene sammen for å danne en fullstendig forståelig sammenheng. Her følger en innføring i hermeneutikk.

8,1 Hermeneutikk

Hermeneutikk er i sin opprinnelse en fortolkningskunst og fortolkningsteori som særlig teologien brukte som vitenskapsgren for å fremstille prinsippene i tolkningen av Bibelen. Den moderne hermeneutikk har til hensikt å skape forståelse og tolkning av et meningsfylt fenomen. For eksempel hva forståelse er og hvordan man kan gå frem for å oppnå adekvate fortolkninger. Hermeneutikk omfatter altså ikke bare det som involveres i den skrevne teksten, men også i en fortolkningsprosess. Thornquist (2003) og Skorgen & Læg Reid (2001) peker på at Hermeneutikk var tradisjonelt rettet mot tolkning av tekster, men har utviklet seg til en filosofisk retning med grunnleggende ontologiske avklaringer som er av epistemologisk betydning. Her pekes på flere viktige aspekter som er vesentlig slik jeg har

valgt å bruke den. Dette inkluderer også verbale og nonverbale former for kommunikasjon, og andre faktorer som påvirker kommunikasjon, som for eksempel forutsetninger, forforståelse, betydningen og semiotikk. Dette er avgjørende og må tas hensyn til i prosessen både med intervju og analyse.

Hermeneutisk forskning innebærer altså at en er “åpen” for fenomenet. I hermeneutikken regnes forståelse som et grunntrekk ved menneskelig væremåte: Man er i utgangspunktet forstående, og kan ikke velge det bort. Det vektlegges at et nivå av dagligdags praksis (...) ligger til grunn for våre teoretiske forutsetninger og antakelser (Thornquist 2003) I dette hentydes til en direkte kroppslig kontakt med verden, i konkrete praksissammenhenger. Dette er grunnlaget for at vi kan begripe den og etter hvert innta en mer iakttagende avstand. Forståelse og fortolkning har utspring i betingelser som det ikke er mulig å tydeliggjøre fullt ut. Moderne hermeneutikk dreier seg altså ikke bare om forståelse av teksten, men også om å forstå subjektet som er erkjennende.

Et aspekt ved den hermeneutiske sirkel er at all forståelse springer ut fra forforståelse. Bevisstgjøring av og redegjørelse for egen forforståelse står derfor sentralt i hermeneutisk forankret forskning. Det gitte kan ikke frikobles fra fortolkningen, her ligger dermed implikasjoner om forforståelse, enten man vil eller ikke (Lægreid and Skorgen 2001). Egne erfaringer med fenomenene regnes som et godt utgangspunkt for innsikt, men forforståelsen må “tøyes” dersom det skal bli mulig å komme frem til ny kunnskap. “... så godt som mulig å reflektere over, undersøke og kreativt ta i bruk vår forforståelse” (Thomassen 2006 s.171) Dermed har hermeneutikk gitt meg muligheten til å studere et fenomen som jeg har forforståelse av. Samtidig har jeg også satt forforståelsen på prøve for å videreutvikle kunnskapen om tema. Selv om man aldri kan redegjøre fullt og helt for sin forforståelse, er det viktig å undersøke sine egne antakelser kritisk for å sikre en åpen tilnærming og pragmatisk fortolkning av materiale. Forskning betraktes fra et hermeneutisk ståsted som en prosess hvor meningen utgår fra den sammenhengen til de enkelte faktorer. Et slikt sirkulatorisk synspunkt på erkjennelsesprosesser betrakter forskning som en pågående og uavsluttet virksomhet hvor det legges opp til utvidet forståelse og finjustering av forståelsene underveis.

Tekst er i hermeneutikk forbildet på materiale. Dessuten konsentrerer hermeneutikken seg utelukkende om meningsfylte fenomener. Først i lyset av fortolkningen kan noe bli til en kjensgjerning og iakttagelsen vise seg å ha utsagnskraft (Lægreid and Skorgen 2001), dermed kan det finnes flere mulige tolkninger, men ikke alle tolkninger er riktige. Man forstår mer eller mindre godt – eller misforstår. “Derfor skal man i forskning ikke bare søke etter å få bekreftet sine antakelser, men også det motsatte” (Thornquist 2003 s.189-190)

9,0 Metodisk tilnærming

9,1 Utvalget av informanter

Jeg var interessert i informanter fra den somatiske spesialisthelsetjenesten, som driver rehabilitering av hjerneslag. I landsdelen finnes til sammen elleve somatiske sykehus, hvorav de fleste sykehus driver spesialisert slagrehabilitering. Så tilgangen til mulige informanter var betydelig. Jeg valgte å kontakte et av sykehusene og fikk pr. telefon kontakt med en sengepost som drev med behandling og rehabilitering av hjerneslagpasienter. Etter en tid fikk jeg en e-post fra seksjonssykepleier på den nevnte sengeposten med informantenes navn og e-postadresser. Informantene var forhåndsvalgt av seksjonssykepleieren ut fra mine inklusjonskriterier. Disse er; informantene måtte være sykepleier og de måtte ha jobbet med rehabilitering av hjerneslag. Med minst fem års erfaring. Altså ville jeg ikke ha nyutdannede sykepleiere. Informantene visste seg å inneha ulik erfaringsbakgrunn. Den ene hadde over tjue års erfaring fra faget og var ansatt som fagutviklingsykepleier. Den andre var også fagutviklingsykepleier, men hadde noe mindre erfaring. De to siste var sykepleiere og jobbet ved sengeposten, med fem til ti års erfaring. Ulikheter i informantenes erfaringsbakgrunn har jeg ansett som en fordel for min oppgave, da jeg har fått tilgang til ulike erfaringer med samhandling. Deretter tok jeg kontakt med hver og en av dem pr e-post og avtale møte for intervjuet. Se informasjonsskriv som er vedlagt her og ble vedlagt e-posten.

9,2 Etske betraktninger

Før jeg begynte jobben med å rekruttere informanter, søkte jeg om godkjenning av prosjektet hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Prosjektskissen ble godkjent (vedlagt). Hva angår personvern er dette tatt hensyn til i hele prosessen. Alle informantene ble grundig informert gjennom informasjonsskrivet, som ble sendt ut på forhånd, i invitasjonen til selve intervjuet (vedlegg) og under intervjuene (se intervjuguide, vedlagt). Samt ble informantene informert at de på hvilket som helst tidpunkt kunne trekke seg fra studien min. Personvern går ut på at det ikke på noe tidspunkt skal kunne identifiseres hvem informantene er eller hvilket sykehus de jobber på. Informantene er altså anonymisert i hele prosessen. Ikke annet enn at de jobber i spesialisthelsetjenesten og hvilket yrke og erfaringsbakgrunn de har. Samtlige signerte en samtykkeerklæring (vedlagt). Av hensyn til personvern ble intervjuene lagret på hjemmePC i kodebelagte mapper. Etter transkripsjon av data ble filene slettet fra digitalt opptaksmedie og PC. Dette for å sikre at ingen har tilgang til intervjuene etterskuddsvis.

9,3 Intervjuene – forberedelse og gjennomføring

Intervjuene danner grunnlaget for min empiri. Forberedelsene til intervjuene gikk med til å lage intervjuguide og derved spørsmål. Intervjuguiden ble til gjennom innhenting av kunnskap fra Integrering- og Mangfoldsdirektoratet (Integrering- og Mangfoldsdirektoratet 2010). Denne malen var kortfattet og oversiktlig.

Jeg har valgt å formulere spørsmålene slik at de fikk en narrativ struktur. Dette åpner for mange svarmuligheter fra informantene. Det typiske med "open-ended questions" er "...allow respondents to respond in their own words" (Polit and Beck 2008 s. 414). Jeg har gjennom denne metoden fått et rikt og omfattende material og jobbe ut fra. Narrativ betyr fortellende og/eller gjelder handlingsforløpet i en fortelling. Den narrative strukturen er avgjørende, kun gjennom den får informantene fritt utløp for sine meninger og erfaringer. Dette innebærer for min del og gå åpent inn i en intervjuopprosess, med den annen part, for

oppnåelse av innblikk i den andres erfaring. Spørsmålene ble formulert og stilt som ”open-ended questions”, altså åpne spørsmål som gir flere svarmuligheter.

Spørsmålene ble som følger:

- Fortell om en samhandlingsepisode som du mener fungerte bra.
- Fortell om en samhandlingsepisode som du syntes ikke fungerte bra.
- Fortell hvilke tiltak du mener bør settes i verk for å forbedre samhandlingen?
- Opplever du å bli møt ulikt i store og små kommuner?
- Kan du fortelle om hvordan du opplever behovet for informasjonsflyt av pasientdata.
- Hvor stor påvirkning har du på samhandlingen?

Denne måten å formulere spørsmål på var svært nyttig, nettopp fordi det åpnet for at informantene kunne fortelle bredt ut fra sine erfaringer med tema. Informantene hadde ikke fått spørsmålene utdelt på forhånd, og var således ikke forberedt. Det ga informantene mulighet til å gi spontane svar. Det har samtidig gitt en rik empiri, som utgangspunkt for analyse.

Intervjuene ble gjennomført individuelt. Først pratet vi litt uformelt slik at jeg kunne danne meg et inntrykk av erfaringsbakgrunn til informantene, for så å si litt om tema. Deretter forklarte jeg hva intervjuet skulle brukes til, min taushetsplikt og anonymitet av person. Intervjuene ble tatt opp på en Digital Voice Recorder/diktafon, og etterpå transkribert for å bli gjenstand for analyse. Intervjuene ble gjennomført på et grupperom hvor vi satt uforstyrret. Dette ble en behagelig åpen samtale som fungerte bra. Intensjonen var som kjent å få informantene til å svare åpent på spørsmålene. Noe de også gjorde og virket til å være komfortabel med. Situasjon var preget av ro og ble ikke på noe tidspunkt identifisert som stressende for hverken informanten eller undertegnede.

10,0 Analyseprosessen

Jeg har valgt å la meg inspirere av både innholdsanalyse og narrativanalyse. Hovedsakelig har jeg brukt Granheim & Lundman innholdsanalyse. Jeg har i tillegg latt meg inspirere av Coffey & Atkinsons narrative analyse. Det ble til en narrativ innholdsanalyse i kombinasjon av disse to.

Granheim & Lundmans Content analysis, eller på norsk innholdsanalyse, er en analysemetode som er bygd opp for analyse av kvantitativ data. Eller "...dealt with "the objective"... " (Granheim and Lundman 2003 s.106). På den andre siden kan også denne innholdsanalysen brukes i sykepleierfaglig forskning. Nøkkelen til en god innholdsanalyse er ifølge Granheim & Lundman; "creating categories is the core feature of qualitative content analysis" (2003 s.107). Videre beskrives kategorier som internt homogene og eksternt heterogene. Jeg antar at det de mener med internt homogen er at kategorien er i seg selv unik og at den har en eksklusiv betydning. Men når den blir "dratt ut" som en kategori og sett i sammenheng med andre deler av teksten og eventuelt analysert, blir den eksternt heterogen, altså flerfoldig eller gjenstand for flere betydninger.

I denne sammenheng er det hensiktsmessig å danne seg ulike undergrupper av tema som defineres som meningsenheter. Disse meningsenhetene er sitater eller utsagn som jeg mente utmerker seg under intervjuene. Dermed kan disse kondenseres, altså presset jeg svarene sammen slik at det fremkom korte, tydelige og fullkomne koder. Eksempelvis koden rutine og dialog. For dermed å finne noen sammenfallende temaer som jeg legger hovedvekt på. Eller som Granheim og Lundman sier det: "...focus on the subject and context, and emphasises differences between and similarities within codes and categories" (2003 s.111)

I arbeidet med fortolkningen av data har den hermeneutiske lære vært til hjelp. Empiri blir fortolket, kondensert og kodet vil også måtte metodisk forklares (fortolkes) med hjelp av

den hermeneutiske sirkel. En av de store oppgavene etter gjennomføringen av intervjuene var å reflektere over kommentarer, utsagn og sitater. Min forforståelse kom til synet i denne prosessen, men desto viktigere har det vært å fokusere på og “reflektere, tydeliggjøre og kreativt ta i bruk min forforståelse” (Thomassen 2006 s.171). Hver del av teksten sees i sammenheng med helheten og helheten sees i sammenheng med delene. Jeg har eksempelvis ikke tatt ut sitat uten å se på sammenhengen den står i. Dette betyr at jeg har brukt mye tid på å reflektere over hva som jeg har frem kommet, alt for meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder. ” Reflexivity is the process of reflecting critically on the self, and of analyzing and making note of personal values that could affect data collection and interpretation.”(Polit & Beck 2008 s. 202)

Empirien kan ikke studeres ut fra en virkelighet, dens virkeligheten må fortolkes av meg. Dermed blir det desto viktigere for meg å se kritisk på egen forforståelse og dermed nøye overveie hva som fremkom i empirien. Muligheten til å ta inn over meg det jeg ser, refleksjon over egne tanker. Hva er det jeg egentlig er ute etter, hva forstår jeg av det informantene mine vil frem til? Dette medfører stor viktighet med tanke på at virkeligheten ikke helt ligger klart foran meg. Gjennom arbeidet ”tvinges” jeg til å sette ord på hva jeg er ute etter. Eller som Svenaeus sier: ”å nærme meg de studerte personenes egne erfaringer og selvforståelse, og ikke la analysen av materialet bli styrt av forutinntatte meninger og teorier” (2005 s.44)

I tabellen nedenfor har jeg presentert to eksempler på kvalitativ analyse, slik jeg har valgt å foreta den.

| Meningsenheter | Kondenserte meningsenheter | Kode |
|--|--|-------------------------|
| Viktig med muntlige dialoger med kommunene, dette fører til forpliktelser for begge parter | Viktig med forpliktende muntlig dialog | (Forpliktende) Dialoger |
| Vi er blitt flink på tidlig kontakt med kommunene. Etter at samhandlingsavtalen trådte i kraft har dette ført til at det er blitt mer tydelig hvem som gjør hva i samhandlingen. | Gode praktiske rutiner er avgjørende for god samhandling | Gode praktiske rutiner |

10,1 Studiens validitet

Hvilke kriterier skal jeg så legge til grunn for å evaluere kvaliteten på studien? Polit og Beck bruker blant annet begreper som trustworthiness og credibility (Polit & Beck 2008) om troverdigheten av kvalitative data. Ifølge Granheim og Lundman er det i tillegg vesentlig og legge dependability og transferability (Lundman 2003) til grunn for oppnåelse av troverdighet. For å oppnå trustworthiness i denne studien er spesielt credibility og transferability kvalitetsfaktorer som utpeker seg. Altså studiens troverdighet med overføringsverdi og pålitelighet. Pålitelighet gjør empirien og dens funn mer troverdig. "Credibility deals with the focus of the research and refers to confidence in how well data an processes of analysis address the intended focus" (Granheim & Lundman 2003 s.109)

Variasjonen i erfaringens bakgrunn til informantene har vært med på å gi troverdighet av empirien. Fordi den har gitt flere aspekter å gå ut fra i analysen og gjør empirien omfangsrik. Jeg gjorde i tillegg en oppsummering med hver informant. Dette ble konkret gjort gjennom, at de ble spurt om hva vi hadde pratet om (hovedpoengene) var korrekt oppfattet av meg, hvorpå informantene kunne bekrefte eller avkrefte dette. Dette var en

enkel og grei metode for å oppnå troverdighet. Når det gjelder transferability eller omsettelighet/overføringsverdi har jeg valgt å stille følgende spørsmål: har studiens funn, i lys av sitt konkrete innhold, overføringsverdi til helsetjenesten for øvrig? Dette vil jeg besvare i avslutningen av mastergradsoppgaven.

10,2 Refleksjoner over metodevalget

Jeg vil nå presentere noen anskuelser om å drive studier i egen kultur. En av de store fallgruver med å studere fenomener fra egen klinisk hverdag er at man lar seg farge av egne erfaringer – forforståelse. Bias er ifølge Polit og Beck: “In general is an influence that produces a distortion or error in the study results.” (2008 s.197) Bakgrunn for valg av tema hadde grunn i en antagelse at samhandlingen ikke fungerte optimalt, altså har jeg en forutinntatt mening om tema. Det stilte meg overfor utfordringer i denne studien. Ideelt sett burde jeg være objektiv og ikke tatt hensyn til egne erfaringer. Men det er ikke til å komme utenom egen forforståelse. Jeg var nødt til å skifte fra innenfra perspektivet til utenfra perspektivet, altså har jeg vært nødt til å ta utenfra perspektivet for å få innsikt i fenomenet. I hele prosessen har jeg blitt stilt overfor store utfordringer med å skifte fokus til utenfra perspektivet. Jeg skulle i tilfelle her studere andre menneskers subjektive opplevelse. For å skape validitet var det en nødvendighet å ta utenfra perspektivet, og for eksempel ikke la min mening komme frem under intervjuene, dette ville til en viss grad farget informantene. Det dreier om å sette seg litt tilbake, og la informantene fortelle og ikke farge dem med hva jeg kan, vet eller har erfart med tema. Dette har stilt meg overfor utfordringer underveis og har måttet innhente meg selv flere ganger, både under intervjuene, i analysen og i arbeidet med å skrive ut materialet.

Det er ikke slik at all kunnskap ligger klar til bruk. Det kreves omhyggelig arbeid både før, under og etter en studie for å oppnå kunnskapen. Det er utfordrende å skulle stå inne i kulturen og etterpå skal stå utenfor! La meg presisere; innenfra når jeg skal gjennomføre intervjuene, analysere, tolke og skrive ut. Og utenfor når jeg skal analysere. Utgangspunktet er ønsket å studere noe fra min erfaring, altså fra egen kulturen. I følge

Paulgaard må "... forskeren være i stand til å turnere begge disse posisjonene, uansett hvor nær eller fjern kulturen er" (1997) det handler langt på vei om å danne en distanse til kulturen eller se kritisk på hva vi egentlig gjør i egen kultur. Intet unntak for meg! Det hele dreier seg om å la forforståelse komme til syne, og bruk den til og utforske, og ikke minst videreutvikle, det som ikke helt har lagt klart for meg, frem til nå. En hermeneutisk anskuelse av dette er at man i utgangspunktet er forstående, og kan ikke velge det bort, altså det er ikke til å unngå at en har åpenhet for fenomenet. Bevisstgjøring av og redegjørelse for egen forforståelse står derfor sentralt i hermeneutisk forankret forskning. "Det gitte ikke kan frikobles fra fortolkningen" (Læg Reid and Skorgen 2001)

Forforståelsen min har følgelig blitt satt på prøve gjennom store deler av prosessen i mastergradsarbeidet. For eksempel når jeg skulle lage spørsmålene til intervjuene, hadde jeg en tendens til å formulere meg, med utgangspunkt i min egen oppfatning av tema, og var derfor nødt til å bevisstgjøre meg betydelig. For nettopp å kunne få muligheten til å utvikle kunnskapen, måtte spørsmålene formuleres slik at det ble mulig. La meg illustrere dette med første utkastet til spørsmålene. Fortell om en episode hvor du opplevde samhandling som problematisk. Jeg valgte altså å la forforståelsen komme til syne i spørsmålet. Dette ble senere endret til: fortell om en samhandlingsepisode som du mener fungerte bra. Og motsatt, som ikke fungerte bra.

Noe av kritikken mot kvalitativ forskning går nettopp på at den kvalitative metoden går for å være for subjektiv (Watt Boolsen 2006; Polit and Beck 2008). Tilgangen til uttømmende argumenter om et fenomen begrenses betraktelig når utvalget blir marginalisert og når forskeren velger å studere deler av en helhetlig realitet om et fenomen. Og har man full tilgang til fenomenet gjennom å intervju et fåtall subjekter (informanter)? Kan jeg konkludere om mitt tema ut fra kun tilgang til fire informanter? Disse spørsmålene er viktig å stille fordi jeg ikke har fått tilgang til alle aspekter ved samhandling. Jeg har således kun fått et lite innblikk fra fire informanter i hva som gjør samhandling god, men dog ikke uvesentlig! Kun den hele og fulle realitet gjør validiteten om fenomenet fullkommen.

11,0 Analysen

Jeg skal nå redegjøre for empirien, først har jeg valgt å presentere en sammenfatning av informantenes svar på hvert enkelt spørsmål. For så og presentere empiriens oppsummerende funn, og til sist å oppsummere det hele med en drøftelse mot de teoretiske perspektiver som er valgt til denne mastergradsoppgaven. Direkte sitater fra informantene står i kursiv, slik at de letter lar seg skille ut.

11,1 Fortell om en samhandlingsepisode som du mente fungerte bra/ikke fungerte bra?

Alle informantene innledet med små anekdoter, som på en eller annen måte fortalte om samhandlingsepisoder, med varierende utfall. Det var stort omfang i anekdotene, alt fra vellykkede forløp som førte til utskrivelser til hjemmet, og moderate vellykkede som førte til sykehjems opphold. Og dermed sendes det ut signaler om stor spennvidde i forholdet mellom behovet for involvering fra den kommunale helsetjenesten og pasientens behov for hjelp. Det er pasienter med stort hjelpebehov som har størst fokus hos informantene.

Hos den komplekse pasienten, altså pasienter med et sammensatt sykdomsbilde og stort hjelpebehov, stilles alle ledd i samhandlingsepisoden overfor store utfordringer. Det stilles dermed ikke bare krav til den som sender pasienten fra seg, men også den som mottar pasienten. En av informantene mente at når de hadde komplekse pasienter; *blir vi fra spesialisthelsetjenesten "avhengig" av kommunen*. Hun har satt fokus på et viktig poeng, hun mente at alle har et ansvar i pasientforløpet. Selv om pasienten kommer fra spesialisthelsetjenesten. Det er i hovedsak hos spesialisthelsetjenesten kunnskapen om pasienten ligger, denne kunnskapen skal mottas av kommunehelsetjenesten, *dermed er det like viktig at begge parter er involvert i forløpet til pasienten*. Både den som har og den som skal motta pasienten må involvere seg. Hun presiserte videre hvor viktig det var at alle skulle ta sin del av ansvaret for pasient slik at den følte seg ivaretatt gjennom hele forløpet.

Og ikke minst ta sin del av ansvaret for kunnskapsutvekslingen. Hun sa videre i sekvensen følgende; *“det er også noen som ikke tar ansvar, tror vi har en tendens til å glemme at det er pasienten vi jobber for og ikke for vår egen del”* Her problematiserer hun hvilke utfordringer man stilles overfor med tanke på avhengighet i samhandlingen.

Samtlige informanter satte fokus på den gruppen av pasienter med sammensatte og stort hjelpebehov. *Det er denne gruppen som skaper mest hodebry*, sa en informant. Komplekse pasienter fordrer en involvering av mange deltjenester. *En kompleks hjerneslagpasient som utskrives til hjemmet får som regel tjenester fra flere offentlige instanser og etater.* En informant hadde følgende anekdote;

“Også mange som trenger hjelpemidler som vi får vite like før utskrivelse, det kan ikke vi fikse, finns det da noen i kommunen som kan fikse dette? Selv om man legger til rette for at alt skal gå bra, er det mange ledd som skal involveres i prosessen.”

Her illustrerer informanten behovet for bedre koordinerte tjenester i den komplekse helsetjenesten. Det finnes med andre ord forbedringspotensialer i koordinering av tjenesten, og informanten har påpekt behovet. I lys av samhandlingsreformen stilles spesialisthelsetjenesten og kommunene overfor utfordringer i koordineringen av tilbud til rehabiliteringspasienten. Som tidligere skissert har pasienten behov for sammensatt tilbud, ikke bare for å dekke primære behov men også for å få tilbud om fysioterapi, ergoterapi, logoped osv. Anekdoten nedenfor illustrerer at ikke kan helgardere for alle faktorer.

En annen informant hadde dette eksempelet: *“en mann ble utskrevet på en fredag, jeg hadde lagt alt til rette for at det skulle bli en bra samhandlingsepisode. Men det viste seg i ettertid at det var flere av de involverte partene som ikke hadde gjort som de skulle, deriblant dukket ikke hjemmesykepleien opp som avtalt”.*

11,2 Fortell hvilke tiltak du mener bør settes i verk for å bedre samhandlingen?

Alle Informantene spesifiserte at gode praktiske rutiner i samhandlingen var det, som først og fremst, var lagt til grunn for å lykkes i samhandlingsepisoden. Samtlige informanter la til grunn at gode praktiske rutiner og gode dialoger var en av hovedårsakene til at de var blitt god på samhandling. Det hadde vært jobbet med å innarbeide gode praktiske rutiner internt i organisasjon. Helseforetaket og kommunene, i nedslagsfeltet til helseforetaket, hadde inngått en samhandlingsavtale som har lagt til grunn standarder som skulle brukes i samhandlingen. Det er for øvrig utarbeidet slike samhandlingsavtaler i de fleste helseforetak rundt om i Norge.

11,2,1 Tidlig kontakt med kommunene

Når utskrivelser ble initierte var planleggingsfasen særlig vektlagt. *“tidlig involvering er viktig for å få en god samhandling for da kan kommunen forberede seg på utskrivelsen og tilrettelegge hjelp”* Tidlig kontakt med kommunene er altså avgjørende faktor på planleggingen av pasientforløpet. *Det varierer hvor mye tid de enkelte kommunene trenger for å planlegge hjelpen som skal til.*

Med samhandlingsavtalen til grunn opplevde mine informanter at de var bedre rustet til å gjennomføre samhandling på en strukturert og systematisk måte. Som en av mine informanter sa: *“Vi er blitt flinke på tidlig kontakt med kommunene. Etter at samhandlingsavtalen trådte i kraft har dette ført til at det er blitt mer tydelig hvem som gjør hva i samhandlingen”*.

11,2,2 Tidligmelding

“Ofte skjer mye av førstegangskontakten til kommunene med en skriftlig tidligmelding, til kommunale tildelingskontor eller direkte til den hjemmesykepleiesonen eller sykehjemmet hvor pasienten utskrives til.” Det er variasjoner i organiseringen av de ulike kommuner, hvor informasjon mottas. *Skriftlige tidligmeldinger sendes ut kort tid etter innleggelse. Denne fungerer som førstegangs kontakt, hvor den aktuelle kommunen blir informert om en fremtidig bruker.* Tildelingskontor er et relativt nytt fenomen i kommunene i Norge, disse fungerer som en førstelinje i kommunen når nye pasienter skal tildeles tjenester. Et tildelingskontor fungerer enkelt slik at fordeling av tjenester organiseres via denne instansen. En førstelinje kontaktpunkt i kommunen. Jf. samhandlingsreformens fokus på at pasienter skal ha en person og forholde seg til i kommunen.

I større kommuner er tildelingskontor mest vanlig. I de mindre er det opp til hver enkelt hjemmesykepleiesone eller sykehjem å styre inntaket. Dette har informantene noe varierende erfaring med. Utfordringer med tidligmelding; Fallgruven med en skriftlig tidligmelding er som en av informanter sa: *“kommunene skylder på at de formelle tingene ikke er på plass, vi har en tendens til å glemme at det er til pasientens beste vi gjør dette”.* *Kanskje derfor er det i tillegg viktig med en muntlig kommunikasjon nettopp for å unngå slike situasjoner.*

11,2,3 Dialoger

Dialog synes å være et av de viktigste funn i empirien og i følge informantene en av de viktigste tiltakene i samhandlingen, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En av dem sa: *“det er viktig med dialog med dem man skal samarbeide med ute, for pasienten sin del.”* (Med “ute” mener informanten i kommunen, min anmerkning) En av informantene oppsummerte med følgende betraktning *“kommunikasjon oss sykepleiere imellom er avgjørende for kvaliteten på samhandlingen.”* *Og at pasienten og pasientens pårørende får en opplevelse av å bli bedre ivaretatt.*

Informantene presiserte hvor viktig det var med samarbeidsmøter, dette er en formell metode å planlegge/organisere et pasientforløp på. Det foregår i tillegg mange uformelle dialoger som vektlegges som viktig. Informantene drev mye muntlig informasjonsutveksling. De fleste av informantene gjorde et poeng av at det var viktig med muntlige dialoger, nettopp fordi dialog blir toveis forpliktende. Men som utdraget nedenfor viser er det ikke bare uproblematisk.

“det blir jo veldig viktig å dokumentere det man snakker om på telefon. Men æ ser det er mer forpliktende med skriftlige meldinger. Men det er også viktig med muntlig dialog med dem man skal samarbeide med ute for pasienten sin del. Så begge deler er vel sånn sett viktig. Men det kan jo bli mye dobbelt også, i og med at vi sender skriftlig melding og at vi må ta kontakt med. Men det her med å snakke på telefon, vi møter jo på veldig mange ulike mennesker ute som har sitt syn og måter å gjøre det på. Så det har ikke bare vært uproblematisk.”

Her gjør informanten et poeng av at muntlig informasjon er viktig men slett ikke uproblematisk. Det er mange ulike mennesker man treffer på ute i kommunene. I tillegg til at det blir mye dobbelt arbeid. Alle informantene påpekte viktigheten med og skriftlig å dokumentere det som ble sagt til kommunene.

Jobben informantene gjør mot kommunen er vesentlig både for å tilrettelegge for pasientene og for samarbeidsmøter. *“Vi bruker ofte samarbeidsmøter som tiltak for å unngå problematiske samhandlingsepisoder.” Faren for misforståelser og ansvarsfraskrivelse blir minimert med et slikt tiltak. Hos de komplekse pasientene er dette avgjørende for om samhandlingsepisodene blir bra. Dette har i følge de fleste informantene gitt resultater. Kommunalt personell blir personlig involvert i sakens kjerne. Vi sikrer flyt i pasientforløpet. Tidlig involvering er altså et svært vesentlig tiltak, for å oppnå en best mulig samhandling.*

11,2,4 Individuell involvering i samhandlingsepisoden

En av informantene snakket mye om dette med erfaringer og kunnskap med samhandling. Informanten dro spesielt frem en samhandlingsepisode som hun gjorde som nyutdannet. Denne lille anekdote illustrerer hennes samhandlingskompetanse før.

“Da jeg var nyutdannet og jobbet på medisinsk avdeling, var det veldig lite fokus på de eldre pasientene, det var bare om å gjøre at dem skulle behandles og sendes hjem på et eller annet vis, men det er jo noen år tilbake da. Og jeg husker enda de dårlige utskrivningene ... vi var sen med å gi beskjed, vi hadde ikke kartlagt pasienten. Vi visste for eksempel ikke noe om boforhold. Husker en som bodde langt ute på en øy langt fra tjenestedet til hjemmesykepleien. Og vi sendte han ut fordi han var ferdig på sykehuset. Da hadde vi ikke sett helheten, vi hadde behandlet akkurat det pasienten kom inn for. ”

Anekdoten forteller om en ung nyutdannet sykepleier som fulgte legens råd og gjorde alt hun kunne for å imøtekomme kravene til effektivitet. I motsetning til nå, hun fortsetter: *når jeg har erfaring, kunnskap og gode rutiner som grunnlag for å gjennomføre gode samhandlinger og gode pasientforløp. Den allmenne kunnskapen om samhandling var i tillegg mindre kjent da enn nå. Manglende evne til helhetstenkning og erfaring er de poengene jeg selv legger til grunn for at samhandlingen ble lite gjennomtenkt.*

Informanten oppsummerte med følgende betraktning:

“Jeg syns jeg har stor innflytelse på samhandlingen nå, i hvert fall ettersom jeg nå har en del erfaring og praksis med dette. Har man ikke denne erfaringen hører man helst på hva legen sier. Min styrke er at jeg har denne kunnskapen og erfaringen”.

Hun påpekte betydningen av kunnskapsbygging. *Skal vi i spesialisthelsetjenesten bli god på samhandling, må kunnskap bygges strukturert opp internt og jobbes konkret med.*

11,3 Hvor stor påvirkning har du på samhandlingen?

De erfarne sykepleierne mente å ha stor innflytelse etter som de hadde opparbeidet seg en del erfaring og praksis. Altså god samhandlingskompetanse. Hun sa følgende: *“Har man ikke denne erfaringen hører man helst på hva legen sier. Min styrke er at jeg har denne erfaringen.”* De andre informantene mente at isolert i forhold til rollen som sykepleier og primærkontakt for pasienten, hadde de stor innflytelse. Ettersom også de informantene hadde en del erfaring og praksis med samhandling.

Samtlige informanter enes om at kjennskap til rutinene og fokus på at det forgår korrekt, er et viktig poeng. *“En god samhandling blir til med bruken av kunnskap og erfaring. Vi jobber jo med dette for å gi best mulig opplevelse for pasienten.”* Ellers blir det vanskelig og tungvint og overføre pasienten. Var en avsluttende kommentar fra en informant.

11,4 Kan du fortelle om hvordan du opplever informasjonsflyten av pasientdata?

Samtlige informanter fortalte at de brukte mye ressurser på å innhente informasjon om pasientens tilstand og eventuelt hjelpebehov før innleggelsen. *“Dette tar mye tid og vi har ofte problemer med å komme i kontakt med rette vedkommende”.* Dette danner ifølge informantene et ikke uvesentlig bakteppe for den planmessige jobben som gjøres med hver enkelt pasient. Informantene savner en mer forpliktelse andre vei, altså inn til sykehuset. En av mine informanter hadde en anekdote om dette:

“Vi er ofte interessert i å få vite hvordan pasientene var før dem ble syk, hvis en pasient kommer inn og er fullstendig pleietrengende og hvis vi da får vite at pasienten var helt oppegående i forrige uke. Da sier det noe om hva vi skal jobbe videre mot, skal pasienten tilbake til det han var. Og at man da skal søke sykehjems plass tidlig.”

“I sykehus har vi kun umiddelbar tilgang på informasjon fra innkomsnotater fra mottakelsen. All annen informasjon må vi selv oppsøke pr telefon til de aktuelle kommunale instansene eller pårørende.” Flere av informantene påpeker mangler ved

informasjonsflyten og stiller spørsmålet hva skal vi forholde oss til når vi får nye ukjente pasienter?

11,5 Er det forskjell på store og små kommuner?

Det fremkom noe forskjellige svar på det. Noen mente det fungerte bra i større kommuner, dette grunnga de med raske svar og tilsagn av det tjenestetilbud som var etterspurt. Mens en annen, en av de med lengst erfaring, mente at: *“ i de store kommunene er det store variasjon på grunn av at det er mange mennesker å samarbeide med”* hun sier også *“de større kommunene har mer distanserte forhold”* Større kommuner har naturlig nok en mer uoversiktlig tjeneste. Dermed stilles det strengere krav til kunnskapen og kjennskapen til de som sitter ved tildelingskontorene. Større kommuner har som regel et tildelingskontor. Noe som i andre rekke fører til at det vil ta lengre tid før en søknad blir besvart. Og vi får pasienten liggende lengere på sykehuset.

Informantene sitter med det motsatte inntrykket i forhold til mindre kommuner. Alle mente de jevnt over hadde bedre samhandlingsepisoder med de mindre kommunene. Dette grunnga de med at det kunne ha å gjøre med at forholdene er tettere i mindre kommunene. Tettere relasjoner mellom ansatte.

En av informantene oppsummerte dette spørsmålet godt. *At mindre kommuner har bedre samhandling og større kommuner har dårligere samhandling er å konkludere for raskt. Men at forutsetningene for samhandling ligger bedre til rette i små enn i større kan være en tendens. Der er færre hensyn å ta og antagelig færre som står i kø for å motta kommunale tilbud. Selv om tjenestetilbudet i mindre kommuner i noen tilfeller er mindre omfangsrikt.*

12,0 Oppsummering av hovedfunn

Herunder følger en presentasjon av hovedfunnene. Disse er konkret og praktisk i sin form og danner rammen rundt samhandlingsepisoden. Ergo skiller disse tiltakene seg ut som en forutsetning for at samhandlingens episoder skulle bli fullgode.

12,1 Gode praktiske rutiner

Informantene påpekte flere ganger på at det var brukt mye tid i organisasjonen på opparbeidelse av gode praktiske rutiner, både innad i personalgruppa og i organisasjonen for øvrig, for å oppnå god samhandling. Det hele dreier seg om ansvarsfordeling. Fordeling av hvem *har ansvar* for hvilke oppgaver og *hvem gjør* de ulike oppgavene. Gode ansvarsstrukturer i personalgruppa har vært med på å strukturere jobben i særlig grad. Nettopp gjennom oppbygning av gode praktiske rutiner blir forutsetningen for samhandlingsepisodene mye bedre. Gode praktiske rutiner var noe informantene vektla som vesentlig ettersom dette skapte formalitet og systematisering. Rutinene dreier seg konkret om hvem som tar kontakt med kommunehelsetjenesten, hvem skriver tidligmeldingsblanketten og hvem deltar på samarbeidsmøter og lignende.

12,2 Tidlig involvering

Tidlig involvering opp mot kommunene. Dette innebar konkret at informantene tidlig, i løpet av første uke av innleggelsen, ga beskjed til kommunen om sin fremtidige bruker. Først og fremst skriftlig men de har også visst hvor viktig muntlig dialoger er. Og at spesialisthelsetjenesten allerede på dette tidspunktet fikk vite hvilken konkret person som er ansvarlig for samhandlingsepisoden og dermed pasientens forløp. Dette hjelper mye fordi man fra spesialisthelsetjenesten har en konkret person og samarbeide med. I tillegg var dette avgjørende ettersom det varierer hvor mye tid denne kontaktpersonen trengte for å få på plass et tilbud til pasienten.

12,3 Dialog

Dialog var et av hovedfunnene og en av de viktigste faktorene som tidlig i alle intervjuene ble dratt frem, av informantene, og som var avgjørende for om en samhandlingsepisode skulle lykkes. Dette dreier seg først og fremst om dialogen med ovennevnte kontaktperson. Men det ble også poengtert at det var viktig med dialog med pasient og eventuelt pårørende, for eksempel om hvor langt planleggingen av forløpet var kommet. Informantene trakk fram at den skriftlige dialogen med kontaktpersonen i kommunen var viktigste fordi den var formell og korrekt. Men de fremhever at muntlig dialog også er viktig fordi det skapte mer kontinuitet i samhandlingsepisoden, men som tidligere presentert er dette ikke uproblematisk fordi: man treffer på mange mennesker som har egne oppfatninger av hvordan ting skal være, og dermed kan dette danne grunnlag for elementer som er kompliserende i samhandlingsepisoden. I tillegg dreier dette seg om dialog med pasienten eller pårørende, som neste avsnitt skal utdype.

12,4 Individuell involvering i samhandlingsepisoden

Dette dreier seg om at den individuelle involveringen den med hovedansvaret for pasienten har i samhandlingsepisoden. Altså at informantene deltok aktivt i planleggingen av forløpet til pasienten. Dette dreier seg først og fremst om den kommunikasjon som pasientansvarlig sykepleier har med den kommunale kontaktpersonen, men også involveringen en gjør i pasienten og deres pårørende underveis i innleggelsen. Det later til at den informasjon som gis om planleggingen rundt utskrivelsen, virker å gi pasienten og deres pårørende en opplevelse av ivaretagelse underveis. Informantene vektlegger dette som viktig for å sikre oppfølging av hver enkelt samhandlingsepisode, samt sikre at det føles sammenhengende.

I tillegg til disse overordnede funnene, framkom andre funn som har betydning for problemstillingen. Disse virker på hver sin måte til å være de bakenforliggende forutsetninger for om samhandlingsepisoden skulle lykkes. For nettopp med gode praktiske rutiner, dialoger, tidlig involvering opp mot kommunene og individuell involvering i

pasienten ligger det til rette for gode pasientforløp. Disse funnene virket altså til å bli en forutsetning for at informantene skulle være pragmatiske i planleggingen av pasientforløp.

Den av informantene som hadde jobbet lengst, hadde mer å tilføye ettersom hun hadde mer erfaring. Erfaring gir altså en betraktelig bedre forutsetning for å kunne planlegge pasientforløpet. Nettopp for at samhandlingsepisoden skal bli bra og føles sammenhengende for pasienten. Informantene har altså erfart at hvis en er pragmatiske i planleggingen av forløpet, blir det mer forutsigbart, mer oversiktlig, skaper helhet og er dermed mindre problematisk.

Det later til at samhandlingen med større kommuner var noe mer omfattende enn med mindre kommuner. Dette har av informantene blitt begrunnet med at forholdene i større kommuner er mer fragmentert og later til å være mindre sammenhengende. Dermed krever det nøyaktighet å jobbe med en større kommune. Dette handlet rett og slett om å systematisere pasientens behov, en god kartlegging av pasientens situasjon, og være klar og tydelig i hva man formidler til en større kommune.

Pasientens funksjonsnivå var i særlig grad avgjørende på hvordan samhandlingen ble oppfattet av informantene. Altså pasientens sammensetning av utfall. Det vil si de pasienter som har et komplekst sykdomsbilde og omfattende utfall tenderte til å bli mer problematiske. Det som fremkommer som et vesentlig poeng er at komplekse pasienter pålegger adskillig mer involvering enn de pasientene med mindre omfattende utfall. En utfyllende drøftelse av dette presenteres senere.

Informasjonsutveksling ble av informantene delt inn i to kategorier. Disse er; den informasjon som blir sendt ut med pasienten ved utskrivelse og den informasjon som fulgte med pasienten ved innleggelse. Det som skapte samhandlingsutfordringer var mangelfull

informasjon ved innleggelse. Dette førte til et betydelig merarbeid for informantene, dette er en ikke uvesentlig faktor for planleggingen.

Og til sist var informantenes kjennskap til helsevesenet i sin helhet en fordel. Det var avgjørende at kjennskap til om hvordan tjenesten var oppbygd legger forutsetningene bedre til rette i planleggingen av en utskrivelse.

13,0 Oppsummerende drøfting

13,1 En lysere fremtid for samhandling og gode pasientforløp

En av hovedutfordringene i Samhandlingsformen er for lite sammenheng i tjenesten og pasientenes behov for koordinerte tjenester. (Samhandlingsreformen 2008-2009) Det kan tyde på at med utarbeidelsen av en konkret samhandlingsavtale har helseforetaket og kommunene kommet litt i forkant av samhandlingsreformen, og allerede gjennomført tiltak som kan på en strukturert og systematisk måte forbedre samhandlingen og sikre et helhetlig pasientforløp. Gjennom systematisk og strukturerte kunnskapsbygging og innarbeidelse av tiltak som gode praktiske rutiner, bruk av virkemidler som tidligmelding og samarbeidsmøter, muntlig dialoger, og individuell involvering har gjort informantene til bedre samhandlere.

Informantene har visst hvor viktig det er med dialoger, nettopp for å unngå misforståelser og uheldige situasjoner. Samtidig fremheves dialogen som viktig for å forplikte den annen part til samhandling til pasientens beste. Samarbeidsmøter er sådan en viktig arena som toveis forplikter og legger grunnlaget for at samhandlingsepisoden blir fullgod. Informantene har opparbeidet samhandlingskompetanse som innebærer “ferdigheter i kommunikasjon og samhandling” (Orvik 2004) og som i tillegg “er å være i stand til å se

egen kompetanse ” og “være i stand til å stå i en vedvarende prosess” (Orvik 2004 s.264). Dette settes altså også som et utgangspunkt for å bli en god samhandler. Som langt på vei er en forutsetning for å fylle en profesjonell rolle og bygge relasjoner til pasienter og pårørende. Og for å sikre god samhandling og følelse av sammenheng. Samhandling er adskillig mer forpliktende og formalisert enn samarbeid. Altså er kunnskap og erfaring viktig for å bli en god samhandler. Evne å jobbe selvstendig, se pasientens behov og kunne sette disse i sammenheng med det apparatet som skal til for å hjelpe pasienten gjennom et komplekst helsevesen.

Den erfarne samhandler har også god organisatorisk kompetanse. “Samhandlingskompetanse fremmer evnen til å organisere pasientforløp og er en form for “organisatorisk omsorg” ” (Orvik 2004 s.262) altså kjennskap til organisasjon og hvilke og hvor i helsetjenesten utfordringene er. Denne kunnskapen er fordelaktig da man gjennom kjennskap til helheten lettere kan planlegge pasientforløpet. Har man ikke denne kunnskapen blir pasientforløpet problematisk og utfordrende. Orvik peker overordnet på en viktig kjerne, mens funnene representerer flere vesentlige konkrete tiltak som gir organisatorisk omsorg. I tillegg til de tiltak som er presentert tidligere vil jeg fremheve to viktige faktorer som gir direkte utslag av organisatorisk omsorg. Kjennskap til helheten i systemet og individuell oppfølging av samhandlingsepisoder/pasientforløp. Disse er, på hver sin måte, med på å fremheve posisjonen til organisatorisk omsorg. Den individuelle oppfølgingen gir etter min mening svaret på en av hovedutfordringene, nemlig sammenheng og trygghet i tjenesten. Organisatorisk omsorg gir dermed følelsen av ivaretagelse gjennom en stadig mer kompleks helsetjeneste.

Fundamentert i gode praktiske rutiner og samhandlingsavtale, har informantene innarbeidet rutiner som viser seg som et vesentlig poeng, for å gjennomføre pragmatiske pasientforløp. Dette er en god kvalitets indikator, å systematisere planleggingen og innarbeide gode rutiner for å skape gode pasientforløp. Økt fokus på tema har medført at informantene er blitt mer bevisst på og satt fokus på viktigheten med å drive god samhandling. Fokuset på tiltakene har ført til at de opplevde å ha fått bedre kunnskap og blitt mer oppmerksom på

viktigheten av gode pasientforløp. *“Vi jobber mye med dette for å gi pasienten en best mulig opplevelse”*. Informantene har altså opparbeidet og erfart viktigheten av god samhandlingskompetanse.

Den komplekse pasienten stiller særlige krav til god samhandlingskompetanse og organisatorisk kompetanse, hos hver enkelt av de involverte parter i samhandlingsepisoden. Som en informant mente: *når vi har komplekse pasienter, blir vi fra spesialisthelsetjenesten “avhengig” av kommunen*. Hun har rettet fokus mot et viktig poeng, hun sier videre *vi har alle har et ansvar i pasientforløpet*. Denne avhengigheten understøttes av Orvik. Samhandling er tross alt *“... å gjøre noe sammen.”* (Orvik 2004). Dermed vektlegger han betydningen av forpliktende involvering fra alle parter, som også underbygger viktigheten av gjensidig avhengig. Men den *“... krever forståelse for hverandres ressursbehov og kan utløse interessekonflikter og samhandlingsproblemer”* (Orvik 2004:268). Hvis en samhandlingsepisode skal bli sammenhengende for pasienten er det viktig at alle parter imøtekommer pasientens behov for tjenester og hjelp. Hvis så ikke skjer vil samhandlingsepisoden bli fragmentert og føles usammenhengende. Dermed er det ikke mindre vesentlig og jobbe sammen for og *“... sikre flyt i arbeidsprosessen, slik at pasienter og pårørende opplever sammenheng i tjenester og tiltak.”* (Orvik 2004).

13,2 Samhandling og markedsbetingelser

Det vil være naivt å tro at samhandlingsreformen har løsningen på alle samhandlingsutfordringene i helsevesenet! Samhandlingsreformen fremstår som vag og utydelig. I mangel av konkrete tiltak, å jobbe etter har den mange tolkningsmuligheter. Den overordnede motivasjonen til samhandlingsreformen er behovet for effektivisering og økonomiske besparelser i helsetjenesten. Bjarne Haakon Hansen hadde en formening om at elementer fra New Public Management¹ konseptet ville svare på effektiviseringsbehov av

¹ New Public Management konseptet søker å øke effektiviteten innenfor offentlig sektor og kontrollen myndighetene har over offentlig sektor. Samt se helheten i organisasjonen og omgivelsene, å forstå hvordan de ansatte tenker og å kunne gjøre kontinuerlige forbedringer.

den norske helsetjenesten. Han mente de hadde betydelig overføringsverdi. Lar omsorg og marked seg kombinere i lys av dette? Hvis vi som jobber i helsetjenesten skal la markedsmodellen ta overhånd - fra omsorg til marked - vil etter min mening vår faglige autonomi stå for fall. Helsearbeidernes suverenitet er nettopp omsorg og en vesentlig del av vår faglige autonomi. "Det er relativt bred enighet om at betingelsene for et velfungerende marked er vanskelig å oppfylle i forhold til helsevesenet" (Lian 2007 s.200). Lian har etter min mening rett i sine antagelser. Hvis intensjonene til samhandlingsreformen skal fullbyrdes, må vi holde fokuset på det vi egentlig skal gjøre - yte god omsorg. Det kan tyde på at samhandlingsreformen retter søkelyset mot en effektivisering som ikke er forenelig med omsorg. Men på den andre side kan Orviks organisatoriske omsorg tyde på at dette er mulig. Svarer tiltakene i denne mastergradsoppgaven i tilstrekkelig grad på kravene fra samhandlingsreformen? Vel det er jeg usikker på! Om ikke tiltakene gir økonomisk gevinst, vil de ihvertfall gi pasienten en følelse av å bli ivaretatt i en stadig mer kompleks helsetjeneste. Dog kan tiltakene, som for pasienten gir en større sammenheng i tjenesten, muligens på sikt skape samfunnsøkonomiske fordeler og dermed svare på kravene fra Samhandlingsreformen. Nettopp fordi man etter hvert blir flinkere til å tenke helhet. Funnene i denne mastergradsoppgaven har således bare bidratt til å svare på deler av hva samhandlingsreformen etterspør. Det er uansett en stund til man kan begynne å se resultatene fra samhandlingsreformen.

13,4 Samhandling og relasjonsbygging

Berg og Haug mener mangelen på forpliktende dialoger er hovedutfordringen. De retter nettopp søkelyset mot å gjeninnføre formålsrettede dialoger og påstår at helsetjenesten "... må (igjen) (...) bygges opp rundt dialoger mellom pasienten og hans eller hennes lege eller annen hjelper." (Berg and Haug 1997 s.334). Dette viser seg å være ett stadig tydeligere poeng når man ser hvilke tiltak informantene setter høyt på lista som effektiv i samhandling. Dialogene bør bygges opp ikke bare mellom pasient og hjelper men også mellom nivåene i helsetjenesten. Dialoger er og blir viktig, selv om den tenderer til å ha fått en mindre viktig plass i helsetjenesten. Et trivielt poeng men ikke mindre viktig av den grunn.

Samhandling handler langt på vei om å opparbeide en kulturell kompetanse. Ett hvert fag har sin kultur og det er viktig også i helsevesenet å forstå kulturen og subkulturene. Opparbeidelse av god samhandlingskompetanse handler blant annet om å kunne se helheten. Denne “nye” måten å tenke pasientforløp på har med andre ord befestet seg hos informantene. Den nederlandske professor Hofstede mente at: “den kollektive programmering av menneskesinnet som adskiller medlemmer av én organisasjon fra medlemmer fra en annen” (Hofstede 1993). Det kan synes til at dette har funnet sted hos informantene. De har opparbeidet seg erfaring gjennom systematisk kunnskapsbygging. Og har vektlagt konkrete tiltak som er effektiv i samhandling og for å forbedre pasientforløpene. Det kan synes at informantene ikke lenger er like opptatt av egen svære, men også tar hensyn til hva pasienten skal komme til, i andre deler av helsetjenesten. En positiv konsekvens blir da; mer helhetlig planlegging medfører at pasienten føler mer sammenheng i tjenesten. Hvis en sykepleier ikke har evner til å kombinere helhetstenkning med pasientens begrensninger og behov, blir man en dårligere samhandler.

Hva innebærer egentlig kravene i samhandlingsreformen? I lys av Lian, Berg og Haug og Samhandlingsreformen fremkommer et behov for konkretiserende tiltak som forenkler jobben med samhandling med den kommunale helsetjeneste. Og siden ingen vil eller tørr utfordre medisinere, er det organisasjonen som gjennomgås for bedre ressursutnyttelse. Det kan tyde på at det informantene og deres organisasjon har jobbet med har gitt resultater i så henseende. En sekundær konsekvens av økt samhandling mellom tjenestenivåene, er bygging av relasjoner. Mot et forenelig fellesskap med andre deler av helsetjenesten. La meg presisere. Formell og uformell relasjonsbygging, være seg konkrete enkeltsaker og/eller kjerneområder innen samhandling. Kan på sikt føre til sekundære positive konsekvenser.

Flere av informantene satt igjen med den erfaringen at kjennskap til og forståelse for utfordringer i andre deler av helsetjenesten, var en fordel. Og at de dermed kunne ta en hvis grad av hensyn til dette i planleggingen av pasientforløpet. Samarbeidsmøter er et konkret tiltak for å styrke relasjonsbyggingen. Jeg tror formelle/uformelle nettverk på sikt

kan styrke samhandlingen i særlig grad. Nettopp fordi man får innsikt og forståelse i andres utfordringer.

14,0 Avslutning

Formålet med denne mastergradsoppgaven var å gå i dybden i tema samhandling. Ut fra erfaringsbakgrunn har jeg sett viktigheten med god samhandling og hvor avgjørende det kan være for pasientforløpet. Et godt pasientforløp som er grundig planlagt hvor pasienten og pårørende er velinformert kan tendere til ikke å bli stressende for pasienten. I denne sammenhengen ville jeg altså undersøke nærmere hvilke tiltak som syntes å avgjøre om en samhandlingsepisode blir bra. Jeg valgte å innta perspektivet til sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. For å svare på problemstillingen ble kvalitativ metode valgt.

Funnene var betydningsfulle. De signalerte betydningen av å være pragmatisk i planleggingen av pasientforløp hvilket er god samhandlingskompetanse. Det som viste seg å gjøre en god samhandler er evne til systematisk og strukturert jobbe med pasientforløpet, gode kommunikasjonsevner herunder viktigheten med dialoger.

Gode praktiske rutiner viste seg å være et av hovedfunnene i denne mastergradsoppgaven. Informantene vektla dette som vesentlig i jobben. Gode praktiske rutiner gir gode pasientforløp. Nettopp fordi systematisk arbeid skaper oversikt i oppgaven. Informantene vektla at opparbeidelse av ansvars- og oppgavefordeling innad i organisasjon og personalgruppa hadde skapt resultater. Samtlige av informantene hadde erfart at dårlig planlegging førte til dårlig samhandling og dermed utilfredsstillende pasientforløp. Hvor de nettopp ikke hadde kunnskapen og ikke hadde fulgt opp rutinene. En god samhandlingsepisode blir til med kunnskap, erfaring og kjennskap til rutinene for at samhandlingsepisode skal bli systematisk og strukturert. Ellers blir det krevende og tungvint å overføre pasienten.

Dialog var en av de viktigste faktorene som av alle informantene ble dratt frem som avgjørende for om samhandlingsepisoden skulle bli bra. De la vekt på at toveis muntlig dialog var viktig, men ikke uproblematisk. Dialoger kan eliminere uklarheter og

misforståelser, som i andre rekke kan skape forsinkelser i pasientforløpet. I tillegg virket individuell involvering i planleggingen av bestemte pasientforløp til å være med å gi pasientene opplevelsen av ivaretagelse under innleggelse. Informantene vektlegger dette som viktig for å sikre oppfølging av hver enkelt samhandlingsepisode.

Tidlig involvering opp mot kommunene var avgjørende hvis en samhandlingsepisode skulle bli god. Dette er ganske enkelt fordi å planlegge utskrivelse tar tid. Det var ulikt hvor mye tid kommunen trengte for å få på plass et tilbud til pasientene. Ikke mindre viktig blir dette med pasienter som har komplekse problemstillinger.

Det har i tillegg framkommet andre funn som er signifikant for problemstillingen. Disse virket, på hver sin måte, til å være den bakenforliggende forutsetningen for at pasientforløp skulle lykkes. Disse funnene var; Den av informantene som hadde jobbet lengst hadde mer å tilføye ettersom hun hadde mer erfaring. Altså har erfaring en vesentlig betydning for kvaliteten på pasientforløpet og samhandlingen generelt. Det later til at samhandlingen med større kommuner var noe mer utfordrende og tidkrevende enn med mindre kommuner, på grunn av fragmenterte forhold i større kommunene. Pasientens funksjonsnivå var i stor grad avgjørende for hvordan samhandlingen ble oppfattet av informantene. Og til sist var informantenes kjennskap til helsevesenet i sin helhet en fordel for planleggingen.

Berg og Haug har så meget rett i at mye av løsningen i samhandlingsutfordringene i helsetjenesten i dag ligger i dialogisk formålsrettet samarbeid. Dette har etter hvert blitt et utømmelig poeng som har fulgt meg gjennom arbeidet med denne mastergradsoppgaven.

Har studiens funn, i lys av sitt konkrete innhold, overføringsverdi til helsetjenesten for øvrig? Funnene i denne mastergradsoppgaven har bare svart på deler av hva samhandlingsreformen har etterspurt. Men på tross av dette har uten tvil tiltakene skapt presedens. Gode rutiner, dialog og tidlig involvering, virket til å avgjøre om

pasientforløpet ble bra eller dårlig. Imøtekommer funnene kravene fra samhandlingsreformen? På tross av kravene har funnene i denne mastergradsoppgaven gitt svar på hvilke tiltak som forenkler samhandling med den kommunale helsetjenesten. Informantene har visst at konkrete tiltak gjør samhandling lettere og legger forholdene bedre til rette for gode pasientforløp. Funnene har opplagt gitt sitt bidrag til effektivisering av pasientforløpet og god opplevelse hos pasienten. Men de har i så henseende bare svart på deler av samhandlingsreformen krav.

Like fullt har funnene langt på vei stor betydning og skal dermed være generaliserbare og ha overføringsverdi til helsetjenesten for øvrig. Det informantene gjør for å bedre pasientforløpet kan gjøres allment og tas i bruk i andre deler av helsetjenesten for nettopp å skape gode pasientforløp. Dermed har funnene en lignende (men ikke identisk) verdi under en rekke andre forhold. Ikke dermed sagt at funnene må overføres og brukes direkte, men at de også har muligheter i seg til modernisering og tilpasning til andre lignende situasjoner. Med grunnlaget lagt i gode rutiner burde alt ligge til rette for at pasientforløp i fremtiden skal bli sammenhengende og strukturerte.

Avslutningsvis kan følgende konklusjon understrekes: Den erfarne samhandler vil med god samhandlingskompetanse helgardere seg og gjøre sitt ytterste for at formelle fallgruver ikke oppstår. Og har i tillegg evner til å kombinere effektiviseringskrav med pasientens begrensninger og behov, for å gjennomføre god samhandling. Samt ivareta og se betydningen av uformelle dialoger og individuell oppfølging av samhandlingsepisoder.

Referanseliste

Beck, D. E. Polit. C. T., Ed. (2008). Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, Lippincott Williams & Wilkins.

Berg, O. and C. Haug (1997). Helsevesenets "floker": tanker om deres årsaker og håndtering. [Oslo], Senteret.

Særtrykk fra: Nytt norsk tidsskrift 4/1997

Elektronisk reproduksjon

Departementet, H. o. S. (2008-2009). "Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid." St.meld. nr 47.

Enkelte hefter med tittel: St diedáhus; St.died; Meld.St.

Fra 1. oktober 2009 med betegnelse: Melding til Stortinget.

Granheim, U. H. and B. Lundman (2003). "Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to acheive trustworthiness." Nurse Education Today.

Hetle, A. v. a. r. K. (1996-1997). St.meld. nr. 34 Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre Arbeidsdepartementet, Arbeidsdepartementet ved ansvarlig redaktør Kristin Hetle.

Hofstede, G. (1993). Kulturer og organisasjoner. Oslo, Bedriftsøkonomens forl.

Høyem, A. P. (2007) Pasientforløp i Helse Nord.

Lian, O. S. (2007). Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand, Høyskoleforl.

Lundman, U. H. Granheim. o. B. (2003). "Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to acheive trustworthiness." Nurse Education Today.

Læg Reid, S. and T. Skorgen (2001). Hermeneutikk: en innføring. Oslo, Spartacus.

Mangfoldsdirektoratet, I.-o. (2010). from <http://www.imdi.no/no/brukerundersokelser/Verktoy/Eksempel-2/>.

Nortvedt, e. a. (2010). "Kunnskapsbasert praksis." from <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6>.

omsorgsdepartementet, H. o. (2001). Forskrift om habilitering og rehabilitering H. o. omsorgsdepartementet, <http://www.lovdato.no>.

omsorgsdepartementet, H. o. (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. H. o. omsorgsdepartementet, Ansvarlig redaktør: Ingrid Vigerust: 126 s.

Orvik, A. (2004). Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo, Cappelen akademisk forl.

Paulgaard, G., Ed. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innefra, utenfra eller begge deler. Oslo, Universitetsforlaget.

Polit, D. E. and C. T. Beck, Eds. (2008). Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing practice, Lippincott Williams & Wilkins.

sentralbyrå, S. (1.april 2011, siden oppdateres forøvrig kontinuerlig.). from www.ssb.no.

Svenaesus, F., Ed. (2005). Sykdommens mening, Gyldendals Akademiske.

Thomassen, M. (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Oslo, Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag. [Bergen], Fagbokforl.

Watt Boolsen, M. (2006). Kvalitative analyser: at finde årsager og sammenhænge. København, Reitzel.

Wekre, L. L. and K. e. a. Vardeberg, Eds. (2004). Lærebok i rehabilitering - når livet blir annerledes, Fagbokforlaget.

Vedlegg:

- Informasjonsskriv til informantene
- Samtykkeerklæring
- Svarbrev fra seksjonssykepleier
- Intervjuguide m/ spørsmålene
- Svarbrev fra NSD

Informasjonsskriv til informant om deltakelse på prosjektet “Spesialisthelsetjenestens erfaring med samhandling”

Takke for at du tar deg tid til å være delaktig som informant til mitt prosjekt.

Jeg studerer pr tiden en mastergrad i Helsefag ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende mastergradsoppgaven. I denne forbindelse skal jeg intervjuere personer som i sin yrkeshverdag jobber med samhandling. Tema er samhandling, nærmere bestemt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Intervjuene skal danne grunnlag for masterarbeidet mitt.

Siden du tar deg tid til å være delaktig som informant til mitt prosjekt, vil dette for deg innebære at du lar deg intervjuere av meg. Selve intervjuene tar ikke mer enn omlag 45 minutter og jeg blir å stille deg fem spørsmål rundt tema. Intervjuene vil bli tatt opp på digital opptaksmedie og blir av hensyn til personvern slettet så snart de er transkribert (skrevet ut).

Av hensyn til personvern vil det ikke på noe tidspunkt være mulig å kunne identifiseres hvem du er eller hvilket sykehus du jobber på. Annet enn at du jobber i spesialisthelsetjenesten og hvilket yrke og erfaringsbakgrunn du har. Ut over dette garanterer jeg full anonymitet. Det vil dermed ikke være mulig å gjenkjenne noe form for personalia i min oppgave da jeg kun er ute etter erfaringen din med tema. Samtidig gjør jeg deg oppmerksom på at du kan trekke deg fra intervjuet.

Vedlagt følger en samtykke erklæring som du signerer og tar med til intervjuene.

Med vennlig hilsen Lars Ivarsson Elverum - Mastergradsstudent i Helsefag

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter herved å ha mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet. Jeg er innforstått med at jeg når som helst, og uten nærmere begrunnelse, kan trekke meg.

Jeg ønsker å delta i prosjektet.

Tid og sted: _____ / 2010

Underskrift

Svarbrev med informasjon om informanter

Hei.

Beklager litt sen respons på forespørselen til intervjuene dine, men her er personene.

Xxx XXXXXXXX - Fagspl. XXXXXX seksjon. Mailadr: Xxx.XXXXXXXX @xxx.no

- XXXX XXXX XXXXXX - Fagspl. XXXXXX.seksjon Mailadr: XXXX.XXXX.XXXXXX@xxx.no

- XXXX XXXXX - sykepleier. XXXXXX. seksjon. Mailadr: XXXX.XXXXX @xxx.no

- XXXX XXXXXXXX - sykepleier XXXXXX seksjon. Mailadr: XXXX.XXXXXXXX @xxx.no

-

Alle fagspl. Går dagtid + 3.hv. Helg. Disse er tilstede i avdelingen hele uken minus ukefridagen den uka de går helgevakter.

Sykepleierne går i turnus d+a+ 3.hv.helg.

Alle kan nås på sine mailadresser eller på avdelingens tlf : XX XX XX XX

Med vennlig hilsen

XXXX X.X. XXXXXXXXXXX

Seksjonssykepleier xxxxxxx seksjon

tlf: xx xx xx xx

Mail: xxxxx.xxxxxx.XXXXXXXXXX @xxx.no

I n t e r v j u g u i d e

1. Løst prat: uformelt løst prat om “vær og vind”

2. Informasjon

- Her skal jeg si kort om temaet for samtalen:
 - *Som tidligere fortalt er dette et intervju om den samhandling du har erfaring med. Den samhandlingen du gjør med det kommunale helsetjenesten*
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet.
 - *Informanten får muntlig informasjon om at dette intervjuet danner grunnlag for mitt mastergradsoppgave. Og at ingen navn eller annen data enn yrkestittel og erfaringsbakgrunn skal fremkomme i mastergradsoppgaven.*
- Intervjuet tar ca. 45 minutter.
- Uavklart momenter.
 - *Spør så om noe er uklart og om informanten har noen spørsmål.*
- Informer om at intervjuet blir tatt opp på et digitalt opptaksmedie.
 - *Informerer samtidig om at så snart intervjuene er transkribert (skrevet ut) vil de bli slettet fra opptaksmediet.*
- Start opptak
 - *Nå starter opptaket.*

3. Overgangsspørsmål:

- Vi prater litt uformelt slik at jeg kan danne meg et bilde av erfaringsgrunnlaget til informantene. Det er ofte hensiktsmessig å ta utgangspunkt i deltakernes erfaring med temaet.
 - *Hva slags erfaringer har du med samhandling?*

4. Nøkkelspørsmål:

- Her stiller jeg mine forskningsspørsmål: Intervjuet skal ha en narrativ struktur hvor jeg stiller spørsmålene nedenfor og lar informantene mine fortelle uten at jeg avbryter.
 - *Dette betyr for deg at du kan svare inngående*
- Fortell om en samhandlingsepisode som du mener fungerte bra.
- Fortell om en samhandlingsepisode som du syntes ikke fungerte bra.
- Fortell hvilke tiltak du mener bør settes i verk for å forbedre samhandlingen?
- Hvor stor påvirkning har du på samhandlingen?
- Er det forskjell på store og små kommuner?
- Kan du fortelle om hvordan du opplever behovet for informasjonsflyt av pasientdata.

Fase 4: Tilbakeblikk

- Sjekkliste. Har jeg spurt alle spørsmål. Andre oppfølgingsspørsmål som “kan du utdype” eller “har jeg forstått deg rett”

5. Oppsummering (ca. 5 min)

Her stiller jeg noen spørsmål til oppsummering.

- *Har jeg forstått deg riktig?*
- *Er det noe du vil legge til?*



Cathrine Arntzen
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
ME-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 01.06.2010

Vår ref: 24116/2/LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|---|
| 24116 | <i>Erfaringer med sambandling i helsevesenet</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overris leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Cathrine Arntzen</i> |
| Stadust | <i>Lars Ivarsson Elverum</i> |

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 06.12.2010, sette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Hennrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lars Ivarsson Elverum, Langhølgan 12 E, 9017 TROMSØ

Avtellingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1053 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uio.no
TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Tromsøim, Tel: +47-79 59 19 07, llyrre.arnes@et.tromsø.no
TROMSØ: NSD, SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 43 36, nsd@svt.uib.no