



Grunnlaget for samhandling

Hvordan
lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten
kommuniserer
som aktører i rehabiliteringsprosesser

Trude Hartviksen
Mastergrad i rehabilitering
RH335S
45 studiepoeng

18. mai 2010

Forord

Å studere til en mastergrad i rehabilitering har for meg vært en givende og krevende prosess. Jeg har fått ny kunnskap og reflektert mye, det har vært interessant og utviklende.

I prosessen har jeg hatt mange støttespillere, som jeg nå vil benytte anledningen til å rette en stor takk til.

Først og fremst vil jeg takke kjæresten min, som har holdt skuta flytende på hjemmebane. Våre to sønner har hatt en mamma som har vært mye borte hjemmefra i denne perioden, tusen takk til dere for å ha taklet dette så bra.

Videre vil jeg takke min tidligere sjef, for motivasjon og støtte slik at jeg kom i gang med studiet, og min arbeidsgiver for å ha gitt meg permisjon og økonomisk støtte. Jeg vil også takke gode kollegaer på Enhet for Fysioterapi, Mestring og ReHabilitering for støtte, gode refleksjoner og diskusjoner, og ikke minst korrekturlesing.

Mine informanter er dem som har gjort masteravhandlingen mulig, en stor takk til dere for å ha satt av tid til meg i en hektisk hverdag.

Sist men ikke minst, tusen takk til Høgskolen i Bodø, Fakultet for samfunnsvitenskap, og da spesielt min veileder Janne Breimo, for tre inspirerende og utviklende år.

Gravdal, 13. mai 2010, Trude Hartviksen

Sammendrag

Problemstillingen for avhandlingen er ”Hvordan kommuniserer lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten som aktører i rehabiliteringsprosesser”. Jeg har valgt å belyse den via kvalitativ metode: deltagende observasjon, dybdeintervju, og noe dokumentanalyse. Teoretisk perspektiv er hentet fra utviklingen av rehabiliteringsfeltet, organiseringen av helsesektoren, organisasjonsteori, og teori i forhold til samhandling, kommunikasjon, makt og konflikt.

Feltet var et lokalsykehus og kommunehelsetjenestene i lokalsykehusområdet. Jeg studerte den tverretatlige kommunikasjonen rundt innlagte pasienter i ulike rehabiliteringsprosesser. Informantene hadde ulike perspektiv på rehabilitering, flere hadde fortsatt et biomedisinsk og normativt syn. Kommunehelsetjenestene og lokalsykehuset hadde videre ulike mål for kommunikasjonen. Kommunene ønsket å få nødvendig informasjon for å kunne gi riktig tilbud til pasienten etter utskrivelse, mens sykehuset i hovedsak formidlet budskap om utskrivningsklare pasienter og behov for institusjonsplass. Telefon var den vanligste kommunikasjonskanalen. I tillegg var det en del skriftlig kommunikasjon, samt ansikt til ansikt kommunikasjon i hovedsak med vertskommunen.

Funnene er i stor grad tilknyttet organisasjonsteoretiske forutsetninger for kommunikasjonen, som i det vesentlige var tilpasset deltjenestene. Rehabilitering er prosessarbeid, men organisasjonene var ikke prosessorganisert. På denne måten opplevde informantene at grunnlaget for kommunikativ samhandling ikke var tilstede. Organisasjonenes størrelse, kompleksitet, og aktørenes regelbinding påvirket kommunikasjonen.

Organisasjonskulturen på sykehuset var preget av fokus på behandling, hurtige beslutninger og korte tidsperspektiv. I kommunene hadde de et større fokus på den totale livssituasjonen til pasienten, og et lengre tidsaspekt. Dette kunne skape konflikter i kommunikasjonen. Av de ulike omgivelsesmessige påvirkningene var det særlig det økonomiske aspektet vedrørende kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som var sentralt hos de som jobbet nærmest brukeren på sykehuset. Andre forutsetninger, som eksempelvis de Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004) legger til grunn, var lite kjent, med unntak av hos de informantene som var tilknyttet koordinerende enhet for rehabilitering. Dette representerer etter mitt syn en målforskyvning i kommunikasjonen.

Innholdsfortegnelse

Forord	iii
Sammendrag	v
Innholdsfortegnelse	vii
Kapittel 1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring.....	3
1.4 Oppgavens oppbygging.....	4
Kapittel 2 Teoretisk perspektiv	5
2.1 Rehabilitering.....	5
2.1.1 Et historisk perspektiv.....	5
2.1.2 Velferdsstaten.....	6
2.1.3 Dagens rehabiliteringsfelt.....	7
2.1.4 Organisering av helsetjenestene.....	8
2.1.5 New Public Management.....	9
2.2 Spesialisthelsetjenesten.....	10
2.2.1 Forskrift om kommunal betaling.....	12
2.3 Kommunehelsetjenesten.....	12
2.4 Samhandlingsreformen.....	13
2.5 Organisasjonsteori.....	14
2.5.1 Organisasjonsstruktur.....	15
2.5.2 Organisasjonskultur.....	17
2.5.3 Omgivelsene.....	19
2.6 Samhandling.....	19
2.5.1 Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.....	20
2.7 Kommunikasjon.....	21
2.8 Makt.....	24
2.9 Konflikt.....	24
2.10 Oppsummering.....	25
Kapittel 3 Metode	27
3.1 Problemformulering og teoretisk bakgrunn.....	27
3.2 Metodevalg.....	28
3.3 Feltet.....	30
3.3.1 Lokalsykehuset.....	30
3.3.2 Kommunehelsetjenestene.....	30
3.4 Gjennomføring av undersøkelsen.....	31
3.4.1 Deltakende observasjon.....	33
3.4.2 Delvis strukturert dybdeintervju.....	34
3.5 Metodekritikk.....	36
3.6 Oppsummering.....	36

Kapittel 4	Kommunikasjon i rehabiliteringsprosesser	37
4.1	Rehabiliteringsprosesser der lokalsykehuset er involvert	37
4.1.1	Pasientgrupper	37
4.1.2	Informantenes forståelse av begrepet rehabilitering	39
4.2	Aktører i en rehabiliteringsprosess	40
4.2.1	Lokalsykehuset	41
4.2.2	Kommunehelsetjenesten	42
4.3	Budskapet	46
4.4	Kommunikasjonskanaler	50
4.4.1	Skriftlig kommunikasjon	50
4.4.2	Bruk av telefon	51
4.4.3	Ansikt til ansikt	55
4.5	Oppsummering	60
Kapittel 5	Organisatoriske prinsipper for kommunikasjonen	61
5.1	Organisasjonsstruktur	61
5.1.1	Målstyring	61
5.1.2	Strukturell oppbygging	63
5.1.3	Beslutningsmyndighet	65
5.1.4	Dokumentasjon/IKT	68
5.2	Organisasjonskultur	69
5.2.1	Subkulturer	70
5.2.2	Makt	72
5.2.3	Konflikter	73
5.2.4	Prioritering av rehabiliteringsfeltet	76
5.2.5	Ulike virkeligheter	76
5.3	Omgivelsene	79
5.4	Oppsummering	80
Kapittel 6	Avslutning	81
Vedlegg 1	Litteraturliste	ix
Vedlegg 2	Informasjon og samtykkeerklæring	xiii
Vedlegg 3	Intervjuguide	xv

Kapittel 1 Innledning

”...vi når ikke hverandre helt på det planet vi ønsker å nå hverandre...”

Uttalelsen kommer fra en av mine kollegaer, og er et eksempel på hva som har vekket min interesse for temaet i denne masteravhandlingen: kommunikasjonen som foregår i samhandlingen mellom sykehus og kommuner i forbindelse med rehabiliteringsprosesser.

1.1 Bakgrunn

Rehabilitering har vært et interessefelt for meg siden jeg begynte i spesialisthelsetjenesten i 1997. I denne perioden har jeg vært med på en interessant utviklingsprosess, rehabilitering var et nytt og ukjent tilbud i spesialisthelsetjenesten, men har fått et stadig større fokus. Dette har vært en prosess som har foregått lokalt, men også nasjonalt og regionalt. Ulike handlingsplaner og rettlendninger har vært med på å fremme denne utviklingen, som blant annet førte til en lovhjemling, gjennom Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004).

I forskriften defineres rehabilitering som:

”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 (ibid).”

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er eksempler på aktører som ansvarliggjøres. Forskriften fastslår at tjenestene skal tilbys og ytes samordnet, aktørene skal samarbeide. Til tross for tydelige nasjonale føringer over mange år er imidlertid samhandling mellom instansene fortsatt en utfordring. Dette fremheves i flere ulike stortingsmeldinger og handlingsplaner, fra begynnelsen av 1990 tallet frem til i dag. Samhandlingsreformen er et dagsaktuelt eksempel på dette, i sin beskrivelse av at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok (Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Etter mitt syn er dette mye av samme fokus som Rehabiliteringsmeldingen hadde da den kom, allerede for ti år siden (Stortingsmelding nr 21 1998-99).

Samhandling mellom tjenestene er utfordrende. Dette er også min erfaring fra samarbeidet jeg har tatt del i gjennom årene, og fra tilbakemeldinger i nettverksarbeid med andre ledere innen kommune- og spesialisthelsetjenesten. Jeg har deltatt i flere prosjektarbeid som har hatt til formål å forbedre samhandlingen. Min erfaring herfra er at utfordringene ofte relateres til kommunikasjon. Dette har vakt min nysgjerrighet og interesse, siden en velfungerende kommunikasjonsprosess etter mitt syn er en forutsetning for samhandling.

Det har vært vanskelig for meg å forstå hva som er de egentlige utfordringene på området. Det presenteres at kommunikasjon er en utfordring, men på hvilken måte det har vært utfordrende har vært mer uklart. Dette har heller ikke de involverte aktørene kunnet gi meg svar på. Jeg har opplevd at sykehuset har hatt mest fokus på kommunenes utfordringer, mens kommunene har hatt fokus på sykehusets utfordringer. Slik jeg ser det er aktørenes fokus på denne måten rettet mot det en har minst mulighet til å gjøre noe med. Ofte har enkeltsituasjonene fått oppmerksomhet, mens det har vært mer utfordrende å heve blikket over hverdagslivets pragmatikk, og fokusere på det som ligger til grunn for utfordringene. På bakgrunn av dette ønsker jeg i denne undersøkelsen å ha et forstående perspektiv på de kommunikasjonsmessige utfordringene.

Kommunikasjon er et vidtfavnende begrep. Jacobsen og Thorsvik (2007) presenterer følgende definisjon:

”Kommunikasjon er overføring av informasjon, ideer, holdninger og følelser, fra en person eller gruppe til en annen”

Det er forsket mye på kommunikasjon, slik at det her er mye tilgjengelig teori. Det er også forsket på samhandling mellom kommuner og sykehus, og innen rehabiliteringsfeltet. Jeg har imidlertid ikke funnet noe forskningsprosjekt som ser alle disse komponentene i sammenheng. Hydén mfl (2003) beskriver at det er gjort for lite samfunnsvitenskapelig forskning rundt funksjonshemmede sett i sammenheng med sosial interaksjon og kommunikasjon. I artikkelen nevner de møtet mellom profesjonelle som en sosial sammenheng som er interessant for forskning. Denne undersøkelsen ser jeg på som et bidrag til dette feltet.

1.2 Problemstillingen

Jeg ønsker å studere nærmere hvordan lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten kommuniserer i roller som aktører i rehabiliteringsprosesser. Dette har jeg formulert som følgende problemstilling:

”Hvordan kommuniserer lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten som aktører i rehabiliteringsprosesser”

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Informantene brukte begrepene pasient og bruker om hverandre. I oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet pasient siden jeg vil se på rehabiliteringsprosesser i forbindelse med personer som er innlagt på sykehus.

Det er nødvendig å gjøre noen avgrensninger for at jeg skal kunne gå i dybden på problemstillingen. Mange aktører kan være involvert i rehabiliteringsprosesser. I tillegg til å avgrense til lokalsykehuset, presiserer jeg det ytterligere til å gjelde ansatte på sengeposten. Jeg gjør det samme i kommunehelsetjenesten, og avgrenser området til kommunikasjonen hjemmetjenester, koordinerende enhet for rehabilitering, leger og terapeuter har med førstnevnte aktør. Jeg fokuserer på kommunikasjon, og avgrenser meg dermed fra de andre tiltakene som er aktuelle for aktørene, eksempelvis medisinsk behandling, opptrening, kompensering og ivaretagelse av sosiale rettigheter.

Kommunikasjonen mellom sykehus og kommune foregår på ulike nivå. For å avgrense velger jeg å forholde meg til individnivå. Jeg vil likevel ikke fokusere på enkelthistorier, men søker å beskrive de organisasjonsmessige forutsetningene for kommunikasjonen. Det organisasjonsteoretiske perspektivet er valgt på bakgrunn av tidlige funn i dataanalysen. Dette er også årsaken til at jeg, til tross for at rehabiliteringsprosessen er brukerens, ikke velger å studere brukerens opplevelser av kommunikasjonen denne gangen. Dette vil det imidlertid være interessant å kunne se nærmere på i et senere forskningsprosjekt.

Jeg har et forstående perspektiv for problemstillingen, og har derfor valgt å bruke kvalitativ metode, basert på deltakende observasjon, dybdeintervju, og noe dokumentanalyse. Feltet er medisinsk og kirurgisk sengepost ved et lokalsykehus, og de fire kommunene i lokalsykehusområdet. Organisasjonsteorien sikter ikke bare på å forstå, men også på å forklare og forbedre (Jacobsen og Thorsvik 2007). Dette er ikke siktemålet for oppgaven, men kanskje kan resultatene brukes videre i en slik prosess i de aktuelle organisasjonene.

Jeg har valgt å se nærmere på ett sykehus med omkringliggende kommuner, og får derfor ikke frem eventuelle størrelsesmessige, geografiske eller kulturelle forskjeller mellom ulike sykehusområder. Dette ville det vært interessant å se nærmere på i en senere studie. Videre fokuserer jeg på sengepostene på sykehuset. Dette fordi jeg hadde en forforståelse av at det er her det meste av kommunikasjonen med kommunen foregår. Jeg velger da bort andre relevante enheter på sykehuset, eksempelvis distriktpsikiatrisk senter, og enheten for Fysioterapi, Mestring og ReHabilitering. Disse enhetene er imidlertid sterkt involvert i pasientene på sengepostene, slik at jeg i avhandlingen også vil kunne trekke inn funn som involverer disse delene av sykehuset.

1.4 Oppgavens oppbygning

Etter innledningen har jeg av oppgavestrukturelle hensyn delt inn teori og metode i ulike kapitler. I praksis har dette vært en spiralformet prosess, der jeg har lest teori og samlet inn empiri, som i sin tur har fordret bruk av ny teori. Oppgavens teoretiske fundament presenteres i kapittel 2. Jeg ser her på rehabiliteringsfeltets utvikling, spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens roller som aktører, samhandlingsreformens analyse av utfordringene på området, organisasjonsteoretiske forutsetninger, samhandling og kommunikasjon, samt samhandlingsrelaterte begrep som makt og konflikter. I kapittel 3 beskrives metoden og feltet. I kapittel 4 presenteres og drøftes empirien, med de konkrete kommunikasjonsmessige utfordringene. I kapittel 5 belyses kommunikasjonen i et organisasjonsteoretisk perspektiv. Avslutningsvis oppsummeres de viktigste resultatene, og jeg trekker noen tråder mot det jeg ser som relevant for videre forskning på området.

Kapittel 2 Teoretisk perspektiv

Undersøkelsen har til formål å gi en forståelse av hvordan lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten kommuniserer som aktører i rehabiliteringsprosesser. Det teoretiske perspektivet vil nærmere definere området jeg ønsker å rette oppmerksomheten mot. Teorien er brukt for å få god kjennskap til feltet, til å belyse empirien mot tidligere forskning, og for å sette mine funn inn i en større sammenheng.

Utgangspunktet er rehabiliteringsfeltet. Jeg vil derfor kort vise fagets fremvekst, med særlig vekt på velferdsstatens betydning. Videre vil jeg presentere spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som aktører i rehabilitering, med samhandlingsreformen som det nyeste bidraget til utviklingen av koordinerte tjenester. Dataanalysen viste at de mest sentrale funnene hadde organisasjonsteoretisk bakgrunn. Dette perspektivet er derfor særlig vektlagt, med fokus på samhandling, kommunikasjon, makt og konflikt.

2.1 Rehabilitering

Som nevnt innledningsvis er rehabilitering tidsavgrensete og målrettede samarbeidsprosesser mellom brukere og involverte aktører (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Prosessene starter ofte med noe som oppleves dramatisk for den det gjelder, et brudd i det livet en hadde sett for seg. Dette kan være plutselige omveltninger, eller gradvise forandringer i en uønsket retning. Det kan også dreie seg om at kravene fra omgivelsene er større enn det en har forutsetninger for (Becker 1997).

For å gi et innblikk i hva som er bakgrunnen for resultatene og utfordringene i dagens fagfelt vil jeg trekke noen historiske linjer.

2.1.1 Et historisk perspektiv

Eldre kilder viser at funksjonshemmede til alle tider har deltatt i samfunnslivet (Grue 2004). I Norge var det før reformasjonen i 1550 en indirekte sosialpolitikk, det var en kristenplikt å hjelpe fattige, gjennom legd og tiende. Den eneste differensieringen som ble gjort var med hensyn til hjelpebehovets årsak, det ble vurdert hvem som var ”verdige og uverdige”

trengende, avhengig av hvorvidt en ble ansett til selv å ha skyld i situasjonen (Stamsø 2005). Det var fokus på demonologi, og religiøse forklaringsmodeller (Grue 2004). Fra reformasjonen frem til 1814 tok det offentlige over mange av kirkens oppgaver. Privat veldedighet, eksempelvis sanitetsforeningens institusjoner, vokste frem (Stamsø 2005). Institusjonalisering var et virkemiddel for å ivareta sosial orden. Den medisinske utviklingen som startet i denne perioden lette etter forklaringer på funksjonshemming i menneskekroppen (Grue 2004).

Perioden fra ca 1870 til 1940 var en forløperfase innen rehabilitering. En gikk fra abnormskole til omskolering (Feiring 2004). Dette var velferdsstatens første fase, med fremvekst av universelle stønadsordninger, arbeidervernlovgivning, industrialisering, urbanisering, mobilisering og politisering. Almisser ble til rettigheter (Stamsø 2005). I den moderne perioden søkte en å redusere avvik ved hjelp av medisin, terapi eller behandling. Dette var begrunnelsen for at en også nå institusjonaliserte funksjonshemmede. Imidlertid var institusjonene så overfylte at de ble oppbevaringssteder, med avstraffing, aktiv dødshjelp, eksperimentering og tvangssterilisering (Hylland Eriksen og Breivik 2006).

2.1.2 Velferdsstaten

Fra 1945 defineres Norge som en velferdsstat (Stamsø 2005). Grue (2004) karakteriserer dette som rehabiliteringsperiode, det som krigen hadde ødelagt eller fjernet skulle repareres. Det biomedisinske perspektivet tar utgangspunkt i det normale. Funksjonshemming sees som en egenskap ved personen, en biologisk-fysiologisk defekt som kan behandles, korrigeres, eller kompenseres for (ibid). Lovverket ble i økende grad rettighetsbasert. Norge var i en positiv spiral med økt sysselsetting, en offensiv økonomisk politikk, og en sosialpolitisk konsensus. I denne perioden ekspanderte profesjonene, det ble en økende spesialisering, differensiering og profesjonalisering (Stamsø 2005). Pensjonssystem og sosial omsorg ble bygd opp. Målet var å minske sosial utrygghet ved inntektsbortfall, og gjøre tilgangen til utdanning, helsetjenester og omsorg uavhengig av inntektsnivå (NOU 2001:22). En velferdsstat skal sikre immaterielle goder som politiske og sivile rettigheter, og trygge befolkningens sosiale, helsemessige og økonomiske sikkerhet (Stamsø 2005).

På 1960 tallet økte fokuset på utilsiktede virkninger av institusjonalisering, samtidig som fagkompetansen økte. Perspektivet skiftet fra en særomsorgsmodell til en integrasjonsmodell.

Dette medførte en avinstitusjonalisering (Lie 1996). Fra 1970 tallet startet en rasjonalisering av attføringsapparatet, en reorientering av rehabiliteringsfeltet (Feiring 2004). Det ble på denne tiden etablert en rekke brukerorganisasjoner. Dette, samt påtrykk fra samfunnet i et humanistisk perspektiv, medførte større avstand til normaliseringsdiskursen. Begrepet funksjonshemming er konstruert av historisk utvikling og kulturelle forhold. Engelske brukerorganisasjoner kjempet i denne perioden for den sosiale modellen, der funksjonshemming sees på som konstruert av et samfunn som ikke er tilrettelagt (Grue 2004).

En beveget seg fra et terapeutisk perspektiv til et menneskerettighetsperspektiv. WHO utviklet i 1980 ICIDH, som ble videreutviklet til ICF (International Classification of Functioning”, et mer liberalt syn på funksjonshemming i takt med samfunnsutviklingen (Braddock og Parish 2001, Feiring 2004). Også denne forståelsen kritiseres imidlertid for å ha en kausal underliggende logikk, der årsaken tillegges individet (Grue 2004). Konsekvensen av en endret forståelse av funksjonshemming er en dreining fra medisinsk innsats og opptrening, til fokus på individuelle prosesser og brukermedvirkning (Feiring 2004).

2.1.3 Dagens rehabiliteringsfelt

Rehabiliteringsfeltet som vi kjenner det i dag har på denne måten blitt til som et resultat av politisk, administrativ, faglig, og brukerorientert virksomhet, i et internasjonalt perspektiv. I Norge snakket en lenge om medisinsk rehabilitering. Gjennom sitt fokus på prosesstenkning og brukermedvirkning medførte Stortingsmelding nr 21 (1998-99), rehabiliteringsmeldingen, en begrepsendring. I dag forstås rehabilitering som en individrettet prosess, som beveger seg på tvers av tradisjonelle forvaltningsområder og etablerte sektorer (Feiring 2004). Av denne grunn har samhandling og kommunikasjon mellom aktørene etter mitt syn nå en mye større betydning for rehabiliteringsfeltet enn ved tidligere begrepsforståelse.

Som nevnt i innledningskapittelet ble Stortingsmelding nr 21 i 2001 fulgt opp av Forskrift om habilitering og rehabilitering, og samtidig Forskrift om individuell plan. Forskriftene er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven og Pasientrettighetsloven (ibid). Både stortingsmeldingen og forskriftene definerer rehabilitering som planlagte, tidsavgrensede prosesser med klare mål og virkemidler. Innsatsen skal gå i samme retning, bestemt av brukerens individuelle mål (Normann mfl 2003). Formålet er at tjenestene skal ytes ut fra et brukerperspektiv, de skal være samordnet,

tverrfaglige og planmessige, ytes nærmest mulig brukerens vante miljø, og i en for brukeren meningsfylt sammenheng (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004).

Individuell plan kan være et verktøy for å koordinere tjenestene (Forskrift om individuell plan 2007). Den som har behov for langvarige helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, og selv delta i utarbeidelsen. Kommunen og helseforetaket har plikt til å sørge for at den blir utarbeidet. Det skal til en hver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, en koordinator. Ofte er det slik at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for at ordningen med individuell plan fungerer. Dette ansvaret kan innebære å utarbeide sektorovergripende rutiner, rekruttere koordinatorene, opplæring, veiledning og informasjon, oversikt over planarbeidet i kommunen, og å være kontaktpunkt for henvendelser om oppstart av planer (Helsedirektoratet 2010a). Forskrift om rehabilitering og habilitering (2004) lovhjemler at kommunene og helseforetakene skal ha koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering.

Samarbeidsprosesser uten institusjonelle grenser gir organisatoriske utfordringer i forhold til planlegging, budsjettering og utvikling. Undersøkelser har vist at brukernes største utfordringer er hvordan rehabilitering som virksomhet er organisert (Normann mfl. 2003, Lauvås og Lauvås 2004, Knudsen 2004). Det viktigste for brukerne er helhetlige og sammenhengende tjenester (NOU 2000:22). Den rehabiliteringsfaglige utfordringen er samhandling, koordinering og kommunikasjon på tvers av organisasjonsgrenser (Repstad 2004). Vanlige koordineringsproblemer er dobbeltarbeid, gråsoner med uklart ansvar, sektorforsvar og ulike kulturer (Knudsen 2004). For å få til en varig samhandling er det nødvendig med nettverksbygging og interorganisatorisk koordinering. Dette kan være ressurskrevende (Repstad 2004).

2.1.4 Organisering av helsetjenestene

Helsetjenestene i Norge er organisert gjennom et desentraliseringsprinsipp, der kommunene har fått et økende antall oppgaver, og et sentraliseringsprinsipp, der sykehusene er organisert i statlige helseforetak (Stamsø 2005). Siden Norge er en enhetsstat har all politisk autoritet sin forankring i sentrale institusjoner. Det lokale selvstyret har likevel en sterk stilling, noe som

innebærer en overføring av offentlig myndighet. Lovverket fastsetter en minimumsstandard som kan tilpasses og prioriteres ut fra lokale behov og forutsetninger (NOU 2000:22).

Oppgavene bør legges til lavest mulig effektive nivå, LEON-prinsippet. Standardiserte oppgaver basert på regelorientering og kontroll skal imidlertid være et statlig ansvar. Det som krever stor grad av koordinering og samordning bør legges til samme forvaltningsorgan. Det myndighetsorganet som har ansvaret og beslutningskompetansen for en oppgave skal også ha ansvaret for å finansiere utgiftene. Oppgavene er fordelt ut fra hensynet til brukerne, lokalt selvstyre og deltakelse, og nasjonale mål. Hensynet til brukerne har to viktige verdier, tilgjengelighet og samordning (ibid). Forvaltningspolitikken har vært basert på en forutsetning om at en kan skille hver enkelt organisasjon fra hverandre. Mange utfordringer i samfunnet går imidlertid på tvers av organisasjonsgrensene (Christensen mfl 2009).

Det norske velferdssystemet er i en forventningskrise, etterspørselen øker mens de offentlige ressursene er begrenset og usikre. Det er skapt nye avhengigheter gjennom økende klientifisering og stigmatisering, og det er en økende ressursbruk. Bruk av administrativt og profesjonelt skjønn har økt i takt med veksten i velferdsstaten og profesjonaliseringen (NOU 2000:22). Velferdsstatens dilemma oppstår når moralske krav kommer i konflikt med andre krav. Aktørene har begrenset oversikt over hverandre, og er hver for seg opptatt og oppslukt av de dagligdagse problemene, organisasjonens pragmatikk (Vike mfl 2002). Bourdieu (1992), Blaikie (2005) og Law (2004) fremhever at samfunnet i seg selv er preget av kaos og kompleksitet. Dette presses av en økonomisk-rasjonell retorikk, der løsningen har blitt oppfattet som prioritering og kostnadseffektivisering. Reformene New Public Management har medført en økt fristiling og markedsorientering (NOU 2000:22).

2.1.5 New Public Management

New public management er en samlebetegnelse på reformene i styringssystemene til offentlig sektor som begynte på 1980-tallet. Bakgrunnen var at den offentlige sektoren ble kritisert for å være ineffektiv, byråkratisk, dyr og med dårlig kvalitet, samt at administrasjonen var for stor (Vike mfl 2004, Stamsø 2005). Forskjellene mellom privat og offentlig virksomhet ble nedtonet (Christensen mfl 2009). Målsettingen har vært bedre økonomisk styring og stimulering av målrettet arbeid, resultatstyring istedenfor regelstyring, reduserte offentlige utgifter, økt effektivitet og bedre kvalitet. Innsatsstyrt finansiering av sykehusene er et

eksempel på resultatstyring. Dette er et målrettet system som skal belønne innsats, og dermed øke behandlingsaktiviteten. Et annet eksempel er organiseringen av sykehus i helseforetak (Vike mfl 2002, Stamsø 2005).

Det er fire sentrale elementer for effektivitet i balansert målstyring. Finansielle indikatorer, kundeperspektiv, interne produksjonsprosesser og evne til læring og vekst. Målforskyvning kan eksempelvis skje ved suboptimalisering der de ansatte jobber mot eget beste istedenfor til beste for organisasjonen. Videre kan det skje ved overdreven regelfokusering, der det å følge reglene blir en trygghet uavhengig av om de er egnet til å løse problemene. En tredje form for målforskyvning kan være overmåling (Jacobsen og Thorsvik 2007). Det er en tendens at en måler det som er lettest å måle (Christensen mfl 2009). Et eksempel på dette er når sykehusene måles på antall liggedøgn. De ansatte kan da over tid bli mer opptatt av å redusere liggedøgn enn av pasientens behov (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Det er lettest å evaluere kvantitative resultatmål. De er tydelige, og har derfor stor gjennomslagskraft. Rehabilitering lar seg imidlertid vanskelig uttrykke i kvantitative termer (Jacobsen og Thorsvik 2007). Områder som rehabilitering, psykiatri og geriatri er sårbare for markedsrettet styring, fordi det er vanskelig å vise til lønnsomhet (Stamsø 2005). Motstridende mål er et typisk trekk ved offentlige organisasjoner (Christensen mfl 2009).

2.2 Spesialisthelsetjenesten

Sykehusene er tradisjonelt sett regelstyrte horisontalt komplekse organisasjoner, også kalt profesjonelle byråkrati (Jacobsen og Thorsvik 2007). Organisasjonsapparatet er sammensatt, med en rekke spesialiserte yrkesgrupper og tjenester. Finansieringen kommer fra rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering (ISF). Ansatte mener innføringen av ISF har gjort sykehusene mer effektive, men at det har gitt mindre tid til pasientene, og for raske utskrivelser. Sykehusenes akuttavdelinger har ikke mulighet til å kontrollere etterspørselen, noe som medfører kontinuerlig overbelegg. Motsetningen mellom de markedsøkonomiske kravene og kravene til universell velferd oppleves på denne måten som konkrete dilemmaer for de som arbeider nærmest pasienten (Vike mfl 2002).

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004) legger til grunn at spesialisthelsetjenesten skal ha spesialiserte tilbud innen rehabilitering. Her legges ofte premissene for oppstarten av rehabiliteringsprosesser (Normann mfl 2003). Rehabiliteringstjenester kan ytes poliklinisk, ambulant, som dag- og døgnopphold, i kliniske avdelinger, i egne rehabiliteringsavdelinger, samt i spesialiserte sykehus for rehabilitering (Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008). Hvis det ikke er særlige grunner til innleggelse skal tilbudet gis ambulant. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for trening og oppøving av funksjon når det kreves spesialisert tilrettelegging og veiledning. Det skal sørges for tilrettelagt opplæring, og bidra til økt mestring. Helseforetaket skal sørge for råd, veiledning, og samarbeid med kommunen, eksempelvis rundt utarbeiding av individuelle planer. Samarbeidet skal foregå gjennom gjensidig dialog (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004).

Rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig. Innholdet i tilbudet skal være tydelig og forutsigbart. Det regionale helseforetaket skal ha en koordinerende enhet for rehabilitering. I tilfeller der det er vanskelig å avgjøre om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten sitt ansvar skal dette avklares ved dialog og samarbeid (ibid).

Tradisjonelt har rehabilitering vært atskilt fra behandling, men rehabiliteringen bør startes opp umiddelbart etter at et behov har oppstått. Et eksempel på grupper dette er særlig viktig for er slagpasienter (Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008).

Retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet 2010b) fastslår at alle sykehus som skal behandle pasienter med hjerneslag skal etablere slagenheter. En slagenhet skal gi organisert behandling i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, være tverrfaglig bemannet, og gi et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering.

Spesialisthelsetjenesten får sin bestilling gjennom oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet (2009). I oppdragsdokumentet til Helse Nord står det blant annet at Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering (Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008) skal følges opp. Helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet skal være retningsgivende. Videre står det i oppdragsdokumentet at alle som har behov for habiliterings-/rehabiliteringstjenester på spesialistnivå skal få det, til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

2.2.1 Forskrift om kommunal betaling

Ifølge Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2003) kan helseforetaket kreve betaling av kommunen når utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehuset i påvente av kommunalt tilbud. Da skal problemstillingene innleggende lege ville ha vurdert være avklart, som hovedregel også eventuelle andre problemstillinger som er fremkommet. Hvis dette ikke er gjort skal det være redegjort for hvorfor. Diagnose, funksjonsnivå og videre behandlingsplan skal være avklart. Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar, kommunen skal da ha skriftlig beskjed. Kommunen må betale for pasienten ti dager etter at beskjeden er gitt (ibid).

2.3 Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten ble lovfestet i 1982 (Feiring 2004). Kommunene har tatt på seg, eller fått tilført, stadig flere oppgaver (NOU 2000:22). De yter de fleste tjenestene, og forvalter de fleste ressursene (Vike mfl 2002). Kommunene finansieres av skatteinntekter, statlige overføringer (rammetilskudd og øremerkede tilskudd), gebyrinntekter og brukerbetaling. Særlig ressurskrevende tjenester toppfinansieres (Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008).

Kommunene har det organisatoriske hovedansvaret for rehabilitering (Stortingsmelding 21 1998-1999). Enkelte kommuner og helseforetak er skeptisk til dette prinsippet. Kommunene fremhever at de stadig får flere oppgaver, men ikke større ressurser. Helseforetakene påpeker at det er de som har spesialistkompetansen, og at enkelte kommuner er for små til å møte alle behovene innbyggerne har (Vike mfl 2002).

Som et ledd i reformene New Public Management har en beveget seg fra institusjonsomsorg til hjemmebaserte tjenester. Antall eldre med hjelpebehov er økende. Samlet sett har dette gitt en underkapasitet på institusjonsplasser som særlig merkes i hjemmebaserte tjenester, siden de uansett skal yte nødvendig helsehjelp. Tiltaksrådene vedtar hvem som skal få hjelp, og hvilket tilbud de skal få. Hjemmetjenesten og institusjonene deler på ansvaret for brukerne, men mellom instansene er det ofte samordningsproblemer og lite fleksibilitet (ibid).

I følge Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004) skal kommunen ha oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering, og sørge for at det tilbys nødvendig utredning og oppfølging. Kommunen skal henvide til spesialisthelsetjenesten ved behov. Det skal være et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Alle kommuner skal ha yrkesgruppene lege, fysioterapeut, og sykepleier. I tillegg bør det også være andre fag tilknyttet, som ergoterapeuter, sosionomer og vernepleiere. Kommunene skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Tjenestene skal være synlige og lett tilgjengelige, og ytes uavhengig av brukerens boform. Rehabiliteringstjenestene skal tilbys på de arenaene folk lever livet sitt. Eksempler på slike tjenester er praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, hjelpemidler, hjemmetjeneste, avlastning, omsorgsboliger, og alders- og sykehjem med eventuelle rehabiliteringsplasser (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004, Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008).

2.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr 47 2008-2009) legger til grunn at hovedsatsningsområdet for helse- og omsorgssektoren fremover skal være samhandling. Reformen kommer som en erkjennelse av at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ikke har vært godt nok. Samhandling defineres til evnen helse- og omsorgstjenestene har til å fordele oppgavene seg i mellom, for å nå felles mål på en koordinert og rasjonell måte. Den største utfordringen i er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke godt nok imøtekommes. Spesialisthelsetjenesten har i hovedsak hatt fokus på behandling, mens kommunehelsetjenesten i større grad har fokusert på funksjon og mestring. Denne ulike målforståelsen er med på å skape samhandlingsproblemer, fordi den påvirker aktørenes kommunikasjon. Helsetjenestene mangler systemer og strukturer for å ivareta helheten i pasientens behov, noe som er særlig viktig siden gruppen eldre og kroniske syke øker (ibid).

Pasientforløpene skal tydeliggjøres, siden systemene i dag er innrettet mot deltjenestene. Måten dagens helsevesen er finansiert på legger ikke til rette for helhetlige pasientforløp. Det planlegges derfor økonomiske insentiver med hensyn til å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter til kommunene, og øke graden av rammefinansiering i spesialisthelsetjenesten. Deler av

tilskuddet som i dag går til spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunene. I dag ser en at mange kommuner ikke begynner å planlegge mottak av pasienter før de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra sykehuset, særlig gjelder dette vertskommunene til sykehusene (ibid).

Kommunene skal få en sterkere rolle etter et prinsipp om Beste Effektive OmsorgsNivå (BEON). En stor del av pasientgruppen som skrives ut tidlig fra sykehus til kommunen har behov for både rehabilitering og pleie. Kommunale døgnplasser for rehabilitering gis ofte på sykehjem. For at dette tilbudet skal tilfredsstillere kravene i rehabiliteringsforskriften må det være tverrfaglig. Dette området må derfor styrkes. Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten ressursmessig kompensasjon. Det anbefales oppbygging av ambulante rehabiliteringsteam og lærings- og mestringssenter i kommunene. I dag har kommunene ansvaret for utlån av hjelpemidler til midlertidig bruk, og til mennesker som bor i sykehjem. Staten har ansvaret for langvarige utlån. Denne ansvarsfordelingen skal revurderes (ibid).

Samhandlingsreformen ble vedtatt 27. april 2010, og skal tre i kraft i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2010).

2.5 Organisasjonsteori

Innledningsvis presenterte jeg et forstående perspektiv for problemformuleringen, jeg ønsker å forstå hvordan lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten kommuniserer i rehabiliteringsprosesser. Å forstå hva som skjer i organisasjoner er det fremste formålet med organisasjonsteori. En organisasjon er et sosialt system av mennesker som samhandler for å realisere felles mål. Organisasjonsteori beskriver og forklarer menneskers atferd, hvordan de tenker og handler, og hvilke holdninger de har innenfor organisasjonens rammer. Dette påvirkes av formelle og uformelle organisasjonstrekk, omgivelser og ledelse (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Offentlig organisasjoner skiller seg fra private ved å ha bredere og mer kontinuerlige mål og verdier. Ved målutforming må en ofte ta ulike og motstridende hensyn. Ledere må forholde seg mer til borgere enn til aksjonærer, det er komplekse sammenhenger med uklare forventninger. En offentlig organisasjon vil også inkludere ulønnsomme elementer, og ha

flere og mer heterogene koalisjoner. En organisasjon har formelle og uformelle elementer. De formelle elementene er mål, strategi, og formell organisasjonsstruktur, også beskrevet som det instrumentelle perspektivet. De uformelle er organisasjonskultur og maktforhold, som kalles det institusjonelle perspektivet. I tillegg kommer omgivelsene, eller det som benevnes som myteperspektivet (Jacobsen og Thorsvik 2007, Christensen mfl 2009).

2.5.1 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur fremmer stabil atferd, begrenser og koordinerer. Tiltak kan være standardisering av resultater og kunnskap ved bruk av tilsyn, regler, rutiner og prosedyrer. I dette instrumentelle perspektivet ser en organisasjoner som redskaper for måloppnåelse ut fra en mål-middel forståelse. Strukturer er horisontalt og vertikalt spesialisert. Mål og retningslinjer kan virke motiverende på ansatte, og legitimerende for omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik 2007). Til grunn for handlingslogikken i det organisasjonsstrukturelle perspektivet ligger konsekvenslogikken, man forsøker å forutsi konsekvensen av en gitt handling (Christensen mfl 2009).

Organisasjonsstrukturen skal være tilpasset virksomheten, og skape fokus ved å begrense den enkeltes oppgaver. Strukturen virker koordinerende siden flere menneskers atferd samkjøres. Strukturen setter rammer, og skaper slik stabilitet og forutsigbarhet. På den annen side kan en av hovedutfordringene for en organisasjon være å ha en struktur som balanserer mellom stabilitet og innovasjon. En sterk struktur kan også gi dysfunksjonelle effekter ved at ansatte blir så opptatt av sine spesialiserte oppgaver at de ikke samarbeider med hverandre, eller at de tolker reglene så rigid at det gir uheldige resultater (Jacobsen og Thorsvik 2007).

I en funksjonsbasert struktur samles oppgavene etter hovedformål, kunnskap eller teknologi. Målsetningen er å oppnå økonomiske fordeler og utvikle spisskompetanse. En ulempe kan være samordningsproblemer mellom avdelinger, og at kundenes behov blir mindre sentrale. For å gi et mer helhetlig tilbud har derfor mange virksomheter lagt om til en markedsbasert struktur. Her samles oppgaver i forhold til samme brukergruppe i samme enhet, eksempelvis etter geografisk område. Matrisestruktur kan være en måte forsøke å utnytte fordelene av å samle likeartede oppgaver, men også ha særskilte enheter for ulike produkter eller markeder. En får på denne måten mulighet til å utnytte ressursene på tvers, men samtidig spesialisere i dybden. Dette er imidlertid krevende, og kan skape konflikter (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Ved horisontal spesialisering flyttes samordningsansvaret høyere opp i organisasjonen. En organisasjon kan velge ulike spesialiseringsprinsipper på ulike nivå (Christensen mfl 2009).

Uavhengig av om strukturen er funksjonsbasert eller markedsbasert vil den alltid være fragmentert, og gi utfordringer med hensyn til koordinering. Vertikale strukturer gir en tendens til å fokusere på spesialiserte oppgaver og realisering av delmål, slik at arbeidet ikke tilpasses helheten. Det må etableres formelle strukturer for å sikre at dette koordineres. Ved reengineering designes imidlertid organisasjonsstrukturen langs horisontale prosesser. Istedenfor å tenke oppgaver tenker en prosess der selvstyrte prosessteam samarbeider. Den enkelte lærer opp til å kunne utføre flere oppgaver, og det er et felles ansvar for resultatet. Internasjonale trender går denne veien (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Offentlig sektor kjennetegnes av en rekke ulike organisatoriske nivåer (Vike mfl 2002). De senere år har det vært en trend å desentralisere beslutningsmyndigheten. Dette for å utnytte kunnskapen, innsikten og erfaringen i organisasjonen, og for å fremme motivasjon, oppslutning og lojalitet. Komplekse og dynamiske omgivelser gir forutsetninger for å desentralisere myndighet. Ulempen med desentralisert beslutningsmyndighet kan være at delmål realiseres uten å ta hensyn til organisasjonens overordnede mål. Mange rutiner og stor grad av formalisering gir derimot en mer sentralisert beslutningsmyndighet. Dette kan gi forutsigbarhet, klare styringssignaler, og sikre ensartet praksis og personalpolitikk. Ulempene kan være informasjonsproblemer, at kunnskapen i organisasjonen ikke utnyttes fullt ut, eller at motivasjonen og ansvarsfølelsen svekkes. Vertikal og horisontal spesialisering, samt graden av formalisering avhenger av organisasjonens størrelse (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Sykehus er profesjonelle byråkrati der ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet. Strukturen er sterkt spesialisert og horisontalt kompleks. Delegeringen av beslutningsmyndighet sikrer et godt faglig arbeid, raskere problemløsning og saksbehandling. Det kan imidlertid lett oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, siden samarbeid og styring er vanskelig. Flere sykehus har gått over til en divisjonalisert organisasjonsmodell. Dette er en konsernstruktur der divisjonene drives som egne bedrifter, og divisjonslederen er delegert beslutningsmyndighet og resultatansvar. Dette medfører at faren for suboptimalisering øker, siden helhetlig styring og koordinering er vanskelig (Jacobsen og Thorsvik 2007). Strukturelle omorganiseringer for å bedre effektivitet

og kvalitet har etter hvert blitt vanlig i sykehus. Resultatene har imidlertid medført mindre kommunikasjon, og større avstand mellom de ansatte (Krogstad 2006).

Når en rasjonell beslutning tas blir situasjonen vurdert, alternative løsninger og konsekvenser kartlegges og sammenlignes, og alternativet med best konsekvenser velges. Dette forutsetter klare og konsistente mål. Organisasjoners mål er ofte vage, uklare, og internt inkonsistente, noe som medfører at beslutninger heller tas på bakgrunn av tidligere erfaringer. Mennesket er begrenset rasjonelt, og beslutningsatferden påvirkes av organisasjonsmessig kontekst.

Beslutningsforaene har ofte utformet mandater som begrenser hva som legitimt kan tas opp. Hvordan beslutningene fattes, og på hvilket grunnlag, påvirkes også av hvilke aktører som deltar (Jacobsen og Thorsvik 2007).

De siste tiårene har det vært en revolusjonerende utvikling innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). IKT kan bidra til å øke frekvensen og volumet på kommunikasjon i alle retninger i organisasjonen, og dermed føre til enklere koordinering (ibid). Innen helsevesenet er det imidlertid etiske sider ved bruk av informasjonsteknologi som innebærer sterke krav til profesjonalitet (Christensen mfl 2009).

Selv om hovedhensikten til organisasjonsstrukturen er å påvirke atferden i en spesiell retning, er det ikke gitt at det er samsvar mellom strukturen og det som egentlig skjer i en organisasjon. Blant annet trenger ikke makt og innflytelse i en organisasjon følge organisasjonsstrukturen. Dette påvirkes også av den uformelle siden av organisasjonen, organisasjonskulturen (Jacobsen og Thorsvik 2007).

2.5.2 Organisasjonskultur

Til grunn for det institusjonelle perspektivet ligger en logikk om hva som er passende atferd, det vil si det som tidligere har fungert, eller oppleves som akseptert innen organisasjonens handlingsmiljø. Det er et mønster av grunnleggende antagelser som har fungert godt nok til å betraktes som sant, og læres bort som det riktige. Slik utvikles uformelle normer og verdier, noe som gir stabilitet, dybde og legitimitet, men samtidig sti-avhengighet, innadvendthet, og manglende fleksibilitet og omstillingsevne. Organisasjonskultur etableres fordi alle mennesker har behov for sosial samhörighet, aksept, stabilitet og mening i tilværelsen. Det er

et sosialt fenomen som oppstår i sosiale fellesskap (Christensen mfl 2009, Jacobsen og Thorsvik 2007).

Organisasjonskultur består av grunnleggende antagelser, verdier og normer, og artefakter. Grunnleggende antagelser er det som regnes som sannheter. Dette er vanskelig å utfordre og endre. Verdier er abstrakte idealer som tar utgangspunkt i de grunnleggende antagelsene, og vises gjennom en generell tendens til å foretrekke noe fremfor noe annet. Normer er uskrevne regler om hva som passer seg i ulike sosiale sammenhenger (Jacobsen og Thorsvik 2007). I en organisasjonskultur forutsettes det at flertallets mening er den riktige (Lingås 2008). Dette reduserer usikkerheten om hva en skal gjøre i en gitt situasjon (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Artefakter er fysiske uttrykk for kultur, det som kan observeres. Dette kan være verbale og atferdsmessige uttrykk eller fysiske gjenstander. For at artefakter skal være symboler må de tolkes innenfor den sosiale sammenhengen de produseres. Symboler reflekterer organisasjonskulturen, samt påvirker tenkning og atferd ved å vise internaliserte verdier og normer (ibid).

Tillit er en grunnleggende antagelse om at deltakere i en sosial gruppe handler i samsvar med gruppas verdier og normer. For at tillit skal opparbeides må det gis rom for å utvikle sosiale relasjoner. Forutsetningen for tillit er sterk fellesskapskultur, lojalitet, ærlighet og pålitelighet (ibid). Tillit reduserer transaksjonskostnadene, letter overføring av informasjon og kunnskap, forenkler samarbeid, gir handlingsrom, og reduserer kompleksitet (Molander og Terum 2008).

Kompleksitet gjør det vanskeligere å oppnå en helhetlig organisasjonskultur. En organisasjon har ofte ulike subkulturer som overlapper hverandre, står i konflikt med, eller motarbeider hverandre. Organisasjonskultur kan fremme både etisk og uetisk praksis. Medlemmer i en gruppe kan ha en tendens til å overvurdere gruppas makt og moral. De kan preges av trangsynthet, manglende evne og vilje til å forstå kritikk, eller til å forstå andres synspunkter (Jacobsen og Thorsvik 2007).

En organisasjonskultur opprettholdes så lenge den betraktes som riktig. Den blir stadig testet mot virkeligheten gjennom praksis (Jacobsen og Thorsvik 2007). Når noen bryter med organisasjonskulturens regler kalles dette et avvik. Allport (1958) ser avvik i sammenheng med fordommer, en avvisende eller fiendtlig holdning mot en person eller en gruppe. Den

menneskelige hjerne tenker ved hjelp av kategorier, noe som danner utgangspunktet for normativ vurdering. Når normative forestillinger blir positivt bekreftet transformeres de til å gjelde hele gruppen. Dette er sjeldent bevisst. Fordommer gir færre kommunikasjonskanaler, noe som igjen øker forskjellene, og sjansen for å misforstå hverandre. Dette kan medføre konflikter. Konsekvensene av avvik vil variere over tid, etter hvordan andre reagerer, hvem som bryter reglene, og hvem som blir krenket (ibid).

Kulturen kan tolkes ut fra ulike perspektiv. I integreringsperspektivet ser en på kollektiv konsensus i organisasjonen. I differensieringsperspektivet ser en på meningsforskjeller mellom ulike subkulturer, og i fragmenteringsperspektivet ser en på det som er tvetydig, situasjonsbetinget og skifter over tid (Jacobsen og Thorsvik 2007).

2.5.3 Omgivelsene

Organisasjonene er avhengige av legitimitet i omgivelsene, men dette er også en kilde til usikkerhet og press. Organisasjoner konfronteres med reformer, og sosialt skapte normer for hvordan de bør være uformet. De må forholde seg til tekniske og institusjonelle omgivelser. De tekniske omgivelsene er forhold av direkte betydning for oppgaveløsning, og realisering av mål, ressurser og resultater. De institusjonelle omgivelsene er forventninger, antagelser, verdier og normer (Jacobsen og Thorsvik 2007). Det finnes i denne sammenheng en mengde ulike oppskrifter, for ledelse, formell organisasjonsstruktur, prosedyrer og rutiner. Myter spres raskt, gjerne gjennom imitasjon. Det er ikke sikkert de iverksettes, de kan også brukes for å oppnå legitimitet (Christensen mfl 2009). Omgivelser har varierende grad av homogenitet og stabilitet (Jacobsen og Thorsvik 2007).

2.6 Samhandling

Samhandling er meningsfulle og målrettede aktiviteter mellom to eller flere aktører. Aktørene er enkeltindivider eller grupper. Samhandlingen kan skje direkte eller indirekte (Habermas 1981). Bråten (1981) beskriver at målene for samhandling er symbolsk interaksjon (meningsutveksling), transaksjon (bytte), og strategisk interaksjon (samspill). I tillegg viser Aubert (1981) til altruisme, omsorg uten tanke for egen vinning.

Habermas (1981) fremhever at mennesket har tre virksomhetsområder, arbeid, samhandling og frigjøring. Kommunikativ samhandling innebærer at individene gjensidig formidler meninger, forventninger og ønsker. Samhandlingen skal klargjøre hva partene mener, hva de ønsker formidlet, og hvordan de forstår budskapet. Vellykket kommunikativ samhandling er å oppnå enighet (ibid). Samhandling har alltid transaksjonskostnader i større eller mindre grad, men jo mer tillit partene har til hverandre, jo mindre opptatt vil de være av juridiske spissfindigheter og kontroll (Jacobsen 2004). Tillit forenkler samarbeid, og handler om å overlate noe til andre i god tro (Molander og Terum 2008).

Max Weber (1983) beskriver fire typer sosial handling, målrasjonell, verdiorientert, affektiv og tradisjonell. En handling består vanligvis av elementer fra alle typene. Handlinger virker ofte ikke målrettet. Dette er vanskelig å akseptere, og vi forsøker oss derfor med logiske begrunnelser. Det er ulike nivåer for samhandling, dette kalles mikrosystem. Før en studerer mikronivå bør en kjenne til makronivået (Aubert 1981).

2.6.1 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er den eneste arbeidsformen der man kan oppnå gode resultater i arbeid med mennesker som har behov for sammensatte tjenester (Lauvås og Lauvås 2004). Det er bare gjennom teamarbeid en kan oppnå noe som kan kalles et tilnærmet helhetssyn (Lingås 2008). Samhandling kan enten utgå fra et utvekslingsperspektiv, der det ikke foreligger en ordre ovenfra om det, eller fra et mandatperspektiv, der en overordnet instans gir ordre om samhandlingen (Knudsen 2004). Målet er at tiltakene skal forsterke hverandre. Felles kunnskapsgrunnlag, samlet faglig kompetanseutvikling, og felles forståelse for brukerens utfordring, gir synergieffekter og økt kvalitet (Lauvås og Lauvås 2004).

Koordinering på tvers av organisasjonsgrenser krever fleksibilitet i egen organisasjon, et utviklet aktørdemokrati, og åpenhet for nettverksbygging nedenfra (Knudsen 2004). Felles handlingsplaner på tvers av organisasjoner vil kunne medføre tvungen koordinering, der selve planprosessen også virker koordinerende. Faste møter er en av de mest effektive og mest fleksible former for koordinering i en organisasjon (Jacobsen 2004).

I tverrfaglig samarbeid har partene ofte klare forventninger til den andre parten, men er mer uklar til egen rolle. Dersom rolleoppfatningene divergerer og kommunikasjonen er distansert,

blir bekreftelsen på egen identitet mangelfull. Dette skaper usikkerhet, uklarhet og frustrasjon (Lauvås og Lauvås 2004). Identiteten er individuell, men sosialt tilknyttet. Sosial tilhørighet dreier seg om felles historie, eller grupperinger en knytter seg til (Bø 2005). Respekt er hvordan en verdsetter og forholder seg til mennesker ulik seg selv. Dialogen er det fremste virkemidlet for gjensidig utveksling av respekt (Sennett 2003). I tverrfaglig samarbeid er derfor relasjonskompetanse sentralt for aktørene (Lauvås og Lauvås 2004).

For at et team skal kunne fungere må gruppa være godt informert om hva de skal oppnå, ha tilstrekkelig kunnskap, kunne takle uenighet og konflikt, og ha en reell delegert beslutningsmyndighet (Jacobsen og Thorsvik 2007). I differensierte organisasjoner er mange ulike fagmiljøer representert. En vil derfor ha forskjellige forståelser og synsvinkler, eksempelvis holisme eller reduksjonisme. Ulike perspektiver på brukerens problemer vil kunne skape kommunikasjonsproblemer (Lauvås og Lauvås 2004).

2.7 Kommunikasjon

Organisasjoner består av et mangfold av mennesker med ulike statuser og roller, som må samarbeide og samhandle. Dette stiller store krav til kommunikasjon (Jacobsen og Thorsvik 2007, Vike mfl 2002). Rehabilitering krever at flere aktører samarbeider og kommuniserer. I tverrfaglig samarbeid har kommunikasjonen to viktige funksjoner. Relevant informasjon som skal utveksles, og sosial interaksjon (Lauvås og Lauvås 2009). Når samarbeidende enheter i helsevesenet utveksler opplysninger i forbindelse med rehabilitering gjelder de vanlige reglene for taushetsplikt, hjemlet i helsepersonelloven og forvaltningsloven. Opplysninger kan videreformidles så langt det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, med mindre brukeren motsetter seg det (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Vedrørende dokumentasjon skal alle tjenester som helsepersonell yter til pasienten dokumenteres i et samlet dokumentasjonssystem felles for virksomheten. Dette med mindre det foreligger spesielle årsaker til at det bør finnes tilleggsjournaler (Forskrift om pasientjournal 2002).

Den språklige vendingen medførte en endring fra å se på språket som refererende, til å se på det som representerende og konstruerende av virkelighet (Seale 2004). Kommunikasjon er som nevnt i innledningskapittelet en person eller gruppe som overfører informasjon, ideer, holdninger og følelser til en annen. Mye av kommunikasjonen er ikke-verbal. Effektiv

kommunikasjon finner sted når mottaker tolker meningen i samsvar med intensjonene til sender (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Sosiale relasjoner bygger i stadig større grad på forhandling. Dette innebærer at kommunikasjonsevnen blir viktigere, ikke minst i offentlige organisasjoner. Mange forskere mener imidlertid at det er makt og dominans som karakteriserer menneskelig samtale (Hydèn mfl 2003). Det er et mål for alle organisasjoner å ha gode kommunikasjonskanaler. Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess som medfører at organisasjonen opprettholdes og forandres (Jacobsen og Thorsvik 2007).

En kommunikasjonsprosess starter med en melding som sendes slik sender tenker seg den. Meldingen kodes i form av språk eller tegn, og sendes gjennom en kommunikasjonskanal. Mottaker dekodeer meldingen slik han oppfatter den, og gir tilbakemelding på samme måte som meldingen ble sendt. Vanligvis veksles det på å være sender og mottaker (Jacobsen og Thorsvik 2007). Kommunikasjon har alltid et intensjonsaspekt, men hensikten kan være ubevisst (Bø 2003). Gjennom bruk av samtale som kommunikasjonskanal har en mulighet til å utvikle gjensidig forståelse (Lingås 2008).

Kommunikasjonsprosessen har tre kritiske faser: når sender koder meldingen, når den formidles gjennom en valgt kanal, og når mottaker dekodeer den. Her kan det oppstå kommunikasjonsproblemer, også kalt støy (Jacobsen og Thorsvik 2007). Nyanser og kontekst påvirker forståelsen (Lingås 2008). Hvordan partene kommuniserer over tid påvirkes av det som skjer i løpet av en toveis kommunikasjonsprosess. Sender påvirkes av kroppsspråket mottaker viser under samtalen. En har en tendens til å påvirke den informasjonen som videreføres, eksempelvis ved å filtrere bort dårlige nyheter. En samtale forutsetter innlevelse (Jacobsen og Thorsvik 2007, Bø 2003). I diskursetikken er det tre typer virkelighet. Den objektive verden, der vi konstruerer, den konstruerte sosiale verden, der vi vurderer, og den subjektive verden, som inneholder følelser, holdninger og personlige meninger (Lingås 2008). Særlig i ansikt til ansikt kommunikasjon kan følelsesmessig engasjement forsterke kommunikasjonsproblemer. Det vi tenker om opplevelser på jobben er ofte sterkt preget av følelser (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Kommunikasjon kan være formell eller uformell. Formell kommunikasjon følger vanligvis organisasjonsstrukturen. Gjennom uformell kommunikasjon utvikles sosiale relasjoner. Tillit

og mistillit vokser frem, det dannes felles sosial identitet med felles kognitivt rammeverk. Uformell kommunikasjon sprer informasjon raskere enn formell kommunikasjon. Når en formell organisatorisk grense krysses avtar kommunikasjonen (ibid).

Habermas (1981) fremhever at kommunikativ kompetanse ikke bare er å forme grammatisk riktige setninger, men det er å kunne forholde seg til verden rundt oss, til andre subjekter, til våre egne hensikter, følelser og behov. I dette bildet gjøres konstante krav om validiteten til det som kommuniseres, sett opp mot en objektiv verden. Om en er uenig er det flere faktorer som påvirker hva en ender på, eksempelvis autoritet, tradisjon eller makt. Når validiteten diskuteres må en forstå hvorfor dette er valid for den som har kommunisert noe, og omgivelsene det er sagt i (ibid). Dette kalles rasjonell kommunikasjon, og er en beskrivelse av den ideelle talesituasjon. Kommunikativ rasjonalitet beskriver hvordan man kommer frem til intersubjektive velbegrunnede og gyldige normer, som knytter ulike aktører sammen i gjensidige forventninger og felles forståelse. En har imidlertid som nevnt en begrenset rasjonalitet (Jacobsen og Thorsvik 2007). Meningsfull kommunikasjon avhenger av sosial kontekst og kjennskapen deltakerne har til hverandre (Hydèn mfl 2003).

Kommunikasjon forenkles ved felles kultur, verdier, normer og grunnsyn, når en har samme språk og profesjon, og når en har tillit til hverandre (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Fagterminologi, hierarki, byråkrati, og horisontal organisering etter profesjoner gir kommunikasjonsmessige utfordringer (Lauvås og Lauvås 2004). Ikke all kunnskap kan kommuniseres. Taus kunnskap er kunnskapen man ikke er bevisst, og består av det man har erfart virker over tid. En kan ikke alltid fortelle hva en gjør eller skrive det ned, men det går fint å vise det (Jacobsen og Thorsvik 2007, Lingås 2008).

For at argumentasjon skal kunne føre til rasjonelle beslutninger må deltakerne ha møteplasser der diskusjoner kan foregå. De må forstå hverandre, argumentasjonen må være basert på riktige og ærlige argumenter, det må ikke brukes sanksjoner, og det må være vilje til å kunne skifte mening (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Kommunikasjonen påvirkes av hvilken kommunikasjonskanal som er valgt. Når man snakker ansikt til ansikt formidler man også nonverbal informasjon, en rik informasjonsutveksling der man får rask og direkte tilbakemelding. Dette er den mest effektive kommunikasjonskanalen, særlig hvis de som kommuniserer føler de har dårlig tid eller en kompleks melding (Jacobsen

og Thorsvik 2007). Bare ansikt til ansikt kommunikasjon er følelsesmessig bindende (Sennett 2003). Fysisk nærhet gir økt kommunikasjon (Jacobsen og Thorsvik 2007). Løsningen på utfordringer rundt kommunikasjon er ofte ikke mer kommunikasjon, men andre former, der det relasjonelle aspektet vektlegges (Lauvås og Lauvås 2004).

2.8 Makt

Det er en sterk forbindelse mellom organisasjonsstruktur, -kultur og makt. Makt er en aktørs evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket resultat, og utøves når det er uenighet i relasjoner der aktørene er avhengige av hverandre. Makt er sentralt når en ønsker å forstå årsaken til konflikt, og hvorfor det ikke er samsvar mellom formell struktur og faktisk atferd. Graden av maktutøvelse varierer med hvor viktig saken oppfattes å være, og endres over tid. Maktbruk foregår i særlig grad når det er kamp om knappe ressurser. Grunnlaget for makt er ulike maktbaser. En som har lovlige makt, autoritet, kan gi ordre og fatte beslutninger. Effektive maktutøvere har god lytteevne, artikuleringsevne og følsomhet. De er faglig dyktige og gode på sosial samhandling (Jacobsen og Thorsvik 2007, Bø 2005).

Argumentasjonsmakt baseres på innhold og retorikk. Når en aktør aksepterer argumentasjonen til en annen som rimelig eller sant kalles dette overtalelse. Overtalelse er ofte knyttet til spesialisert kunnskap og profesjonalisering. Når mennesker utsettes for maktutøvelse uten at de selv er klar over det kalles dette skjult maktbruk. Når man aksepterer en maktstruktur har man underkastet seg den (Jacobsen og Thorsvik 2007).

2.9 Konflikt

Organisasjoner preges ofte av konflikter. Dette er vanligst mellom ulike hierarkiske nivå, og ved lav grad av formalisering. En konflikt oppstår når det er vanskelig å forene ulike interesser, når det er avhengighet mellom partene, følelsesmessige elementer, eller når en av partene gjør noe uventet eller galt. Konfliktnivået påvirkes av hvor mye som står på spill, og hvordan styrkeforholdet mellom partene er. En differensiert organisasjon har flere særinteresser, og dermed oftere konflikter. En sterk organisasjonskultur gir et lavere konfliktnivå. Når partene tror de er uenige fordi de ikke kjenner hverandre godt nok kalles dette skinnkonflikter (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Hvis konflikter ikke antar et følelsesmessig preg trenger de ikke å være negative, men kan også være utviklende. De kan skape sterkere internt samhold, innovasjon, og sterkere bevissthet om mål, ressursbruk og midler. Interessekonflikter kan dempes i tverrfaglige fora med åpen dialog (Lingås 2008, Jacobsen og Thorsvik 2007).

2.10 Oppsummering

Synet på funksjonshemmede og begrepet rehabilitering har endret seg parallelt med samfunnsutviklingen. Rehabiliteringsbegrepet som vi kjenner det i dag er påvirket av velferdsstatens utvikling, der en har gått fra et biomedisinsk perspektiv og normalitetstenkning, til en mer samfunns- og individrettet prosesstenkning. Stortingsmelding 21 (1998-1999) og senere innføring av Forskrifter om rehabilitering og habilitering og Individuelle Planer har her hatt særlig betydning. Organiseringen av helsetjenestene støtter ikke denne typen tverretattlig prosessarbeid. Samarbeid og kommunikasjon påvirkes av organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, og omgivelsene aktørene agerer i. Maktbruk og konflikt er sentrale elementer.

Kapittel 3 Metode

En forskningsstudie tar utgangspunkt i en ide, noe en ønsker å finne mer ut av. I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan jeg har arbeidet fra ideen oppsto, gjennom innsamling og analyse av data, til ferdig presentasjon av prosjektet.

Ideen til undersøkelsen var basert på erfaringer fra mangeårig arbeid innen rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten, der kommunikasjon og samhandling har vært sentrale utfordringer. I tillegg har det vært et stadig økende samfunnsfokus på området, blant annet markert med ulike stortingsmeldinger. Det er ikke uvanlig at forskere får ideer til forskningsprosjekt fra opplevelser i nære omgivelser (Berg 2007).

3.1 Problemformulering og teoretisk bakgrunn

Med dette som utgangspunkt gikk jeg i gang med å finne ut av hva som var forsket på før, og hva som var funnene i disse undersøkelsene. Når en lager en problemformulering skal en være oppmerksom på historiske og politiske forhold, samt den spesielle konteksten en undersøker (Silvermann 2006). En del av det jeg fant på området er beskrevet i forrige kapittel, teoretisk perspektiv.

Å studere relevant teori i forkant av undersøkelsen kalles theory-before-research modellen. Forholdet mellom teori og forskning i denne modellen er likevel ikke lineært, men fungerer som en spiralformet prosess. Kunnskapen en tilegner seg via litteraturen kan bidra til at problemformuleringen blir tydeligere, og teoretisk foredlet. For å finne relevant teori tok jeg i bruk søkemotorer på biblioteket, samt ulike søkemotorer på internett som eksempelvis Google. På den ene siden er svært mye informasjon lett tilgjengelig via internett. På den annen side har jeg her vært kritisk, siden internett er et informasjonsorgan uten krav til validitet og reliabilitet. Funnene systematiserte jeg gjennom å lagre dem på en egen minnepenn slik at de var lett tilgjengelig ved senere bruk (Berg 2007).

Nye forskere lager ofte for vide problemformuleringer. I kvalitativ forskning skal en ikke si lite om mye, men mye om lite (Silvermann 2006). Siden jeg har et stort engasjement på

området, og var uten tidligere forskningserfaring, ble utfordringen å begrense ideen så mye at den ble håndterbar. Jeg endte som nevnt innledningsvis opp med problemformuleringen:

”Hvordan kommuniserer lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten som aktører i rehabiliteringsprosesser”.

Jeg valgte etter hvert å avgrense dette ytterligere for å kunne gå i dybden på temaet. Det jeg vil studere er kommunikasjonen ansatte på sengepostene i lokalsykehuset har med hjemmetjenestene, koordinerende enhet for rehabilitering, leger og terapeuter i kommunehelsetjenesten. Etter å ha begrenset meg inn til valgte problemformulering, tok jeg stilling til hvilken metode jeg anså som mest hensiktsmessig for å få mest mulig tykke beskrivelser (Geertz 1973).

3.2 Metodevalg

Metode er praktiske verktøy for å samle inn og tilrettelegge data, og den planmessige fremgangsmåten til og med publiserbart skriftlig produkt (Blaikie 2005, Law 2004). Samfunnsvitenskapens ambisjoner er å beskrive, forklare og forstå. Dette gjøres ved bruk av kvalitativ eller kvantitativ metode, eller en kombinasjon (Thagaard 2003). Problemstillingen handler om kompliserte mellommenneskelige forhold, som jeg vil belyse i et forstående perspektiv. Siden dette vanskelig kan kvantifiseres har jeg valgt kvalitativ metode. Her finnes det flere sentrale tilnærminger. Min undersøkelse er en studie av samhandling, med fokus på kommunikasjon. Jeg ønsker å forstå utfordringene fra de involvertes synspunkt, beskrive og forstå sosiale uttrykk mellom mennesker, og gi tykke beskrivelser av situasjonen. Jeg ønsker å se, lytte og lære (Berg 2007). Jeg har derfor valgt etnografisk design, siden en her studerer meningen med atferdsmønstre, språk og samhandling i grupper. Hensikten er å beskrive og avdekke mønstre, typologier og kategorier (Johannessen mfl 2007).

I undersøkelsen søker jeg å forstå hvordan kommunehelsetjenesten og sengeposten på et lokalsykehus kommuniserer. Dette som et ledd i samhandlingen i oppstarten av rehabiliteringsprosesser. Jeg ønsker å få frem de personlige refleksjonene aktørene har rundt kommunikasjonen, eksempelvis hvorvidt aktørene er seg bevisst betydningen kommunikasjonen har for rehabiliteringsprosesser. Som uerfaren forsker vektla jeg en

detaljert forskningsdesign. Jeg la imidlertid hele tiden til grunn at jeg skulle ha et fleksibelt forhold til designet underveis i undersøkelsen.

I kvalitativ metode foregår studiet i naturlige sosiale aktiviteter (Berg 2007). Det er fire hovedmetoder; observasjon, tekstanalyse, intervju/fokusgrupper og lydbånd/videofilming (Silvermann 2006). Å kombinere flere forskningsmetoder, triangulering, medfører ulike former for datainnsamling, flere teoretiske perspektiv, og flere analyseteknikker (Berg 2007). På den andre siden vil triangulering også være med på å komplisere forskningsprosessen, ved å øke kravene til tidsbruk og forskers kompetanse (Silvermann 2006).

Slik jeg vurderte det var deltakende observasjon på lokalsykehuset en god metode for å gi meg de dataene jeg etterspurte. Dette sett opp mot problemformuleringen, og det etnografiske designet som innebærer at forskeren går ut i feltet (Johannessen mfl 2007). Jeg valgte ikke å utføre deltakende observasjon i kommunene, da jeg mente at dette ville bli for omfattende, og lite effektivt. En slik observasjon ville etter min forhåndsvurdering gå mye ut på å sitte på kontoret til leder for tiltaksrådet, og vente på telefon eller faks fra sykehuset. I stedetfor åpnet jeg for å få med kommunenes perspektiv i dybdeintervjuer i etterkant av observasjonen.

I forkant av undersøkelsen så jeg for meg et kort feltarbeid på en til to uker, siden min forhåndsvurdering tilsa at dette ville gi nok data til omfanget av en masteravhandling. I løpet av feltarbeidet ble dette tilpasset feltet, siden det viste seg at samtlige pleiere i lengre perioder var opptatt av daglige rutiner. I disse periodene var det ingen kommunikasjon med kommunen. Jeg valgte derfor å utføre feltarbeidet utenom dette tidsrommet, slik at jeg til sammen deltok i seks dager, men ikke hele dagene.

I etterkant av feltarbeidet foretok jeg som nevnt dybdeintervju med et utvalg aktører for å komplettere dataene. Valget av dybdeintervju ble gjort fordi jeg mener dette kan være med på å gi undersøkelsen et bredere analysegrunnlag. Intervju kan være standardiserte, ustandardiserte og semistandardiserte. Standardisering av intervjuet sikrer at en får med seg den informasjonen en er ute etter, positivister argumenterer med at dette øker reliabiliteten i undersøkelsen. På den andre siden kan dette medføre at intervjuet blir mindre fleksibelt, og får dårligere flyt (Berg 2007). Konstruktivister hevder at menneskers livsverden er for komplisert til at en får med seg de dataene som er verdifulle ved standardiserte intervju (Silverman 2006). Av denne grunn valgte jeg å gjennomføre semistandardiserte intervju.

Jeg foretok også i begrenset grad tekstanalyse av enkelte skriftlige dokumenter sendt mellom sykehus og kommuner. Dette tilsier en triangulering i metodikk som jeg mente vil kunne gi meg tykke beskrivelser; flest mulig ulike betydninger, fortolkninger og forklaringer (Geertz 1973).

3.3 Feltet

Feltet jeg valgte var lokalsykehuset der jeg selv er ansatt, samt kommuner i lokalsykehusområdet.

3.3.1 Lokalsykehuset

Sykehuset er et lokalsykehus for ca 23 000 innbyggere bosatt i fire kommuner. Etter den nasjonale omorganiseringen i helseforetak, gjennomført i 2001 (Stamsø 2005), ble sykehuset en del av et foretak spredd på flere geografiske steder. Etter omorganisering i 2009 ble foretaket organisert i klinikker. Det vil si at de ulike sykehusene ikke lenger er egne resultatenheter, men er inndelt i 8 ulike klinikker på tvers av geografi. Klinikksjefene er geografisk plassert på det største sykehuset. På lokalsykehuset er 7 av klinikkene representert.

De ulike enhetene som samarbeider rundt rehabiliteringspasienten på lokalsykehuset har møtepunkter rettet mot linjeorganiseringen, det vil si at lokalsykehuset ikke har felles møter på systemnivå. Ved tidligere organisasjonsmodell ble det imidlertid iverksatt enkelte rutiner på pasientrettete møtepunkter, som fortsatt eksisterer.

3.3.2 Kommunehelsetjenestene

Kommunene i feltet varierer i størrelse og kompleksitet. Den minste kommunen har ca 1300 innbyggere. Av tilbud til mennesker i en rehabiliteringsprosess har kommunehelsetjenesten sykehjem og rehabiliteringssenter, kommunale leiligheter, hjemmetjeneste, koordinerende enhet for rehabilitering, psykisk helsetjeneste, hjelpemiddelformidling, og en privatpraktiserende fysioterapeut i halv stilling.

Den nest minste kommunen har ca 1500 innbyggere. I kommunehelsetjenesten har de et bo- og behandlingssenter, kommunale leiligheter, hjemmetjeneste, en kommunal fysioterapeut som også er rehabiliteringskontakt, hjelpemiddelformidler og Fysakkoordinator. Videre har de en privatpraktiserende fysioterapeut, dagsenter for psykisk utviklingshemmede og psykisk syke, og psykisk helsetjeneste.

Den største kommunen har ca 11 000 innbyggere. Her finnes det to sykehjem og et bygdehjem, kommunale leiligheter, hjemmetjeneste inndelt i sektorer, terapi- og hjelpemiddeltjeneste med fysioterapeuter, ergoterapeuter, hjelpemiddelteknikere, FYSAK og Frisklivssentral, og koordinerende enhet for rehabilitering organisert. Kommunen har dessuten et brukerkontor som koordinerer tjenester innen hjemmetjenesten, en psykisk helsetjeneste, en tjeneste for psykisk utviklingshemmede, et dagsenter for psykisk syke, og et for psykisk utviklingshemmede.

Den andre store kommunen har ca 10 000 innbyggere. Her er det to sykehjem, der et av dem fortrinnsvis skal brukes til korttidsopphold. Dessuten er det et omsorgssenter og kommunale leiligheter. Rehabiliteringstjenesten, der koordinerende enhet for rehabilitering ligger, har ergoterapeut, fysioterapeuter, FYSAK og rehabiliteringstekniker. Kommunehelsetjenesten har hjemmetjeneste, vurderingskontor, dagsenter for psykisk syke, psykisk helsetjeneste, og tjeneste for psykisk utviklingshemmede.

3.4 Gjennomføring av undersøkelsen

På sykehuset ble undersøkelsen gjennomført på sengeposten, der jeg ikke er ansatt, for å øke distansen til feltet. Likevel hadde jeg her et nettverk, som forenklet tilgangen til informanter, og hjalp meg inn i gruppa, såkalte "*portåpnere*" (Silvermann 2006). Disse portåpnerne var i stor grad enhetslederne, som jeg har hatt et nært samarbeid med over mange år.

Jeg gjennomførte deltakende observasjon i hverdagen på sengepostene, og i samarbeidsmøter. Her observerte jeg all kommunikasjon mellom sykehuset og kommunene, men hadde fokuset mitt på pasientene med rehabiliteringsbehov. Jeg tok også med observasjoner der kommunikasjon ble vurdert, men ikke gjennomført. I feltet inntok jeg en mye mer passiv rolle enn jeg ville hatt i jobbsammenheng, en rolle som assistent.

I utgangspunktet hadde jeg satt av og avtalt hele dager jeg skulle være tilstede på sengepostene. Dette viste seg imidlertid ikke å fungere, da den mest effektive tiden til denne type kommunikasjon og metakommunikasjon ble gjennomført fra 07.30-ca 08.30, samt fra ca 11.30-15.00. I det øvrige var personalet opptatt med pasientpleie og – behandling. Til å begynne med brukte jeg den øvrige tiden til å studere hva som forelå av prosedyrer på muntlig og skriftlig kommunikasjon, samt noe dokumentanalyse. Etter hvert valgte jeg å gå til og fra sengeposten, for å ha en mest mulig effektiv tidsbruk. Til sammen ble seks dager brukt på denne måten.

Jeg opplevde at både portåpnerne og det øvrige personalet var svært positiv til jobben jeg gjorde. Det ble blant annet uttalt at ”*ja, det var interessant*” da jeg forklarte temaet for oppgaven. Dette var i kontrast til min forhåndsvurdering, der jeg fryktet at jeg kunne bli oppfattet som en kontrollør av om de gjorde sin jobb godt nok, og at jeg ville kunne vekke irritasjon bare ved min tilstedeværelse. Min forforståelse var bygd på at jeg i årenes løp har opplevd at rehabiliteringsfaget ikke har vært like anerkjent som andre sykehustjenester, siden arbeidet etter mitt syn er lite konkret, og ikke kan telles. Jeg hadde derfor en forforståelse av at feltet kunne være kritisk til at jeg tilsynelatende hadde tid til dette, mens de etter egen vurdering har det for travelt til slikt. Dette viste seg imidlertid ikke å stemme.

Utvalget for dybdeintervju var i utgangspunktet alle mellomledere på sengeposten, samt leder for tiltaksrådene i hver kommunehelsetjeneste. Den første tiltaksrådslederen oppfordret meg til også å intervju den som sto oppført som kontaktperson for regional koordinerende enhet for rehabilitering i kommunen. Jeg hadde selv ut fra tilbakemelding fra disse personene vurdert dem til ikke å fungere som koordinerende enhet annet enn på papiret, og derfor ikke tenkt på at de ville kunne tilføre undersøkelsen min verdifull informasjon. Etter oppfordringen valgte jeg imidlertid å utvide utvalget. Dette viste seg å være en vellykket utvidelse, da jeg fikk et grunnlag for å se forskjellighet i kommunikasjonen.

Informantene var kvinner i yrkesaktiv alder, sykepleiere eller fysioterapeuter i mellomlederstillinger. Det varierte hvor lang arbeids- og ledererfaring de hadde, og om de jobbet i sykehus eller kommune. For å ivareta informantenes anonymitet velger jeg imidlertid å ikke beskrive dette nærmere.

Før jeg gikk i gang med studiet informerte jeg muntlig og skriftlig om hva som var formålet med studiet, og ba informantene om skriftlig samtykke til deltakelse (Vedlegg 2). Alle var svært positive. Å finne tid for intervjuer var en utfordring, da både jeg og informantene hadde en travel hverdag avtalene skulle innpasses i. Jeg ble imidlertid tatt godt i mot av samtlige, tiden var satt av til intervjuet, og telefonene utkoblet. Når det gjaldt valg av sted for intervjuet lot jeg dette være opp til informantene, slik at dette ble noe forskjellig. Jeg møtte to av kommunene på møterom hos dem, en kom til et møterom på sykehuset. I den fjerde kommunen møtte jeg kontaktpersonen for koordinerende enhet på deres møterom, mens lederen av tiltaksrådet møtte på mitt kontor. Dette gjaldt også informantene fra sykehuset.

3.4.1 Deltakende observasjon

Fossåskaret mfl (1997) beskriver hvordan en i deltakende observasjon veksler mellom å være sammen med og betrakte. Målet er å gli inn i en sosial setting, uten å forstyrre denne uforholdsmessig. Etter mitt syn var min nærhet til feltet en fordel i denne sammenheng. På den annen side satte dette imidlertid større krav til at jeg var bevisst min rolle, slik at jeg ikke risikerte å "go native" (ibid).

Å bruke deltakende observasjon kan være forskningsetisk utfordrende. På den ene siden er man selv en deltaker, med primær lojalitet til situasjonen. På den andre siden har en andre interesser med deltakelsen. Før jeg gikk i gang brukte jeg derfor tid på å identifisere forventninger og avklare status. Jeg prøvde deretter å handle i overenskomst med dette (ibid). Dette var etter mitt syn enklere siden jeg var kjent med kulturen, og hadde portåpnere. Det viste seg at det ikke var så mange forventninger på forhånd fra feltet, og at de tok i mot meg med mye mer åpent sinn enn min forforståelse var. På den andre siden mener jeg det likevel var viktig å avklare status i et kjent felt, siden jeg ikke kunne vite hvilke forventninger som forelå, og at jeg dessuten gikk inn i en annen rolle enn den jeg har til daglig.

Jeg valgte en åpen deltakende observasjon, der de ansatte var informert om min forskerstatus. Dette kan medføre at informanten oppfører seg annerledes siden jeg er tilstede. Imidlertid viser mange forskningsprosjekter eksempler på at dette utjevner seg etter kort tid (Silverman 2006). Under observasjonen merket jeg at feltet i enkelte tilfeller var påtakelig observante på at jeg var til stede. Dette var imidlertid kun i startfasen, etter hvert kunne jeg ikke merke at informantene tok forbehold. På den ene siden kan det være etisk riktig at informantene aktivt

eller passivt samtykker til undersøkelsen. På den andre siden kan forskningsprosjektet da bli underkjent av informanten hvis funnene føles ubehagelige for dem. Det kan også gi reliabilitetsproblemer, siden det ikke er et tilfeldig utvalg (Berg 2007). Jeg valgte derfor å la sengepostens ledelse samtykke til studiet. På denne måten ønsket jeg å ivareta fordelene og ulempene ved begge fremgangsmåter.

Feltarbeid kan dokumenteres med feltnotater, lydopptak eller videofilming (ibid). På den ene siden så jeg videofilming som den metoden som ga mest objektive data. På den andre siden påvirker etter mitt syn både filming og lydopptak informanter slik at situasjonen blir mindre naturlig. Dessuten opplevde jeg dette som ekstra problematisk på et sykehus, der en må ta spesielt hensyn til personvern. Jeg valgte derfor å ha en liten notatbok som jeg samlet stikkord i underveis. Deretter ble dette materialet nedskrevet i en elektronisk feltdagbok etter hver observasjonsdag. Feltdagboken var todelt, på den ene siden av arket noterte jeg direkte observasjoner og sitater, mens jeg på den andre halvdel beskrev tanker og refleksjoner.

Dataanalysen ble foretatt parallelt med feltarbeidet, siden jeg ønsket å ha mest mulig ferske observasjoner. Datainnsamlingen dreier seg mye om å systematisere observasjonene, og gjøre klart for analyse. Analysen valgte jeg å gjøre fenomenisk, jeg så etter essensen i dataene. Jeg operasjonaliserte og transkriberte dataene, lette etter mønster, trakk ut det som var viktig for undersøkelsen, og det som ikke skulle med (ibid).

3.4.2 Delvis strukturert dybdeintervju

Jeg valgte å bruke delvis strukturerte dybdeintervju. Det vil si at jeg planla en del spørsmål på forhånd (Vedlegg 3), men i tillegg brukte oppfølgingsspørsmål som ikke var planlagt. Jeg ville på denne måten sikre at vi fulgte aktuelt tema, men at vi også fanget opp uforutsette data. Det er tre typer hovedspørsmål: deskriptive, strukturelle, og kontrastspørsmål (Berg 2007). Intervjuene besto av en kombinasjon av disse.

Som nevnt varierte stedet for intervju, da jeg ønsket å la informanten velge hva hun syntes var mest komfortabelt. Jeg la imidlertid som føring at det var viktig at vi kunne sitte uforstyrret. Før jeg gikk i gang med intervjuene brukte jeg noe tid på å opparbeide tillit, og skape en god atmosfære. Dette ble gjort ved bruk av såkalt "*smalltalk*". Jeg dobbeltsikret også innledningsvis at informanten var klar over formålet med intervjuet, og ga etnografiske

forklaringer. Når en foretar dybdeintervju er det viktig å bruke samme språk som den en intervjuer, og å ha forhåndskunnskap om informanten (ibid). Siden jeg utførte dybdeintervjuene i etterkant av feltarbeidet hadde jeg etter mitt syn et fortrinn på dette området. Forkunnskapen til feltet var også med på å styrke muligheten til å møte informanten kommunikasjons- og relasjonsmessig.

Jeg søkte en åpen og lett kommunikasjonen under intervjuet, hadde aktiv lytting i fokus, og benyttet meg også av andre teknikker fra kommunikasjonsverktøyet Motiverende Intervju (Barth og Näsholm 2007). Jeg søkte å unngå affektive ord, doble eller komplekse spørsmål. Jeg sekvenserte spørsmålene slik at det ble en best mulig oppbygging av enkle og utfordrende spørsmål. Målet var å få tak i informantens synspunkter, erfaringer og opplevelser.

Intervju gir to typer kunnskap, informasjon om det som skjer i intervjusituasjonen, og informasjon om noe som har skjedd et annet sted (Berg 2007). Dette fikk jeg se i praksis, i og med at jeg både opplevde refleksjoner som tydelig var nye for informanten, og i tillegg fikk beskrevet den tidligere kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Under intervjuet benyttet jeg en intervjuguide som jeg på forhånd hadde testet ut på en kollega. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og deretter transkribert. Jeg hadde også her en forforståelse som ikke viste seg å stemme. Jeg hadde tenkt at bruken av lydbånd ville kunne virke forstyrrende på intervjusituasjonen, og kanskje prege hvilken informasjon som ble gitt. Det viste seg imidlertid at lydopptakeren fungerte som et naturlig element når intervjuet kom i gang. I etterkant spurte jeg noen av informantene om hvordan de opplevde det. De uttalte at det ikke var noe problem så lenge de slapp å høre på seg selv i etterkant.

I transkriberingsprosessen noterte jeg ordrett det som ble sagt, samt pauser og skiftinger i tonefall. I tillegg noterte jeg på andre halvdel av arket mine refleksjoner rundt samtalen. Det skriftlige materialet ble deretter analysert, der jeg først markerte med ulike farger grove kategorier jeg kunne se for meg ga et utgangspunkt for sortering. Jeg samlet ulike kategorier i bolker, der lignende kategorier ble satt sammen. Etter grovsorteringen sorterte jeg kategoriene innenfor hver enkelt bolke. Etter hvert tegnet det seg en forståelse av hva jeg kunne bruke videre for å øke min forståelse av kommunikasjonen mellom sykehus og kommuner, og hvilken betydning dette kan ha for rehabiliteringsprosesser.

3.5 Metodekritikk

Etter mitt syn er kontinuerlige etiske vurderinger særlig sentrale når en forsker på den typen felt som jeg har valgt. Det er et lite lokalsykehus med nærliggende kommuner, med små miljøer både faglig og sosialt. I tillegg er jeg selv ansatt på samme arbeidssted som feltet. For å sikre informantenes rettigheter, privatliv og velferd må en høy grad av konfidensialitet ivaretas, samt at etiske retningslinjer for forskning følges (Berg 2007). Jeg har forsøkt å bruke fordelene ved nærheten til feltet, og forebygge ulempene. Likevel har dette gitt utfordringer, eksempelvis når åpenbart negative sider ved egen arbeidsplass har kommet frem underveis. Jeg har her bevisst forholdt meg til forskningsetiske normer (Forskningsetiske komiteer 2008), vedrørende åpenhet og upartiskhet, og derfor også lagt frem denne type funn. Jeg har imidlertid vært forsiktig med å trekke slutninger, uten at jeg mente at de var tilstrekkelig verifisert.

Prosjektet ble i forkant av oppstart godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og jeg har underveis forholdt meg til føringene som her ble lagt. Innsamlet data ble beskyttet underveis i undersøkelsen, slik at det ikke var tilgjengelig for andre. Videre vil det bli makulert etter at oppgaven er godkjent.

3.6 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg vist hvordan jeg kom frem til resultatene på en slik måte at en annen forsker skal kunne gjennomføre undersøkelsen og gjøre samme funn (Berg 2007).

Utgangspunktet for forskningen var en ide, som etter hvert ble til en problemformulering rundt kommunikasjonen mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten som aktører i rehabiliteringsprosesser. Jeg valgte en "theory-before-research" modell (ibid), men forholdt meg til en spiralformet prosess mellom teori og forskning gjennom undersøkelsen. Jeg har brukt en kvalitativ metodikk, siden jeg hadde et forstående perspektiv. Feltet var et lokalsykehus med tilgrensende kommuner, og studiet ble gjennomført ved bruk av deltakende observasjon, dybdeintervju og noe dataanalyse. Jeg vil i de to påfølgende kapitlene, 4 og 5, presentere de funnene som ble gjort, og diskutere opp mot relevant teori.

Kapittel 4 Kommunikasjonen i rehabiliteringsprosesser

I dette og neste kapittel presenteres empirien fra undersøkelsen, etter strukturen som dataanalysen tydeliggjorde. Funnene drøftes opp mot teorien som ble presentert i kapittel 2.

Rehabiliteringsbegrepet som vi kjenner det i dag forklares slik jeg tidligere har redegjort for som prosesser der flere aktører samarbeider, med klare mål og virkemidler (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2004). I denne undersøkelsen studeres et lokalsykehus og kommunene i lokalsykehusområdet som samhandlende aktører. Fokuset er kommunikasjonen rundt rehabiliteringsprosessene til innlagte pasienter, i perioden jeg gjennomførte datainnsamlingen.

I første underkapittel, 4.1, vil jeg presentere nærmere hva som var utgangspunktet for de aktuelle rehabiliteringsprosessene. Neste underkapittel synliggjør hvilken rolle de gjeldende aktørene hadde i denne sammenheng. Fra kapittel 4.3 går jeg nærmere inn på kommunikasjonsprosessen, sett i forhold til budskapet og de ulike kommunikasjonskanalene som ble brukt. Hovedvekten av funnene var i organisasjonsteoretisk retning. Dette vil derfor legges størst vekt på i presentasjonen. I kapittel 5 drøftes hvilket grunnlag de organisatoriske premissene la for kommunikasjonen mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten.

4.1 Rehabiliteringsprosesser der lokalsykehuset er involvert

I observasjonsperioden var det pasienter i ulike faser og rehabiliteringsprosesser innlagt på sykehuset. En av sengepostene hadde spesielt fokus på rehabilitering, og et tettere tverrfaglig samarbeid. Pasientene med rehabiliteringsbehov var imidlertid ikke nødvendigvis tilknyttet denne posten, siden fordelingen var basert på diagnosen som lå til grunn for innleggelsen.

4.1.1 Pasientgrupper

En stor andel av de innlagte pasientene var eldre med et sammensatt sykdomsbilde, såkalte geriatrike problemstillinger. Informantene fortalte at denne pasientgruppa økte. Dette bekreftes av forskning gjort på området (Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Mange av de geriatrike pasientene hadde i hovedsak et stort pleie- og omsorgsbehov, men kunne ikke slik

jeg ser det defineres inn under rehabiliteringsbegrepet. Behovet var ikke tidsavgrensede målrettede prosesser, og det var heller ikke flere aktører involvert. På den annen side var etter mitt syn også flere av de geriatrike pasientene i en rehabiliteringsprosess. På bakgrunn av gradvise forandringer eller plutselige omveltninger var det oppstått nye situasjoner som medførte sykehusinnleggelse og endret livssituasjon, der det var nødvendig for lokalsykehuset å planlegge tiltak i samarbeid med ulike aktører i kommunen (Becker 1997). Et eksempel på dette var en eldre pasient som hadde bodd hjemme før innleggelsen, og nå hadde fått et lårhalsbrudd. Det var behov for å involvere flere aktører, på sykehuset, opptreningsinstitusjon og ulike tjenester i kommunen. Etter mitt syn kan dette være et godt eksempel på en rehabiliteringsprosess for en geriatrik pasient.

Det var flere pasienter med ulike kreftsykdommer innlagt på sykehuset i observasjonsperioden. Noen hadde nylig fått diagnosen, og var slik i oppstarten av en rehabiliteringsprosess. I denne fasen legger spesialisthelsetjenesten ofte premissene for rehabiliteringen (Normann mfl 2003). Andre var innlagt i kritiske faser av sykdommen med det som ble kalt ”åpen innleggelse”. Dette ga pasienten mulighet til selv å ta direkte kontakt med sykehuset for innleggelse, uten å være i kontakt med kommunelege først. Noen av pasientene i denne gruppen var under behandling, andre var i en slutfase der det gikk mot en dødelig utgang. De av pasientene i denne pasientgruppen som var i tidsavgrensede prosesser med flere aktører involvert, definerte jeg også inn i undersøkelsen.

Enheten med rehabilitering som en av sine hovedmålgrupper hadde slagenhet, fem sykehusplasser spesielt tilegnet pasienter med hjerneslag, etter forutsetningene Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering legger til grunn (Helsedirektoratet 2010b). I perioden jeg observerte var det kun én slagpasient innlagt. Denne pasienten hadde et svært alvorlig hjerneslag som han etter hvert døde av. Det hadde i følge informantene vært en lengre periode med få slagpasienter. Dette er imidlertid en pasientgruppe som i regelen har behov for at rehabilitering iverksettes tidlig (ibid).

På samme sengepost var det også fem sengeplasser til pasienter med lettere psykiatriske diagnoser. I observasjonsperioden var det blant annet innlagt en pasient med en kombinasjon av psykisk sykdom og rusproblematikk, der det var et stort behov for samarbeid mellom flere aktører. Det var nødvendig med kommunikasjon både mellom psykiatri og somatikk internt i sykehuset og kommunen, og mellom sykehuset og kommunen. Informantene opplevde at

pasientene med denne typen problemstillinger kunne ha lange sykehusopphold. For personalet, som var opptatt av konkret medisinsk behandling (Vike mfl 2002, Stortingsmelding nr 47 2008-2009), opplevde jeg at dette mange ganger var vanskelig å akseptere. Som en av informantene sa:

”...det var mange som reagerte på at det var som et hotell for ham når han var tre uker hos oss... at han ikke ble flyttet over på medisin for eksempel...det kunne de ikke riktig forstå, hva han skulle på kirurgisk avdeling når han var ferdigbehandlet...det er ingen som reagerer på det at de ligger der utskrivningsklare lenge...hvis det er kirurgiske pasienter...men akkurat slike som er både og...”

Jeg vil komme nærmere inn på denne problemstillingen i kapittel 4.7, organisasjonskultur.

Både kirurgisk og medisinsk sengepost hadde også flere pasienter i rehabiliteringsprosesser etter ulike operasjoner. I tillegg til tidligere nevnte eksempel, pasienter operert for lårhalsbrudd, var det også flere pasienter som hadde hatt hjerteoperasjoner på et annet sykehus, og etterpå blitt overført til lokalsykehuset. I tillegg til disse hovedgruppene var det også enkelte pasienter innlagt med sjeldnere diagnoser, blant annet en pasient med en bindevevssykdom, som etter min oppfatning helt klart var i en rehabiliteringsprosess.

4.1.2 Informantenes forståelse av begrepet rehabilitering

Da informantene i intervjuene ble spurt om hvem som var rehabiliteringspasienten fokuserte de i hovedsak på pasienter som hadde hatt hjerneslag eller var hofteopererte. De hadde ulik forståelse av rehabiliteringsbegrepet. Med unntak av én beskrev informantene i kommunehelsetjenestene rehabilitering som prosesser som var ulik fra person til person, og at den besto av mange aktører som skulle samarbeide. En av dem sa:

”...ulike typer grupper som trenger bistand for å komme seg tilbake til hverdagslivet...til arbeid, den sosiale biten, den fysiske...”

En annen sa:

”...en pasient som har behov for innsats fra mer enn en instans...”

Av sykehusinformantene var det kun lederen av sengeposten med rehabilitering som hovedområde som hadde denne forståelsen. De øvrige hadde en forståelse av rehabilitering som opptrening, det å skulle føre tilbake til tidligere tilstand. Dette er etter mitt syn et biomedisinsk perspektiv, med vekt på normalitetstenkning, slik rehabiliteringsbegrepet ble definert før 1990-tallets begrepsendring mot prosesstenkning og brukermedvirkning (Feiring 2004, Grue 2004). Den ene kommuneinformanten som skilte seg fra resten av gruppa hadde også dette synet på rehabilitering. For øvrig var dette et fokus som underveis i intervjuene også kunne dukke opp hos informantene som i utgangspunktet definerte rehabilitering som en prosess. Etterhvert kunne de likevel komme med utsagn om at det var fysioterapeuter og ergoterapeuter som holdt på med rehabilitering, eller særlig holdt på med det.

Slik jeg ser det kan en derfor se at etterkrigsforståelsen av rehabilitering fortsatt henger igjen, og da særlig på sykehuset. Dette til tross for at det nå er 20-30 år siden dagens rehabiliteringsbegrep ble utviklet (Feiring 2004). Ulike perspektiver på brukerens problemer vil kunne skape kommunikasjonsproblemer (Lauvås og Lauvås 2004).

Flere av informantene var opptatt av at rehabiliteringsbegrepet var utydelig, og vidtfavnende. Dette gjorde begrepet etter deres oppfatning vanskelig å forholde seg til, sammenlignet med andre, mer konkrete tiltak:

”...i forhold til rehabilitering så er det mer sånn å føle seg frem...”

Brukermedvirkning og brukerstyring (Normann mfl 2003) var mindre sentrale begrep. Under observasjonene varierte dette fokuset, fra enkeltsituasjoner der søknader var sendt uten at pasienten kjente til det, til andre situasjoner der det ble diskutert med pasienten hva han mente og ønsket, og deretter gjort målrettede tiltak i denne retningen.

4.2 Aktører i en rehabiliteringsprosess

Lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten er to av mange aktører som er aktuelle i rehabiliteringsprosesser (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Lokalsykehuset kan være en aktuell aktør i rehabiliteringsprosesser via poliklinikk, dagbehandling eller ambulant virksomhet (Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008), men jeg vil som nevnt her

fokusere på pasienter som er innlagt på sengepost. Rehabilitering forutsetter at lokalsykehuset og kommunehelsetjenestene samarbeider og gir koordinert bistand (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004).

4.2.1 Lokalsykehuset

Spesialisthelsetjenesten sin rolle i rehabiliteringsprosesser reguleres av Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004). I tillegg foreligger en rekke nasjonale og regionale handlingsplaner (Helse og omsorgsdepartementet 2009, Stortingsproposisjon nr 1 2007-2008). Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004) krever at helseforetakene skal ha koordinerende enhet for rehabilitering. I feltet var det en koordinerende enhet på regionalt nivå, men ikke på lokalsykehuset. Ingen av informantene på sykehuset kjente til forskriften. Når jeg beskrev funksjonen koordinerende enhet mente imidlertid alle informantene, både på sykehuset og i kommunehelsetjenesten, at de ambulante rehabiliterings- og habiliteringsteamene på sykehuset fungerte som dette.

Det var ikke et spesialisert døgntilbud for rehabilitering på lokalsykehuset, slik at ingen pasienter ble innlagt med rehabilitering som hovedhensikt. Pasientgruppa jeg observerte kommunikasjonen rundt var derfor innlagt av andre hovedårsaker, men i tillegg i en rehabiliteringsprosess. Pasientene var plassert på tre ulike sengeposter, avhengig av diagnose. En av sengepostene hadde som nevnt et spesielt ansvar for rehabilitering, men alle hadde innlagte pasienter i rehabiliteringsprosesser.

Faste møter er en av de mest effektive og fleksible former for koordinering i en organisasjon (Jacobsen 2004). Jeg observerte at sengepostene hadde ulik møtestruktur. De medisinske sengepostene startet med hver sine rapporter for pleiepersonalet. Samtidig hadde legene sitt morgenmøte. Etter dette hadde den ene medisinske sengeposten et møte mellom leger og ansvarlig sykepleier, previsitt. Den andre sengeposten hadde et tverrfaglig møte mellom sykepleier, leger og fysioterapeuter, og deretter en previsitt med leger og sykepleier. Den kirurgiske sengeposten hadde på sin side først morgenmøte for leger, så previsitter mellom sykepleier og leger, og til slutt rapport for sykepleiere. Det var på sistnevnte sengepost mer venting før møtene, men samtidig mer effektivitet når møtene kom i gang. Jeg opplevde på den annen side at de medisinske enhetene hadde mer fokus på totalsituasjonen til pasienten, og de virket mindre regelbundne enn den kirurgisk-ortopediske.

Tverrfaglig samarbeid er den eneste arbeidsformen der man kan oppnå gode resultater i arbeid med mennesker som har behov for sammensatte tjenester. Kommunikasjonen har her to viktige funksjoner, utveksling av relevant informasjon, og sosial interaksjon (Lauvås og Lauvås 2004). Alle enhetene hadde i tillegg til nevnte møtestrukturer ukentlige tverrfaglige møter, der pleiepersonellet, legene, fysioterapeuter og ambulant rehabiliteringsteam møtte. Her ble de innlagte pasientene diskutert, med fokus på å avdekke rehabiliteringsbehov, diskutere felles utfordringer, og vurdere eventuelle nyhenvisninger til fysioterapeut eller ambulant rehabiliteringsteam.

Jeg opplevde at alle enhetene hadde et stort fokus på ferdigbehandling og utskrivning av pasientene. Dette er en avgjørelse legene skal ta (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 2003), men jeg observerte at både sykepleiere og hjelpepleiere hadde dette sterkt i fokus, og gjerne la press på legene i denne forbindelse. Sykehusenes akuttavdelinger har ikke mulighet til å kontrollere etterspørselen, noe som medfører et kontinuerlig overbelegg. Det er de som arbeider nærmest pasienten som har de konkrete utfordringene i denne forbindelse (Vike mfl 2002). Hurtige utskrivninger ble derfor etter min oppfatning eneste måte å regulere arbeidsmengden på.

Kommunikasjonen med kommunehelsetjenesten ble muntlig avklart fra situasjon til situasjon internt på sengepostene. I tillegg var det en rekke andre faggrupper, som eksempelvis leger og terapeuter, som kontaktet kommunen. Sykehus er profesjonelle byråkrati der ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet (Jacobsen og Thorsvik 2007). Sengepostene hadde til felles at lederne overtok kommunikasjonen med kommunene når pleierne opplevde at den ble vanskelig. Etter min oppfatning gir de ansatte på denne måten lovlig makt, autoritet, til lederen. Makt er en aktørs evne til å overvinne motstand når det er uenighet, i relasjoner der aktørene er avhengige av hverandre. Grunnlaget for makt er ulike maktbaser. En som har lovlig makt kan gi ordrer og fatte beslutninger (ibid). Slik jeg ser det er sengepostledelsen på denne måten en maktbase i kraft av sin posisjon.

4.2.2 Kommunehelsetjenestene

Som nevnt i metodekapittelet var kommunehelsetjenestene ulike i størrelse og organisering. To av kommunene hadde et innbyggertall på rundt 10 000, mens de andre hadde under 1500 innbyggere. Dette er etter mitt syn med på å gi ulike forutsetninger for

rehabiliteringstjenestene. Eksempelvis varierer en kommunes vertikale og horisontale spesialisering, samt formalisering med størrelsen (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Jamføre Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004) skal også kommunene ha en koordinerende enhet. Dette fantes i alle kommunene i feltet, men fungerte ulikt. I en av de største kommunene var det en avdeling som het Rehabiliteringstjenesten, der fysioterapeuter, ergoterapeuter og hjelpemiddeltekniker var organisert. Denne avdelingen hadde tatt på seg ansvaret for koordinerende enhet uten at noen hadde pålagt dem det. I den andre store kommunen var det en avdeling med tilsvarende faggrupper organisert som hadde fått tillagt koordinerende enhet via overordnet ledelse. I etterkant hadde det vært en reduksjon i antall stillinger, og i tillegg mente informanten at organisasjonsmodellen ikke la til rette for denne typen arbeidsoppgaver. Det ble derfor ikke prioritert. Jeg vil komme tilbake til denne problemstillingen i kapittel 5, organisatoriske prinsipper for kommunikasjonen.

I den nest minste kommunen hadde kommunefysioterapeuten tatt ansvaret for koordinerende enhet på eget initiativ, på samme måte som i kommunen jeg først beskrev. Dette var en kommune der begge informantene mente at de hadde få kompliserte rehabiliteringsprosesser innen somatikk. En av dem forklarte dette med at de som ble eldre eller av andre årsaker fikk økte tjenestebehov i stor grad flyttet til nabokommunen der nærmeste store tettsted lå. Psykiatri og habilitering var organisert i annen enhet enn koordinerende enhet. Informanten var lite i kontakt med denne brukergruppen, med mindre de hadde behov for fysioterapi. Helsetjenestene manglet på denne måten systemer og strukturer for å ivareta helheten i pasientens behov (Stortingsmelding nr 47 2008-2009).

Informanten fra tiltaksrådet fortalte at sykehjemmet i denne kommunen skilte seg fra sykehjem i andre kommuner ved at de hadde en annen brukergruppe. Årsaken var at denne kommunen ikke hadde hjemmesykepleie om natten. Brukerne på sykehjemmet var derfor mindre pleietrengende enn brukere i andre kommuner, noe som medførte at de også hadde et annet tilbud, en mer opptreningsrettet tenkning. Informanten fortalte blant annet om personer som hadde bodd hjemme og ikke utført aktiviteter som hadde fått muligheten til å trene seg opp igjen etter at de kom på sykehjemmet:

”...de er veldig bevisst ute på at de skal klare seg selv...det er jo bare de her vanlige tingene, å pusse tennene, at de begynner med det...vi får mer forhistorien, ...hva de

har drevet på med...kan legge litt mer opp til dem... vi har mannfolk som vi har lagt opp til...det er noen sånne tråder de sitter og knyter (de knyter sperregarn for fiskerne)...vi har vel to nå som har støttekontakt som tar dem med ut...”

Samme informant fortalte at en annen brukergruppe enn det som tradisjonelt forbindes med sykehjemsbeboere hadde gitt utfordringer ved sykehusinnleggelser. I følge henne hadde det skjedd at pasienten kom tilbake fra sykehuset uten å ha blitt utredet for det som var formålet med innleggelsen. Informanten mente at dette skyldtes at pasienten ble ansett som frisk til å være sykehjemspasient, og derfor ikke ble tatt tilstrekkelig alvorlig:

”...de folkene vi sender inn hadde egentlig bodd hjemme i en hver annen kommune, og da hadde det blitt tatt kjempealvorlig...”

Aktørene har begrenset oversikt over hverandre, og er preget av lokale og pragmatiske motivasjoner (Vike mfl 2002). Under observasjonen på sengeposten så jeg flere eksempler på at det ikke var kjent hos de sykehusansatte hva kommunene kunne tilby av helsetjenester. Manglende kommunikasjon rundt dette mener jeg kan være med på å gi mindre planlagte rehabiliteringsprosesser.

I intervjuet med informantene i den minste kommunen kom det frem at de har en nyorganisert koordinerende enhet for rehabilitering. Her har de etter mitt syn på en annen måte enn de andre kommunene satt funksjonen i system, samtidig som det også fremkom en større grad av fleksibilitet sammenlignet med de andre kommunene. En sterk struktur kan gi dysfunksjonelle effekter ved at ansatte blir så opptatt av sine spesialiserte oppgaver at de ikke samarbeider med hverandre (Jacobsen og Thorsvik 2007). Slik jeg ser det vil derfor fleksibilitet i forhold til organisasjonsstruktur kunne være med på å forenkle kommunikasjonen i rehabiliteringsfaglig arbeid.

Ingen av kommunene i feltet hadde egen rehabiliteringsinstitusjon for brukere som i en periode har behov for et døgntilbud. Dette tilbudet ytes på rehabiliteringsinstitusjoner eller fysikalsk medisinske avdelinger utenfor lokalsykehusområdet. Om en ikke får plass, fordi en ikke vurderes til å ha nytte av det, eller fordi det er plassmangel, tilbyr kommunene i følge informantene korttidsplass på sykehjem, heldøgns bemanning av brukerens hjem, eller en midlertidig omsorgsleilighet. Kommunale døgnplasser for rehabilitering gis ofte på sykehjem

(Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Informantene fra de to største kommunene fortalte at det alltid tar tid før dette kan tilbys. Det er underkapasitet på institusjonsplasser (Vike mfl 2002). Årsaken til at det er lang ventetid var i følge informantene at en ledig plass på sykehjemmet krevde et dødsfall. Høy bemanning av hjemmet krevde på sin side ofte nyansettelser. Denne manglende fleksibiliteten i systemet er etter mitt syn faktorer som er med på å forlenge sykehusoppholdet unødvendig for pasienten, og komplisere kommunikasjonsprosessen siden det blir et uklart tidsperspektiv for rehabiliteringsprosessen. I slike tilfeller ble pasienten som tidligere nevnt vurdert utskrivningsklar fra sykehuset. Dette gjaldt imidlertid ikke de to minste kommunene, som i følge informantene hadde lav ventetid.

En av informantene fra de største kommunene fortalte at kommunikasjonen gikk greit mellom sykehus og kommune når pasientene ikke hadde sammensatte behov eller trengte døgntilbud:

”...det er greit med pasientene som bare er inne og gjør sine...og reiser rett ut, så tar vi vare på dem...men ikke sant... brukere det kreves mer rundt for å ta dem i mot...”

Dette tilsier etter mitt syn at det er mer komplisert kommunikasjon rundt pasienter som er i rehabiliteringsprosesser enn andre pasientgrupper.

Det er sykehuset som bestemmer om en pasient er utskrivningsklar (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 2003). Kommunene var ikke alltid enige i sykehusets vurderinger av dette. En kommuneinformant mente at geriatriske pasienter som ble innlagt på sykehuset ofte ble ferdigbehandlet for årsaken til innleggelsen, men så registrert utskrivningsklar. Informanten var opptatt av at denne pasientgruppen ofte er multisyke, og har lite å gå på. Derfor medførte problemet som lå til grunn for innleggelsen følgetilstander, andre helsemessige og sosiale problemer. Hun mente at dette i liten grad ble behandlet:

”...det å se helheten hos brukeren inne på sykehuset opplever jeg ikke er godt nok...”

Før en pasient vurderes utskrivningsklar skal også problemstillinger som er oppstått i tillegg til innleggelsesårsaken være avklart. Hvis ikke skal det redegjøres for hvorfor dette ikke er gjort (ibid). Slik jeg ser det er dette en klar føring med hensyn til at lokalsykehuset skal følge opp den type problemstillinger som kommuneinformanten ikke mente ble ivaretatt.

4.3 Budskapet

En god kommunikatív samhandling innebærer at lokalsykehuset og kommunene gjensidig formidler meninger, forventninger og ønsker (Habermas 1981). Informantene ga uttrykk for at de var opptatt av å ha en god kommunikasjon med hverandre, men at det ikke fungerte godt nok. Kommunikasjonsprosessen starter med at sender formidler en mening slik han tenker seg den (Jacobsen og Thorsvik 2007). Kommuneinformantene visste i utgangspunktet ofte ikke om at pasientene var innlagt på sykehuset, siden dette er kommunelegenes avgjørelse. Legene og den øvrige kommunehelsetjenesten hadde liten felles kommunikasjon. Mitt inntrykk etter dybdeintervjuene var at felles møtepunkter ble færre jo større kommunen var. Av denne grunn var sykehuset som oftest den første senderen i samhandlingen. Kommuneinformantene fortalte imidlertid at det i enkelte tilfeller var dem som tok initiativ ovenfor legen om innleggelse av en bruker. I slike tilfeller kunne det være kommunehelsetjenesten som tok første kontakt med sykehuset.

Under den deltakende observasjonen ble det tydelig at et sentralt budskap fra sykehuset til kommunen var at pasientene hadde behov for institusjonsplass. Mange kommuner begynner ikke å planlegge mottak av pasienter før de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra sykehuset. Dette gjelder særlig vertskommunene (Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Jeg opplevde et særlig engasjement rundt dette temaet på sengepostene, spesielt i forhold til vertskommunen. Dette fordi pleierne på sykehuset som hovedregel vurderte at pasienten hadde behov for et høyere omsorgsnivå enn det kommunehelsetjenesten i vertskommunen tilbød. Det ble gjort mange forsøk på å overbevise kommunen om pasientens hjelpebehov.

Dette var ikke et tema ovenfor de tre andre kommunene. Det kunne også her være uenighet med hensyn til hvilket omsorgsnivå som var det riktige, men kommunene tilbød likevel alltid institusjonsplass om sykehuset vurderte behov for det, selv om det også i den andre store kommunen kunne være lang ventetid. Det ble i utgangspunktet tildelt korttidsplasser, der kommunene i løpet av 14 dager foretok vurdering av videre omsorgsnivå på eget grunnlag:

”...pasienter der sykehuset har sagt at de har behov for sykehjemsplass, så ser vi mange ganger at det er ikke sikkert det...vi har jo sett at vi noen ganger kan sende noen hjem igjen...det er sånt som endrer seg når du kommer i et miljø der du er vant

og kjent...vi har den filosofien at hvis de ikke kan dra hjem først så tar vi de inn i sykehjemmet og så observerer vi...”

Kommunene skal tilby brukerne nødvendig helsehjelp, omsorgsnivået som tilfredsstillende dette kravet vurderes i kommunenes tiltaksråd (Vike mfl 2002).

Et annet tema som var i fokus fra sykehuset sin side var behov for hjelpemidler og tilrettelegging av pasientens hjem. Dette er et kommunalt ansvar (Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Koordinerende enhet for rehabilitering i to av kommunene fortalte at de i hovedsak ble kontaktet av sykehuset når det var behov for hjelpemidler og tilrettelegging av boliger, og sjelden med hensyn til koordinering av tjenester. I følge informantene prioriterte aktørene på sykehuset også å kommunisere medisinendringer, og eventuelle behov for hjelp til administrering av medisinene.

Oppsummert ser en at budskapene fra sykehuset i stor grad går på konkrete behandlende, kompensierende eller institusjonaliserende tiltak. Dette samsvarer med synet på rehabilitering som kom frem i intervjuene, det biomedisinske, normative perspektivet (Grue 2004). Det er fokus på det konkrete, hverdagslivets pragmatikk (Vike mfl 2002). Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt hatt fokus på behandling, mens kommunehelsetjenesten i større grad har hatt et funksjons- og mestringsperspektiv. Denne ulike målforståelsen er med på å skape samhandlingsproblemer (Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Når sender koder meldingen er dette en kritisk fase i kommunikasjonen, der det kan oppstå såkalt støy (Jacobsen og Thorsvik 2007). En ser her at sender og mottaker har ulik begrepsforståelse. Dette kan etter mitt syn være et eksempel på en støy som gir utfordringer i kommunikasjonen, kommune og sykehus bruker samme begreper, men snakker ikke om det samme.

Kommuneinformantene var klare på at det de ønsket av kommunikasjon fra sykehuset var nødvendig informasjon for å kunne gi riktig tilbud til pasienten etter utskrivelse. De opplevde ofte at kommunikasjonen fra sykehuset var rettet mot andre tema. En av informantene fortalte at det var få telefoner fra sykehuset i forhold til brukere med behov for sammensatte tjenester, hovedmengden av kommunikasjonen gikk på krav om å skaffe sykehjemsplass til pleietrengende pasienter. Dette til tross for at det er i forhold til personer med behov for sammensatte tjenester at en god kommunikasjon har størst betydning (Repstad 2004). Informanten mente at det meste av kommunikasjonen gikk på det hun beskrev som

”brannslukking”, mens hun hadde ønsket seg en kommunikasjon som var faglig basert. Flere kommuneinformanter etterspurte en faglig begrunnelse for hvorfor pasientene ble utskrevet, og fortalte at utskrivelsene istedenfor ble begrunnet med at det var kommet andre pasienter inn, og da måtte noen ut.

Kommuneinformantene ønsket informasjon om hva som var gjort på sykehuset, hva som var kartlagt, og hva de burde følge opp. En av dem fortalte at sykepleierrapportene fra sykehuset ofte hadde begrenset verdi, siden de inneholdt få opplysninger om pasientens funksjon. Den skriftlige kommunikasjonen fra sykehuset inneholdt ifølge kommuneinformantene enkelte ganger kun en diagnose. Jeg opplevde at kommunen på denne måten satte spørsmålstegn ved validiteten til det som ble kommunisert fra sykehusets side (Habermas 1981).

Jeg observerte denne typen kommunikasjonsutfordring på et møte mellom sykehuset og vertskommunen. Det ble fra sykehusets side fortalt hvilke pasienter som var klare for utskrivning. Kommunens representant etterspurte hvorvidt en av pasientene var søkt på opptreningsinstitusjon. Dette kunne ikke sykehusets representanter svare på. Det var tydelig at det som var sentralt for sykehusets aktører var at pasienten skulle få en institusjonsplass. Kommunehelsetjenesten ønsket opplysninger som kunne si noe om tilbudet pasienten ville ha behov for etter utskrivelsen. Slik jeg ser det er dette et eksempel på ulik målforståelse (ibid).

Kommuneinformantene fremhevet også behov for opplæring og veiledning fra sykehuset. Dette er et lovpålagt ansvar for spesialisthelsetjenesten (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Informantene hadde flere eksempler på opplæring som sykehuset hadde gjennomført ovenfor kommunen. Informanten fra kirurgisk-ortopedisk sengepost fortalte blant annet at kommunens pleiepersonale hadde vært på sengeposten og fått opplæring i spesielle teknikker rundt en pasient med sjeldne problemstillinger. Denne situasjonen vil jeg komme nærmere tilbake til i kapittel 4.7. Det var ingen eksempler på motsatt situasjon, at kommunene veiledet sykehuset. Selv finner jeg det påfallende at det ikke foreligger noen føringer denne retningen, så lenge det presiseres at kommunene og spesialisthelsetjenesten skal være likeverdige deltakere i rehabiliteringsfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Sykehuset og kommunen vil i en kommunikasjonsprosess veksle mellom å være sender og mottaker (Jacobsen og Thorsvik 2007). Sykehusinformantene sykehuset fortalte at de ønsket å få informasjon fra kommunen om hvordan pasienten fungerte før innleggelsen, hvilke tilbud

vedkommende hadde fra hjemmetjenesten, og hvilke hjelpemidler som fantes. Under dybdeintervjuene var sykehusinformantene tydelige på at de ønsket en dialog med kommunehelsetjenesten, der en felles kunne diskutere ulike problemstillinger, og sammen finne frem til de riktige tiltakene. Samarbeidet mellom kommuner og sykehus skal foregå gjennom gjensidig dialog (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Dialog er det fremste virkemidlet for gjensidig utveksling av respekt (Sennett 2003). Det viste seg imidlertid at dette i mange tilfeller ikke fungerte slik aktørene ønsket. Blant annet opplevde informantene at kommunehelsetjenesten for sjelden tok kontakt inn til sykehuset.

Når det gjelder hvilken betydning et konsistent budskap har for rehabiliteringsprosessen, fortalte en av kommuneinformantene at god kommunikasjon kan være med på å sikre at pasienten i det hele tatt får et tilbud om rehabilitering. Etter hennes mening var det ofte slik at verken sykehuset eller pårørende var kjent med hvilke tilbud som fantes, eller hva som gikk an å få til i kommunen, og så derfor ikke mulighetene for rehabilitering. Kommunen hadde imidlertid erfaring, kompetanse, og et bedre grunnlag for å vurdere hva som var mulig. En annen kommuneinformant fortalte at manglende kommunikasjon var med på å forlenge sykehusopphold, og på denne måten komplisere rehabiliteringsprosessen;

”...dess lengre de blir liggende (på sykehus) dess tyngre er det å komme tilbake til hjemssituasjonen...”

Kommunikativ rasjonalitet beskriver hvordan man kommer frem til intersubjektive velbegrunnede og gyldige normer, som knytter aktørene sammen i gjensidige forventninger og normer. Mennesker er likevel begrenset rasjonelle (Jacobsen og Thorsvik 2007). Kommunenes aktører presiserte flere ganger under intervjuene at kommunikasjonen burde gå begge veier, at dette var viktig, men at det ikke fungerte godt nok. En av informantene sa:

”...man har en travel hverdag, men jeg tror at det (kommunikasjon) kan være med å lette, både for sykehuset og for oss...”

Slik jeg ser det viser undersøkelsen at verken lokalsykehuset eller kommunehelsetjenesten kommuniserer de budskapene mottakeren ønsker. Kommunikasjonen blir på denne måten ineffektiv (ibid). Ofte er det ikke mer kommunikasjon som er nødvendig, men andre former for kommunikasjon (Lauvås og Lauvås 2004).

4.4 Kommunikasjonskanaler

I kommunikasjonen mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten er mange aktører involvert. Det er få skriftlige prosedyrer på hvem som kontakter hvem, både i kommuner og sykehus. Vertskommunen hadde imidlertid i følge lederen av tiltaksrådet skriftlige prosedyrer på at brukerkontoret skulle ha all koordinering og kommunikasjon med sykehuset. Dette var likevel ikke et ufravikelig prinsipp. Brukerkontoret uttalte selv i et av møtene jeg observerte at de ikke ønsket å være en stopp i systemet, slik at sykehuset gjerne måtte kontakte de ulike sektorene i hjemmetjenesten også. Dette sa også lederen av tiltaksrådet i intervjuet, og begrunnet det med at brukerkontoret og hun selv har dagarbeidstid, og på denne måten ikke er tilgjengelige til en hver tid. Når det er en ny bruker av kommunehelsetjenesten skulle brukerkontoret imidlertid alltid først inn for å foreta en kartlegging.

Slik jeg ser det foreligger det imidlertid mange uformelle føringer, uskrevne regler for kommunikasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2007). Det blir etter min oppfatning på denne måten organisasjonskulturen som regulerer kontakten.

Både sykehusets og kommunens informanter opplevde at det var vanskelig å få kontakt med den andre aktøren:

”...jeg ringte i hele går til kommunen, men de tar som vanlig ikke telefonen...”

Det er et mål for alle organisasjoner å ha gode kommunikasjonskanaler (Jacobsen og Thorsvik 2007).

4.4.1 Skriftlig kommunikasjon

Informantene fortalte at kommunene og sykehuset i samarbeid hadde laget et felles skriftlig søknadsskjema på kommunale helsetjenester. En kunne her søke korttids- og langtids plass på institusjon, individuell plan, kommunal fysioterapi eller ergoterapi, hjelpemidler og rehabilitering. Sykehuset hadde også en skriftlig prosedyre på å sende skjemaet *”tidlig melding”* når en pasient hadde nytt eller utvidet behov for kommunale tjenester. Når pasienten var ferdigbehandlet skulle skjemaet *”Ferdig melding”* sendes. Kommunene skulle

ha skriftlig beskjed når pasienten var utskrivingsklar (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 2003). Skjemaene ble fakset anonymisert, samtidig som personopplysningene ble gitt pr telefon. Kommunene hadde i følge informantene en prosedyre på å ta telefonisk kontakt med sykehuset når skjemaene var mottatt. Flere av informantene i kommunehelsetjenestene opplevde imidlertid at den skriftlige kommunikasjonen kom for sent, slik at de ikke fikk nyttiggjort seg denne kunnskapen. Eksempelvis kunne tidligmelding og ferdigmelding komme samtidig. Videre fortalte informantene at de ulike skjemaene ofte var mangelfullt utfylt, en av dem mente de var ubrukelige. Sykehusets informanter fortalte på sin side at kommunehelsetjenesten sjelden tok kontakt når de mottok skjemaene.

Sykehuset mottok i følge informantene i liten grad skriftlig kommunikasjon fra kommunehelsetjenesten. Kommunelegene sendte som hovedregel med et innleggesskriv, men dette inneholdt i følge sykehusinformantene lite opplysninger om hvordan pasienten hadde fungert hjemme. Her ble det derfor nok en gang ble det formidlet et annet budskap enn mottakeren ønsket. Hjemmesykepleien var ofte ikke klar over innleggelsen, og sendte dermed naturlig nok ikke med dokumentasjon. Når pasienten hadde bodd på sykehjem før innleggelsen fulgte det derimot ofte med sykepleierrapport. Denne syntes sykehusinformantene ofte var informativ.

Individuell plan kan være et verktøy for å koordinere tjenester. Den som har behov for langvarige helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en plan, og å delta i utarbeidelsen. Både kommunen og helseforetaket har plikt til å sørge for at den blir utarbeidet (Forskrift om individuelle planer 2007). Det var stor variasjon blant informantene på hvor godt kjent de var med dette. Ingen brukte det som et verktøy i kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunen. Kommuneinformantene opplevde ikke at det ble brukt individuelle planer på sykehuset, kanskje ble det informert om, men arbeidet ble ikke igangsatt. Dette bekreftet enhetslederne på sykehuset. En av tre informanter på sykehuset var kjent med Individuell Plan, men ingen av dem hadde noen gang sett en i praktisk bruk.

4.4.2 Bruk av telefon

Under den deltakende observasjonen fikk jeg en forståelse av at det meste av kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunen foregikk på telefon. Dette ble bekreftet i

intervjuene. Med unntak av vertskommunen fortalte informantene at all muntlig kommunikasjon foregikk på telefon. Vertskommunen hadde i tillegg mye ansikt til ansikt kommunikasjon med sykehuset, noe jeg vil komme tilbake til i neste underkapittel. Samtale som kommunikasjonskanal gir mulighet til å utvikle gjensidig forståelse (Lingås 2008). Når kommunikasjonen ikke er ansikt til ansikt mister en imidlertid den nonverbale informasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Sykehuset hadde ulike sedvaner med hensyn til hvem som tok kontakt med kommunene. Dette ser jeg på som et eksempel på at det er få rutiner og lav grad av formalisering (ibid):

”...nei, vi har ikke skriftlige rutiner på det...men de vet jo at den som har gruppa den har utskrivning og med kontakt med sykehjem og...det har alltid vært sånn tror jeg...det er godt innarbeidet...”

Det finnes en logikk om hva som er passende atferd, et mønster av grunnleggende antakelser som fungerer godt nok til å regnes som sant, og læres bort som det riktige (Christensen 2009, Jacobsen og Thorsvik 2007). På kirurgisk-ortopedisk enhet var det kun gruppeansvarlig sykepleier som tok kontakt med kommunene. På de to medisinske enhetene var det den som fikk ansvaret for et pasientrom om morgenen som fikk alt ansvar for tiltakene til de gjeldende pasientene, også kontakt med samarbeidspartnere. Fra de medisinske enhetene var det derfor flere som kontaktet kommunehelsetjenestene, og både hjelpepleiere og sykepleiere.

Kommuneinformantene var imidlertid klare på at de kun ønsket å kommunisere med sykepleiere fra sykehuset. I egen organisasjon hadde de etablert som sedvane at det kun var sykepleiere som kontaktet sykehuset. Bakgrunnen for dette var i følge informantene at det stadig kom opp medisinskfaglige spørsmål i samtalene, noe de ikke fikk avklart når det var hjelpepleiere som kommuniserte. De ønsket som tidligere nevnt en mer faglig diskusjon.

Normer er uskrevne regler om hva som passer seg i en sosial sammenheng (Jacobsen og Thorsvik 2007). En ser her etter mitt syn at det både internt i sykehuset, og mellom sykehuset og kommunene er ulike normer for kommunikasjonen. Sykehusinformantene var inneforstått med kommunenes ønske, men på medisinsk sengepost så de ikke at sykepleierne hadde kapasitet til dette. I følge intervjuet med enhetslederen på kirurgisk-ortopedisk enhet valgte

de å prioritere kommunikasjonen med kommunen, siden de så det som en viktig sykepleiefaglig oppgave.

Når telefonen ringte på sengepostene opplevde jeg at det var tilfeldig hvem som tok den. Det var ingen prosedyre på dette, verken skriftlig eller muntlig. Kommunene på sin side hadde ulike vakttelefoner som sykehusinformantene fortalte de ringte til. Det varierte hvem som disponerte disse telefonene. I de største kommunene fikk en person ansvaret for telefonen ved begynnelsen av hver vakt. Dette kunne være både sykepleier og hjelpepleier. I den minste kommunen var det sekretæren på sykehjemmet som på dagtid satte over telefonen til avdelingsleder, som var ansvarlig for kommunikasjonen med sykehuset. Utenom dagtid var det en sykepleier på vakt som tok telefonen. I den nest minste kommunen ringte sykehuset til leder av hjemmetjenesten eller sykehjemmet avhengig av om pasienten skulle utskrives til hjemmet eller institusjon.

Flere av kommuneinformantene opplevde imidlertid at sykehuset ikke bare tok kontakt på vakttelefonen, men på alle tilgjengelige telefoner, og til ulike personer i kommunen. Dette gjaldt i særlig grad når de hadde mange utskrivningsklare pasienter innlagt. Som tidligere nevnt kunne kommunikasjonen i slike situasjoner bli aggressiv, og preget av at det i tillegg til pleiepersonalet også var mange andre aktører som kontaktet kommunehelsetjenestene, blant annet leger, fysioterapeuter, og postsekretærer. Kommuneinformantene fortalte i intervjuene at de opplevde at "alle" ringte. De oppfattet det som en rimelig kaotisk situasjon, der det også ble gitt motstridende informasjon avhengig av hvem som tok kontakt.

Samordningsproblemer mellom avdelinger vil alltid være en utfordring i organisasjoner basert på vertikale strukturer (Jacobsen og Thorsvik 2007). Det kan i denne undersøkelsen se ut til at problemene med samordning øker i pressede situasjoner, og at dette også kan medføre en urasjonell kommunikasjon mellom aktørene.

Sykehuset tok som sedvane kontakt med kommunehelsetjenesten før pasientene ble utskrevet, hvis pasienten hadde eller skulle ha kommunale tjenester. Dette hadde imidlertid sviktet ved enkelte anledninger. Både kommune- og sykehusinformantene fortalte om pasienter med behov for kommunal hjelp som hadde blitt sendt hjem uten at det var gitt beskjed til kommunen. Jeg opplevde likevel at det var stor forståelse og aksept hos kommuneinformantene for at svikt kunne oppstå. At en av partene i samhandlingen gjør noe

uventet eller galt kan være grunnlag for at det oppstår konflikt (Jacobsen og Thorsvik 2007). Jeg så ikke at det var tilfelle på dette området.

Både sykehuspersonalet og kommuneinformantene syntes som nevnt det var vanskelig å få tak i hverandre. Fra sykehusets side opplevde de særlig å ikke få kontakt med den ene av kommunene. En av kommuneinformantene forklarte at de prøvde å være så tilgjengelige som mulig på telefonen, og viderekoblet når de ikke var til stede. Når de var sammen med brukere tok de imidlertid ikke telefonen, men prøvde å ringe opp i etterkant.

En enhetsleder på sykehuset fortalte også at hun opplevde å bli møtt av en arrogant holdning når de ringte til den av kommunene det var vanskeligst å komme i kontakt med:

”...for det første så er det så vanskelig å få tak i dem, og når du først har fått tak i dem...så blir det ofte en litt arrogant holdning...”

Respekt er hvordan en verdsetter og forholder seg til mennesker ulik seg selv (Sennett 2003). Slik jeg ser det kan dette utsagnet sees i sammenheng med at enhetslederen på sykehuset ikke følte seg møtt med respekt fra den hun møtte i kommunen. Når rolleoppfatningene på denne måten divergerer i samhandlingen blir bekreftelsen på egen identitet mangelfull, og kommunikasjonen distansert. Dette skaper usikkerhet, uklarhet og frustrasjon (Lauvås og Lauvås 2004). Dette ga informanten tydelig uttrykk for.

Kommunene tar også telefonkontakt inn til sykehuset, men bare i enkelte tilfeller:

”...vi har ringt etter noen pasienter og spurt... Hvis vi har fått melding om at nå er de her, og det er sånn og sånn, at vi da kunne ringt tilbake... Det er jo ikke på hver pasient vi gjør det, men hvis det er spesielle pasienter...”

På den annen side fortalte en av kommuneinformantene at et av kommunens sykehjem opplevde at de ikke fikk informasjon fra sykehuset når de ringte for å kommunisere angående pasienter som i utgangspunkt hadde fast sykehjemsplass hos dem. Informanten fortalte at det da ble henvist til taushetsplikten. Ingen av sykehusinformantene kjente til denne praksisen, og de hadde heller ikke hørt om slike situasjoner. Lovverket tilsier at opplysninger kan

videreformidles så langt det er nødvendig for å kunne gi nødvendig helsehjelp (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004).

Informantene fra kommunene syntes det var vanskelig å vite hvor de skulle ringe når de kontaktet sykehuset. De opplevde at lokalsykehuset hadde blitt omorganisert flere ganger de senere år, og at kommunene hadde fått lite informasjon om dette. De mente imidlertid at samarbeidsmøter på systemnivå var med på å gjøre det enklere å ta en telefon til sykehuset:

”...så er det jo greit når man skal ta en telefon, å vite hvordan den personen ser ut, altså at man har...skaper litt kontakt på forhånd...”

Dette ble bekreftet av en annen informant som tidligere hadde jobbet på sykehuset, men nå var ansatt i kommunen. Hun fortalte at hun av denne grunn opplevde at hun hadde lettere for å ta en telefon enn andre. Samhandling har alltid transaksjonskostnader, men tillit er med på å redusere dette (Molander og Terum 2008). For at en skal opparbeide tillit til hverandre må det gis rom til å utvikle sosiale relasjoner (Jacobsen og Thorsvik 2007).

4.4.3 Ansikt til ansikt

Ved ansikt til ansikt kommunikasjon formidler man også nonverbal informasjon, og man får rask og direkte tilbakemelding. Denne kommunikasjonskanalen er derfor mest effektiv, særlig om en har dårlig tid eller et komplekst budskap (Jacobsen og Thorsvik 2007). Som jeg har vært inne på skilte vertskommunen til sykehuset seg fra de andre kommunene ved at de i stor grad benyttet denne kommunikasjonskanalen. De hadde en fysisk nærhet som både lederen av tiltaksrådet i kommunen og enhetslederne på sykehuset beskrev som en stor fordel. Ved å møte hverandre ansikt til ansikt hadde de etter hvert blitt godt kjent med hverandre. Dette opplevdes som veldig positivt, til tross for at det kunne være store uenigheter. En av sykehusinformantene beskrev vertskommunen som mest aggressiv, men opplevde likevel å ha en bedre kommunikasjon med denne kommunen sett i forhold til de andre. Hun sa:

”...vi vet i hvert fall at det skjer noe der...”

Lederen av tiltaksrådet i denne kommunen fortalte at de bare stakk innom sykehuset om de var i tvil om noe med hensyn til pasienter de visste var innlagt. De kommuniserte da enten

med pleiepersonalet eller med pasienten. En informant i en av de andre kommunene fortalte at de også ønsket å ha mulighet til dette, men at de verken hadde tid eller ressurser.

Et eksempel på nærheten mellom sykehuset og vertskommunen observerte jeg på den ene sengeposten da det kom frem at det var ventet en terapeut fra vertskommunen for å ta mål til en rullestol for en innlagt pasient. I følge fysioterapeuten som var tilknyttet denne sengeposten hadde vertskommunen gitt beskjed om at søknader på hjelpemidler var noe de helst ville gjøre selv, også for innlagte pasienter. Dette er en forskjell fra de andre kommunene, som i intervjuene sa at de ønsket at sykehusets terapeuter i større grad skulle søke på hjelpemidler når pasienten var innlagt slik at saksgangen gikk raskere.

Vertskommunen hadde også ukentlige møter med sengeposten, der brukerkontoret i kommunen, enhetslederne fra sengeposten, og en representant fra det ambulante rehabiliteringsteamet deltok. Dette møtet var utgått fra et mandatperspektiv, en overordnet instans, tidligere sykehusledelse, har gitt ordre om det (Knudsen 2004). Målet med samhandling er at tiltakene skal forsterke hverandre, gi samlet faglig kompetanse, utvikle felles forståelse for brukerens behov, gi synergieffekter og økt kvalitet (Lauvås og Lauvås 2008). Jeg observerte to av disse møtene, og fant at mye av tiden på møtene gikk med til å diskutere møtelederens og deltakernes opplevelse og frustrasjon i forhold til uklare rammer for møtet.

Det var ingen klar agenda eller mandat. Møtelederen la frem listen over alle innlagte pasienter på veggen ved bruk av videokanon. I intervjuene kom det frem at to av informantene på sykehuset var sterkt uenige i denne fremgangsmåten. De henviste til taushetsplikten, og fortalte at de nå hadde fått dette endret. I følge helsepersonelloven kan opplysninger utveksles mellom samarbeidende enheter i helsevesenet når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Her ble det imidlertid utvekslet informasjon om alle pasientene som var innlagt på sykehuset, uavhengig av nødvendighet.

På møtet beskrev sykehusets personell hvilke pasienter som var utskrivningsklare fra sykehuset (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 2003). Brukerkontoret svarte med *”vi skal ta det opp i tiltaksrådet”*, eller *”vi har mottatt tidlig melding”*. Sykehusets deltakere spurte om det var ledige sykehjemsplasser, noe

brukerkontoret ga tilbakemelding om at det ikke var. De fortalte at presset på institusjonsplasser hadde medført at det nå ikke lenger ble vurdert hvor pasientene fikk et best mulig tilbud, men at pasientene ble tildelt første ledige plass. Jeg kunne på denne måten ikke se at kommunikasjonen på denne møtearenaen rent praktisk medførte en kvalitetsmessig bedre, eller mer koordinert, rehabiliteringsprosess for pasientene. Imidlertid ble det tydelig i intervjuene at kommunikasjonen likevel hadde en positiv effekt på samhandlingen, i form av økt kjenneskap til hverandres ressurser og utfordringer. Det ble dannet en felles sosial identitet med et felles rammeverk (Jacobsen og Thorsvik 2007).

En av enhetslederne på sykehuset sa at fordelene med å møte kommunen ansikt til ansikt var:

”...du føler jo at du kjenner dem mye bedre, du har et ansikt som du treffer, og du føler at de har bedre oversikt over sine brukere, du føler at du blir møtt på en helt annen måte enn når du tar de telefonene...”

På sengepostene observerte jeg at kommunikasjonen med kommunen ofte var preget av et effektivt miljø der handlinger skulle skje raskt, mens budskapet var komplekst. I slike situasjoner er ansikt til ansikt kommunikasjon mest effektiv (Jacobsen og Thorsvik 2007). En av enhetslederne på sykehuset fortalte dessuten at årsaken til at hun foretrakk ansikt til ansikt kommunikasjon fremfor mail og telefon var at hun mente at det var mer tyngde bak når man så folk inn i øynene, at det ble mer personlig, og dermed ga større sjanse for at en gjennomførte det en ble enige om. Dette opplever jeg som en beskrivelse av at hun har større tillit til mennesker hun møter ansikt til ansikt enn via andre kommunikasjonskanaler. Tillit forenkler kommunikasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2007). Bare ansikt til ansikt kommunikasjon er følelsesmessig bindende (Sennet 2003).

Som nevnt hadde ingen av de andre kommunene ansikt til ansikt kommunikasjon med sykehuset i noen særlig grad. De beskrev at de svært sjelden møtte sykehuset, kun når de ble innkalt ved særskilt sammensatte problemstillinger. En av kommuneinformantene fortalte at det var stor aksept for samarbeidsmøter når pasientene hadde sammensatte utfordringer. Sykehuset arrangerte en del slike møter rundt enkeltbrukere, noe både informantene fra sykehuset og kommunene opplevde som positivt. Møtene ble arrangert etter behov og om det passet for møtedeltakerne, slik at det heller ikke her lå noen struktur bak.

Det ambulante rehabiliteringsteamet på sykehuset deltok på tiltaksrådene i tre av kommunene. Det er tiltaksrådene som vedtar hvem som skal få hjelp av kommunehelsetjenesten, og hva slags hjelp de skal få (Vike mfl 2002). I kommunene i feltet har tiltaksrådene ulik sammensetning, og ulik agenda. Beslutningsfora har ofte utformet mandater som begrenser hva som er legitimt å ta opp. Hvordan beslutningene fattes, og på hvilket grunnlag, påvirkes av hvilke aktører som deltar (Jacobsen og Thorsvik 2007). I tiltaksrådene ga sykehuset i følge kommuneinformantene veiledning, både rundt enkeltindivider og på generelt grunnlag. Dette er en av sykehusets oppgaver i følge Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004). På denne måten fungerte rehabiliteringsteamet som et mellomledd for ansikt til ansikt kommunikasjon mellom kommunene og sykehuset. Informantene fra tiltaksrådene beskrev teamet som et talerør for dem inn i sykehuset. De opplevde det som positivt at den kommunikasjonen som var i tiltaksrådet kom tilbake til sykehuset. Lederen av tiltaksrådet i en av kommunene sa:

”...den kommunikasjonen vi har der, de ser hvor skoen trykker i kommunen, samtidig så får jo vi informasjon om hva som skjer inne i sykehuset. Så den er positiv...”

I en av kommunene var det leder for hjemmetjenesten som ledet tiltaksrådet. Hun fortalte at det her var deltakelse av institusjonsledere, rehabiliteringstjenesten, og ambulant rehabiliteringsteam fra sykehuset. Agendaen var å vurdere alle søknader til ulike institusjonsplasser, og å gjøre vedtak. Videre var det også tverrfaglige diskusjoner rundt tilbudet til andre pasienter som skulle skrives ut fra sykehuset til hjem eller institusjon, og rundt øvrige brukere der ambulant rehabiliteringsteam og kommunehelsetjenesten samarbeidet som aktører i rehabiliteringsprosessen.

I vertskommunen var lederen av tiltaksrådet valgt til denne funksjonen, og hadde i utgangspunktet stilling som sektorleder i hjemmetjenesten. Videre fortalte hun deltakerne var leder av helseenheten, leder av psykiatrisk enhet, institusjonsoverlege og ambulant rehabiliteringsteam. I denne kommunen var det kun tildeling av institusjonsplasser som var mandatet for tiltaksrådet. Det var ikke rom for andre tverrfaglige diskusjoner. Institusjonene skulle gi melding om eventuelle ledige plasser, og tiltaksrådet skulle fordele dem. I tillegg var det en rekke andre møter i forkant av tiltaksrådet med ulike aktører. Her var sykehuset ikke representert. I denne kommunen kan tiltaksrådet etter mitt syn ikke sies å inneholde tverretattlig kommunikasjon rundt rehabiliteringsprosesser, selv om det er faste møter på en

etablert arena, og deltakelsen er tverretattlig. Informanten fra koordinerende enhet i kommunen fortalte at møtet tidligere hadde hatt tverrfaglige diskusjoner, men at hun valgte å ikke delta siden det nå ikke var mulighet til det. Dette kan etter mitt syn være et eksempel på at en sterk struktur kan gi dysfunksjonelle effekter ved at ansatte blir så opptatt av sine spesialiserte oppgaver at de ikke samarbeider med hverandre, eller at de tolker reglene så rigid at det gir uheldige resultater (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Institusjonslederen var tiltaksrådsleder i den nest minste kommunen. Hun fortalte at de øvrige deltakerne var koordinerende enhet for rehabilitering, leder av hjemmetjenesten, kommunelege 1, leder av pleie og omsorg og ambulant rehabiliteringsteam. Videre kalte de inn lederne for psykiatrien og tjenester for psykisk utviklingshemmede når det var noe de ønsker å diskutere med dem. På denne måten mener jeg at dette møtet på samme måte som i førstnevnte kommune er en arena for ansikt til ansikt kommunikasjon med sykehuset rundt rehabiliteringsprosesser.

I den minste kommunen var det pleie- og omsorgssjefen som ledet tiltaksrådet. Videre deltok de to kommunelegene, en privatpraktiserende fysioterapeut, leder av psykiatrien, leder av hjemmetjenestene og leder av sykehjemmet. Koordinerende enhet for rehabilitering var nylig etablert, det var i følge lederen av tiltaksrådet planlagt at også hun skal delta i møtet. Sykehuset var foreløpig heller ikke deltakere. Agendaen på dette møtet var i følge lederen alle søknader på kommunale tjenester, samt andre brukere de ønsket å diskutere tverrfaglig. Dette er derfor slik jeg ser det også en arena for tverrfaglig koordinering av kommunal innsats i rehabiliteringsprosesser, men det foregår ikke kommunikasjon med sykehuset her.

Med unntak av ambulant rehabiliteringsteam reiste ingen av sykehuspersonalet som jobbet med innlagte pasienter ut til kommunene for ansikt til ansikt kommunikasjon. I intervjuet med en av enhetslederne på sykehuset kom det imidlertid frem at personalet på denne sengeposten hadde etterspurt muligheten for dette. De ønsket å sette seg inn i hvilke tilbud som fantes i kommunen, og å hilse på de som jobbet der. Gjennom uformell kommunikasjon utvikles sosiale relasjoner (Jacobsen og Thorsvik 2007), slik at dette etter min vurdering på sikt ville kunne virke forenklerende for de pasientrettede kommunikasjonsprosessene.

4.5 Oppsummering

I kapittel 4 har jeg presentert empiri innsamlet i forbindelse med en kvalitativ undersøkelse i et forstående perspektiv, av hvordan lokalsykehuset og kommunehelsetjenester kommuniserer i forbindelse med rehabiliteringsprosesser. Dette er drøftet mot relevant teori. Jeg har sett på hvilke rehabiliteringsprosesser dette gjelder, og funnet at det er pasienter i mange ulike faser og med ulike utgangspunkt for sykehusinnleggelsen. Jeg har sett at lokalsykehuset i stor grad har et biomedisinsk og normativt syn på rehabilitering, mens kommunehelsetjenesten i større grad fokuserer på funksjon og mestring. Dette er en ulik begrepsforståelse som jeg mener å ha sett eksempler på gir kommunikasjonsmessige utfordringer. Videre benyttes ulike kommunikasjonskanaler, men som oftest telefon. Vertskommunen hadde imidlertid mye ansikt til ansikt kommunikasjon med sykehuset, som er den mest effektive kommunikasjonskanalen når det er tidspress og kompleksitet rundt budskapet. Det var få strukturelle forutsetninger for kommunikasjonen. Tiltaksrådene var i tre av kommunene arenaer for tverrfaglig og/eller tverretatlig kommunikasjon med sykehuset. I den fjerde kommunen hadde tiltaksrådet et mandat som begrenset dem bort i fra dette. Dette vil jeg komme videre inn på i neste kapittel, som på samme måte som kapittel 4 inneholder drøfting av empiri opp mot relevant teori, men da i et organisasjonsteoretisk perspektiv.

Kapittel 5 Organisasjonsteoretiske premisser for kommunikasjonen

En av kommuneinformantene uttalte:

”...organisering er alfa og omega for kommunikasjon, å ha ansvaret klart definert, at det er tydelig...”

I intervjuene fortalte imidlertid flere av informantene at de organisatoriske forholdene i egen organisasjon ikke la til rette for tverrfaglig og tverretattlig samhandling. I dette kapittelet drøftes derfor funnene i undersøkelsen i et organisasjonsteoretisk perspektiv.

En organisasjon består av mennesker som samhandler for å realisere felles mål (Jacobsen og Thorsvik 2007). Rehabilitering er en samarbeidsprosess uten institusjonelle grenser (Lauvås og Lauvås 2004). Når en skal studere rehabilitering i et organisasjonsteoretisk perspektiv må en derfor slik jeg ser det se på hvordan hver enkelt aktør kommuniserer som selvstendige organisasjoner i tillegg til hvordan de kommuniserer i samhandling med hverandre.

5.1 Organisasjonsstruktur

Informantene fra kommunene ga i intervjuene uttrykk for at de så på sykehuset som en enhet. Det samme synet hadde sykehusinformantene på kommunene. På sykehuset hadde de dessuten en begrepsbruk som i utgangspunktet definerte alle de fire ulike kommunene som en felles enhet. De snakket om at *”...kommunene gjør...”* eller *”...kommunene sier...”*. Som vist i teorikapittelet er sykehus og kommunehelsetjenester komplekse organisasjoner, og har stått ovenfor reformer og omorganiseringer de senere år (Jacobsen og Thorsvik 2007). Det er derfor etter mitt syn vanskelig å se hvordan disse organisasjonene skal kunne opptre enhetlig slik de fungerer i dag.

5.1.1 Målstyring

Målstyring har vært sentralt i offentlig virksomhet siden reformene New Public Management på 1980-tallet. I balansert målstyring er det fire sentrale elementer. Finansielle indikatorer, kundeperspektiv, interne produksjonsprosesser, og evne til læring og vekst. Det er lettest å

evaluere når målene er kvantitative. Rehabilitering lar seg imidlertid vanskelig uttrykke i kvantitative termer (Stamsø 2005). Det foreligger både nasjonale og regionale mål om at helsetjenestene skal prioritere rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Videre fastsettes det i forskrift at rehabiliteringstjenestene skal tilbys ut fra et brukerperspektiv, de skal være samordnet, tverrfaglige og planmessige, ytes nærmest mulig brukerens vante miljø, og i en meningsfull sammenheng (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004).

Verken føringene i oppdragsdokumentene (2009) eller i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004) var kjent for informantene som ikke var tilknyttet funksjoner som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Derimot observerte jeg på sykehuset at målet med å redusere antall liggedøgn var svært tydelig på alle nivå i sengeposten. Dette bekreftes også i intervjuene, både av kommune- og sykehusinformantene. Denne typen målforskyvning mot kvantifiserbare mål er en av utfordringene med balansert målstyring (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Jeg så også andre tendenser til målforskyvning i intervjuene med kommuneinformantene. Informantene fra to ulike kommuner fortalte at de har hatt rehabiliteringsplan, men at den ikke lenger var oppdatert. Den ene informanten mente at planen hadde vært ubrukelig lenge, siden store omorganiseringer hadde endret forutsetningene for den. Hun beskrev videre at hun opplevde at rehabilitering som fagområde nedprioriteres, mens kvantifiserbare enkelttjenester, som eksempelvis fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler, ble prioritert. Informanten mente at årsaken til dette var at rehabilitering som oppgave var for dårlig definert i kommunen. I følge henne er det oppgavene som skal strukturere hvilke roller en skal ha, og også hvilken autoritet som følger rollen. Nå opplevde hun at organisasjonen var så endret at ingen lenger verken var tillagt oppgavene, rollene eller autoriteten. Som hun sa:

”...fokuset blir på kjerneoppgavene, på det som er tydelig...”

En ser her at fokuset flyttes til det som er kvantifiserbart, siden målsettingene i forhold til rehabilitering ikke er tydelige for den utøvende aktøren. Siden det ikke legges tydelige føringer fra ledelsen tolker jeg dette til at organisasjonen har en desentralisert beslutningsmyndighet. Dette vil jeg komme videre inn på i underkapitlene 5.1.2 Strukturell oppbygging, og 5.1.3 Beslutningsmyndighet.

5.1.2 Strukturell oppbygging

Organisasjonsstrukturen skal være tilpasset organisasjonens virksomhet (Jacobsen og Thorsvik 2007). Lokalsykehuset og kommunehelsetjenestene i undersøkelsen fremsto som organisasjoner med aktører som hver for seg var svært dyktige, og opptatt av å gjøre en god jobb. Det fantes mange ressurser, men det var lite dokumentasjon, system, rutiner og prosedyre. Både sykehuset og de største kommunene var svært vertikalt spesialisert. Særlig så man dette mellom psykiatri og somatikk, som hadde helt atskilte tjenestetilbud. En av kommuneinformantene uttalte:

”...har du et psykiatrisk eller et rusproblem, og du er så uheldig å knekke foten, så er de ferdig med deg på psykisk helse...”

Både sykehuset og kommunene beskrev at de nylig hadde vært gjenstand for store omorganiseringer. Resultatet av slike omorganiseringer har vist seg å være mindre kommunikasjon, og større avstand mellom de ansatte (Krogstad 2006). Dette ble bekreftet av de fleste informantene. På den annen side fortalte informantene fra en av de små kommunene at omorganiseringen hadde medført faste møtepunkter på tvers av etatene, eksempelvis hadde de fått på plass et tiltaksråd, der de hadde tverrfaglige diskusjoner. De hadde videre etablert koordinerende enhet, som i følge informantene fungerte etter retningslinjene (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2004). Denne kommunen skilte seg fra de andre ved å gi flere eksempler på lite regelstyring, og fokus på fleksibilitet. Sykehusinformantene beskrev at kommunen løste utfordringer raskere enn de andre, mens kommunen fortalte de at de strakk seg langt når sykehuset ba om hurtig respons. Et eksempel på dette var da helse- og omsorgssjefen i samarbeid med vaktmesteren rykket ut på ettermiddagstid og tilrettela hjemmet til en pasient som ble utskrevet fra sykehuset samme dag som de fikk beskjed.

I kommunehelsetjenestene hadde de i hovedsak en funksjonsbasert struktur, der de som hadde samme type oppgaver var organisert sammen. Likevel så en også noe markedsbasert struktur innad i de ulike tjenestene i de store kommunene, eksempelvis var hjemmebaserte tjenester delt inn i geografiske sektorer. I en av kommunene sa representanten fra koordinerende enhet at hun så dette som en stor utfordring:

”...rehabilitering er en prosess, men vi er ikke prosessorganisert...”

Det var ulik struktur på kommunenes tiltaksråd. Jeg har tidligere vært inne på at vertskommunen mente at all kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset i utgangspunktet skulle gå via brukerkontoret. Videre skulle kun de ferdigmeldte pasientene diskuteres i tiltaksrådet. Dette fremhevet informanten som viktig, hun hadde sjekket rutinene fordi hun opplevde at pasienter som ikke var ferdigmeldt ble tatt opp til diskusjon i dette møtet. Vertskommunen hadde en sterk struktur rundt tiltaksrådet, med skriftlig rutinebeskrivelse, flere forberedende møter, og et avgrenset mandat, også med hensyn til hvem som kunne delta. Denne strukturen medførte etter mitt syn at denne arenaen ikke hadde kommunikasjon rundt rehabiliteringsprosesser. Etter min oppfatning var de andre kommunenes tiltaksråd mindre regelstyrte. De hadde blant annet en fleksibilitet som tillot at også andre pasienter med rehabiliteringsbehov kunne diskuteres. De brukte møtet til å ta opp alle samarbeidsrelaterte saker, eksempelvis kommunikasjonssvikt av ulik art. Den minste kommunen hadde som nevnt ikke deltakelse fra sykehuset, men benyttet arenaen til tverrfaglige diskusjoner internt i kommunen.

Kommunestørrelsen hadde slik jeg ser det også andre strukturelle konsekvenser som påvirket rehabiliteringsfeltet. En av de minste kommunene hadde eksempelvis en organisasjonsstruktur som ikke innebar tjenester fra hjemmesykepleien på natt. Dette medførte at de hadde en annen brukergruppe som bodde på sykehjemmet, brukerne var mer selvhjulpne enn på andre sykehjem i feltet. I følge informanten fra kommunens tiltaksråd var derfor sykehjemmet mye mer preget av opptrening og aktivitet. Dette ga en annen forutsetning for kommunikasjonen med sykehuset, også fordi denne kommunen hadde nok sykehjemsplasser til å dekke etterspørselen.

Sykehuset hadde tidligere en markedsbasert struktur, der enhetene som henvendte seg til samme geografiske område var samorganisert, mens enhetene på sykehuset var funksjonsbasert. Så iverksatte den lokale ledelsen en omorganisering mot en prosessbasert struktur etter reengineering (Jacobsen og Thorsvik 2007). Denne omorganiseringen ble imidlertid avbrutt, siden den sentrale ledelsen besluttet å omorganisere helseforetaket etter funksjonsbasert struktur, en såkalt klinikkorganisering. De vertikale strukturene ble på denne måten forsterket, også sett i forhold til tidligere markedsbaserte struktur. Det er kjent at denne organisasjonsmodellen kan medføre samordningsproblemer, der kundenes behov blir mindre sentrale (Jacobsen og Thorsvik 2007). Dette mener jeg gir særlige utfordringer for kommunikasjonen i rehabiliteringsfeltet, som i utgangspunktet er prosessbasert (Forskrift om

rehabilitering og habilitering 2004). En av kommuneinformantene beskrev at hun mente at sykehuset ga et fragmentert og lite koordinert tilbud til pasientene:

”...de kommer inn for en ting, og så er de multisyk.....så blir de ferdigmeldt i forhold til det de kommer inn for, men så er det en hel masse andre ting som utløses i den sammenheng, men det er liksom ikke med i den runden...de er ikke gode til å tenke helhetlig på sykehuset, det er de ikke...”

Sykehuset hadde få skriftlige rutiner i forbindelse med samhandling og kommunikasjon med kommunene. Et unntak var med hensyn til den skriftlige informasjonen som skal sendes til kommunen, og i forhold til interne tverrfaglige møtepunkter.

Kirurgisk ortopedisk sengepost hadde slik jeg observerte det en sterkere struktur på møtene, og var mer regelstyrt enn de medisinske sengepostene. Dette medførte slik jeg observerte det at de var svært målrettet i den utadrettede kommunikasjonen, men ikke hadde så bred informasjon om pasienten. De medisinske sengepostene, og særlig den som hadde rehabilitering som en av målgruppene, hadde en større diskusjon rundt hver enkelt pasient, og brukte mer tid på å diskutere hele livssituasjonen til pasienten. De gjennomførte en bredere kartlegging, men var ikke så strukturerte i forhold til kommunikasjonsprosessen. Jeg observerte eksempler på dette i form av at samme problemstilling ble drøftet på nytt i rapporter flere dager etter hverandre, konklusjonen var å ta kontakt med kommunen.

5.1.3 Beslutningsmyndighet

De senere år har det særlig i komplekse organisasjoner blitt vanlig å desentralisere myndighet til de ansatte. Dette tilsier mindre rutiner og formalisering, men kan også gi uklare styringssignaler, ulik praksis og uforutsigbarhet (Jacobsen og Thorsvik 2007). Rehabilitering er en individrettet prosess (Feiring 2004). Slik jeg ser det er derfor oppgavene i denne forbindelse vanskelig å standardisere, og dermed kunne regelorientere (NOU 2000:22). Dysfunksjonelle effekter av en sterk struktur kan være mindre tverrfaglig samarbeid fordi deltakeren blir for opptatt av sine spesialiserte oppgaver (Jacobsen og Thorsvik 2007). Koordinering på tvers av organisasjonsgrenser krever imidlertid fleksibilitet i egen organisasjon (Knudsen 2004).

Både kommunene og sykehuset er som nevnt organisert i vertikale linjer. Både kommunehelsetjenesten og lokalsykehuset har i utgangspunktet store utfordringer med intern samhandling. De er i seg selv komplekse organisasjoner med få møtepunkter eller andre strukturer rundt samarbeid. Flere av informantene forteller at dette gir et dårlig utgangspunkt for kommunikasjonen med eksterne aktører. Når en følger linjeledelse må en på høyeste ledelsesnivå i organisasjonen for at noen skal ha et felles ansvar for alle de involverte aktørene i rehabiliteringsprosesser. Det er derfor på dette nivået en finner strukturell makt til å ta overgripende beslutninger når en har behov for sammensatte tjenester. Dette medfører etter mitt syn at kommunikasjonen blir unødig komplisert om en legger en sentralisert beslutningsmyndighet til grunn. Kanskje har trenden de senere år med å desentralisere beslutningsmyndigheten i organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik 2007), kommet som en erkjennelse av at sentralisert beslutningsmyndighet gir for liten effektivitet i tjenesteproduksjonen i denne type prosesser?

På tross av føringene mot desentralisert beslutningsmyndighet kom det frem i intervjuene at informantene ikke opplevde å ha den beslutningsmyndigheten de trengte for å løse rehabiliteringsfaglige oppgaver. Lederen av et av tiltaksrådene sa gjentatte ganger at hun *"manglet makt og myndighet"* for å kunne ta de avgjørelsene hun så som nødvendige i kommunikasjonen. Dette til tross for at hun hadde fått det hun kalte *"rådmanns fullmakt"*. Denne fullmakten mente hun var definert til beslutninger innen sitt eget budsjettområde. Hun hadde med andre ord en forståelse av at hun satt med desentralisert beslutningsmyndighet for sin deltjeneste. Det skapte utfordringer med hensyn til kommunikasjonen i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid når hun ikke kunne ta avgjørelser fordi det involverte andre deltjenester. Samme informant fortalte at kommunen etter hennes mening manglet samhandlingsarenaer, og hadde en utydelig øvre ledelse. De hadde en organisasjonsplan og stillingsbeskrivelser for deltjenestene, men hun savnet en overordnet struktur.

At de ansatte opplever at styringssignalene er uklare kan være en av ulempene med en desentralisert beslutningsmyndighet (Jacobsen og Thorsvik 2007). Også koordinerende enhet i samme kommune fremhevet samme problematikk, hun sa at hun *"manglet autoriteten"* til å utøve den koordinerende funksjonen på den måten hun ønsket. Informanten beskrev frustrasjon ved at ingen hadde autoritet til å si at sånn skal det være. Det ble derfor tilfeldig hva som ble tatt tak i, og ingen systematisk håndtering. Informanten mente at de uklare

rollene påvirket kommunikasjonen, fordi hun ble usikker på hva slags beslutninger og avtaler hun hadde mulighet til å gjøre. Som hun sa:

”...man vil ikke trække i andres bed....en holder seg unna de uklare grensene opp mot andres roller...”

Hun opplevde at rollen til koordinerende enhet var redusert til å være en kontaktperson, og sa at hun så hva som ikke fungerte, men at hun ikke hadde autoritet til å gjøre noe med situasjonen. I fjor foreslo hun eksempelvis å revidere rehabiliteringsplanen, og på denne måten få etablert noen strukturer for den interne kommunikasjonen i kommunen. Dette arbeidet ble ikke prioritert av overordnet ledelse.

En informant fra en annen koordinerende enhet for rehabilitering sa:

”...om en skal være koordinerende enhet, så må en ha noen fullmakter også...”

Dette var en av kommunene der en enhet selv hadde tatt på seg ansvaret for koordinerende enhet. Slik jeg ser det er dette i seg selv et eksempel på hvordan den desentraliserte beslutningsmyndigheten kan utøves. Informanten så imidlertid at dette ikke fungerte, siden arbeidet ikke var forankret på et høyere nivå. Hun opplevde blant annet at det var vanskelig å få andre etater til å ta koordineringsansvar i forhold til individuelle planer. Enheten måtte dermed ofte selv ta dette ansvaret. På denne måten fungerte ikke koordinerende enhet som en sektorovergripende systemansvarlig innen rehabilitering (Helsedirektoratet 2010a).

Det eneste eksemplet på overordnede styringsplaner i rehabiliteringsfeltet i vertskommunen var i følge en av informantene felles prosedyre om individuell plan og ansvarsgrupper. Til tross for at informantene opplevde manglende regelstyring i kommunen som helhet, mente de at de internt i de ulike enhetene hadde sterk struktur og regelstyring. De hadde blant annet kvalitetssikrede prosedyrer på egen kommunikasjon med samarbeidspartnere, når det:

”...ikke trenger andres autoritet for å godkjennes...”

På bakgrunn av disse resultatene mener jeg å ha grunnlag for å kunne trekke en slutning om at når organisasjonen er stor, kompleks og regelbundet, vil desentralisert beslutningsmyndighet

bare gi ønsket effekt for deltjenester. Ved desentralisert beslutningsmyndighet i organisasjonsstrukturer som er vertikalt og horisontalt komplekse blir den interne kommunikasjonen utfordrende uten overordnede føringer. Samtidig virket det frustrasjonsøkende hos aktørene på utførelsnivået, siden de hadde fått en beslutningsmyndighet som ikke opplevdes som reell ved oppgaver som ga behov for kommunikasjon på tvers av de vertikale strukturene. I små organisasjoner med mindre kompleksitet og større fleksibilitet så jeg imidlertid eksempler på at desentralisert beslutningsmyndighet kunne fungere også i rehabiliteringssammenheng.

5.1.4 Dokumentasjon/IKT

Verken sykehuset eller kommunene har felles elektronisk dokumentasjonssystem for aktørene som yter tjenester til de samme pasientene, til tross for at dette er lovhjemlet i Forskrift om pasientjournal (2002). I sykehuset skrev pleiergruppen for hånd i pleiekardex, mens de øvrige yrkesgruppene brukte et elektronisk pasientjournalssystem. Under observasjonene fikk jeg mange eksempler på hvordan manglende felles dokumentasjon medførte feilinformasjon og manglende kommunikasjon med kommunene. Dette mener jeg kan være med på å gjøre rehabiliteringstjenestene mindre koordinerte. Jeg observerte dessuten at ulike dokumentasjonssystemer ved flere anledninger medførte merarbeid. Et eksempel på dette var en pasient som pleierne var enige om ikke ville klare seg hjemme uten å få hjelp fra kommunale tjenester. Dette medførte en diskusjon, der det til slutt ble konkludert med at de skulle ringe kommunen. Lederen kom da inn på møtet, og sa at pasienten hadde fått institusjonsplass i kommunen fra neste dag av. Denne informasjonen hadde hun fått hos legen på parkeringsplassen på vei hjem dagen før, noe jeg vil definere som uformell kommunikasjon (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Ved en annen anledning observerte jeg at legene tok for gitt at en sykehjemssøknad var sendt etter å ha gitt beskjed om det til pleierne. Av ulike årsaker lot dette ikke seg gjøre, noe sykepleier dokumenterte i sitt journalssystem som legene ikke benyttet. Dette ga en forsinket oppstart av kommunikasjon med kommunen, som også etter mitt syn forsinket pasientens videre progresjon i rehabiliteringsprosessen unødvendig. I en samtale med enhetsleder i etterkant fortalte hun at dette ikke var en uvanlig misforståelse, og at dette skapte usikkerhet, medførte diskusjoner, og kunne være konfliktskapende.

Heller ikke kommunene hadde felles dokumentasjonssystem. I noen kommuner hadde leger og fysioterapeuter samme system. I andre kommuner hadde terapeuter samme dokumentasjonssystem som hjemmetjenesten, mens legene hadde et eget. Med unntak av én kommune hadde alle elektronisk journalsystem. Dette ga kommunikasjonsmessige utfordringer også i kommunene. Eksempelvis fortalte informantene at det ikke var kommunikasjon til hjemmetjenesten fra legen hvis han hadde lagt inn en av deres brukere på sykehuset. Legen hadde også begrenset mulighet til å vite hvordan hjemmetjenesten vurderte at pasienten fungerte hjemme, og kunne derfor legge inn pasienter på sykehuset som egentlig var ivaretatt i kommunen. Et annet eksempel var at epikrisene fra sykehuset bare ble sendt til legene. Dette medførte at øvrig personell som hovedregel ikke hadde tilgang til denne informasjonen, med mindre de etterspurte den. Organisasjonsstrukturen la ikke til rette for denne type kommunikasjon.

Siden rehabilitering forutsetter tverrfaglig og –etatlig samarbeid der bistanden er koordinert (Normann mfl 2003) mener jeg at manglende samkjøring av journalsystem er et av elementene som bidrar til at kommunikasjonen blir utfordrende. Videre er rehabilitering uten institusjonelle grenser (ibid). Dette skulle tilsi at et felles journalsystem for eksempelvis kommunehelsetjenesten og sykehuset forenklet kommunikasjonen. Denne muligheten fantes i feltet, men bare for leger.

5.2 Organisasjonskultur

Når mennesker deler meninger, ubevisste grunnleggende antagelser, eller verdier og normer om hva som er relevant og viktig, kalles dette organisasjonskultur. En sterk fellesskapskultur er en forutsetning for tillit, som er nødvendig for god kommunikasjon. Organisasjonskultur utvikles i sosiale fellesskap, hvis det gis rom for å utvikle sosiale relasjoner. En sterk organisasjonskultur er med på å fremme samarbeid og koordinering. Det som kan observeres i en kultur kalles artefakter, og består av verbale og atferdsmessige uttrykk, eller fysiske gjenstander (Jacobsen og Thorsvik 2007), i denne undersøkelsen er artefaktet kommunikasjon.

5.2.1 Subkulturer

Ut fra et integreringsperspektiv opplevde jeg under observasjonen på sykehuset at de som jobbet der hadde en kollektiv konsensus, en sterk tilhørighet og vi-følelse til arbeidsplassen (Jacobsen og Thorsvik 2007). I tillegg observerte jeg hver sengepost som en subkultur, og også subkulturer innen sengepostene. Subkulturer har både positive og negative sider, og kan fremme både etisk og uetisk praksis. I kapittel 4.1.1 presenterte jeg en pasientgruppe som ofte er i rehabiliteringsprosesser, pasienter med psykiatri og rusdiagnoser. Både under observasjonene og intervjuene opplevde jeg at dette var en pasientgruppe med behov som kunne bli oversett på en sengepost på lokalsykehuset. Jeg fikk et inntrykk av at enkelte subkulturer ikke anerkjente denne type problematikk sett opp mot mer synlige skader og sykdommer. Dette vil i så fall kunne settes i sammenheng med synet på funksjonshemming som har gjentatt seg historisk sett, verdige og uverdige trengende, og opp mot normalitetsperspektivet (Grue 2004). Dette er likevel en diskusjon basert på min tolkning av observasjoner og intervjuer. Det er kjent at ulike perspektiver på brukeres utfordringer kan skape kommunikasjonsproblemer (Lauvås og Lauvås 2004).

Jacobsen og Thorsvik (2007) beskriver at det ikke er gitt at en organisasjon har en felles kultur, men at det kan finnes subkulturer som overlapper hverandre, står i konflikt med eller motarbeider hverandre. På sykehuset observerte jeg at sengepostene sto sammen som en felles kultur når det var en konflikt med kommunen, og slik styrket sin evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket resultat i kommunikasjonen (Lauvås og Lauvås 2004). Når det var interne uenigheter sto imidlertid subkulturene mot hverandre. Dette er vanlig for organisasjoner preget av kompleksitet og spesialisering (ibid).

Jeg observerte et eksempel på sterke subkulturer på en av sengepostene. Dette var en sengepost som nylig hadde blitt omorganisert fra to enheter til en. Selv om strukturen var endret var det likevel samme inndeling av pasienter, de ble nå definert som grupper med samme navn som de tidligere enhetene. Pleierne var fortsatt tilknyttet hver sin ene gruppe, og de hadde hver sine møtearenaer. I praksis var den strukturelle endringen slik jeg ser det ikke gjennomført. Dette er derfor et eksempel på hvordan sterke organisasjonskulturer kan hindre strukturelle endringer i å få praktisk betydning (Jacobsen og Thorsvik 2007). Videre vil det etter mitt syn være med på å gjøre det mer komplisert for kommunen å vite hvem som skal kommuniseres med når organisasjonskartet og virkeligheten avviker fra hverandre.

Kommunene som hadde lite ansikt til ansikt kontakt med sykehuset ga uttrykk for at de ikke opplevde at det var subkulturer på sykehuset. Disse kommunene så på sykehuset som en enhet, og kunne eksempelvis ikke si at det var noen forskjell på kommunikasjonen med en enhet opp mot en annen. Kanskje kan dette være en bekreftelse på mine tanker om at sykehuset har en felles organisasjonskultur i kommunikasjonen utad, mens en ser de ulike subkulturenes artefakter når det er uenighet innad i organisasjonen. Begge informantene fra vertskommunen var imidlertid klar på at de ikke oppfattet sykehuset som en enhet, men bestående av ulike subkulturer.

Sykehusets informanter på sin side benevnte kommunene som enheter, og også alle fire kommunene som en enhet: ”...kommunene sier...kommunene gjør...” Likevel så jeg under observasjonen eksempler på at personalet på sengepostene hadde en oppfatning av at det var ulike subkulturer i vertskommunen til sykehuset. Blant annet observerte jeg ved et tilfelle at pleiegruppen ble enig om å ringe til hjemmetjenesten for å få bekreftelse på sitt syn når de var uenige med brukerkontoret i samme kommune. Under intervjuet med en av informantene fra sengeposten bekreftet hun at hun opplevde at ulike grupper i kommunehelsetjenesten i vertskommunen hadde ulike meninger:

”...det er ofte større samsvar mellom oss og hjemmetjenesten, enn mellom oss og brukerkontoret...”

På denne måten mener jeg en kan påstå at ansikt til ansikt kommunikasjon gir en bedre innsikt i hverandres interne forhold.

Som nevnt i kapitlet om organisasjonsstruktur hadde kommunehelsetjenesten ingen tverrfaglige møtearenaer innen rehabiliteringsfeltet med unntak av tiltaksrådene. Med unntak av den minste kommunen var ikke alle aktørene representert i dette møteforumet. Den minste kommunen hadde felles møter med alle aktørene, og var lite formalisert og regelstyrt. Informanten fra koordinerende enhet hadde sitt hovedfelt innen psykiatrien, i motsetning til de andre kommunene, som hadde liten kontakt på tvers av psykiatri og somatikk. Under intervjuet var det hele tiden et fokus på ”vi”, og det kom frem mange eksempler på at det ikke ble tenkt i vertikale strukturer når utfordringer oppsto. Slik jeg ser det er det her mange eksempler som skulle tilsi at de har en felles organisasjonskultur. Det er etter min oppfatning i tillegg stor sannsynlighet for at det også finnes subkulturer i denne kommunen, siden dette

er vanlig i organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik 2007). Dette kom ikke frem i intervjuet. Denne kommunen fremsto imidlertid som enhetlig og enkel å kommunisere med i følge sykehusinformantene.

Etter min oppfatning er det vanskelig å utvikle en felles organisasjonskultur uten felles møtepunkter, siden dette er noe som utvikles i sosiale fellesskap over tid. Kompleksitet gjør dette ytterligere vanskelig (Jacobsen og Thorsvik 2007). I de to største kommunene ser en dette tydeligst mellom den somatiske og den psykiatriske kommunehelsetjenesten. Som en av informantene sa:

”...samhandling mellom oss og psykisk helse er vel sånn på et lavnivå...”

Det var også tydelige subkulturer internt i den somatiske delen av kommunehelsetjenestene. Særlig mener jeg å se dette i vertskommunen til sykehuset, der informantene beskrev både institusjonene, hjemmetjenesten, og koordinerende enhet som noen som tenkte og mente forskjellig fra seg selv. utfordringene rundt det interne samarbeidet kompliserte i følge en av kommuneinformantene kommunikasjonen med sykehuset:

”...når du ikke kan samarbeide internt i kommunen, mener jeg ikke sant, når du ikke har ryddet i egen leir...”

Feltet for undersøkelsen er på denne måten sammensatt av organisasjoner som hver for seg er sammensatt av ulike subkulturer. Med ett unntak var det vanskelig å se at de hadde enhetlige organisasjonskulturer. Rehabilitering forutsetter samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser, og er prosesser der tillit mellom aktørene er en forutsetning. På denne måten ville en felles organisasjonskultur mellom de samarbeidende aktørene kunne forenklet kommunikasjonen. Det store antallet subkulturer med til dels motstridende meninger og forforståelse til hverandre vil etter mitt syn være med på å komplisere dette bildet.

5.2.2 Makt

Makt er en aktørs evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket resultat, og utøves når aktører som er avhengige av hverandre er uenige (Jacobsen og Thorsvik 2007). Når det gjelder maktforholdet mellom sykehuset og kommunene opplevde informantene fra

kommunene at det var sykehuset som bestemte i situasjoner der det var uenighet. En av informantene fortalte at det som ble sagt til pasient og pårørende på sykehuset ble opplevd som fasiten når pasienten kom hjem, uavhengig av om kommunens personell var uenige. Før opplevde kommuneinformantene ofte at sykehuset lovte pasientene tilbud på vegne av kommunen, men dette mente de hadde blitt mye bedre etter at hadde tatt det opp. Etter mitt syn kan dette sees på som et eksempel på at sykehuset har en posisjonsmakt over kommunehelsetjenestene (Bø 2005), grunnet sin posisjon som spesialisthelsetjeneste.

Informantene på sykehuset var imidlertid ikke enige i at det var dem som hadde størst makt når det gjaldt vertskommunen. Sykehusinformantene sa at det var kommunen som bestemte hvilket tilbud pasienten skulle få, og at sykehuset ikke hadde noe de skulle ha sagt. Som en av sykehusinformantene sa:

”...vi er på en måte spesialistene...at ikke det vi sier holder mål ut i fra noen som sitter på et kontor...vi har på en måte ikke noen rettigheter å stille oss over dem...”

Informanten fra sykehuset påberopte seg etter min oppfatning her posisjonsmakt og ekspertmakt. Hun mente at likevel at det var andre maktforhold var sterkere, nemlig kommunens kontroll over materielle ressurser i kraft av regelverket rundt utskrivningsklare pasienter (Bø 2005, Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 2003). Denne maktbruken ble tydelig oppfattet som ulegitim av aktørene fra sykehuset (Jacobsen og Thorsvik 2007), og møtte derfor motstand. Både observasjonene og intervjuene ga meg et inntrykk av at dette var det vanligste utgangspunktet for konflikter i kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

5.2.3 Konflikter

En konflikt oppstår når det er vanskelig å forene ulike interesser, og det er avhengighet mellom partene. Konflikter har en atferdskomponent og en følelsesmessig komponent. Følelsesmessig engasjement kan forsterke kommunikasjonsproblemer (Jacobsen og Thorsvik 2007). Jeg opplevde under observasjonene at pleierne engasjerte seg sterkt følelsesmessig i pasientenes utfordringer. Et eksempel på dette var en pasient som nylig hadde vært innlagt på sykehuset, og blitt utskrevet til eget hjem etter en beslutning fra vertskommunen. Pleierne var uenige i dette, og mente at pasienten burde hatt sykehjemsplass. Da pasienten ble innlagt på

nytt tre dager etter var pleierne tydelig opprørte og fortvilte. En av informantene på sykehuset sa at det som skapte konflikter med kommunen var:

”...nei, det er jo omsorgsnivå rett og slett...vi mener jo at pasienten bør ha sykehjem, kommunen mener at han skal hjem, og vi føler at dette går aldri bra...”

Som nevnt er det sykehuset som bestemmer hvilke pasienter som er utskrivningsklare, men kommunen som bestemmer hvilket tilbud som er nødvendig helsehjelp. Når sykehusets personale var uenige med kommunens beslutning vekket dette sterke følelser. Dette gjaldt kun vertskommunen til sykehuset, siden dette var den eneste kommunen som fattet beslutninger på tvers av sykehusets anbefalinger. Under dybdeintervjuet med den ene informanten fortalte hun at dette var følelsesmessig tungt:

”...man er jo nødt til å gi etter, men det er jo ikke med noen god følelse man sender dem hjem....man vet jo at man kan jo ikke diskutere og argumentere fordi det er kommunen til syvende og sist som bestemmer...”

En annen informant fra sykehuset sa:

”...det kan kjønes følt i blant å sende hjem en pasient, det kan det jo...man må jo bare stole på dem, de vet jo ståa, så... det er en hard virkelighet...”

I intervjuet fortalte en av informantene om en pasient som ble utskrevet til hjemmet. På sykehuset hadde de oppfattet det som at kommunen skulle gå inn med tettere oppfølging. Kort tid etter ble pasienten innlagt igjen med samme problematikk. Informanten syntes det var tragisk at slikt skjedde, fordi hun mente at pasienten kun hadde behov for trygghet, og at dette måtte være mulig å få til i kommunen. Hun mente at når slikt kunne skje hadde kommunehelsetjenesten ikke gjort jobben sin. En av årsakene til konflikter er at en av partene opplever at den andre gjør noe uventet eller galt (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Samme informant beskrev også skuffelse med hensyn til en annen pasient som ble utskrevet til kommunen. Han ringte tilbake til sykehuset og gråt om å få komme tilbake, siden han i følge informanten var så uttrygg at han vurderte å flytte. På denne måten så jeg at

kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten var forbundet med et bredt spekter av følelser.

En konflikt har ulike faser, ved en følelsesmessig konflikt føler en seg truet og usikker. Det er en tendens til å begynne å diskutere person istedenfor sak (Jacobsen og Thorsvik 2007). Jeg opplevde ikke at verken informantene fra sykehuset eller kommunene på denne måten trakk frem enkeltpersoner i konfliktene. Derimot opplevde jeg at "*kommunen*" og "*sykehuset*" ble personifisert, og på denne måten gjenstand for kritikk istedenfor enkeltsakene.

En av informantene på sykehuset fortalte at det kunne være stor frustrasjon blant pleierne fordi de opplevde at de hadde gitt informasjon til kommunehelsetjenesten, som de senere forsto ikke var oppfattet, eller hadde blitt misforstått. Hun mente at årsaken til dette var at sykehuspersonalet trodde at å gi informasjon til en person innebar at alle fikk den, eller at de forutsatte at noe var opplagt, slik at det var unødvendig å informere om. Denne kommunikasjonssvikten mente hun skyldtes at sykehuset og kommunehelsetjenesten ikke hadde god nok kunnskap om hverandre. Når partene tror de er uenige for at de ikke kjenner godt nok til hverandre kalles dette en skinnkonflikt (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Selv om sykehuset hadde flest konflikter med vertskommunen oppsto det i følge informantene også konflikter i forhold til den andre store kommunen. Disse konfliktene hadde ikke utgangspunkt i at sykehuset mente pasientene fikk et for lavt omsorgsnivå, men på grunn av at de opplevde det tok for lang tid før pasientene fikk sykehjemsplass. Kommunen på sin side fortalte om en periode før jul da de opplevde svært mange telefoner fra sykehuset. Hun beskrev dette som at det ringte fra alle nivå til alle telefoner. Kommunikasjonen i denne perioden var i følge informantene svært aggressiv, både fra sykehuset og kommunen sin side. Informanten fra kommunen opplevde at sykehuset var presset, og skulle skrive ut flest mulig pasienter. I følge henne skjedde dette i perioder. En kan her etter mitt syn se en tendens til at kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunen gir større utfordringer i perioder med ekstra belastning.

5.2.4 Prioritering av rehabiliteringsfeltet

En sentral del av organisasjonskulturen er verdier og normer om hva som er relevant og viktig (Jacobsen og Thorsvik 2007). Etter min oppfatning er det flere utsagn hos informantene som tilsier at rehabiliteringsrettet virksomhet ikke blir prioritert:

”... det er noe med at hverdagen, driften, hverdagen tar en, ikke sant... som plan blir nok rehabilitering nedprioritert...”

Når informanten opplevde at rehabilitering ble nedprioritert fra ledelsen valgte hun å forholde seg til det. Hun begrunnet denne nedprioriteringen med lojalitet, og valgte istedenfor å fokusere på de konkrete terapeutiske tiltakene som hun opplevde hadde en høyere verdi i organisasjonen.

Når det gjelder koordinatorrollen sier informanten fra koordinerende enhet i vertskommunen:

”...det er liksom oppgaver hvor veldig få føler at det er deres oppgave...det er veldig mange som vegrer seg mot å være koordinator...”

Det kan derfor se ut til at det innenfor organisasjonenes handlingsmiljø ikke oppleves som at de rehabiliteringsrettede ytelsene er akseptert som viktige å prioritere. Informantene på sykehuset sa at det her er mest fokus på å behandle sykdommer, mens det er mindre fokus på rehabilitering. Enheten med rehabilitering som målgruppe hadde imidlertid i følge sykehusinformantene et større fokus på å tenke helhetlig, se fremover, og tenke mobilisering. Slik kan en etter mitt syn slutte at enkelte subkulturer prioriterer rehabilitering, men at det ikke er innarbeidet som internaliserte verdier i organisasjonen som helhet. Det blir derfor de kvantifiserbare tiltakene som blir tema for kommunikasjonen – institusjonsplasser, hjelpemidler og medisiner som jeg tidligere har gitt eksempler på.

5.2.5 Ulike virkeligheter

Aktørene lokalsykehuset og kommunehelsetjenestene skal samarbeide som tjenesteytere i rehabiliteringsprosessen. I dette kapitlet er dette beskrevet som organisasjoner med ulike strukturer, kulturer og subkulturer, både internt i hver organisasjon, og sett i forhold til

hverandre. Når en sammenligner kommunenes organisasjonskultur med sykehusets så en av kommuneinformantene:

”...det er vel litt forskjellig virkelighet man har, tenker jeg...”

Da jeg observerte på sykehuset opplevde jeg at dette var en kultur der det ble satt store krav til effektivitet, pasientene legges inn, behandles, og utskrives. Det var korte tidsrammer, og sterke krav til at kommunehelsetjenesten skulle være klar når pasienten på kort varsel ble utskrevet. I tillegg til dette observerte jeg en diskusjon på et legemøte der det var full enighet om at pasientene som ble behandlet på lokalsykehuset stadig fikk mer avanserte problemstillinger. Dette medførte etter legenes syn at pasientene også hadde mer avanserte behov når de kom hjem til kommunene.

Kommunehelsetjenesten opplevde på sin side at sykehuset forventet at tiltak som hjelpemidler skulle være på plass på kort tid. Kommunene hadde et annet tidsperspektiv. Et eksempel hentes fra vertskommunen til sykehuset:

”...det har vært litt fra sykehuset, nå har vi en som skal hjem, men han kan kommer ikke hjem før han har en seng....men vi har hovedlevering på fredag, og når den var bestilt på tirsdag så er den ikke her på fredag...da går det en uke til...at det da gis et inntrykk av at den bare er å hente, det er litt problematisk...eller at folk må ha en rullator før dem skal hjem...vi har ikke en sånn rullator inne nå...eller det er ingen inne her til å ordne dette på en fredag ettermiddag...vi har behov for å planlegge...”

Den andre store kommunens informanter uttalte:

”...vi må jo også ha mulighet til å legge forholdene til rette, at vi også skal kunne ta i mot brukeren på et ordentlig vis....vi må kunne ta i mot dem på normale tider på døgnet....kanskje trengs det hjelpemidler, så må vi ha tid til å få dette plass.... Forståelsen for dette er ikke alltid til stede...”

Som tidligere nevnt har opplevde jeg at de små kommunene hadde en annen fleksibilitet enn de store. I intervjuet med en av informantene har jeg tidligere nevnt et tilsvarende eksempel,

der pleie- og omsorgssjefen i samarbeid med vaktmesteren kjørte hjem en sykehusseng på fredags ettermiddag:

”...det er klart det var ikke mitt bord å få hjem de hjelpemidlene, men jeg visste jo at dama kom hjem...vi hadde ikke fått beskjed tidlig nok til å få dem på plass tidligere..”

En ser her etter mitt syn en organisasjonskultur som er løsningsfokusert og fleksibel, i motsetning til de store kommunene, som på en helt annen måte fokuserer på strukturer, regler og mandater, og kanskje har en større fare for overdreven regelfokusering (Jacobsen og Thorsvik 2007). Eksemplene på de to lignende situasjonene illustrerer etter mitt syn hvordan dette påvirker kommunikasjonen i rehabiliteringsprosesser.

Selv beskriver den minste kommunens informanter organisasjonskulturen sin på følgende måte:

”...vi er snar til å finne løsninger...jeg holder på å si at det er nesten ikke den ting vi ikke kan løse...når det er sånn at nå må vi finne en løsning her og nå ikke sant...det er ikke viljen det står på... men det er klart at vi er jo en liten kommune, alle kjenner stort sett alle...du stiller jo opp for naboen din...vi hjelper hverandre...”

Den samme fleksibiliteten ser en i den nest minste kommunen. En av informantene her fortalte at i en så liten kommune er det lett å ta kontakt med hverandre. Det finnes få strukturer, men kjennskapen til hverandre forenkler kommunikasjonen. Det samme gjaldt ovenfor brukerne:

”...jeg kjenner jo ofte til brukeren såpass at jeg bare ringer enten pårørende eller ringer når de er kommet hjem og avtaler...”

De ulike aktørene i feltet har på denne måten ulike virkeligheter de forholder seg til i sin arbeidsdag, det er ulike organisasjonskulturer og ulike perspektiv. Mens sykehuset forholder seg til effektivitetskrav og korte tidsaspekt, er det i kommunene et langtidsperspektiv i tjenesteytingen. Flexibiliteten til å møte virkeligheter som er ulike egen organisasjon ser ut til å avta parallelt med at kompleksiteten i egen organisasjon øker. Dette virker kompliserende for kommunikasjonsprosessene.

5.3 Omgivelsene

Organisasjoner konfronteres kontinuerlig med reformer og sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet. Når det gjelder de tekniske omgivelsene har det som nevnt i teorikapittelet de siste 20-30 årene vært et stort fokus på reformer i helsesektoren, også kalt New Public Management. Dette har hatt som hensikt å få bedre økonomisk styring, og å bevege seg fra regelstyring til resultatstyring (Vike mfl 2002). Jeg opplevde at det var et stort fokus fra sykehuset rundt registrering av utskrivningsklare pasienter og økonomisk kompensasjon i kommunikasjonen med kommunene. Dette i større grad hos sykepleiere og hjelpepleiere enn der ansvaret for registreringen ligger, hos legene. På pleierapportene i sykehuset etterspurte eksempelvis både hjelpepleiere og sykepleiere:

”hvorfør ligger denne pasienten her? Skal han ikke registreres ferdigbehandlet?”

Dette ble senere fulgt opp av sykepleieren som deltok i møter med legene. Fokuset var særlig stort når det var mange korridorpasienter, men det var også et sentralt diskusjonstema i perioder der det var få pasienter innlagt. Dette preget etter mitt syn mye av kommunikasjonen, på bekostning av de institusjonelle omgivelsene med forventningen om velferdsstaten, der alle skal være sikret de ytelsene de har behov for. I samme tidsperiode som New Public Management-reformene har det vært en økende satsning på rehabilitering som en individrettet prosess, der aktørene skal samarbeide på tvers av fag og sektorer. Dette er forankret i lovverk, forskrifter, stortingsmeldinger og handlingsplaner (Feiring 2004). Det var imidlertid kun informantene som hadde funksjon som koordinerende enhet som kjente til disse føringene. Samhandlingsreformen (2008-2009) var verken tema på sykehuset, eller i flertallet av kommunene. I den ene kommunen kom dette opp som et tema i intervjuet, men da kun som en bemerkning om at det knytter seg spenning til hva denne skal innebære, og hvordan kommunen skal kunne håndtere det hvis de får overført pasienter fra lokalsykehuset med et enda større behandlingsbehov.

På denne måten mener jeg at den økonomiske målstyringen ved utskrivningsklare pasienter sett opp mot pasientenes behov, lovverk og føringer i forhold til rehabilitering kan sees på som et eksempel på at velferdsstatens dilemma påvirker kommunikasjonen. Dette skaper en følelse av utilstrekkelighet og et samvittighetsproblem hos de som jobber nærmest brukeren

(Vike mfl 2002), noe jeg observerte i flere situasjoner på sengeposten. Når kommunikasjonen rundt pasienter i rehabiliteringsprosesser på denne måten flyttes fra pasientens behov, og over på økonomiske krav er dette etter mitt syn et eksempel på overmåling (Jacobsen og Thorsvik 2007).

5.4 Oppsummering

I kapittel 5 har jeg drøftet funnene i undersøkelsen opp mot de organisatoriske prinsippene i feltet, internt i organisasjonene, og i kommunikasjonen med hverandre. Dette er det informantene opplever som grunnlaget for kommunikasjonen mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten. Feltet er sammensatt av organisasjoner med ulik størrelse og kompleksitet, noe som påvirker både organisasjonenes strukturer og kulturer. Med hensyn til målstyring så jeg et stort fokus på kvantifiserbare mål, mens føringene i forhold til rehabilitering som individrettede prosesser var lite kjent i feltet.

Jeg fant at organisasjonene var svært vertikalt spesialiserte, med formaliserte strukturer for deltjenestene. Det var lite formalisering innen rehabilitering. Beslutningsmyndigheten var desentralisert i alle organisasjonene i feltet. Dette viste seg imidlertid å være vanskelig å praktisere i de formaliserte komplekse organisasjonene, i og med at også beslutningsmyndigheten var innrettet mot deltjenestene.

Organisasjoner var preget av subkulturer, det var for de fleste få felles møtepunkter, og derav en svekket mulighet til å utvikle en enhetlig organisasjonskultur. Ulike dokumentasjonssystemer kompliserte kommunikasjonen mellom aktørene ytterligere. Informantene ga uttrykk for at dette påvirket deres mulighet til å være konsistent i kommunikasjonen med andre aktører. Den største årsaken til konflikter i samhandlingen mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten var i forhold til det som fra sykehuset ble oppfattet som ulegitim maktbruk fra vertskommunen, at pasientene fikk tilbud om et lavere omsorgsnivå enn sykehuset anbefalte.

Kapittel 6 Avslutning

Forståelsen av rehabiliteringsbegrepet har endret seg i takt med samfunnsutviklingen. Stortingsmelding nr 21 (1998-99) medførte en begrepsendring til forståelsen mange har i dag, individuelle prosesser der mange aktører samhandler, med brukerens mål i fokus. Dette perspektivet ble etter hvert lovhjemlet gjennom Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004). Lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten er eksempler på aktører som deltar i rehabiliteringsprosesser. Til tross for tydelige nasjonale føringer er imidlertid samhandlingen mellom instansene fortsatt en utfordring, noe Samhandlingsreformen som ble vedtatt av Stortinget i april i år (Stortingsmelding nr 47 2008-2009) er det mest dagsaktuelle eksemplet på. Kommunikasjon er et sentralt element i samhandling, og blir derfor særlig viktig i rehabiliteringsprosesser.

Formålet med denne undersøkelsen var derfor å forstå hvordan et lokalsykehus og kommunehelsetjenesten i lokalsykehusområdet kommuniserer med hverandre som aktører i rehabiliteringsprosesser. For å øke kjennskapen til feltet, belyse empirien mot tidligere forskning, og sette funnene i en større sammenheng, brukte jeg teori i forhold til rehabiliteringsfeltets utvikling, organiseringen av helsesektoren, organisasjonsteori, samhandling, kommunikasjon, makt og konflikt. Som verktøy for undersøkelsen valgte jeg kvalitativ metode med deltakende observasjon, dybdeintervju og dokumentanalyse, og en etnografisk design.

I observasjonsperioden kommuniserte lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten angående personer i ulike faser av rehabiliteringsprosesser, med diagnoser som kreft, hjerneslag, lettere psykisk sykdom og rusproblematikk, noen hadde hatt ulike operasjoner, og en hadde en sjelden bindevevssykdom. De fleste pasientene var eldre, såkalte geriatriske pasienter, med et sammensatt sykdomsbilde. Dette er en økende utfordring for helsevesenet (ibid).

Informantene hadde ulik forståelse av rehabiliteringsbegrepet. De fleste av kommuneinformantene så det som individuelle prosesser, mens det på sykehuset i stor grad var et behandlende eller kompenserende fokus, et normativt perspektiv. Dette med unntak av sengeposten som hadde rehabilitering som en av sine identifiserte hovedarbeidsområder, som også la prosessenkning til grunn. Den ulike begrepsbruken ga utfordringer med hensyn til

kommunikasjonen, i form av at budskapet fra sykehuset var et annet enn det kommunehelsetjenesten ga uttrykk for at de hadde behov for. Informantene opplevde at kommunikasjonen i feltet ble særlig komplisert når pasienten hadde behov for sammensatte tjenester eller institusjonsplass. Budskapet fra sykehuset var i hovedregelen behov for institusjonsplass eller hjelpemidler, mens kommunehelsetjenesten ønsket et budskap som var faglig basert, slik at de ble mest mulig i stand til å gi pasienten et riktig tilbud etter utskriving.

Lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten benyttet ulike kommunikasjonskanaler, men oftest telefon. Vertskommunen hadde imidlertid mye ansikt til ansikt kommunikasjon med sykehuset. Dette er den mest effektive kommunikasjonskanalen når det er tidspress og kompleksitet rundt budskapet, slik tilfellet ofte er i denne type samhandling. Det var blant annet etablert faste møtestrukturer mellom vertskommunen og lokalsykehuset. I de øvrige kommunene var tiltaksrådene arenaer for tverrfaglig og/eller tverretattlig ansikt til ansikt kommunikasjon. Dette hadde vertskommunen et mandat som begrenset dem bort i fra. For øvrig var det få strukturelle forutsetninger for kommunikasjonen.

Informantene i kommunene mente at de organisasjonsmessige forholdene internt ikke ga grunnlag for kommunikasjon med andre aktører. Feltet var sammensatt av organisasjoner med ulik størrelse, noe som påvirket organisasjonenes kompleksitet i strukturer og kulturer. Organisasjonene var vertikalt organisert med få møtepunkter på tvers av strukturene, de var preget av subkulturer, og hadde i liten grad mulighet til å utvikle en enhetlig organisasjonskultur. De formaliserte strukturer var innrettet mot deltjenestene. Dette ga særlig kommunikasjonsmessige utfordringer for de største kommunene.

Organisasjonene som ikke møtte hverandre ansikt til ansikt opplevde ikke at den andre parten hadde subkulturer, men så hverandre som en enhet. Dette kompliserte kommunikasjonen mellom aktørene ved å forårsake at informasjon ikke kom frem dit den skulle, at kommunikasjonen måtte gjentas, og at det var mange aktører som tok kontakt om det samme, og ga til dels motstridende informasjon.

Beslutningsmyndigheten var desentralisert i organisasjonene. Informantene i de store kommunene opplevde at dette ikke var funksjonelt innen rehabiliteringsfeltet, siden også beslutningsmyndigheten var rettet mot deltjenestene. Informantene fortalte at de kunne ta avgjørelser innen eget budsjettområde, men at utfordringen i kommunikasjonen med andre

aktører var at beslutningene i rehabiliteringsprosessene også involverte andre enheter som de ikke hadde myndighet til å bestemme over. I de små kommunene fungerte desentralisert beslutningsmyndighet på en annen måte i kommunikasjonen, kanskje siden aktørene her var mindre regelbundne, og mer fleksible i forhold til de vertikale strukturene.

Sykehuset og kommunehelsetjenesten hadde ikke et felles dokumentasjonssystem, verken internt i organisasjonene, eller med hverandre. Informantene ga uttrykk for at dette påvirket deres mulighet til å være konsistent i kommunikasjonen med andre aktører. Vedrørende maktforholdet mellom sykehuset og kommunehelsetjenestene skilte også her vertskommunen seg fra de andre kommunene. Mens en kan se at sykehuset har en posisjons- og ekspertmakt ovenfor de tre andre kommunene, utøvde vertskommunen en høyere maktposisjon i kraft av å kontrollere materielle ressurser. Dette i form av å være enerådende på hvilket tilbud og omsorgsnivå som ble tildelt pasienten etter utskrivelse. Denne maktbruken ble oppfattet som ulegitim av aktørene fra sykehuset, og var det vanligste utgangspunktet for konflikter. I konflikter ble ofte den personifiserte kommunen og sykehuset gjenstand for diskusjon istedenfor enkeltsakene.

I følge flere av informantene ble rehabiliteringsområdet nedprioritert som verdi i feltet, mens fokuset lå på mer konkrete kvantifiserbare enkelttjenester. Blant annet var registrering av utskrivningsklare pasienter, og økonomisk kompensasjon fra kommunene et vanlig kommunikasjonstema fra sykehuset sin side. Fokuset på dette var størst hos de som arbeidet nærmest pasienten, hjelpepleiere og sykepleiere. Dette funnet var noe overraskende for meg, i og med at dette er legenes ansvarsområde hadde jeg tenkt at det også var her fokuset var størst. Få av informantene kjente til føringer i forhold til rehabilitering som individrettet prosess, og hadde på denne måten heller ikke et eget utgangspunkt, verken for å prioritere å kommunisere med andre aktører, eller å prioritere hva som var de sentrale budskapene.

Den økonomiske målstyringen i helsesektoren sett opp mot pasientenes behov, lovverk og føringer i forhold til rehabilitering kan på denne måten sees på som et eksempel på velferdsstatens dilemma. Moralske krav kommer i konflikt med kravet til økonomi. Fokuset i kommunikasjonen blir på denne måten flyttet fra pasientenes behov til økonomiske krav, etter mitt syn et eksempel på målforskyvning der pasientens behov kommer i bakgrunnen.

Om en sammenfatter disse funnene ser en at kommunikasjonen mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten er preget av gode intensjoner, både fra aktørene som er involvert i de konkrete rehabiliteringsprosessene, og fra overordnede føringer og handlingsplaner. Imidlertid varierer kompetansen på fagområdet varierer imidlertid, og det er ikke lagt et organisasjonsteoretisk grunnlag for gjennomføringen av de gode intensjonene. De offentlige tjenestene i Norge er organisert i vertikale strukturer, samtidig som beslutningsmyndigheten er desentralisert. Størrelsen på organisasjonen innvirker på kompleksiteten, som igjen påvirker muligheten til fleksibilitet. Videre ser en at organisasjonskulturen, i form av regelbundne aktører, er med på å forsterke de kommunikasjonsmessige utfordringene ved vertikale strukturer. Omgivelsene gir motstridende føringer også innen rehabiliteringsfeltet. På den ene siden er balansert målstyring innført som et resultat av New Public Management reformene, på den annen side kommer kravet til universell velferd og føringene med hensyn til rehabilitering som individuelle prosesser.

Etter mitt syn gir dette samlet sett en virkelighet aktørene står i som øker sjansen for kommunikasjonsmessige utfordringer, maktbruk og konflikter. Uten at det gjøres noe med de organisatoriske forholdene, som jeg vil kalle grunnlaget for kommunikasjon og samhandling, vil det slik jeg ser det være nytteløst å klare å løse utfordringene rundt tverrfaglig og tverretattlig kommunikasjon. Det vil fremover bli spennende å se hvilken betydning Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr 47 2008-2009) kan ha i dette bildet. Å følge utviklingen i denne forbindelse kunne vært et interessant utgangspunkt for videre undersøkelser på området.

Det har også underveis i undersøkelsen, ikke minst i analysearbeidet, fremkommet en rekke andre interessante spørsmål som er aktuelle for videre undersøkelser. Et eksempel på dette er brukerperspektivet i aktørenes kommunikasjon. Hva ønsker brukerne skal kommuniseres, og hvordan ser de det er hensiktsmessig at dette foregår? Det ville også vært interessant å se nærmere på hvordan brukerne opplever den kommunikasjonen som foregår i dag, og hvordan de mener dette påvirker egne rehabiliteringsprosesser. Jeg har heller ikke tatt et sammenlignende perspektiv i undersøkelsen, eksempelvis i forhold til geografiske, kulturelle, eller kjønnsmessige faktorerens påvirkning på kommunikasjonen. Dette kunne det være interessant å se nærmere på i en senere undersøkelse.

Innledningsvis beskrev jeg hvordan utgangspunktet for undersøkelsen var at jeg så på samhandling og kommunikasjon som interessante, utfordrende og vidtfavnende tema. På denne måten kan jeg også avslutte. Det har vært en spennende prosess der mange elementer har blitt tydeligere og mer forståelige. Samtidig har det åpnet seg en rekke nye muligheter for interessante undersøkelser.

Litteraturliste

- Allport, Gordon (1954): *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Perseus books
- Aubert, V. (1981): *Sosiologi I. Sosialt samspill*. Oslo: Universitetsforlaget
- Barth, Tom & Näsholm, Christina (2007): *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*.
Bergen: Fagbokforlaget
- Becker, Gaylene (1997): *Disrupted lives. How People Create Meaning in a Chaotic World*.
Berkeley: University of California Press
- Berg, Bruce L. (2007): *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. New York:
Pearson
- Blaikie N. (2005): *Designing Social Research*. London: Polity S
- Bourdieu, Pierre (1992): The Practice of Reflexive Sociology [The Paris Workshop], i
Bourdieu, Pierre og Wacquant, Loïc J. D.: *An Invitation to Reflexive Sociology*.
London: Polity Press
- Braddock, D.L. & Parish, S. (2001): An Institutional History of disability. I: Albrecht, G.L, K
Seelman & Bury, M. (eds): *Handbook of Disability Studies*. London: Sage
- Bråten, Stein (1981): *Modeller av menneske og samfunn. Bro mellom teori og erfaring fra
sosiologi og sosialpsykolog*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bø, Inge (2005): *Påvirkning og kontroll – om hvordan vi former hverandre*. Bergen:
Fagbokforlaget
- Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G. og Røvik, Kjell Arne (2009):
Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget
- Feiring, Marte (2004): Et streiftokt gjennom rehabiliteringsfeltets begrepshistorie. I Wekre,
Lena Lande og Vaardeberg, Kjersti (red): *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir
annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget
- Forskningsetiske komiteer (2008): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap,
humaniora, juss og teologi*. Oslo: Forskningsetiske komiteer
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2004): Sosial- og helsedepartementet
- Forskrift om individuelle planer (2007): Sosial- og helsedepartementet
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2003): Sosial- og
helsedepartementet
- Forskrift om pasientjournal (2002): Sosial- og helsedepartementet
- Fossåskaret, Erik, Fuglestad, Otto Lauritz og Aase, Tor Halfdan (1997): *Metodisk feltarbeid*.

- Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget: Oslo
- Geertz, Clifford (1973): *The interpretation of Cultures*, New York: Basic Books Inc, Publishers
- Grue, Lars (2004): *Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Akribe.
- Habermas, J. : *The theory of communicative action, Vol 1: Reason and the rationalization of society*. English. London: Heinemann Educational Books Ltd 1984
- Helsedirektoratet (2010a): *Individuell Plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan*
- Helsedirektoratet (2010b): *Retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *Oppdragsdokumentet 2010 Helse Nord RHF*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010): <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen.html>, 29.april 2010 kl 14.00
- Hydén, Lars Christer, Nilholm, Claes & Karlsson, Kristina (2003): När olikhet blir problem: handikappforskning, kontext och social interaktion. I: *Socialvetenskapelig tidsskrift*. Nr 4
- Hylland Eriksen, Thomas og Breivik, Jan Kåre (2006): *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar (2004): *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv* i Repstad, Pål (red.) (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Universitetsforlaget: Oslo
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne, Kristoffersen, Line (2007): *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utgave, 2. opplag. Oslo: Abstrakt forlag
- Knudsen, Harald (2004): *Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser* i Repstad, Pål (red.) 2004; *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Universitetsforlaget: Oslo
- Krogstad U.,(2006): *System-continuity in hospitals – a cultural matter*. Doktorgradsavhandling. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo
- Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per (2006): *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Law, John (2004): *After Method. Mess in social science research*. Routledge
- Lie, Ivar (1996): *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lingås, L. G. (2008): *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Molander, Anders og Terum, Lars Inge (2008): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normann Trine, Sandvin, Johans Tveit og Thommesen, Hanne (2003): *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.
- NOU 2000:22: *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*
- NOU 2001:22: *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*
- Repstad, Pål (red) (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Seale, Clive (ed.) (2004): *Researching Society and Culture*, London: Sage Publications
- Sennett, Richard (2003): *Respekt i en verden af ulighed*. Højbjerg: Hovudland
- Silvermann, David (2006): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage publications
- Stamsø, Mary Ann (red) (2005): *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stortingsmelding nr 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet
- Stortingsmelding nr 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingsproposisjon nr 1 (2007-2008): *For budsjettåret 2008*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse*. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget: Bergen
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Weber, M. (1983): *Forståelsessosiologiens gründer*. Oversetting Agnete Lindqvist. Økonomi og samfunn. Argos: Lund

Informasjon og samtykkeerklæring til informanter til masteravhandlingen:

Hvordan kommuniserer lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten i oppstarten av en rehabiliteringsprosess?

Dette er en forespørsel om deltakelse i en kvalitativ studie av kommunikasjonen mellom lokalsykehus og kommunehelsetjenestene i oppstarten av rehabiliteringsprosesser. Bakgrunnen for forskningsspørsmålet er at det i tidligere møter mellom sykehus og kommuner har kommet frem at kommunikasjon er en stor samarbeidsmessig utfordring. Formålet med min undersøkelse er økt forståelse for hva utfordringene innebærer.

Studiet skal gi grunnlag for en masteravhandling i rehabilitering ved Høgskolen i Bodø, og gjennomføres av ergoterapeut Trude Hartviksen. Jeg er ansatt som leder ved enhet for Fysioterapi, Mestring og ReHabilitering ved Nordlandssykehuset Lofoten. Studiet vil bli gjennomført ved ulike sengeposter på dette lokalsykehuset, samt i kommunehelsetjenesten i lokalsykehusområdet. Informantene som forespørres om deltakelse er alle enhetsledere.

Sier du deg villig til å være min informant vil dette for enhetsledere på sykehus innebære at jeg følger deg noen arbeidsdager (opp mot en uke), og deltar i ditt daglige arbeid. Dette kalles deltakende observasjon. Videre vil det innebære at jeg etter nærmere avtale gjennomfører et dybdeintervju med hver enkelt på omtrent en time. For ansatte i kommunehelsetjenesten vil deltakelse kunne innebære deltakende observasjon i møter med sykehuset, og eventuelt et dybdeintervju på omtrent en time. Det vil også kunne innebære at jeg gjennomfører deltakende observasjon i møter mellom sykehus og kommuner.

Under den deltakende observasjonen vil jeg ta notater underveis for dokumentasjon. Dybdeintervjuene vil bli tatt opp på bånd, og deretter skrevet ut. Alle båndopptak og personrelaterte opplysninger vil bli oppbevart konfidensielt, kun tilgjengelig for undertegnede. All personrelatert informasjon og alle båndopptak slettes etter godkjent masteravhandling, senest 15. november 2010. I masteravhandlingen vil all informasjon være anonymisert. Det vil si at det ikke vil være mulig for andre å kjenne igjen hvem som er observert eller intervjuet.

Det vil på et hvert tidspunkt være mulig å trekke seg fra undersøkelsen, uten å oppgi nærmere begrunnelse.

Vennlig hilsen

Trude Hartviksen
Ergoterapeut

Samtykkeerklæring:

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

Jeg ønsker å delta i prosjektet.

Underskrift og dato

Hvordan kommuniserer lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten i oppstarten av en rehabiliteringsprosess?

INTERVJUGUIDE:

Hva legger du i begrepet rehabilitering?

Hvem er rehabiliteringspasienten?

Har kommunen/sykehuset en koordinerende enhet for rehabilitering?

Hva er kommunikasjon for deg?

Hvilke mål har sykehuset/kommunen for samhandling og kommunikasjon med hverandre når det gjelder rehabiliteringspasienter?

Hvordan foregår denne kommunikasjonen?

Hvem kommuniserer med hverandre?

Hvilke prosedyrer eller retningslinjer foreligger på området?

Er det kommunen eller sykehuset som har hovedansvaret for kommunikasjonen?

Opplever du at informasjonen du får er tilstrekkelig for å kunne ivareta dine oppgaver i pasientens videre rehabiliteringsprosess?

Hvem bestemmer ved uenighet?

Hva snakkes ikke om?

Hvordan overholdes taushetsplikten i tverretatlig samarbeid?

Hvilken rolle har du selv i samarbeidet?

Hvilken rolle har den du kommuniserer med?

Har du tillit til sykehuset/kommunehelsetjenesten?

Hva kan du om individuell plan?

Hvordan brukes individuell plan på din arbeidsplass?