

Hvordan fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved etablering av DMS Inn – Trøndelag?

Av
Astrid Hynne Grut
Per Arne Olsen

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden Master of Knowledge and Innovation Management (Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse)
2010





SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR- /KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): Astrid Hynne Grut og Per Arne Olsen

Tittel: Hvordan fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved etablering av DMS Inn – Trøndelag?

Studieprogram: Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse, MKIL 2008 -2010

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 01.09.2010

Dato:

underskrift

underskrift

Forord

Denne avhandlingen danner avslutningen av vårt studium, Master i kunnskap og innovasjonsledelse. Studiet er et samarbeid mellom Copenhagen Business School (CBS), Danmarks pædagogiske universitetsskole, Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Studiet har som hensikt å utvikle reflekterte praktikere og utviklingsagenter. Grunntanken i studiet er at møtet mellom praksisfeltet og teoretisk kunnskap skal gi kandidatene anledning til å forholde seg kritisk refleksivt til problemer og løsninger, knyttet til forbedring av organisert virksomhet.

Arbeidet med avhandlingen har vist seg å være en krevende øvelse, med lange dager, oppturer og nedturer. Likevel – det er jo nettopp dette som har vært meningsfullt. Vi har delt kunnskap med hverandre, med vår veileder og våre lærere, og med ledere og deltakere fra praksisfeltet. Slik sett har vi ikke bare skrevet om kunnskapsutvikling, men også vært en del av denne. Kunnskapsutvikling har for oss vært en prosess med framskritt, tilbakefall, problemløsning og meningsutveksling.

Med dette som bakgrunn, vi vil benytte anledningen til å takke ansatte ved Søbstad Helsehus og DMS Stjørdal, samt våre informanter fra prosjektet DMS Inn-Trøndelag for informasjon de har bidratt med i vår datainnsamling. Både de involverte lederne og de ansatte som deltok i intervjuer og besvarelse av spørreskjema har vært meget behjelpelig og bidratt til en fyldig og innholdsrik datafangst.

Videre vil vi takke vår veileder, Harald Ness for fantastisk god oppfølging. Måten du har bidratt på, både med hensyn til korrigeringer og ikke minst motivering, har bidratt til at det endelige produktet nå foreligger.

Vi vil også takke våre arbeidsgivere og våre kolleger for en positiv holdning, og for sine bidrag til avhandlingen. Videre vil vi takke familien, og spesielt Inger Lise og Torbjørn som har vært til oppmuntring og vist stor tålmodighet med oss underveis i prosessen. Det har vært helt nødvendig for å få til denne avhandlingen.

Steinkjer, 30. august 2010

Astrid Hynne Grut

Per Arne Olsen

Sammendrag

Utgangspunktet for masteravhandlingen har vært å se på et samarbeidsprosjekt som omhandler etablering av et distriktsmedisinsk senter, DMS Inn-Trøndelag, og hvordan etableringen av DMS Inn-Trøndelag kan bidra til å fremme kunnskapsdeling mellom aktørene i prosjektet. Hvordan kan deltakerne i et slikt samarbeid utvikle arena for kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling? Hvilke muligheter finnes og hvilke erfaringer kan man finne fra lignende prosjekt? Ledelse av kunnskapsvirksomheter krever en annen ledelse enn tradisjonell ledelse som er opptatt av kontroll og styring. utfordringer knyttet til dette blir også belyst.

Problemstillingen i avhandlingen er utledet av dette og lyder som følger:

Hvordan fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved etablering av DMS Inn-Trøndelag?

Ut fra problemstillingen er det formulert fire forskningsspørsmål:

- Hvilke kunnskapsbegrep er fremtredende blant deltakerne i prosjektet?
- Hvilke samhandlingsformer (rom) må etableres mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å dele kunnskap – en forutsetning for kunnskapsdeling?
- Bruk av teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap.
- Ledelse av DMS Inn-Trøndelag som en kunnskapsvirksomhet.

Undersøkelsen har et komparativt design hvor det er gjort sammenligninger mellom to etablerte samarbeidsprosjekt, DMS Stjørdal og Søbstad Helsehus. Datafangsten fra undersøkelsene ble sammenlignet med tanke på å ta med seg gode praksiser fra det etablerte praksisfeltet inn i DMS Inn-Trøndelag.

Undersøkelsen har en triangulering, hvor vi har benyttet oss av kvalitativ og kvantitativ metode. I tillegg er sekundærdata benyttet som et supplement.

Funn i undersøkelsen viser et komplekst og sammensatt kunnskapsbegrep, men det strukturelle synet på kunnskap er mest fremtredende. Relasjoner mellom aktørene i prosjektet blir også tillagt stor vekt i undersøkelsen. Kurs, undervisning og møter har vært brukt i de etablerte enhetene, og dette er former for kunnskapsdeling som ansatte synes å ha god nytte av. Hospitering er en form for kunnskapsdeling som DMS Inn-Trøndelag planlegger å iverksette. Bruk av nettverk, ambulerende team og refleksjonsgrupper blir ansett som viktige tiltak, men det er ikke lagt konkrete planer for hvordan dette skal organiseres og

gjennomføres. Funn i undersøkelsen viser at teknologiske verktøy i form av elektroniske fagsystem mellom sykehusene og kommunene ikke kommuniserer med hverandre, noe informantene i undersøkelsen mener er uheldig. Telemedisin blir i liten grad benyttet i de etablerte enhetene, men DMS Inn-Trøndelag har lagt vekt på å iverksette bruk av dette i et samarbeid med sykehusene og deltakerkommunene. Når det gjelder ledelse av DMS Inn-Trøndelag legges det størst vekt på strukturer, prosedyrer og ytre rammer. Faktorer som angår organisasjonens indre liv får lavere score.

Det anbefales å etablere følgende samhandlingsformer (rom) tilknyttet DMS Inn-Trøndelag: Planlegge og iverksette kurs og undervisning, hospitering, møter og opplæring når pasienter skal utskrives til kommunen, bygge nettverk innen ledelse/fag og etablere bruk av refleksjonsgrupper. Ved bruk av ulike teknologiske verktøy anbefales å arbeide for felles tilknytning til Helsenett, ta i bruk telemedisin og etablere felles IKT løsninger. Dialogen mellom ansatte bør vektlegges selv om det innføres nye teknologiske systemer. Dialogen og samtalene danner grunnlag for nyskaping og utvikling. Innen ledelse av DMS Inn-Trøndelag anbefales å vektlegge flg: etablere gode strukturer, rutiner og avtaler, vise omsorg og tillit, bygge nettverk, la ansatte slippe til, vektlegge tverrfaglig deltakelse og ansvarliggjøre aktørene.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	4
Sammendrag	5
INNHALDSFORTEGNELSE	7
1.0 INNLEDNING	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Reformert og endringer innen offentlig forvaltning	12
1.3 Kunnskapssyn	13
1.4 Samhandlingsreformen	13
1.5 Helse Nord-Trøndelag	14
1.6 Helsekommune eller interkommunalt samarbeid	16
1.7 Etablerte avtaler og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	18
1.8 DMS Inn-Trøndelag	19
1.9 Tema for avhandlingen	21
1.10 Kort beskrivelse av forskningsfeltet	22
1.11 Våre roller	23
1.12 Problemstilling og forskningsspørsmål	24
1.13 Oppbygging av avhandlingen	25
2.0 TEORI	26
2.1 Hvilke kunnskapsbegrep er fremtredende blant deltakerne i prosjektet?	26
2.1.1 Hierarkisk perspektiv på kunnskap	26
2.1.2 Det strukturelle og prosessuelle perspektivet på kunnskap	28
2.1.3 Den tredje vei	29
2.1.4 Eksplisitt og taus kunnskap	30
2.1.5 Kompleksitet og kunnskap	32
2.2 Hvilke samhandlingsformer (rom) må etableres mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å dele kunnskap – en forutsetning for kunnskapsdeling?	35
2.2.1 Seci - modellen	35
2.2.2 Ba	37
2.2.3 Kunnskapsutvikling og ferdighetsutøvelse	38
2.2.4 Refleksjon i praksis	39
2.2.5 Den reflekterte praktiker	41
2.3 Bruk av ulike teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap	42
2.3.1 Kunnskapsrepresentasjoner	43
2.3.2 Samvirke mellom informasjon og kunnskap	43
2.3.3 Samvirke mellom eksplisitt og taus kunnskap	44
2.3.4 Bruk av IKT i helse og omsorgssektoren	45

2.4 Ledelse av DMS Inn-Trøndelag som kunnskapsvirksomhet	47
2.4.1 Intellektuell kapital.....	47
2.4.2 Kunnskapsledelse	49
2.4.3 Omsorg og tillit	49
2.4.4 Motstridende strategier for ledelse	50
2.4.5 Kunnskapshjelperne	51
3.0 METODE	53
3.1 Vitenskapsteoretisk og metodologisk ståsted.....	53
3.2 Metodevalg.....	56
3.3 Induktiv eller deduktiv metode	57
3.4 Ekstensiv eller intensiv metode.....	58
3.5 Nærhet og distanse	59
3.6 Valg av metode for datagenerering.	61
3.7 Triangulering.....	62
3.8 Spørreskjemaundersøkelse	63
3.9 Intervju	64
3.10 Dokumentundersøkelser/- studier	66
3.11 Verifisering.....	67
3.12 Forskningsetikk	67
4.0 BESKRIVELSE AV STUDIENS EMPIRISKE FELT	69
4.1 Søbstad Helsehus og DMS Stjørdal	69
4.2 DMS Inn-Trøndelag	70
4.3 Relevante data fra sekundærkilder	72
5.0 DATAFREMSTILLING OG ANALYSE	73
5.1 Grunnlagsdata fra spørreskjemaundersøkelsen.....	73
5.2 Forskningsspørsmål 1.....	74
5.3 Forskningsspørsmål 2.....	81
5.4 Forskningsspørsmål 3.....	92
5.5 Forskningsspørsmål 4.....	100
5.6 Oppsummering av funn	106
5.7 Undersøkelsens gyldighet	107
6.0 AVSLUTNING	109
6.1 Anbefalinger.....	109
6.1.1 Forskningsspørsmål 1.....	109
6.1.2 Forskningsspørsmål 2.....	109
6.1.3 Forskningsspørsmål 3.....	110
6.1.4 Forskningsspørsmål 4.....	112

6.2 Svar på problemstillingen.....	114
6.3 Refleksjon over læring	116
6.4 Nye spørsmål og videre forskning	117
Litteraturliste	119
Liste over tabeller.....	122
Liste over figurer.....	123
Liste over appendiks.....	123

1.0 INNLEDNING

Offentlige virksomheter som sykehus og pleie- og omsorgstjenester i kommunene har til enhver tid behov for å tenke nye løsninger. Nye krav til behandling og pleie fører til nye krav til kunnskap og kunnskapsutvikling slik at tjenestetilbudet blir ivaretatt i takt med behovene og kravene innbyggerne har. Kommunene skal i langt større grad enn tidligere ta ansvar for oppgaver som krever høy faglig kompetanse, og de må finne løsninger for å imøtekomme fremtidens krav. Nye juridiske og økonomiske rammevilkår fører til at aktiviteten i tjenestetilbudet endres, og aktiviteten i virksomheten skal reduseres eller brukes på andre måter. Det kan være for lite tilgang på ønsket kompetanse, med den følge at virksomheten må se på hvordan kunnskapsressursene benyttes optimalt. Slike ytre forhold er grunnleggende for hvordan virksomheten skal bygge opp kunnskap og utvikle organisasjonen.

I denne avhandlingen sees det på kunnskapsutvikling innen helse og omsorgssektoren, med fokus på kommunenes rolle i fremtiden. Vi vil ta utgangspunkt i Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47, 2008 – 2009, som omtales som den nye kommunehelsereformen.

I avhandlingen belyses ulike sider ved kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Gjennom et interkommunalt samarbeid med Helse Midt – Norge (HMN) og Helse Nord Trøndelag (HNT) ble det i 2008 og 2009 planlagt å etablere et distriktsmedisinsk senter (DMS)¹ i midtre del av Nord Trøndelag, kalt DMS Inn-Trøndelag. DMS Inn-Trøndelag er et prosjekt som har fulgt målene i Samhandlingsreformen, og prosjektorganisasjonen har vært en pådriver parallelt med utarbeidelsen av Samhandlingsreformen. I denne avhandling undersøkes hvordan DMS Inn-Trøndelag kan sette fokus på kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling, og hvordan kan et DMS være med å bidra til å øke kunnskapen blant ansatte i de kommunene som deltar.

1.1 Bakgrunn

Et sentralt mål for helsetjenestene i Norge er å sikre at alle, uavhengig av sosial bakgrunn og bosted har samme tilgang til gode helsetjenester. I dette ligger det at helsetjenestene skal være effektive og av god kvalitet. For at pasientene skal oppleve dette trenger man god og effektiv samhandling mellom sykehus (spesialisthelsetjenesten) og kommunale helsetjenester. Dagens

¹ Betegnelsen DMS (Distriktsmedisinsk senter) ble introdusert i en rapport utarbeidet av en intern arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet i oktober 2002. I ettertid er ikke DMS blitt en benevnelse med et klart definert innhold med tanke på hvilke medisinske tjenester som ytes. Det brukes om ulike organisatoriske modeller og løsninger der fellesnevner er at de inneholder spesialisthelsetjenester som ytes desentralisert, samlokalisert med kommunale helsetjenester. Kilde: <http://www.mylder.no/super/?query=intermediærenhet>

og fremtidens hovedutfordringer innenfor helsesektoren er knyttet både til et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv, og bedre samhandling vil være helsesektorens viktigste satsningsområde framover (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009).

I juni 2009 presenterte daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47, 2008 – 2009. Meldingen ble politisk behandlet høsten 2009 og våren 2010, og ble vedtatt i Stortinget 27.04.10.

Myndighetene i Norge vil gjennom å oppnå målene i Samhandlingsreformen være bedre rustet til å møte de fremtidlige utfordringer som kommer. Demografiske tall tilsier at det blir flere eldre og flere mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, og det er kostnadskrevende å ha pasienter liggende i sykehus for lenge.

Samhandlingsreformen blir presentert som en gedigen kommunehelsereform, og utfordrer dagens kommunepolitikere til å tenke nytt sammen med nabokommunene.

Reformen handler ikke bare om samarbeid mellom kommuner, men også om kunnskapsutvikling.

I løpet av 2008 - 2009 var store deler av helsesektoren i Norge engasjert i spørsmål vedrørende innholdet i Samhandlingsreformen. Daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen holdt stort trykk på behovet for å tenke nytt innenfor helsesektoren med fokus på forebygging istedenfor behandling. Etter at meldingen ble lagt fram, har den politiske oppmerksomheten omkring Stortingsmeldingen blitt dempet, og debatten i det offentlige rom har vært lite fremtredende. Hva skyldes dette? Er kompleksiteten i reformen slik at det blir vanskelig å ta politiske beslutninger? Innholdet i reformen berører struktur, økonomi og ulike profesjoner, og utfordrer mange virksomheter på mange nivå.

Det som har fått oppmerksomhet i media den siste tiden er debatten om innholdet og plassering av lokalsykehus. Journalist i kommunal rapport Tone Holmquist beskriver den 25. mars 2010: "Samhandlingsreformen vil gi mulighet for mange politiske slag og et av dem er kampen om sykehusstrukturen, et annet er definisjonen av begrepet lokalsykehus." Helse Midt Norge (HMN) arbeider i 2010 med strategiprogrammet "Strategi 2020" hvor mange slike forhold blir løftet frem. "Strategi 2020" førte til mange heftige debatter våren 2010, som viser at makt, posisjoner og politikk har stor innflytelse. Vi oppfatter at Samhandlingsreformen har skapt et behov for politiske verdivalg, og reformen vil føre til utfordringer ift. å endre på etablerte strukturer, lovverk, kulturer og relasjoner mellom mennesker.

1.2 Reformers og endringer innen offentlig forvaltning

Helt siden forvaltningen ble opprettet i Norge har den vært under utvikling og omorganisering. Tempoet i dette endrings- og reformarbeidet har økt i de siste ti-årene. Teoretisk er det forskjeller i forståelsen av begrepene reformer og organisasjonsendringer. Organisasjonsendringer er aktiviteter som foregår i organisasjoner gjennom kontinuerlig og rutinepregede prosesser, som regel med små endringer, men kan av og til skje ved stor og hastig omorganisering alt etter problemets art. Christensen, Lægroid, Roness, Røvik (2009) beskriver reformer som aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å forandre strukturelle og kulturelle trekk ved organisasjoner.

Det kan være betimelig å spørre om hva som skaper reformer, hvorfor oppstår nettopp disse og hvorfor oppstår de på det gitte tidspunkt?

Klausen (2005) hevder det er fem hypotetiske forklaringer på dette. Den første er en funksjonell forklaring som begrunner nye reformer i at det er nye problem som krever andre tilnærminger enn dem som benyttes i dag. Den andre er politisk/ideologisk, som begrunnes i endringer i politiske koalisjoner som skal gjennomføre sin politikk. Den tredje forklarer reformer som en symbolsk tilpasning til framherskende normer. Den fjerde ser på reformer som funksjon av egennytte og interesser hos sentrale interessenter, eks embetsmenn. Den femte og siste forklaringen bygger på at reformer har sin egen utviklingsdynamikk, reform avler reform.

Utgangspunktet for de ulike reform- og endringstiltak i offentlig forvaltning er i følge Klausen (2005) en klassisk kritikk av det offentlige for å være byråkratisk og lite effektiv. Det benyttes en sammenligning på organiseringen i privat sektor opp mot offentlig sektor med fokus på effektivitet og økonomi.

New Public Management (NPM) er i følge Klausen (2005) et vidt begrep som benyttes for å beskrive ulike reformer innefor offentlig forvaltning siden 1980 tallet. Utgangspunktet for NPM er en tro på at mer markedsorientering i offentlig sektor vil føre til mer kostnadseffektive tjenester. Dagens sykehus og kommuner er påvirket av denne tenkningen. Som eksempel kan vi vise til bruk av stykkprisfinansiering i sykehus, KOSTRA² og IPLOS³

²KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RApportering) er et rapporteringssystem for norske kommuner og brukes på nasjonalt nivå. Systemet benyttes for å rapportere informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder i hver enkelt kommune. Denne informasjonen sendes så til Statistisk sentralbyrå (SSB). Kilde: <http://no.wikipedia.org/wiki/KOSTRA>

³Iplos er forkortelse for individbasert pleie og omsorgsstatistikk. Det er et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Kilde: http://www.helsedirektoratet.no/iplos/om_iplos_17710

registreringer. Det er et klart mål at det skal behandles flere pasienter for mindre penger, og desentralisering av sykehustjenester til et DMS er et middel for å oppnå dette.

1.3 Kunnskapssyn

I denne avhandlingen er det kunnskapsperspektivet i helsesektoren som er tema. Det vil senere i avhandlingen belyses ulike kunnskapsbegrep, men her vil det kort beskrives hvilke kunnskapssyn som er fremtredende fra styrende myndigheter når Samhandlingsreformen presenteres. Samhandlingsreformen er vedtatt i Stortinget, og sykehusene og kommunene skal nå forholde seg til dette som et rammeverk innen struktur, organisering, lovverk og økonomi. Det kan synes som at departement og direktorat utarbeider reformer som har et rasjonelt syn på kunnskap. Når innholdet i meldingen skal iverksettes i kommuneforvaltningen vil kunnskapsbegrepet få et mer sammensatt bilde (jfr. kap. 2.1).

1.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til riktig tid (Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) er en forvaltningsreform som skal svare på voksende samhandlingsutfordringer i dagens helse-Norge. De voksende samhandlingsutfordringene knyttes til økning i antall eldre, økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer samt feil i innskrivings- og utskrivings-situasjonen. Samhandlingsreformen redegjør for en rekke strukturelle og prosessuelle grep som skal føre til

- helsetjenester som er bedre koordinerte og mindre fragmenterte
- styrket forebyggingsarbeid
- mer effektiv drift av helse- og omsorgstjenestene slik at tjenestetilbud kan opprettholdes til tross for demografisk utvikling og endret sykdomsbilde.

Reformens hovedidé er at det over tid må utvikles vesentlig bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører. Forbedringen skal skje gjennom flere tiltak som regjeringen foreslår, fra bedre oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og virksomhetstyper, endret finansieringssystem som gir aktørene insitamenter som bedre

samsvarer med helse- og omsorgspolitikkenes målsettinger, bedre nasjonal infrastruktur for IKT⁴ med videre (St. meld. 47:145).

Samhandlingsreformen skal sikre at kompetansebehovene i kommunehelsetjenesten ivaretas og fanges opp på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Reformen fester seg ved kommunenes rolle i fremtiden, og at veksten i behov for helsetjenester vil i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene. På hvilken måte kan kommunene få tilført kompetanse slik at de kan ivareta flere og mer komplekse oppgaver enn i dag? Kan opprettelsen av DMS bidra til kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten? Samhandlingsreformen beskriver dette som et virkemiddel for kunnskapsutvikling i kommunene. Det ligger utfordringer for at man skal lykkes med dette, ut fra at det vil innebære nye måter å tenke og handle på. Erfaringer tilsier at det er mange forutsetninger som må på plass for at kunnskap og erfaringer skal deles og gjøres felles for nye medarbeidere.

1.5 Helse Nord-Trøndelag

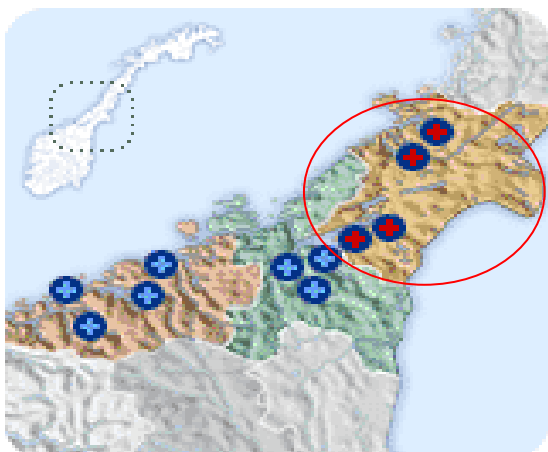
Avhandlingen omhandler hvordan kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling bør skje mellom Helse-Nord-Trøndelag (HNT)⁵ og DMS Inn-Trøndelag. HNT er en del av det regionale foretaket, Helse Midt-Norge RHF (HMN)⁶, men er et selvstendig foretak med en administrerende direktør som rapporterer til foretakets styre. Foretakets virksomhet foregår hovedsaklig ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. I tillegg kommer Distriktpsikiatrisk Senter Kolvereid og Distriktpsikiatrisk senter Stjørdal, samt noe desentralisert virksomhet.

HNT sine hovedoppgaver er å gi pasientbehandling, drive forskning, undervise helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende. Basisansvarsområde for HNT er kommunene i Nord-Trøndelag og dekker en befolkning på ca. 148 000 innbyggere. De kommunene som deltar i DMS Inn-Trøndelag omfatter om lag 33 000 innbyggere. Dette er på samme nivå som Samhandlingsreformen hevder er et gunstig befolkningsgrunnlag for å etablere helsekommuner, dvs. et interkommunalt samarbeid innen helseområde.

⁴ Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et begrep som omfatter teknologi for innsamling, lagring, behandling, overføring og presentasjon av informasjon. Kilde: http://no.wikipedia.org/wiki/Informasjons_og_kommunikasjonsteknologi

⁵ Helse Nord-Trøndelag er en del av Helse Midt-Norge, og tilbyr behandling ved sykehus i Levanger og Namsos, samt distriktpsikiatrisk senter på Kolvereid og Stjørdal.

⁶ Regionalt helseforetak for Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og i Møre og Romsdal.



Figur 1: Kart over HMN sitt ansvarsområde, med HNT innfelt. Institusjonene i HNT er avmerket med røde kors.
Kilde: www.hnt.no

HMN, som HNT er en del av, har i 2010 hatt en stor satsing på strategiarbeidet ”Strategi 2020.” Dette prosjektet skal spesielt legge vekt på helsetilbudet i et samfunnsperspektiv, og skal se på det akuttmedisinske tilbudet, overordnet institusjonsstruktur, forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern/rus, og fremtidig kompetanse. ”Strategi 2020” har skapt mange diskusjoner og kamper i befolkningen og mellom ansatte i sykehusene i Midt-Norge. Det er ikke lett å finne frem til løsninger for organisering og drift av helstjenestene for innbyggerne for fremtiden, fordi dette vekker mange følelser og profesjonsinteresser. Det blir kamp om posisjoner og jobber, og det har til tider vært en intens kamp mot sentralisering til St. Olav Hospital i Trondheim. Lokalsykehusenes posisjon blir utfordret, og for HNT er det et komplisert spill mellom sykehuset Namsos og sykehuset Levanger. I løpet av våren 2010 var det mange saker i media som omhandlet trusler om nedlegging av avdelinger og plasseringer av ulike funksjoner. Sett fra et hyperrasjonelt perspektiv kunne det ha vært mest hensiktmessig med ett sykehus i Nord-Trøndelag, plassert midt i fylket. Da ville man ha samlet kompetansen og bygd opp en samlet og sterk sykehusorganisasjon. Selv om et slikt alternativ kan være hensiktmessig, er det ikke aktuelt for Nord-Trøndelag i dag. Historien bak de sykehusene som er etablert har lange tradisjoner, og aktørene i dagens to sykehus er sterke. Relasjonelle bånd, tilhørighet, arbeidsplasser, bosetting og politiske forhold kommer tydelig frem i debatter og diskusjoner. Slike dimensjoner vil innvirke på beslutningprosessen og for videre utvikling av sykehusene.

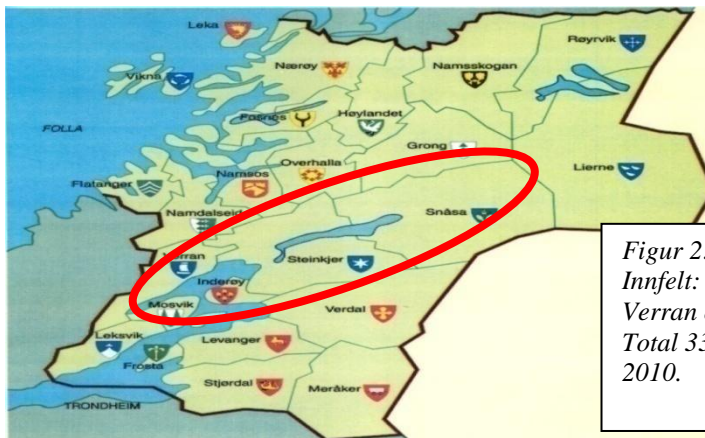
Det er en sammenheng mellom Samhandlingsreformen og ”Strategi 2020”. De bygger på det samme utfordringsbildet, og ”Strategi 2020” har hovedfokus på spesialisthelsetjenestens utvikling for fremtiden. KS⁷ er en viktig referansegruppe, og HMN registrerer at kommunene er i ferd med å gruppere seg gjennom interkommunale samarbeidsallianser. I våre posisjoner fra kommunal sektor støtter vi oss til argumentasjonen om at HMN i lys av ”Strategi 2020”

⁷ Kommunens sentralforbund

setter premissene for utviklingen. Kommunene kommer bakpå, og faren er at oppgavene tilføres kommunene uten at kommunene har ressurser, kompetanse eller samhandlingsystem som er gode nok til å ivareta de nye oppgavene godt nok. Blant annet er fastlegenes rolle i kommunene av stor betydning for hvordan pasientene blir ivaretatt i kommunene. Det er grunnleggende at sykehusene og kommunene har fokus på pasientforløpet i sin helhet, og kvalitetssikrer at pasienten får kvalitative gode tjenester uansett hvor han/hun får tjenestene fra. Dette er spesielt viktig i overgangene i utvikling av nye ordninger. Erfaring tilsier at kommunene ikke klarer å bygge opp og endre sine driftformer i takt med at sykehusene trapper ned, eks. redusert liggetid i sykehusene fører til flere oppgaver i kommunene.

1.6 Helsekommune eller interkommunalt samarbeid

Samhandlingsreformen legger vekt på behov for kommunesamarbeid om ulike oppgaver, men reformen legger ikke noen lovreguleringer på hvordan, eller noen føringer på hvordan dette samarbeidet skal skje. Mange av kommunene i Norge er små, og det er en utfordring å etablere nok kunnskap i egen kommune på ulike områder. I Samhandlingsreformen nevnes begrepet helsekommuner, og mange har fryktet at Samhandlingsreformen er første steg på veien til at flere kommuner ”tvinges” til å slå seg sammen. Dette kan ha ført til en nedtoning av helsekommunebegrepet.



Figur 2: Nord-Trøndelag fylke.
Innfelt: INVEST kommunene Inderøy,
Verran og Steinkjer + Snåsa og Mosvik.
Total 33 549 innbyggere pr. januar
2010.

Ulike former for interkommunalt samarbeid er etablert mellom kommuner i Norge. INVEST⁸ ble etablert med bakgrunn i den økonomiske situasjonen i kommunene Inderøy, Verran og

⁸ Samarbeidsprosjektet mellom kommunene **Inderøy**, **Verran** og **Steinkjer**.

Kilde: <http://www.steinkjer.kommune.no/invest-samarbeidet-mellom-inderoy-verran-og-steinkjer.433352-74164.html>

Steinkjer. Det er økonomisk krevende å opprettholde pålagte kommunale tjenester. Dette ble særlig fremtredende i de små kommunene, men også Steinkjer var økonomisk ”presset”. De administrative ledere i INVEST- kommunene kom sammen i ulike treffpunkt (nettverk for rådmenn, KS samlinger etc). Kommunene hadde felles utfordringer på flere områder. INVEST ble realisert relativt kort tid etter at forslaget ble fremmet. Gjennomføringskraften kan nok ha sin forklaring i at rådmennene hadde etablert samarbeid og knyttet relasjoner over tid.

I prosjektet DMS Inn-Trøndelag var det INVEST som tok initiativ til å søke helseforetaket om et samarbeid. Samarbeidet utredet muligheter for felles oppgaveløsning på administrativt og operativt nivå. I arbeidet med DMS Inn-Trøndelag ble også kommunene Snåsa og Mosvik knyttet til prosjektet. Dette fordi Snåsa har et legevaktsamarbeid med Steinkjer, og Mosvik vil i større grad knytte seg til Inderøy gjennom en kommunesammenslåing. Alle kommunene hadde tidligere etablert gode arenaer for samhandling, og aktørene i prosjektet har av den grunn gode relasjoner til hverandre. Lokalisering av DMS-Trøndelag ble tidlig avklart til Steinkjer kommune. Dette er et fortrinn i forhold til å skape enighet om den videre utviklingen av prosjektet. Man kan stille spørsmål om hvorfor det ikke har vært noen lokaliseringsdebatt om hvor DMS Inn-Trøndelag skulle plasseres. Et svar på dette kan være at hver enkelt kommune i INVEST har opplevd samarbeidet som fruktbart. Det er gjort en fordeling av flere kommunale tjenester. Felles økonomiavdeling skal lokaliseres i Inderøy fra 2011 og skattekontoret er lokalisert i Verran. Samarbeid på brannverntjenester og felles kommuneoverlege er organisert gjennom INVEST. Her har Steinkjer, som er den største kommunen, ”gitt” fra seg flere funksjoner. Dette har helt klart bidratt til at tilliten mellom kommunene har blitt styrket. Det kan være en årsak til at det ikke har vært noen lokaliseringsdebatt for DMS Inn-Trøndelag.

I 2009 besluttet politikerne i INVEST å ansette en felles kommuneoverlege i 100% stilling, hvor 20% av stillingen er knyttet til Verran, 20% til Inderøy og 60% til Steinkjer. Kommuneoverlegen har kontor i hver enkelt kommune som benyttes ift. stillingsprosent. Kommuneoverlegesamarbeidet ble satt i verk fra mars 2010.

Det er et interkommunalt legevaktsamarbeid på tvers av INVEST. Verran og Steinkjer kommune er i samarbeid med Snåsa kommune i arbeidet med legevakt, mens Inderøy kommune samarbeider med kommunene sørover, Verdal og Levanger kommune. Her har ikke

INVEST klart å samles seg om en felles løsning, men det har knyttet til Snåsa kommune inn i et samarbeid. Snåsa har gjort seg gode erfaringer i legevaktsamarbeidet, noe som har ført til at de har knyttet seg til og blitt en del av samarbeidet i DMS Inn-Trøndelag.

Det er også etablert et samarbeid med felles fagsystem innenfor pleie og omsorg, hvor det i dag benyttes fagsystemet Profil. Servere for ulike fagsystemer ligger i Steinkjer.

1.7 Etablerte avtaler og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Det finnes ulike samarbeidsorgan mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i Nord-Trøndelag også i dag. Etter det vi erfarer har samarbeidet mellom sykehusene og kommunene blitt mer aktualisert de siste årene, og det har blitt etablert flere typer forpliktende avtaler og samarbeid.

Basisavtalen

Det er etablert en basisavtale for samhandling mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i fylket (appendiks A). Avtalen skal fornyes fra 01.01.11. Avtalen er skriftlig utformet og er underskrevet av adm. direktør i Helse Nord Trøndelag og av rådmannen i den enkelte kommune. Basisavtalen har som mål å utvikle en effektiv samhandling mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag, og skal bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Avtalen gjelder alle omsorgsnivå og tjenesteområder. Som ledere i pleie og omsorgstjenesten er vi godt kjent med basisavtalen, og denne avtalen brukes daglig av både sykehusene og kommunene. Avtalen er utarbeidet i samarbeid mellom partene, og det meldes avvik når avtalen ikke blir fulgt opp.

Samarbeidsutvalget

Mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag etableres en løpende dialog gjennom Samarbeidsutvalget. Dette utvalget skal bidra til at HNT og kommunene i Nord-Trøndelag tilbyr pasienter og pårørende en samordnet og helhetlig helsetjeneste.

Samarbeidsutvalget omfatter 5 KS-oppnevnte administrative og helsefaglige representanter for kommunene og 5 representanter for Helse Nord-Trøndelag.

Arbeidsoppgavene er:

- å sørge for utveksling av informasjon og erfaringer om samarbeidet mellom tjenestenivåene
 - å utvikle en bedre gjensidig kunnskap om de utfordringer helsetjenesten står overfor
 - å bygge opp gode relasjoner mellom ansvarsnivåene i helseforetaket og kommunene
- Samarbeidsutvalget har ansvar for å arrangere en samhandlingskonferanse mellom helseforetaket og kommunene minst en gang årlig. Samhandlingskonferansen har vært en viktig arena hvor aktuelle spørsmål blir tatt opp, og deltakelsen på disse konferansene har vært stor fra både sykehus og kommuner.

Andre samarbeidsformer

Møter kan også gjennomføres kommunevis, interkommunalt, eller for bestemte tjenester/fagområder. For pleie og omsorgstjenestene og rehabiliteringstjenesten er det etablert fagnettverk mellom kommunene og sykehusene. Tema for disse nettverkene omhandler fag og samarbeid. Det er også et møtested hvor ansatte i sykehus og kommune treffes og blir kjent, og skaper relasjoner som legger godt grunnlag for kunnskapsdeling og nytenkning.

Helseforetaket har en egen avdeling som skal veilede, gi råd og støtte opp om forsknings- og utviklingsarbeid (FoU) med funksjoner både ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. I starten på 2010 ble det ansatt en kompetansekonsulent som har satt i gang et prosjekt mot kommunehelsetjenesten med mål om å kvalitetssikre sykepleieprosedyrer i sykehjem og hjemmesykepleie. I den tiden vi har arbeidet med denne avhandlingen, har dette prosjektet hatt god framdrift. Det gir et godt utgangspunkt for videre arbeid og utvikling på dette feltet.

1.8 DMS Inn-Trøndelag

I mai 2010 ble det fattet vedtak for oppstart av DMS Inn-Trøndelag, lokalisert til Steinkjer kommune. DMS Inn-Trøndelag er et samarbeid mellom Helse Midt Norge (Helse MN), Helse Nord-Trøndelag (Helse NT) og kommunene Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa og Mosvik.

Målsetting for DMS Inn-Trøndelag:

- å utforme en *helhetlig tiltakskjede* for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon
- å skape en faglig god *samhandlingsarena* med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- å oppnå en bedre *kostnadseffektivitet* for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig
- å gjennomføre et *modellforsøk* med et diskriksmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket

I DMS Inn-Trøndelag skal det etableres en intermediærenhet⁹, en etterbehandlingsenhet. Dette er en sengepost på 16 plasser som skal behandle pasientene til de er klar for overflytting til sin egen kommune. I tillegg etableres en dialyseenhet på 9 plasser, spesialpoliklinikker og røntgen.

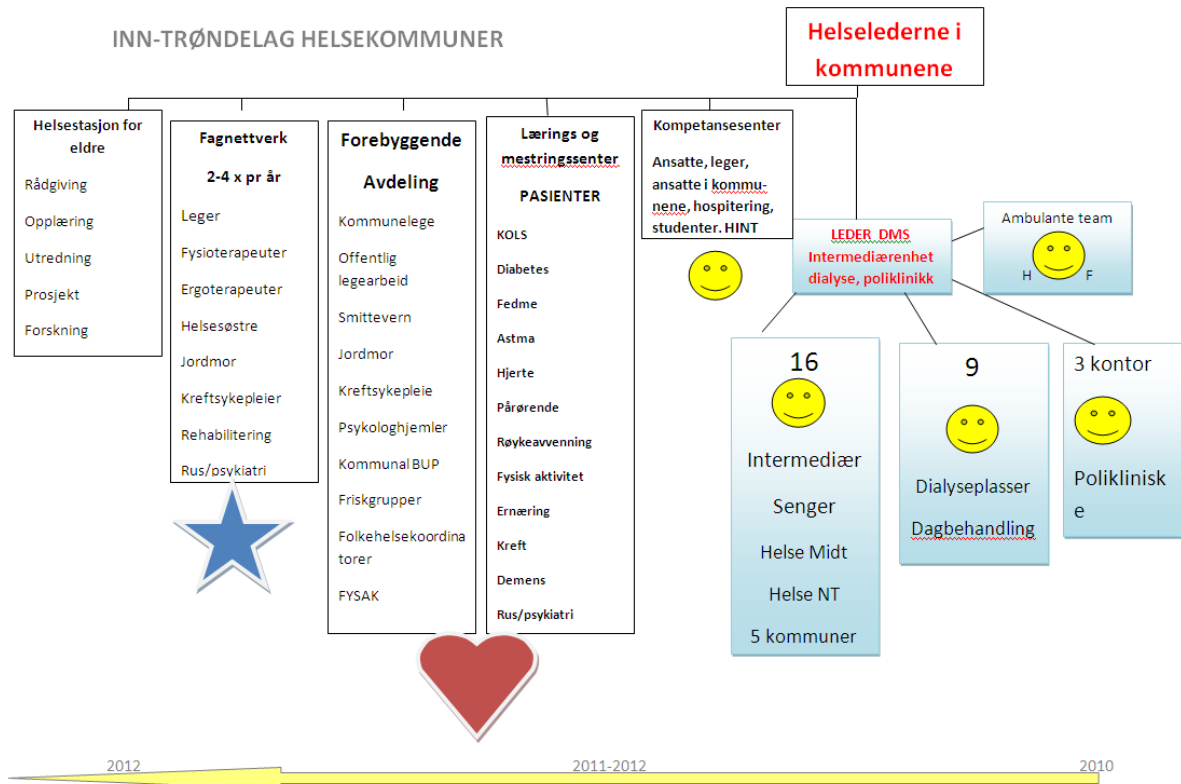
Et slikt senter har behov for kompetanse innen sykepleie, lege og fysio- og ergoterapi. Det vil være behov for adekvat utstyr og et DMS øker nærheten til kommunale tjenester som sykehjem, hjemmesykepleie og rehabilitering. Et DMS vil øke fokus på opplæring og oppdatering av kunnskap, og det vil etableres rutiner og systemer som skal ivareta kravet til kvalitet og kompetansekrav. En av hovedmålsettingene for prosjektet er å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det skal videre føre til at kommunene øker sin kompetanse til å kunne ivareta flere oppgaver i kommunal regi, slik at spesielt eldre får tjenester i nære og kjente omgivelser. Det skal unngå innleggelser av eldre med sammensatte behov, hvor reise og ukjente omgivelser i seg selv kan være en stor belastning.

En slik tjeneste vil kreve behov for økt faglig kompetanse innen medisin og sykepleie. Det vil være mange ansatte med god faglig og personlig erfaring som vil jobbe i DMS Inn-Trøndelag, med kompetanse både fra sykehus og kommune. DMS Inn-Trøndelag vil være et sted hvor kunnskap kan deles og utvikles til beste for pasientene. Det faglige miljøet som skapes rundt et slikt senter har som mål å gi ringvirkninger både for kommunene og sykehusene, og det vil være veldig spennende med tanke på kunnskapsutvikling, kreativitet og innovative løsninger for fremtidens helsetjenester både i sykehus og kommuner.

⁹ Samspill mellom kommune og sykehus. Ivaretar pasienter som sykehuset regner som utskrivningsklare, men som ikke er friske nok til å flytte hjem, og som heller ikke kan få det de trenger på et ordinært sykehjem. Kilde: www.ffotelemark.no

Planlagte funksjoner og tjenester

Prosjektet anbefales å legge opp til en faseinndeling av helsetjenester over tid i perioden 2010 til 2015. Så langt har prosjektet anbefalt følgende tjenester:



Her gjøres oppmerksom på retning tidsakse, samt at symbolbruken viser at ☺ er tjenester som man vil komme i gang med fra oppstarten, ♥ er hjertesaker som går på forebygging og læring/mestring.

Figur 3: Oversikt over planlagte tjenester i DMS Inn-Trøndelag

Kilde: Statusbeskrivelse for DMS Inn-Trøndelag (januar 2010).

Figurens høyre side, kolonner vist med smilefjes, er tjenestetilbudet som er planlagt å åpne fra januar 2011. Leder for sengepost, dialyse og poliklinikker er ansatt fra 1. april 2010 og er i gang med planlegging for igangsettelse. Utlysning av stillinger ble gjort i mai/juni 2010, med ansettelser august 2010. Venstre side av figuren beskriver fremtidsplaner som det knytter seg en del usikkerhet til når det gjelder oppstart og realisering. Flere av målsetningene i Samhandlingsreformen kan knyttes opp mot skissen i sin helhet (forebygging, læring og mestring, fagnettverk m.m).

1.9 Tema for avhandlingen

Tema for avhandlingen er hvordan kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan gjennomføres ved etablering av et distriktsmedisinsk senter,

DMS Inn-Trøndelag. Hvordan kan deltakerne i et slikt samarbeid utvikle arenaer for kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling med mål om å skape bedre helsetjenester for befolkningen?

Det vil være interessant å få vite hvilke forestillinger deltakerne i prosjektet har om kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser. Hvilke muligheter finnes og hvilke erfaringer kan man finne fra lignende prosjekt? Er det spesialisthelsetjenesten som besitter all kunnskap eller er det slik at kunnskapen sitter hos den som arbeider i kommunen? Og hvordan ser man for seg at kunnskapsutvikling skjer i dette samarbeidet? Dette er et komplekst sosialt felt hvor det ikke finnes en universell løsning eller ett svar.

I prosjektet DMS Inn-Trøndelag vil det være samarbeid på tvers av geografiske og organisatoriske grenser. Her ligger det utfordringer både i forhold til kunnskapsdeling og i det man kan benevne ”utviklingen av mellommenneskelige relasjoner”. Avhandlingen belyser hvordan ulike dataverktøy kan bidra til kunnskapsutvikling. I helsesektoren er det i de senere år tatt i bruk ulike dataverktøy som skal bidra til effektivisering og kvalitetsutvikling av tjenester og ressurser. Vår erfaring fra ulike helseinstitusjoner viser at det er inkompatible IKT systemer i kommunene og sykehusene. I hvilken grad påvirker det kunnskapsdelingen mellom aktørene i et DMS? Hvordan ser de ansatte på bruk av teknologi og i hvor stor grad dette blir utnyttet? Hvilke muligheter og begrensinger vil slike verktøy ha for kunnskapsdelingen mellom kommunene og sykehusene?

DMS Inn-Trøndelag er en kunnskapsvirksomhet, hvor ledelse av kunnskap vil være vesentlig. I siste delen av avhandlingen beskrives hvilken form for ledelse det vil være viktig å legge vekt på i en slik virksomhet. Ledelse av kunnskapsvirksomheter krever en type ledelse som legger vekt på å skape kunnskap, hvordan kan man frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning. Et annet spørsmål som kan være interessant å belyse er; hvor stor oppmerksomhet ledelse av kunnskap har fått så langt i prosjektet.

1.10 Kort beskrivelse av forskningsfeltet

Da vi startet arbeidet med avhandlingen våren 2009, ble det planlagt å gå inn i prosjektet med et aksjonsbasert forskningsdesign. Planene for prosjektet var at det skulle tre i kraft fra høsten 2009, men vedtak om oppstart ble utsatt flere ganger. Det endte med at vi sto uten det

empiriske feltet vi hadde tenkt, og etter ulike vurderinger landet vi på en komparativ¹⁰ metode.

I og med at oppstarten av DMS Inn-Trøndelag ble utsatt, oppsøkte vi to etablerte enheter som har lignende funksjoner som DMS Inn-Trøndelag. Vi tok kontakt med DMS Stjørdal og Sjøbstad Helsehus, intermediærenheten, i Trondheim. Begge disse virksomhetene har opparbeidet seg et godt omdømme og har vært brukt som eksempler på vellykkede prosjekter i arbeidet med Samhandlingsreformen. Sjøbstad Helsehus startet i 2003, mens DMS Stjørdal startet i 2007. Det var interessant å se om det var ulikheter i datafangsten fra disse enhetene ut fra at de har ulik fartstid. Har eksempelvis DMS Stjørdal andre måter å skape kunnskap på enn Sjøbstad Helsehus eller er det likheter? Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse for å se på hvilke praksiser disse to enhetene hadde.

Hvordan ser aktørene i DMS Inn-Trøndelag på kunnskap og kunnskapsutvikling? Det ble gjennomført en intervjuundersøkelse blant aktører i prosjektet DMS Inn-Trøndelag. Denne undersøkelsen ble gjennomført i delprosjektet ”Samhandling”, som har jobbet med samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene (jfr. kap. 4.2 s. 70).

Det empiriske feltet består av Sjøbstad Helsehus, DMS Stjørdal og prosjektorganisasjonen for DMS Inn-Trøndelag.

For å supplere datafangsten, har vi benyttet sekundærdata i form av ulike dokumenter som omhandler temaet. Som sekundærdata har vi benyttet Samhandlingsreformen, Fafo rapporten; ”Gull eller gråstein” fra 2007, og NOU rapporten; ”Fra stykkevis til helt” fra 2005. Videre er det anvendt informasjon fra rapporter og referat fra prosjektorganisasjonen DMS Inn-Trøndelag. Avisutklipp og rapporter fra fagblad er også anvendt.

1.11 Våre roller

Vi er i dag ansatt som ledere i to av INVEST - kommunene, Steinkjer og Inderøy kommune. En av oss er enhetsleder for sykehjem og en av oss er pleie- og omsorgsleder. Kommunene vi arbeider i er begge deltakere i prosjektet DMS Inn-Trøndelag og det er etablert et godt samarbeid mellom våre to kommuner i regi av INVEST samarbeidet.

¹⁰ Komparativ metode baserer seg på sammenligninger og analyser av likheter og forskjeller mellom observerende fenomener innen et definert analyseområde.

Vi har vår grunnutdanning fra henholdsvis 3 – årig sykepleie- og vernepleieutdanning, og har i løpet av flere år gjennomført videre- og etterutdanning innen veiledning, økonomi og ledelse. Vi har jobbet som ledere innen pleie og omsorgstjenestene i 10 og 20 år, og har gjennom denne praksisen fått mange erfaringer med å arbeide med mennesker, noe som er verdifullt for oss når vi arbeider med vår avhandling vedrørende deling og utvikling av kunnskap.

En av oss har deltatt i prosjektet med etableringen av DMS Inn-Trøndelag, gjennom å være med i prosjektgruppen som har jobbet med samhandling og kompetanse. Den andre av oss har ikke hatt noen rolle i prosjektet, og startet i stillingen som pleie- og omsorgsleder fra januar 2010. Dette tilsier at en av oss er nært tilknyttet feltet vi skal forske i, mens den andre av oss har en mer distanse til forskningsfeltet.

Som ledere i to av de kommunene som deltar i DMS Inn-Trøndelag vil vi kontinuerlig være i møter hvor tema omkring DMS er på agendaen. Vi kjenner derfor prosjektet godt, og vi vil være påvirket av den tilknytningen til prosjektet i vår forskning.

1.12 Problemstilling og forskningsspørsmål

Avhandlingen tar utgangspunkt i prosjektet DMS Inn-Trøndelag som skal etableres i Steinkjer. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten og fem kommuner. DMS Inn-Trøndelag vil være en læringsarena hvor partene vil utveksle kunnskap og hvor ny kunnskap utvikles.

Avhandlingen belyser hvilke kunnskapssyn ulike aktører i prosjektet har, fordi dette vil påvirke hvilke tilnærminger og organisering man vil få i et nytt DMS, med tanke på kunnskapsutvikling. Det vil være en suksessfaktor for prosjektet at kommunene som samarbeider utvikler arenaer for samhandling hvor kunnskapsutveksling kan foregå.

Dette danner grunnlaget for avhandlingens problemstilling:

Hvordan fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved etablering av DMS Inn – Trøndelag?

Det ble utformet følgende fire forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvilke kunnskapsbegrep er fremtredende blant deltakerne i prosjektet?

Forskningsspørsmål 2: Hvilke samhandlingsformer (rom) må etableres mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å dele kunnskap – en forutsetning for kunnskapsdeling?

Forskningsspørsmål 3: Bruk av teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap.

Forskningsspørsmål 4: Ledelse av DMS Inn – Trøndelag som en kunnskapsvirksomhet.

1.13 Oppbygging av avhandlingen

For å finne svar på vår problemstilling, vil vi i kapittel 2 presentere vår forutforståelse gjennom vårt teoretiske utgangspunkt. Det første vi tar for oss er ulike syn på kunnskap og kunnskapsutvikling. Vi beskriver teorier på ulike samhandlingsformer eller rom som kunnskap kan deles i, og hvordan teknologi og kunnskap kan sees i en sammenheng. Som avslutning på teorikapittelet beskrives ledelsesteorier som omhandler kunnskapsvirksomheter.

I kapittel 3 presenteres avhandlingens metodedel. Her begrunnes våre valg av metodisk tilnærming for å belyse problemstillingen.

I kapittel 4 beskrives det empiriske feltet, og i kapittel 5 analyseres og tolkes våre funn med utgangspunkt i den teorien som er presentert i kapittel 2.

I kapittel 6 presenteres anbefalinger og vi besvarer de fire forskningsspørsmålene og vår problemstilling. Til slutt gjør vi oss noen refleksjoner over arbeidsprosessen vi har vært igjennom, og gir uttrykk for noen tanker omkring veien videre.

2.0 TEORI

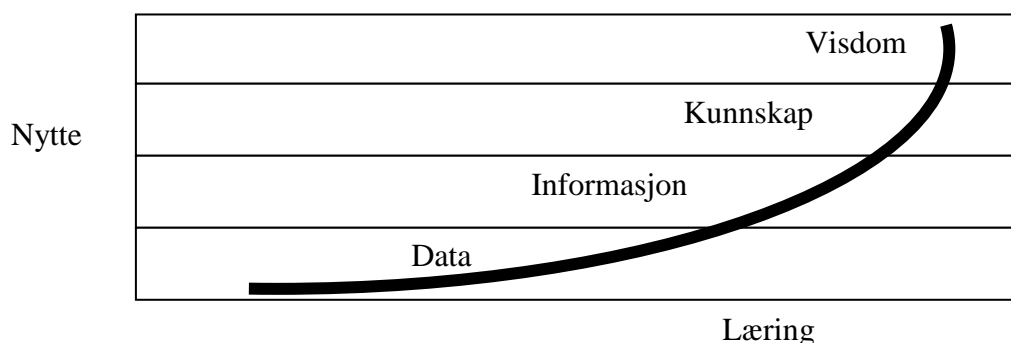
I dette kapitlet presenteres avhandlingens hovedteorier. Med det mener vi de teorier som sammen med tidligere forskning, vår kultur- og erfaringsbakgrunn er med og danner vår forforståelse. Vi har knyttet teoriene til våre fire forskningsspørsmål, men teoridelen har relevans for problemstillingen som helhet. Avhandlingen belyser ulike teoretiske tilnærminger som beskriver ulike kunnskapsbegreper og hvordan kunnskap kan deles og skapes, relatert til et nytt distriktsmedisinsk senter, DMS Inn-Trøndelag.

2.1 Hvilke kunnskapsbegrep er fremtredende blant deltakerne i prosjektet?

I forskningsspørsmål 1 undersøkes hvilke kunnskapsbegrep som er fremtredende blant deltakerne i prosjektet. Valg av teorier er basert på ulik tilnærming på kunnskapsbegrepet. Utdanning, kultur og sosial tilhørighet er eksempler på forhold som påvirker den enkeltes oppfatning av dette. I avhandlingen vektlegges betydningen av ulike kunnskapssyn i en kunnskapsvirksomhet. DMS Inn-Trøndelag skal ivareta en rekke ulike funksjoner og hvilke kunnskapsperspektiver er sentrale i en slik virksomhet? Er det slik at man kan anta at kunnskap er rasjonell? Avhandlingen vil på bakgrunn av dette belyse teorier som beskriver ulike kunnskapsbegrep som er viktig blant deltakerne i det feltet vi har forsket i.

2.1.1 Hierarkisk perspektiv på kunnskap

Data er bokstaver og tall uten videre mening. Hvis disse settes inn i en sammenheng som gir mening kalles det informasjon. Data er altså ubehandlet informasjon og gir ikke mening alene. Informasjon kan bli til kunnskap når det kombineres med erfaring, settes i sammenheng, bearbeides, tolkes og reflekteres over. Det betyr at det kreves menneskelig aktivitet for å bearbeide informasjon til kunnskap. Denne kunnskapen kan i neste omgang bli til informasjon igjen når den blir artikulert til andre. Slik er informasjon en eksplisitt representasjon av kunnskap, ikke kunnskap i seg selv (Gotvassli 2007). Von Krogh, Ichijo og Nonaka (2005) sier at dannning av kunnskap krever menneskelig bearbeiding og kommer fram som en svært vanlig oppfatning av kunnskap som berettiget og sann overbevisning.



Figur 4: Det hierarkiske perspektivet på kunnskap.

Kilde: Gottschalk (2004:25)

Gottschalk (2004) hevder at kunnskap ikke kan eksistere utenfor hodene til medarbeiderne i en bedrift. Når kunnskapen blir delt med andre, blir den til informasjon igjen. Informasjon kan bli til kunnskap og kunnskap kan bli til informasjon. Det kognitive mennesket prosesserer informasjon ved å bearbeide inntrykk og sammenligne med erfaringsgrunnlag i langtidshukommelsen. Visdom/klokskap er kunnskap koblet til læring, innsikt og dømmekraft. Kunnskap til å handle effektivt benevnes som ”visdom”.

Kurven i figuren synliggjør at verdien eller nytten av data, informasjon, kunnskap og visdom øker med læring. Visdom er det mest verdifulle. Intelligent atferd styrt av verdier og engasjement er basert på visdom.

Irgens (2007) viser til Gottschalk og sier at det er en sammenheng mellom kompleksiteten i oppgaven som skal utføres, og kravet til innholdet i den ansattes kompetanse - underforstått de forskjellige kravene til kjennskapet til data, informasjon, kunnskap og visdom. Han viser til at en nytilsatt som måtte ”flomme over” av kunnskap, ikke trenger å være nyttig for en virksomhet. Denne nytilsatte kan mangle evnen til å bruke denne kunnskapen i praksis, i den kontekst arbeidet skal foregå i. Han har ikke riktig eller nok visdom rundt sin kunnskap.

I følge von Krogh m.fl.(2005) er det ulike karakteristikk på kunnskap som er sentrale innenfor forskningen på området. For det første så er kunnskap en ”rettferdiggjort sann oppfatning”, kanskje bedre kjent på engelsk som ”*justified true belief*”, utledet fra Platons Theatetetus (Newell, Robertson, Scarbrough og Swan 2002). Med dette utsagnet menes det at kunnskap tar form av en forståelse eller oppfatning hos individet, hvis sannhet rettferdiggjøres gjennom individets observasjon av verden rundt seg.

Videre hevder von Krogh m.fl. (2005) at kunnskap kan være både taus og eksplisitt. Den eksplisitte kunnskapen er skrevet ned på papir eller formulert i setninger, mens den tause kunnskapen i større grad vil være knyttet til sanser, ferdigheter, kroppsbeherskelse og intuisjon. Å erkjenne verdien i taus kunnskap og utvikle ideer om hvordan den kan utnyttes er viktig for kunnskapsbaserte organisasjoner.

2.1.2 Det strukturelle og prosessuelle perspektivet på kunnskap

Kompetanse består av komponentene kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger (Bache i Nordhaug 2006). Komponentene er tett sammenvevd og representerer helheten i en persons kompetanse. Nonaka og Takeuchi (1995) fokuserer også på disse elementene, men knytter det til kunnskapsbegrepet, og da kunnskapsutvikling ("knowledge creation"). Kunnskapsutvikling betraktes da både som individuell og organisatorisk atferd, der det på overordnet nivå skilles mellom kunnskap som produkt og prosess – **det strukturelle og det prosessuelle perspektiv**. Newell m.fl. (2002) illustrerer hovedskillene mellom det strukturelle og det prosessuelle perspektivet, som en illustrasjon på ulike syn på kunnskap og kunnskapsprosesser.

Strukturelt perspektiv	Prosessuelt perspektiv
Kunnskap er tydelig kognitivt basert i sin eksistens som folk og organisasjoner besitter	Kunnskap har sine røtter i praksis, aksjon og sosiale forbindelser
Kunnskap er objektiv og statisk	Kunnskap er dynamisk- kunnskapsprosessen er like viktig som kunnskap
Kunnskap eksisterer på individuelt og kollektivt nivå	Kunnskap eksisterer gjennom samspillet mellom individuelt og kollektive nivå
Ulike typer kunnskap dominerer i ulike typer organisasjoner	Organisasjoner vil være karakterisert av ulike type kunnskap og praksis av kunnskap
Kunnskap er skapt via spesifikke sosiale prosesser	Kunnskap oppstår via sosiale prosesser

Tabell 1: Sammenligning av strukturert og prosessuelt perspektiv. Bearbeidet etter Newell m.fl. (2002:8)

I det **strukturelle perspektivet** betraktes kunnskap som enkeltindividet og organisasjonen besitter som en beholdning. Kunnskapen kan uttrykkes, identifiseres og deles med omverdenen. Dette perspektivet representerer et kognitivt læringssyn, der kunnskap er eksplisitt og kodifiserbar (Newell m.fl. 2002). Kunnskapsforståelsen springer ut fra vår vestlige rasjonelle forståelseskultur hvor vi skiller mellom teori – praksis, subjekt – objekt, tanke – handling og følelser – kropp. Kunnskap tilegnes gjennom systemer og prosedyrer. Knowledge management har i denne sammenheng som mål å sørge for system slik at kunnskap kan overføres til andre.

I det **prosessuelle perspektivet** betraktes kunnskap som noe som tilegnes gjennom erfaringer, sansing og refleksjon. Kunnskapsutvikling skjer gjennom sosiokulturelle, handlings- og praksisrelaterte prosesser i organisasjonen. Betydningen av intuisjon og følelser vektlegges. Sentralt er at kunnskapen ligger i gjennomføringen av konkrete og kontekstuelle handlinger. Kunnskap tilegnes gjennom deltakelse i praksisfellesskapet, og overføres fra de erfarne til nykommeren. Tause kunnskap som sitter hos den enkelte inngår i dette perspektivet. Denne tause kunnskapen kjennetegnes ved å være vanskelig å artikulere, kodifisere og er kontekstspesifikk (Newell m.fl. 2002). Sentralt i den sosiokulturelle forståelsen er altså at kunnskapen er ”innvevd” i handlingene og er knyttet til bestemte situasjoner. I en prosessuell forståelse betraktes kunnskap og kunnskapsutvikling som sosiokulturelle prosesser som foregår i aksjon og praksis (Gotvassli 2007).

Blant informantene i DMS Inn-Trøndelag er både det strukturelle og det prosessuelle perspektivet på kunnskap sentralt. Struktur og prosess bygger på hverandre. Som eksempel kan vi vise til at kvalitetskrav i form av standarder og faste prosedyrer vil ha høyt fokus i et slikt senter. Dette er preget av det strukturelle perspektivet. Samtidig vil også det prosessuelle perspektivet komme til uttrykk gjennom å dele erfaringer, skape praksisfellesskap og dialog. Eksempler kan være å lære av ”eksperter”, godt erfarne leger og sykepleiere, bruk av hospitering og etablering av fagnettverk, hvor de sosiale prosessene mellom deltakerne er sentral.

Det strukturelle og prosessuelle perspektivet vektlegger henholdsvis individuelle ferdigheter og kunnskapstilegnelse gjennom systemer og prosedyrer og kunnskapstilegnelse gjennom deltakelse i praksisfellesskapet. For å belyse enda en dimensjon for kunnskapsutvikling presenteres en ’tredje vei’ som omhandler kunnskapsutvikling gjennom refleksjon, følelser, intuisjon og estetikk (Elkjær 2005).

2.1.3 Den tredje vei

Elkjær (2005) beskriver den ’tredje vei’; kunnskapsutvikling gjennom refleksjon, følelser, intuisjon og estetikk. Denne kunnskapen springer ut fra den levende kroppen, og dekker ferdigheter som griper inn i hverandre snarere enn å utelukke hverandre.

Dette er et supplement til den tradisjonelle delingen mellom det strukturelle og prosessuelle kunnskapssyn. *Den første veien* bygger på det strukturelle synet på kunnskap som ser på kunnskap som en beholdning, hvor kodifisering av kunnskap vektlegges. *Den andre veien*

representerer kunnskaper gjennom erfaring/praksisfellesskap. Her vektlegges personifisering av kunnskap, og kunnskap ansees som en prosess. *Den tredje veien* dreier seg om å utvikle erfaring som en del av kontinuerlig transaksjon mellom individ og organisasjoner – de mellomliggende forhold eller mellomrommet. Læringsmetoden her er individuell og felles utforskning eller reflekterende tenkning, og det er snakk om en transendental, gjensidig forming mellom individ og grupper. Praksis og menneskelig handling er i fokus. Kunnskap omfatter også estetikk, følelser og form. *Pragmatisk læring* dreier seg om utvikling av individuelle og kollektive erfaringer, hvor kritisk og refleksiv tenkning er en sentral innfallsvinkel i møte med usikre situasjoner. Denne tenkningen gir en ekstra dimensjon i synet på kunnskap som er relevant for vårt felt. DMS Inn-Trøndelag vil være en virksomhet hvor kunnskapsutvikling gjennom refleksjon, kritisk tenkning og intuisjon er viktig. Ansatte forholder seg til ulike pasienter, det kan være samme diagnose og behandling, men den enkelte pasienten og den enkelte situasjon er alltid unik. Den ansatte bygger sine handlinger på sine kunnskaper og erfaringer og reflekterer i situasjonen, bruker sin intuisjon og handler ut fra det. For å dele og utvikle kunnskap med andre kan det være nyttig å reflektere, å se seg tilbake.

2.1.4 Eksplisitt og taus kunnskap

Eksplisitt kunnskap kan enkelt kommuniseres til andre, skriftlig eller muntlig. Den tause kunnskapen kan karakteriseres ved å si at den fins inne i den enkelte, og at den er vanskelig å sette ord på. Den fins i våre hoder og vår kropp, og brukes når vi skal gjennomføre ulike typer handlinger (Newell m.fl. 2002). Det er vanskelig å kommunisere taus kunnskap gjennom f.eks. språket. Taus kunnskap kan ikke kodifiseres og lagres i en database eller en bok.

Forfatterne hevder kunnskapsdannelse skjer på individnivå, og at kunnskap i organisasjonen derfor ikke betyr det samme for alle medlemmene i organisasjonen.

Det finnes ulike tilnærminger til taus kunnskap. Det var Polanyi som først brukte begrepet taus kunnskap da han i 1966 skrev ”Den tause dimensjon - En introduksjon til taus kunnskap”. Polanyi’s utgangspunkt er at ”vi kan vite mer enn vi kan si” (Polanyi 2000:16). Vi kan kjenne igjen et menneskes ansikt blant millioner av mennesker, men det er vanskelig å formulere hvordan. Utgangspunktet til Polanyi er at det finnes både en form for intellektuell og teoretisk kunnskap og en praktisk eller handlende form.

Gottschalk (2004:36) definerer taus kunnskap som svært personlig og vanskelig å formalisere, og dette gjør det krevende å overføre kunnskapen og dele den med andre. Ved kodifisering blir kunnskapen kodet og lagret i databaser hvor den blir hentet fram og benyttet av alle

ansatte. Newell m.fl.(2002) hevder at ved personalisering knyttes kunnskap til personen som har utviklet den og overføres hovedsaklig gjennom personlig kontakt. Von Krogh m.fl.(2005) hevder at kunnskap er både eksplisitt og taus, og viser til at kunnskap er dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet. Den avhenger mer av situasjonen og menneskene som er involvert, enn av absolutte sannheter eller harde fakta. De hevder videre at kunnskap, i motsetning til data og informasjon, er kontekststøttet.

Også på organisasjonsnivå brukes begrepene taus og eksplisitt kunnskap. Den eksplisitte kunnskapen er den delen av kunnskapen som er ekstrahert eller eksternalisert fra organisasjonens totale kunnskap, og utgjør bare en liten del av den totale kunnskapen. Det største handlingspotensialet ligger derfor i å forvalte den resterende tause kunnskapen.

Nonaka og Takeuchi (1995) hevder at;

”Knowledge of experience tends to be tacit, physical and subjective, while knowledge of rationality tends to be explicit, metaphysical and objective”

Taus kunnskap skapes *her og nå* i en spesifikk praktisk kontekst. Eksplisitt kunnskap omhandler tidligere hendelser eller objekter *der og da* og er orientert mot en kontekst- uavhengig teori. Gjennom denne distinksjonen kritiserer Nonaka og Takeuchi vestlig samfunnsvitenskap for å fokusere for mye på eksplisitt kunnskap. I østlig filosofi er den tause kunnskapen i hovedfokus og de mener at den viktigste læringen skjer ved direkte erfaring.

Tsoukas hevder med sitt kritiske perspektiv at deling av kunnskap skjer i komplekse og ikke – lineære systemer. Han framhever narratives¹¹ som en metode for å dele kunnskap og for å gjøre den organisatorisk. Tause kunnskap ser han på som noe personlig, og den baseres på opplevelser, fornemmelser og sansing. Det vil si at den er nært knyttet til kroppen vår. Den skjulte kunnskapen handler om intuisjon, og lar seg i liten grad dele. Det er ”noe” der som er spesielt både for den som har det og for den som ser det, men det kan ikke ordsettes eller etterlignes (Jensen, Mønsted og Olsen 2004).

Når det gjelder forståelsen av kunnskap som fenomen, så hevder Tsoukas at det er mange forskjellige former, og at taus kunnskap er en av disse. Når det gjelder taus kunnskap skiller Tsoukas seg grunnleggende fra klassikerne som Nonaka og Takeuchi. Tsoukas hevder at taus

¹¹ Begrepet narrativ stammer fra det latinske ordet **gnarus** som betyr å ha kunnskap eller kjennskap til noe. Begrepene fortelling og narrativ brukes ofte om hverandre. Et narrativ eller en fortelling innebærer en relasjon.: Noen forteller noe til noen. Konteksten, den situasjonen fortelleren befinner seg i og de sosiale og kulturelle forventninger som knytter seg til denne, innvirker på hva som kan fortelles og plottet. Kilde: http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=881177

kunnskap er knyttet opp imot begrepet opphavsmann. Han hevder at taus kunnskap ikke kan gjøres eksplisitt fordi den er basert på fornemmelser og sansing, den ligger i vår kroppslige eksistens. Det understreker at kunnskap er personlig, og at en del av denne kunnskapen er taus, i en verden hvor våre erfaringer og personlige historie skapes. Taus kunnskap henger nøye sammen med den menneskelige dømmekraft, og Tsoukas ser på dømmekraften som den avgjørende forutsetning for kunnskap (Jensen m.fl. 2004).

Innen en virksomhet som DMS Inn-Trøndelag finnes eksempler som kan støtte seg på en slik teori. I møte med pasienter er det ”noe” som er der uten at det kan settes ord på eller kopieres. Det skjer i situasjonen, og det er de som er i situasjonen som opplever det. Ansatte kan bare fornemme ”noe”, noe man føler blir riktig uten at det finnes noe oppskrift på det og som aldri kan bli eksplisitt.

Tsoukas er opptatt av å forstå organisasjoner i lys av kompleksitetsteori. Etter hans mening gjør slike teorier opp med tradisjonell vitenskapelig tenkning, som vår umiddelbare oppfattelse og ”common sense” forståelse av verden. Tsoukas oppfatter organisasjoner som komplekse systemer.

2.1.5 Kompleksitet og kunnskap

Stacey (2008) ser på utviklingen av kunnskap i et kompleksitetsperspektiv. Han skiller ikke mellom det individuelle og det sosiale, men forklarer kunnskapsutvikling og læring i organisasjoner ut fra at det individuelle sinn og det sosiale er samme prosess. Han hevder at taus og eksplisitt kunnskap ikke er to separate former for kunnskap, men udelelige og nødvendige komponenter ved all kunnskap. Stacey har utviklet teoriene til Georg H. Mead og Norbert Elias, som er sentrale i forarbeidet til kompleksitetstenkningen. Mead var opptatt av hvordan relatering til hverandre skjer i form av samtidige kroppslige gester og responser. Videre hevder Mead i Stacey (2008) at en handling eller symbol fra en person nødvendigvis ikke har noen mening i seg selv, men at meningen bare kan forstås i den samtidige opplevelsen av responsen. Mening vokser da frem i interaksjonsprosessen i nåtid, ved at den nære fremtid virker tilbake på den nære fortid. Dette hevder Mead betyr at mening eksisterer i den sirkulære bevegelsen mellom gest og respons i nåtid. I forhold til DMS Inn-Trøndelag, kan dette skje i et daglig møte på arbeidsplassen. Dersom man slår av en prat i korridoren eller deltar i et møte, vet man ikke hva som vil bli sagt og man må forholde seg til det som skjer der og da. Av og til kan man oppleve at det man sier ikke blir oppfattet slik man hadde til hensikt å si, eller at det man sier får en annen mening i det man sier det høyt.

Stacey (2008) forstår ut fra det, den menneskelige relasjon som en interaksjonsprosess hvor begrepene signal, respons og symboler er sentrale. Sosial interaksjon er en åpen konversasjon med signaler, spesielt stemmebaserte signaler. Individet har en indre samtale mellom *jeg, meg, andre* og *gruppen* i et stille, privat rollespill. De indre og de kollektive samtalene skjer samtidig, og prosessene involverer både kropper og følelser. I denne interaksjonsprosessen vokser mening frem. Stacey hevder videre at kompleksitetsperspektivet utfordrer det syn at kunnskap først og fremst er lagret i mentale modeller i individets hjerne. Han hevder at individets hukommelse reproduseres kontinuerlig i de private rollespillene og den stille samtale som speiler felles interaksjon. Det skjer ingen lagring og fremhenting. Kunnskap lagres ikke, den skapes kontinuerlig.

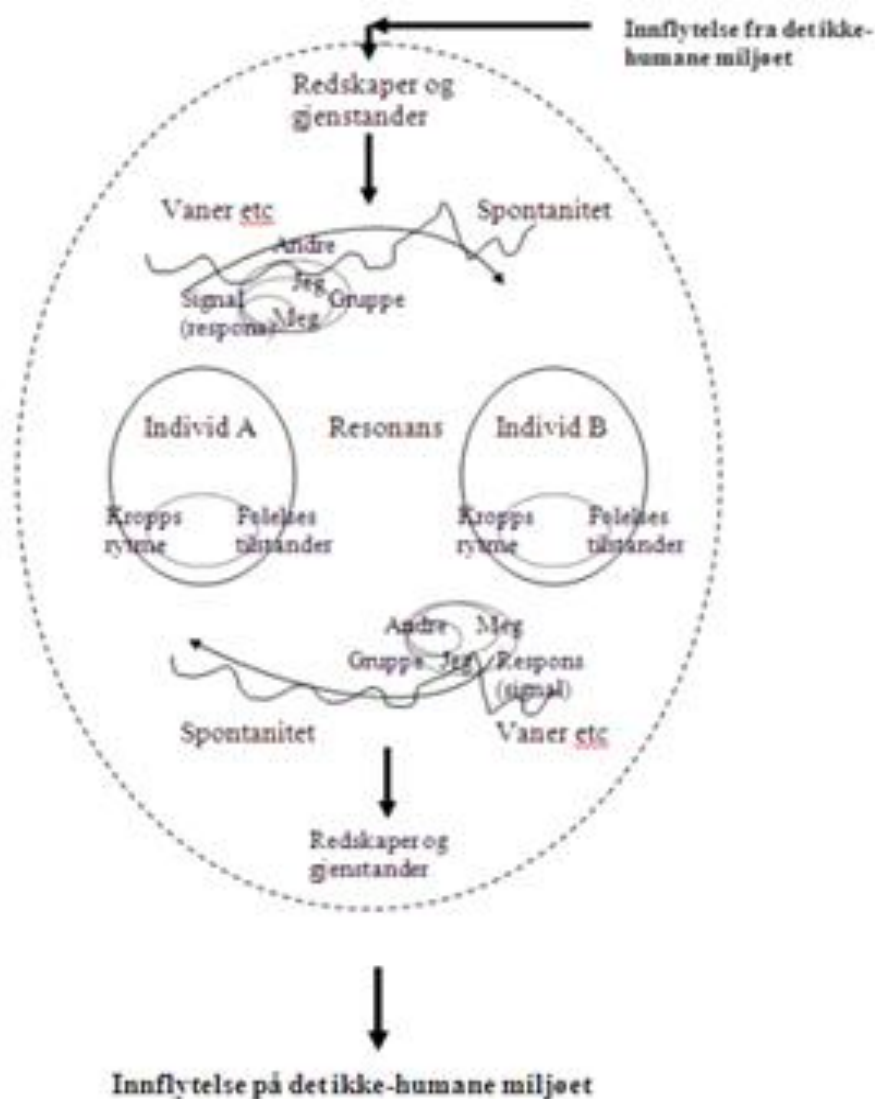
Stacey benytter tre sentrale symbolbegreper i sin forståelsesmodell: protosymboler, signifikante symboler og foredlede symboler.

Protosymboler er kroppslige signaler som fremkaller en kroppslig respons hos en annen, og dette gir mening for begge. Dette skjer i en bestemt kontekst.

Signifikant symbol er et signal som fremkaller en lignende respons i en selv som i den andre. Dette gjør den som sender signalet i stand til å være bevisst på betydningen av signalet han sender. Dette kan åpne muligheten for refleksjon mens en handler. Eksempler på signifikante symboler er ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser, men det viktigste er stemmebaserte signaler, for det kan begge to høre. Bruk av språket er derfor viktig når det gjelder signifikante symboler.

Foredlede symboler kan være standarder eller sannheter. Begrepet er knyttet til det rammeverk av skrevne og uskrevne regler og prosedyrer som gjelder innenfor en profesjon, vitenskap eller et annet fellesskap. Enhver som skal delta må forholde seg til dette rammeverket, hvis ikke blir man ekskludert.

Stacey hevder at vi bruker alle disse tre typene symboler samtidig i interaksjonen med andre. Han har laget en modell som kan hjelpe oss å forstå hva som virker inn på kunnskapsutviklingsprosessen i interaksjonen mellom mennesker.



Figur 5: Kommunikasjonsmodell (gest – respons)

Kilde: Stacey (2008:113)

Stacey synliggjør her at det foregår en indre samtale eller rollespill i det enkelte individ, påvirket av bl.a følelser, signaler, erfaringer og vaner samtidig som den ytre samtale mellom individene pågår.

Stacey i Jensen m.fl. (2004) beskriver at kunnskap er et fenomen som ikke lar seg måle, dele eller lede. Kunnskap skapes og gjenskapes i og med handlinger og kommunikasjon i nuet. I følge Stacey (2008) er forventningene i forhold til kompleksitetsforskningen annerledes. Her forholder man seg til at fremtiden ikke kan forutses på grunn av at ikke – lineære interaksjon kan skape uforutsette endringer, på kort og lang sikt. En organisasjon kan forstås som pågående samhandlingsmønstre, eller med andre ord, som pågående samtaler mellom mennesker. I disse samhandlingsmønstrene som pågår hver dag benytter vi ulike metoder,

modeller og verktøy slik som visjoner, strategiske planer, stillingsinstruksjoner, organisasjonskart, medarbeidersamtaler, budsjetter og ulike ledelses og styringsverktøy. Disse brukes for å strukturere hverdagen og for å hjelpe oss med blant annet å ”håndtere” relasjoner mellom mennesker. Det individuelle og det sosiale er to sider av samme sak og det grunnleggende er menneskelig relatering. Man forholder seg ikke til teori og praksis som to forskjellige ting. Man er alltid i praksis og det blir derfor viktig å forstå og beskrive de konkrete erfaringene vi gjør oss i dagliglivet.

2.2 Hvilke samhandlingsformer (rom) må etableres mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å dele kunnskap – en forutsetning for kunnskapsdeling?

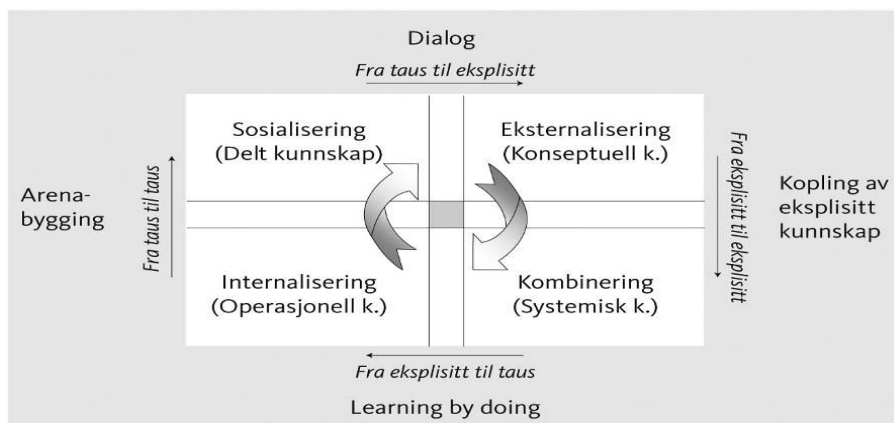
I forskningsspørsmål 2 settes fokus på hvordan kunnskap kan deles mellom aktørene i prosjektet. Hvordan overføres kunnskap og hva skal til for at man kan få til kunnskapsdeling, og hva kjennetegner gode samhandlingsformer?

Under dette forskningsspørsmålet anvendes teorier som bygger på deling av både eksplisitt og taus kunnskap, og muligheter for ”rom” å dele kunnskap i. Seci - modellen av Nonaka og Takeuchi blir belyst. Videre beskrives teorier om ulike typer *ba*, noe som bør vektlegges ved kunnskapsdeling i DMS Inn - Trøndelag. Her vil det legges vekt på mesterlære, veiledning og refleksjon.

2.2.1 Seci - modellen

Nonaka og Takeuchi (1995) beskriver i Seci - modellen hvordan læring og kunnskapsutvikling kan foregå i organisasjoner. Modellen viser en spiraleffekt gjennom interaksjon mellom eksplisitt og taus kunnskap. Interaksjonen mellom disse to kunnskapsformene leder til utvikling av ny kunnskap. Gjennom Seci-modellen viser forfatterne at det er mulig å bryte dette ned i fire uttrykkelige former, som: Sosialisering, eksternalisering, kombinerende og internalisering. Hver av disse fire uttrykkelige formene kan forstås som prosesser som kan stå på egne ben, men det er gjennom interaksjon og samhandling at modellen blir nyttig i praksisfeltet.

Spiralen starter på individnivå og beveger seg i en kontinuerlig sirkel, samtidig som flere og flere aktører blir involvert i kunnskapsutviklingen. Hele tiden er det en kontinuerlig og dynamisk interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap.



Figur 6: Fire faser i kunnskapsprosessen.

Kilde: etter Nonaka og Takeuchi (1995) her fra Irgens, E (2007:60)

Sosialisering er en prosess for å danne felles taus kunnskap gjennom delte opplevelser. Det må være et felles ”rom” hvor individer kan dele opplevelser på samme tid og samme sted. Gjennom nettverksdannelser, observasjoner, kommunikasjon, deltakelse og imitasjon skjer kunnskapsdelingen der man deler erfaringer gjennom praksis. Ved *eksternalisering* skjer kunnskapsoverføringen gjennom at taus kunnskap artikuleres til et forståelig ”språk” for andre. Dette skjer gjennom dialog og refleksjon. Når kunnskapen gjøres eksplisitt, blir det mulig å dele denne kunnskapen med andre, og dette blir basis for ny kunnskap. Eksempler kan være videokonferanser, telemedisin eller dialoggrupper hvor deltakere lytter og deltar aktivt. *Kombinering* systematiserer begrepene til et mer kompleks kunnskapssyn ved hjelp av dokumenter, møter, telefonsamtaler eller IT systemer. Denne prosessen er ofte i stor grad støttet av teknologi som samler sammen mengder av kunnskap fra ulike kilder for deretter å sette det sammen og presentere det i en ny kontekst. Eksempler på kunnskapslagring og spredning av kunnskap i organisasjoner kan være intranett hvor alle ansatte har tilgang til de samme kunnskapsbaser. *Internalisering* innebærer å ta til seg eksplisitt kunnskap og gjøre den til sin egen gjennom erfaring. Kunnskapen blir til gjennom ”learning by doing”. Når kunnskapen blir en del av en persons handlingsmønster eller væremåte blir den kroppsliggjort, og på den måten operasjonalisert. Kunnskapen vil da gå over fra å være eksplisitt til å bli taus.

Flere teoretikere har kritisert Seci – modellen. Gourlay (2002) i Jensen m.fl. (2004) kritiserer modellen for at den er empirisk mangelfull og ikke redegjør for ulike typer av taus kunnskap. Gourlay hevder at sammenhengen mellom taus og eksplisitt kunnskap er mer komplisert enn det som fremstilles. Han hevder at sammenhengen mellom disse er en dimensjon som hemmer kunnskapsspiralen. Ikke all taus kunnskap kan oversettes eller tas i bruk og mye

eksplisitt kunnskap kan ikke forstås før man har innsikt og bakgrunn i den tause kunnskapen. Taus kunnskap er mer omfattende enn den som kan oversettes eller omsettes til eksplisitt kunnskap. Videre forsterker modellen de vanskeligheter som er knyttet til taus kunnskap, gjennom ikke å diskutere hvilke former for taus kunnskap som kan oversettes og omdannes til eksplisitt kunnskap.

Tsoukas i Jensen m.fl. (2004) beskriver taus kunnskap (jfr. kap. 2.1.4 s. 31). Denne kritikken er etter vår vurdering interessant. Slik vi ser det er hovedstyrken til Seci-modellen at den veksler mellom taus og eksplisitt kunnskap, og at den har fokus på å omdanne og ta i bruk taus kunnskap. Den kan relateres til både et strukturelt og prosessuelt kunnskapssyn.

2.2.2 Ba

Ba kan oversettes til ”sted” og er stedet der kunnskap kan utvikle seg. Begrepet ble opprinnelig lansert av filosofen Kitaro Nishida, og videreutviklet av kjemiingeniøren Hiroshi Shimuzu (1995). Von Krogh m.fl. (2005) har bygget på de teorier som disse har gjort, og har tilpasset anvendelsen av begrepet *ba* til forutsetning for kunnskapsutvikling. Du kan se for deg et skapende miljø som et sted hvor kunnskap utveksles, skapes og brukes.

Dette innebærer nødvendigvis ikke et fysisk sted, men aspekter av fysiske rom (for eksempel kontor, klasserom og virtuelle rom som e-post og intranett) og mentale rom (felles opplevelser, tanker og følelser). Mer enn noe er det et nettverk basert på interaksjon som bestemmes av hvor mye tillit og omsorg deltakerne viser hverandre.

Ba er stedet der hvor kunnskap kan utvikle seg. Stedet er den faktiske kulturelle, sosiale og historiske kontekst som er viktig for hver enkelt medarbeider, og som gjør det mulig for hver enkelt medarbeider å forstå informasjonen slik at den har gitt mening. *Ba* er stedet der informasjon blir transformert til kunnskap. En kontinuerlig interaksjon finner sted mellom medarbeidere med hver sin individuelle kontekst i en felles kontekst eller på et felles sted. Det viktigste konseptet for å forstå *ba* er interaksjon (Gottschalk 2003). *Ba* kan beskrives som et fysisk sted som for eksempel et kontor, møterom, spiserom eller som et virtuelt rom som for eksempel en telefonsamtale, chatrom på nettet, e-mail eller en mentalt felles forståelse av hvordan oppgaver skal gjøres. Det kan også være en kombinasjon av disse. *Ba* er et sted som oppfattes og oppleves som opphavsplassen til der kunnskap skapes. Videre vil avhandlingen vise til teorier som representerer ulike typer for *ba* som er aktuelt å trekke frem sett i lys av vår forskning.

2.2.3 Kunnskapsutvikling og ferdighetsutøvelse

Dreyfus & Dreyfus (1999) har i sitt perspektiv fokus på læring av ferdigheter og mener at læring best kan skje gjennom observasjon og imitasjon. Denne modellen legger vekt på hvordan nybegynnere kan lære gjennom å være sammen med de som har lang erfaring og er eksperter på sitt område. Dreyfus-modellen bygger på fem trinn som hver beskriver ulike stadier i menneskets læreprosess. Man kan se for seg de ulike nivåene i en trapp som beskriver utviklingen i ferdighetsutviklingen hos den enkelte medarbeider.

De presenterer en modell for utvikling gjennom fem stadier 1) novise (nybegynner), 2) viderekommende begyner, 3) kompetent utøver, 4) dyktig utøver og 5) ekspertise. I denne ferdighetsutviklingen går personen fra regelbunden "vite at" til erfaringsbasert intuitiv mestring, "vite hvordan" som er basert på et stort repertoar av diskriminasjoner. Eksperten vet ikke bare hva som må gjøres, han vet også hvordan, og det innebærer utøvelse av skjønn. På dette stadiet vet utøverne også hvordan de skal utføre den adekvate handlingen uten å foreta beregninger og sammenligne alternativer.

I denne sammenheng deles både eksplisitt og taus kunnskap, en nybegynner overtar kunnskap ved å se på hvordan en kompetent utøver gjennomfører oppgavene, og tilegner seg denne kunnskapen i sine egne handlinger og utvikling. Novisen er preget av eksplisitt og kodifisert kunnskap. Eksperten kan man si går hånd i hånd med taus kunnskap (Irgens 2007:40). Dette er gjerne kunnskap som er svært verdifull, og deler av kunnskapen er taus og lite kodifisert. Mesterlæremodellen er godt egnet til opplæring i praktisk arbeid hvor erfaring vil være en viktig faktor i arbeidsutførelsen. Arbeidsoppgavene i DMS Inn-Trøndelag vil være preget av praktisk arbeid og et godt håndlag, og er et miljø hvor denne modellen er anvendbar. Dreyfus & Dreyfus mener at modellen også er anvendbar innen høyere utdanning generelt, og Kvale (1997) peker på en utvikling i retning av mer anerkjennelse av slike måter å formidle kunnskap på enn tidligere. Dreyfus & Dreyfus viser til viktigheten av å knytte seg til flere ulike mestere for å få mange impulser, for å kunne utvikle nye dimensjoner innen faget i stedet for å reprodusere i forhold til kun en læremester.

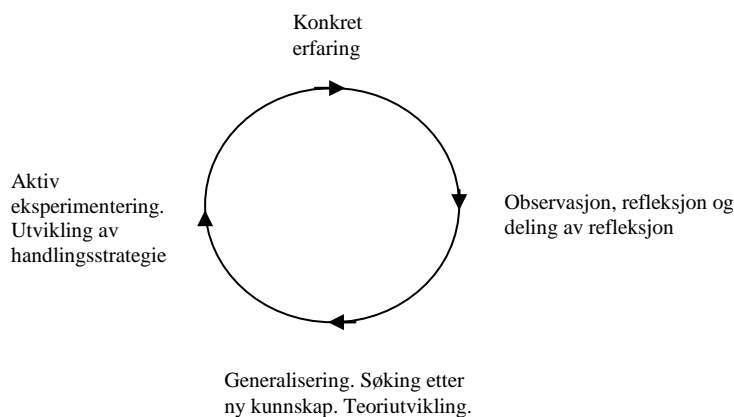
Hvis vi ser på modellen til Dreyfus & Dreyfus (1999) med et kritisk blikk, så legger den liten vekt på analytisk tenkning, og det legges mindre vekt på egen refleksjon og utforskende holdninger til kunnskapsdanning og kompetanseutvikling. Modellen kan være godt egnet til ferdighetsopplæring i DMS, og dette kan relateres til bruk av hospitering i DMS Inn-Trøndelag. DMS Inn-Trøndelag vil ha tilgang til en rekke ansatte som har opparbeidet seg

kompetanse og ”ekspertise” innen sine områder, det være seg både sykehus og kommunehelsetjeneste.

2.2.4 Refleksjon i praksis

Rennemo (2006) beskriver at aksjonsbasert utvikling handler om å lære gjennom resultatorienterte handlinger. Det er deltakernes forståelse av virkeligheten, og ønske om forbedringer av sider ved denne virkeligheten som er utgangspunktet for læringssituasjonen. Refleksjon rundt egen praksis og erkjennelse av utviklingsbehov vil generere spørsmål som krever søking etter eller utvikling av ny teori eller ny kunnskap.

Kolb (1984) i Rennemo (2006) presenterer læringssirkelen som en modell for hvordan man lærer av og gjennom erfaring. Dette er en modell for kognitiv læring, hvor man går gjennom en prosess fra det å skaffe seg en konkret erfaring, via reflekterende observasjon, tilbygging av nye modeller og konsepter og aktiv uttesting av disse.

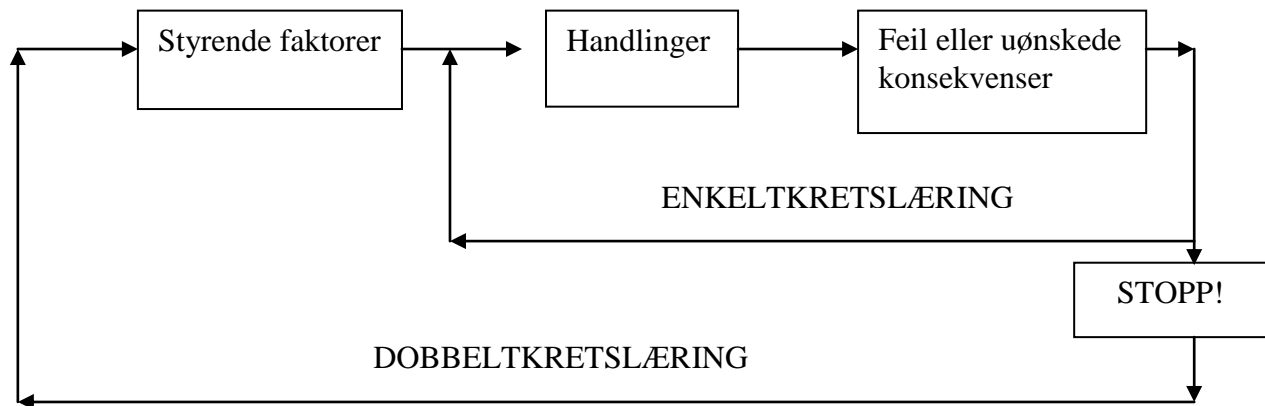


Figur 7: Aksjonbasert læring (etter Kolb 1984)
Kilde: Rennemo (2006:92)

Den læringen som utvikles kan være av to ulike slag, og vi viser da til Agyris og Schön (1978) beskrivelse av ”single loop learning” og double loop learning.

Begrepene enkeltkrets- og dobbeltkretslæring beskriver to ulike tilnærminger til det å lære. I følge Irgens (2007) kan enkeltkretslæring beskrives som en justering av det vi kan fra før. Enkeltkretslæring er mye brukt, og i mange situasjoner er dette hensiktsmessig, men det er et problem at det bedrives enkeltkretslæring der det ikke fører til forbedringer av situasjonene. Forfatteren beskriver dobbeltkretslæring som det å undersøke forutsetningene for en hendelse og gjøre noe med dem. Det betyr at man må analysere situasjonene for å finne ut hvordan man kan løse problemene bedre neste gang. Dette betyr kanskje at man må stille vanskelige og

grunnleggende spørsmål som i seg selv kan oppfattes som truende. Skjematisk kan de to modellene fremstilles slik:



Figur 8: Enkelt- og dobbelkretslæring
Kilde: Irgens (2007:123)

I praksisfeltet benyttes både enkelt- og dobbelkretslæring, det avhenger av oppgavens innhold og i hvilken sammenheng den utføres i. Mange av daglige rutineoppgaver gjennomføres i form av enkeltkretslæring. Det er derimot mange oppgaver i et DMS hvor en kan stoppe opp og analysere om det kan være alternative måter å gjøre oppgaver eller tjenester på. Det finnes uante muligheter til å tenke nytt og gjøre ting smartere og bedre.

I utforskningen av våre egne og andre handlingsstrategier er skillet mellom uttrykt teori og bruksteori nyttig. Rennemo (2006) viser til Agyris, Putman og Smith (1985) som hevder at uttrykt teori er den forklaringen som vi selv mener ligger til grunn for vår adferd, men bruksteori er den som kan stadfestes først etter at handlingen har skjedd. Bruksteori er ofte tause kognitive forståelser som designer menneskelig handling. De kan derimot gjøres eksplisitt gjennom refleksjon i etterkant av handlingen. Avdekking av bruksteori blir alltid et vesentlig moment i ethvert aksjonsbasert utviklingsprogram. For å relatere dette til våre egne arbeidsplasser i pleie og omsorgssektoren, viser vi til vår erfaring med at det er lettere ”å tenke og ville” noe enn å gjøre det. Som ledere gir vi uttrykk for hva vi synes er viktig å ha fokus på, men vår bruksteori kan bli tolket til noe annet. Blant medarbeiderne er det da oftest hva vi gjør som har størst betydning, og det vi har uttrykt som en ønsket adferd får mindre betydning.

Refleksjon betyr direkte oversatt tilbakekasting eller tilbakeføring (Rennemo 2006). I aksjonssammenheng er refleksjon en prosess som gjør det mulig å betrakte erfaringer på

avstand for dermed å skape forståelse for hva disse erfaringene egentlig betydde og medførte av konsekvenser, slik at planlegging av nye og bedre aksjoner kan være mulig (Kolb i Rennemo 2006). Det er meningsfylt å skille mellom refleksjon som foregår i etterkant av hendelsen, *reflection on action*, og refleksjon som foregår fortløpende eller parallelt med selve handlingen, *refleksjon in action*.

Askland har en betraktning om formålet med refleksjon: "Refleksjonens viktigste funksjon er å skape mening i forholdet mellom individet og sammenhengen man befinner seg i.

Refleksjonen skal gi grunnlag for å utvikle selvstendighet, og refleksjonen genererer kunnskap" (2006:79).

Refleksjon skal være med å sikre trygge yrkesutøvere som har mot til å være seg selv, og som ser konsekvensen av sine profesjonelle handlinger i et utvidet perspektiv. Å lære seg refleksjon og å bli tvunget til refleksjon kan være ganske ubehagelig. Dette fordi at ved å reflektere blir man konfrontert med seg selv med andre til stede. Man utfordres på egne verdier og holdninger så vel som sine kunnskaper. Å reflektere er en personlig prosess, og det oppleves ofte som både spennende og lærerikt av deltakerne. Det skal være åpenhet og rom for deltakernes tanker, undringer og spørsmål.

2.2.5 Den reflekterte praktiker

I artikkelen til Donald Schön (2001) "Den reflekterende praktiker", diskuteres hva som egentlig er profesjonell kunnskap. Schön ønsker å finne fram til en praksisepistemologi som ligger implisitt i de kunstneriske og intuitive prosesser. Noen praktikere anvender dette i situasjoner hvor det er snakk om usikkerhet, manglende stabilitet og noe unikt, eller i verdi- og interessekonflikter. I slike situasjoner kan en følgelig ikke gjøre rede for hva det er en vet. Vår kunnskap ligger som regel innebygd i vårt handlingsmønster og vår fornemmelse for den materie som vi har med å gjøre. Det kan derfor uttrykkes ved at vår kunnskap ligger i våre handlinger.

Refleksjon i handling kan forklares som at vi i gitte situasjoner bevisst eller ubevisst tenker over hva det er vi gjør. I en profesjonell praksis vil grunnpreget ha elementer av gjentakelse. En profesjonell praktiker er en spesialist som om og om igjen kommer ut for bestemte situasjoner. I følge Schön (2001) vil en praktiker, når han etter hvert har gjort sine erfaringer med mange ulike variasjoner, være i stand til å praktisere sin praksis. Han utvikler på mange måter et register av forventninger, bilder og teknikker. Hans kunnskap i praksis vil utvikle seg til å bli mer taus, spontan og automatisk, som igjen gir ham selv og hans klient fordelene av å være spesialisten på området. Det som er hovedpoenget i denne argumentasjonen er at for å

oppnå ny erfaringslæring sammenkoblet med oppdatert eksplisitt kunnskap innen et felt, må de praktiserende reflektere over det som skjer. Hastigheten og varigheten av disse refleksjonene i handling skifter naturlig nok i takt med hastigheten og varigheten i de ulike situasjonene som oppstår.

Tiller (1999) viser til Møller (1997) når han beskriver tre nivåer av refleksjon. På det første nivået er gjennomtenkningen svak og usynlig. Den er nært knyttet til handlingen og kan bare forstås fullt ut når vi følger handlingen på nært hold. Man kan si at refleksjonen er innvevd i handlingen. På det andre refleksjonsnivået finner vi aktører som har møtt et uventet problem og kommuniserer i forhold til dette. Tiller (1999) hevder at vi ofte er i stand til å finne gode løsninger på problemene, noe som viser at det er en god del uutnyttet utviklingskraft. Det tredje nivået kjennetegnes av den løpende og systematiske metarefleksjon. Med en metafor kan vi si at metarefleksjonsnivået kjennetegnes av at vi klatrer opp på vårt eget glasstak og kikker ned på det vi gjør. Tiller fremholder at det er mange offentlige organisasjoner som er oppbygd slik at det ikke gir plass for eller vil være spesielt støttende for å kunne nyttiggjøre seg de uutnyttede potensialer for læring. Hverdagslæring møter uforutsette barrierer og nye utfordringer, og møter ”veggen” i form av maktstrukturer og maktbarrierer. Man kan ha gode argumenter, i tråd med visjonsformuleringene, men møter motstand fra myndigheter og ledelse. Dette kan være forhold som også gjør seg gjeldende i DMS Inn-Trøndelag.

2.3 Bruk av ulike teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap

Forskningsspørsmål 3 retter blikket mot bruk av IT- baserte løsninger i kunnskapsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette forskningsspørsmålet omhandler bruk av fagsystem og bruk av telemedisin¹². Videre belyses hvilke muligheter slik teknologi har for kunnskapsdeling, og hvilke begrensinger eller barrierer de ansatte stilles ovenfor når det gjelder teknologiske løsninger.

Det som er nytt og spennende innenfor kunnskapsforvaltningen er hvilket potensial moderne informasjonsteknologi kan bidra med for å systematisere, håndtere og dele kunnskapen i organisasjonen (Gottschalk 2004). I følge forfatteren ser organisasjoner muligheter til kunnskapsutvikling gjennom IT – støttet kunnskapsforvaltning. Etter vår vurdering er dette svært aktuelt innen helse- og omsorgstjenestene. Her ligger det mange muligheter som kan

¹² Undersøkelse, overvåking og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personal ved hjelp av systemer som gir tilgang på ekspertise og pasientinformasjon, uavhengig av hvor pasient og kompetanse er geografisk lokalisert."(Definisjonen er tatt fra EU-kommisjonenes program Advanced Informatics in Medicine).

tjene befolkningen i fremtiden. Samhandlingsreformen legger vekt på å etablere gode IT løsninger mellom ulike nivå i helsetjenesene.

2.3.1 Kunnskapsrepresentasjoner

Gottschalk (2004) beskriver at generering av kunnskap skjer både med og uten direkte kontakt mellom mennesker og at representasjoner av kunnskap deles ofte gjennom ulike medier, som kalles kunnskapsbærere. Kunnskapsbærere vil ofte være en representasjon av kunnskapen og bærer av en relasjon mellom den som har laget representasjonen og den som møter eller forholder seg til den. Fagsystem og telemedisin som skal benyttes i DMS Inn - Trøndelag blir kunnskapsbærere, i og med at mottakeren henter ut informasjon fra denne informasjonsteknologien og kombinerer informasjonen med sin erfaring og gjør refleksjoner. Mottakeren kan gjennom sin refleksjon utvikle ny kunnskap som da vil nedtegnes. Slik kan man forstå kunnskapsutvikling som en aktivitet som gjentas.

Representasjoner av kunnskap er ikke det samme som kunnskap. Representasjonen er statisk og det er bare i relasjon til en mottaker at man kan aktivere kunnskapen i samspillet mellom mediet og mottakeren.

Gottschalk (2004) skiller mellom tre oppgavetyper for valg av kunnskapsrepresentasjoner.

Type arbeidsoppgave	Ønskede egenskaper for representasjoner	Eksempler på representasjonsformer
Kunnskapsrepresentasjoner for rutine oppgaver	Gi veiledning og tilgang til enkel oppgaveløsning. Presisjon, struktur og tilgjengelighet (både i tid og sted) blir viktig	Fakta, tabeller, regler, prosedyrer
Kunnskapsrepresentasjoner for avansert problemløsning ved kombinasjon av eksistene kunnskap	Gi alternative løsninger og tidligere erfaringer. Riktighet, bredde, interaktivitet, flere tolkningsmuligheter og mulighet for å sette sammen enkeltbiter på nye måter blir viktig	Historier, eksempler, mønstre basert på flere tilfeller
Kunnskapsrepresentasjoner for nyskaping	Gi assosiasjoner som kan få oss på sporet av nye løsninger. Stimulans av kreativitet blir viktig	Metaforer, historier, visjoner, scenarier, spill

Tabell 2: Eksempler på representasjon av kunnskap i forhold til oppgavetype.

Kilde: Gottschalk (2004: 42)

2.3.2 Samvirke mellom informasjon og kunnskap

Informasjon blir til kunnskap når den kombineres med erfaring, interpretasjon og refleksjon. Kunnskap blir til informasjon når den kodifiseres i en eksplisitt representasjon. Noen ganger

eksisterer informasjon før kunnskap, andre ganger eksisterer kunnskap før informasjon. En viktig implikasjon av denne toveis sammenhengen mellom kunnskap og informasjon er at informasjonssystemer som skal støtte kunnskapsarbeid i organisasjoner og mellom organisasjoner, må håndtere samvirke mellom informasjon og kunnskap. Det betyr at informasjonssystemet må være i stand til både å gi mening til informasjon for kunnskapsarbeid og å tolke kunnskap over i informasjon (Alavi og Leidner, 2001) i Gottschalk (2004).

Avhandlingen fokuserer på at fremtidens helsevesen krever mer samhandling.

Samhandlingsreformen blir ikke mulig uten at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i større grad kan dele informasjon om pasienten. IT løsninger innenfor helsesektoren i Norge er ikke gode nok til å ivareta god informasjon mellom nivåene. Norge ligger etter i utviklingen på dette når vi sammenligner oss med en rekke andre land. Vi kan vise til Skottland, Finland og USA som har utviklet bruk av helseregister og kjernejournal. Teknologien finnes allerede på flere områder, det handler om å kvalitetssikre løsningene og deretter våge å ta dem i bruk. For å sitere bladet Helse, (våren 2010) utgitt av Helse Midt Norge; ”sperrene ligger ikke i teknologien, men i hodene våre” (Bergstrøm; Helsedirektoratet 2010). Relatert til problemstillingen som omhandler å dele kunnskap er dette et viktig tema. Gode teknologiske løsninger som gir riktig og rask informasjon er avgjørende for at ansatte i helsevesenet skal kunne bruke sin kunnskap og visdom i behandlingen og i møte med pasienten.

2.3.3 Samvirke mellom eksplisitt og taus kunnskap

Den sterke koblingen mellom taus og eksplisitt kunnskap (jfr. kap. 2.1.4 s. 30) innebærer at bare individer med et minimum av felles kunnskap er i stand til å utveksle kunnskap. Det betyr at kunnskapsrommet må inneholde en kunnskapsoverlapp. Det tilsier at jo større det felles kunnskapsrommet er, desto mindre sammenheng (kontekst) er nødvendig å formidle fra person til person. Systemet er avhengig av det felles kunnskapsrommet fordi kunnskapsarbeidere må ha en felles forståelse av den tilgjengelige informasjonen i informasjonssystemet. Dersom en slik forståelse er fraværende, kan ikke informasjon utnyttes i kunnskapsarbeid. Systemet er selv en del av det felles kunnskapsrommet fordi informasjon gjøres tilgjengelig for alle, noe som fører til økt kunnskapsoverlapp mellom kolleger. En viktig implikasjon av denne toveis sammenhengen mellom taus og eksplisitt kunnskap er at informasjonssystemet som skal støtte kunnskapsarbeid i organisasjoner og mellom organisasjoner, må støtte og utvikle felles kunnskapsrom. Det betyr at informasjonssystemet

må være i stand til å støtte forståelsen av mottatt informasjon med taus kunnskap, og å gi tilgang til informasjon som kan føre til et større kunnskapsrom og dermed kunnskapsoverlapp (Alavi og Leidner 2001) i Gottschalk (2004). Teknologien har likevel sine klare begrensninger, og det er viktig å være bevisst dette når man tar teknologien i bruk.

Avhandlingen beskriver at teknologien er viktig for deling og utvikling av kunnskap. Samtidig må dette sees i en sammenheng med hvordan menneskene i virksomheten kommuniserer med hverandre, bygger opp relasjonelle bånd og bruker tid sammen. Dette er viktig for å utvikle felles kunnskapsrom.

Seci - prosessen (jfr. kap. 2.2.1 s. 35) består av sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering. Sosialisering dreier seg om å tilegne seg ny kunnskap gjennom felles erfaring med andre. Det skjer i menneskehjernen. Eksternalisering handler om å artikulere taus kunnskap over i eksplisitt kunnskap. Det skjer gjennom bruk av metaforer, analogi og modeller. Ved kobling blir eksplisitt kunnskap kombinert med mer kompleks og systematisert kunnskap. Eksplisitt kunnskap blir samlet inn utenfra og innenfra organisasjoner og deretter kombinert, redigert og behandlet, slik at den utvikler seg til ny kunnskap. Den nye eksplisitte kunnskapen blir deretter formidlet til medarbeidere i organisasjonen. Det er først og fremst denne koblingen som Seci-prosessen kan finne støtte i informasjonssystemer. Her kan nettverk og databaser bidra til at det utvikler seg ny, eksplisitt kunnskap. Internalisering, som går ut på at den eksplisitte koblede kunnskapen blir delt i hele organisasjonen og blir taus kunnskap hos hver enkelt medarbeider. Dette foregår primært i menneskehjernen (Nonaka, Toyama og Konno 2000).

2.3.4 Bruk av IKT i helse og omsorgssektoren

Kommuner og sykehus har i de senere år tatt i bruk ulike dataverktøy som skal bidra til effektivisering og kvalitetsutvikling av tjenester og ressurser. Det er mange ulike systemer som brukes, og det er en utfordring i helsevesenet i Norge at det er mange systemer som ikke kan "snakke sammen". I utarbeidelse av Samhandlingsreformen har dette vært et sentralt tema, og den legger vekt på at det er behov for en sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT. Det er behov for en klarere nasjonal styring og ledelse av utviklingsarbeidet.

Samhandlingsreformen legger vekt på at det utvikles infrastruktur som legger til rette for samhandling mellom aktørene. Basert på en videreutvikling av Norsk Helsenett ble det sommeren 2009 etablert en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT-infrastruktur for helse og omsorgssektoren.

Årsaken til dagens situasjon ligger i at regelverket ligger noe tilbake for den helsefaglige, organisatoriske og teknologiske utviklingen. Dagens lovverk er formulert i en tid da helsehjelpen i langt mindre grad forutsatte behandlingskjeden på tvers av juridiske enheter. Dagens teknologi muliggjør en deling av informasjon på tvers av virksomheter og nivåer som kan utnyttes for å gi bedre pasientbehandling, bedre mulighet for å ivareta personvernet, mindre pasienttransport og bedre utnyttelse av helsesektorens ressurser (Stortingsmelding nr. 47, 2008 – 2009).

I avhandlingen fremheves kunnskap som en sosial konstruksjon. Kunnskap skapes i samhandling mellom mennesker og ikke i teknologiske verktøyer. Ved innføring og bruk av nye teknologiske løsninger er det nødvendig og viktig å se hvilke virkninger dette får på organisasjonens indre liv. Hvilke samhandlingsformer blir satt på prøve og hva mister organisasjonen ved å innføre nye arbeidsmetoder. Som ledere er det viktig å skaffe seg kunnskap om og erfaring i å se hvordan dette påvirker kunnskapsutviklingen for virksomheten. Ved å innføre nye verktøy kan man miste samhandlingsarenaer som eksisterte tidligere. Arenaer for dialog og samtaler bør vektlegges og erstattes fortløpende med innføring av teknologiske verktøy.

Ved etableringen av DMS Inn-Trøndelag vil man møte på flere typer teknologiske løsninger som er viktig å etablere for å systematisere, håndtere og dele kunnskap. Vi vil trekke frem flg:

- Fagsystem for pasientopplysninger
- Telemedisin
- Være med å utvikle elektroniske systemer som ”snakker sammen” slik at opplysningene om pasienten er tilgjengelig der pasienten er

Ved etablering av DMS Inn-Trøndelag vil dette være viktige mål å jobbe mot. I dag er det ulike datasystem mellom kommunene og HNT. DMS Inn-Trøndelag vil bli knyttet til Steinkjer kommune sitt datasystem som skal brukes i den daglige virksomheten. Dette systemet har ingen mulighet til å kobles opp i mot sykehusets datasystem. Som en løsning på dette kan det være mulig å bruke erfaring fra DMS Stjørdal hvor leder av avdelingen får tilgang til sykehusets fagsystem med pasientopplysninger. Dette blir en løsning som kompenserer for at de ulike fagsystem ikke kommuniserer med hverandre i dag.

2.4 Ledelse av DMS Inn-Trøndelag som kunnskapsvirksomhet

I forskningsspørsmål fire ønsker vi å se på hvordan kunnskapsvirksomheter bør ledes. Vi vil sette fokus på DMS Inn-Trøndelag, og trekke frem hvilke type ledelse som vil være hensiktsmessig i denne virksomheten.

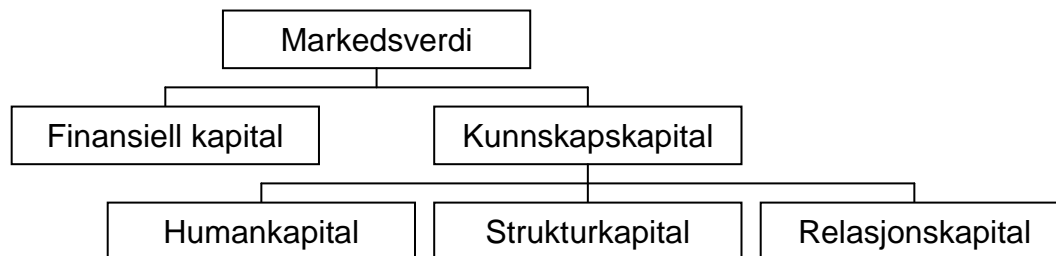
2.4.1 Intellektuell kapital

Intellektuell kapital omfatter tre typer menneskelige ressurser (Gottschalk 2003).

1) Humankapital, som er den kunnskap og kompetanse den enkelte medarbeider besitter. 2)

Strukturkapital, som omfatter samarbeidsformer, system og rutiner i virksomheten. 3)

Relasjonskapital som er forbindelser og relasjoner til kunder, distributører, media, myndigheter og andre bedrifter.



Figur 9: Sammenheng mellom finansiell kapital og intellektuell kapital.

Kilde: Gottschalk (2003:19).

Kunnskapsintensive firma baserer seg på *humankapital*, mer presist arbeidskraftens intellektuelle kapital (Newell m.fl. 2002). Betegnelsen *kunnskapsarbeider* omfatter både profesjonelle og andre med ekspertise og ferdigheter. Sentrale motivasjonsfaktorer for kunnskapsarbeidere er personlig vekst og utvikling, operasjonell autonomi, mestringsfølelse og rettferdig belønning.

Hillestad i Nordhaug (2006) beskriver intellektuell kapital som en kritisk ressurs. Hillestad hevder at kunnskap og kompetanse i form av intellektuell kapital har utkrystallisert seg som den kanskje mest kritiske ressursen for bedrifter og organisasjoner. Tidligere har kritiske ressurser vært fysiske ressurser, slik som mangel på råvarer, produksjonsmidler og kapital. Vi ser nå en klar utvikling som fremhever intellektuell kapital som en kritisk ressurs. Intellektuell kapital innbefatter den enkelte medarbeiders kunnskap og kompetanse, strukturkapital som samarbeidsformer, systemer og rutiner og relasjonskapital med forbindelser og relasjoner mellom menneskene i virksomheten.

Gottschalk (2004) definerer en kunnskapsarbeider slik: "En kunnskapsarbeider kan defineres som en person som selv er i stand til å finne, vurdere og bruke faglig informasjon".

Forfatteren hevder også at et av kriteriene for kunnskapsarbeidere er at de selv tar ansvaret for sin egen læring.

Kunnskapsmedarbeidere defineres som velkvalifiserte arbeidstakere med personlige evner, kunnskap og/eller kompetanse som bidrar til å øke, realisere og stimulere en organisasjons verdiskaping og arbeidsprosesser. Slike personlige egenskaper vil først og fremst være knyttet til kunnskap og kompetanse utviklet gjennom formell utdanning og erfaring, men også egenskaper som spesielt talent, relasjon eller nettverk (Hillestad i Nordhaug 2006).

I følge Gottschalk (2004) lever kunnskapsintensive bedrifter av andre varer og tjenester, men kunnskap er den viktigste ressursen i virksomheten. Helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsintensive virksomheter som innehar stor kompleksitet. Det legges vekt på både strukturell og prosessuell kunnskapsforståelse. Tjenesten kjennetegnes med fokus på problemløsning og er dynamisk og kompleks i oppgavestruktur. Det produserer både standardiserte og ikke-standardiserte produkter og tjenestene er i stor grad avhengig av den enkelte kunnskapsarbeider. Tiltakene er komplekse og skal være individuelt tilpasset.

Von Krogh m.fl. (2005) legger vekt på hvordan ledere av organisasjoner skal lede gode kunnskapsprosesser, og de fremhever at det er viktigere for ledere å støtte kunnskapsutviklingen enn å kontrollere den. Ved å snakke om å skape kunnskap mener forfatterne å summere alle de aktivitetene i en organisasjon som påvirker kunnskapsutviklingen på en positiv måte. Å skape kunnskap innebærer å legge til rette for relasjonsbygging og dialog, og utvikle en felles kunnskapsbasis for hele organisasjonen, på tvers av geografiske og kulturelle grenser. På et dypere nivå hviler det også en ny forståelse for hvilke betydninger følelser og omsorg har i en organisasjon.

2.4.2 Kunnskapsledelse

Davenport & Prusak (1998) har satt opp en del barrierer og mulige løsninger for kunnskapsdeling i en virksomhet.

Barrierer	Mulige løsninger
Mangel på tillit	Skape kontakter og tillit gjennom direkte personlige møter
Forskjellig kultur, begrepsverden og referanseramme	Skape felles plattform gjennom utdanning, diskusjon, teamdannelse og jobbrotasjon
Mangel på tid og muligheter for å møtes. Snevert produksjonsmiljø	Skape tid og plass til kunnskapsoverføring. Åpne møtesteder og anledning til å snakke sammen
Status og belønning går til eiere av kunnskap	Evaluerer prestasjoner og dele ut belønning etter hvem som er med
Mangel på "kapasitet til å oppdage og bruke kunnskap" hos mottakere	Utdanne de ansatte til fleksibilitet, skape tid og plass til læring, ansette folk med åpenhet over nye ideer
Tro på at kunnskap er noe som tilhører noen bestemte grupper. "Ikke oppfunnet her" syndromet	Oppmuntre ikke-hierarkisk tilgang til kunnskap. Kvaliteten på ideene er viktigere enn kilden
Intoleranse over feiltrinn eller behov for hjelp	Akseptere og belønne kreative feil og samarbeide. Man taper ikke status ved ikke å vite alt.

Tabell 3: Barrierer for kunnskapsdeling. Davenport & Prusak (1998:97)

Kilde: Jensen, Mønsted og Olsen (2004)

Forfatterne analyserer hvordan det skapes en kunnskapskultur. De ser en motsetning mellom krav til fleksibilitet og omstilling og behovet for "rik og tykk" kunnskap, som de kaller viskositet. Denne rike kunnskapen med mange detaljer er en personlig kunnskap basert på det konkrete, og forfatterne ser dette som en mulighet for å komme tett på mangfoldigheten av kunnskap, men samtidig som en barriere for kommunikasjon til andre uten tett og dyp innsikt. Å utvikle ny kunnskap i praksisfeltet blir viktig i DMS Inn-Trøndelag. Mange oppgaver er preget av standarder og instrumentelle ferdigheter, men i møte med den enkelte pasient vil den ansatte være nødt til å tilpasse dette til den situasjonen man står i. Kunnskapsbarrierer kan brytes hvis man klarer å utvikle en kultur hvor skaping av kunnskap i praksis er sentral. Davenport & Prusak (1998) beskriver noen løsninger for å bryte slike barrierer og trekker frem faktorer som tillit, fellesskap og dialog, positive tilbakemeldinger, motivere hverandre, være fleksibel og være åpne for nye ideer. Likeverd og frihet til å prøve å feile er også viktig.

2.4.3 Omsorg og tillit

Omsorg og tillit må fremheves som en forutsetning for å få til et skapende miljø. Gjensidig tillit, aktiv empati, adgang til feltet, ingen fordømmelse og pågangsmot er sentrale begrep når

det gjelder omsorg (von Krogh m.fl. 2005). Kunnskapsutvikling stiller helt spesielle krav til relasjoner i organisasjoner. Organisasjonsmedlemmene som skal dele og utveksle personlig kunnskap, må kunne stole på hverandre og være åpne for hverandres ideer. Hvordan disse faktorene er i en organisasjon er avgjørende for hvordan kunnskapsutviklingen kan skje. Å bygge tillit kan være en sårbar prosess. Tillit bygges sakte opp, men kan brytes raskt ned igjen. Newell m.fl. (2002) hevder at tillit handler om å dele risiko og usikkerhet, og om å akseptere sårbarhet. Tid er en sentral faktor, slik at det er mulighet til å dele erfaringer slik at gjensidig tillit kan bli utviklet.

	Individuell kunnskap	Sosial kunnskap
Lite omsorg	<i>Å gripe</i> Alle tenker på seg selv	<i>Å utveksle</i> Utveksling av dokumenter eller andre former for eksplisitt kunnskap
Mye omsorg	<i>Å skjenke</i> Hjelp ved utveksling av innsikter	<i>Å leve med</i> Å leve sammen og arbeide med et konsept

Figur 10: Kunnskapsutvikling når det er mye eller lite omsorg
Kilde: von Krogh m.fl. (2005:73)

Omsorg og tillit henger nøye sammen med den aktive empatien mellom kollegaene. Med aktiv empati menes at vi proaktivt forsøker å forstå andre, som gjennom aktiv spørsmålsstilling og årvåken observasjon (von Krogh m.fl. 2005). Det er viktig med en lyttende og spørrende holdning. Forfatterne hevder at ekstremt konkurrerende arbeidsmiljøer er å komme langt bort fra en kunnskapsutviklende kontekst. Det kan få enkelte ansatte til å handle på lite tillitsvekkende måter, som å unngå å hjelpe andre, prøve seg med knep, kritisere ideer med godt potensialet og holde tilbake nyttig feedback. Et slikt fokus på konkurranse kan lede virksomhetens strategier på villspor og få dem til å neglisjere de fordelene som kunne ha ført til suksess.

2.4.4 Motstridende strategier for ledelse

Von Krogh m.fl. (2005) trekker frem omsorg og tillit som en forutsetning for kunnskapsdeling. New Public Management (NPM) tenkningen har fokus på effektivitet, lønnsomhet og konkurranse. Vi ser kontrastene i disse perspektivene, men samtidig er dette krav og forventinger virksomhetene må forholde seg til. Røvik (2007) hevder at NPM tenkningen har en klar ideologisk- politisk dimensjon; det dreier seg om økonomisk logikk hvor forretningsinspirerte ideer innføres i offentlig forvaltning. Samhandlingsreformen legger vekt på effektivitet, bedre lønnsomhet, riktig tidsbruk som viktige mål i reformen. Reformen

legger i mindre grad vekt på strategier som omhandler intellektuell kapital og knowledge management. Røvik (2007) beskriver en reformkritisk forskningsleir som er skeptisk til mulighetene for å lykkes med NPM reformer. Fra denne leiren argumenteres det gjerne med at slike strategier er et ideologisk ”infisert” sett av liberalistiske ideer som søkes innført i offentlig sektor, og at dette er ideer og reformer som ikke tar høyde for kompleksiteten og annerledesheten i offentlig sektor. NPM retter lite fokus på organisasjonens indre liv, dvs. fokus på hvordan arbeidstakerne opplever å bli verdsatt og hørt.

Von Krogh m.fl. (2005) hevder at kunnskapsarbeidere ikke kan tvinges til kreativitet eller informasjonsutveksling. Tradisjonelle systemer for kompensasjon og belønning innenfor hierarkiske organisasjoner virker heller ikke tilstrekkelig motiverende til at ansatte utvikler de sosiale relasjonene som trengs for vedvarende kunnskapsutvikling. Vi opplever at virksomheter som DMS Inn-Trøndelag må forholde seg til begge disse ledelsesutøvelsene selv om de innbyrdes står i motsetning til hverandre. Styrende myndigheter og overordna ledelse i sykehus og kommuner har en strategi hvor NPM tenkningen er sentral. Samtidig legges det vekt på at det skal utvikles miljø hvor ansattes intellektuelle kapital blir brukt og at utvikling av ny kunnskap tilføres betydning.

De rasjonelle ledelsesperspektivene, satt oppimot de humanistiske, er i seg selv dikotomier, men ut fra et helhetlig ledelsesståsted har de komplementære og likeverdige dimensjoner i seg (Bourdieu 1994).

2.4.5 Kunnskapshjelperne

Problemstillingen setter fokus på hvordan kunnskap kan deles i DMS Inn-Trøndelag, og von Krogh m.fl. (2005) sin matrise synliggjør prosessen med å skape kunnskap i organisasjoner, dvs. en synliggjøring av det å drive kunnskapsledelse ut fra et konstruksjonistisk og prosessuelt syn på kunnskap. Forfatterne beskriver 5 hjelpere som bidrar til å skape kunnskap. Det dreier seg om:

Formulere en kunnskapsvisjon: viktig for å legitimere kunnskapsutviklingen i organisasjonen.

Få i gang samtaler: påvirker alle steg i kunnskapsutviklingen, fremmer kreativitet og kunnskapsspredning, utvikler begrep og rettferdiggjør dem.

Mobilisere kunnskapsaktivister: Kunnskapsaktivister initierer og koordinerer kunnskapsprosesser, skal inspirere og kvalitetssikre.

Utforme den riktige konteksten: Utvikle *ba*.

Gjøre lokal kunnskap global. Viktig å spre kunnskap som er utviklet et sted til andre i organisasjonen.

Forfatterne hevder at vellykket kunnskapsutvikling avhenger i siste instans av hvordan medlemmene i organisasjonen forholder seg til hverandre i prosessens ulike stadier. Betydningen av å utvikle gode relasjoner mellom menneskene i organisasjonen bør tillegges stor vekt i ledelsen av kunnskapsvirksomheter.

Steg i kunnskapsutviklingen					
Kunnskapshjelpere	Dele taus kunnskap	Utvikle et konsept	Rettferdiggjøre et konsept	Utforme en prototype	Forsterke kunnskapen
Formulere en visjon		✓	✓✓	✓	✓✓
Få i gang samtaler	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Mobilisere aktivister		✓	✓	✓	✓✓
Utvikle den riktige konteksten	✓	✓	✓✓	✓	✓✓
Globalisere den lokale kunnskapen					✓✓

Figur 11: Steg i kunnskapsutviklingen
Kilde: Von Krogh m. fl. (2005:23)

Modellen viser en helhetlig modell for å skape kunnskap og viser sammenhenger mellom steg i kunnskapsutviklingen og bruk av kunnskapshjelpere. Den viser i hvilken grad de fem hjelperne påvirker kunnskapsutviklingen og illustrerer at en samtidig satsing på steg i kunnskapsutviklingen og de fem kunnskapshjelperne kan gi en større effekt. Det innebærer en helhetlig tenkning i forhold til faglig og organisatorisk utvikling.

Proessen med å skape kunnskap kan deles i fem steg.

- Steg nummer en omhandler å dele taus kunnskap.
- Steg nummer to går ut på utvikling av konsepter for hvordan ansatte skal jobbe sammen, og utvikle måter å utføre arbeide og tjenestene på.
- Steg nummer tre skal legitimere og evaluere konseptet, slik at DMS Inn-Trøndelag har en åpen dialog om utviklingen av virksomheten med konstruktiv kritikk underveis.
- Steg nummer fire omhandler å utvikle prototyper for å kombinere eksisterende konsepter, produkter og prosedyrer med det nye konseptet.
- Steg nummer fem dreier seg om å forsterke kunnskap knyttet til å utbre kunnskapen utover den virksomheten man jobber i. Det vil variere hvor stor nytte andre virksomheter har av samme type kunnskap, mye er avhengig av den konteksten kunnskapen utvikles i.

3.0 METODE

Valg av metodisk tilnærming avhenger først og fremst av tema, problemstilling og forskningsspørsmål som velges i en undersøkelse. I tillegg ligger praktiske rammebetingelser, slik som tid, ressurser og forskerens kompetanse om ulike metoder og tilgang til datamateriale til grunn for valg av metodisk tilnærming (Jacobsen 2005).

Metodevalg må foretas på en reflektert måte, basert på kunnskap om ulike alternativer og hvilke konsekvenser disse vil ha for undersøkelsen som helhet (Kvale 1997).

I dette kapittelet gjøres det rede for valg som er gjort i forbindelse med tilnærmingen til problemområdet og forskningsspørsmålene. Videre belyses de refleksjoner vi har gjort i forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsene. I kapittel 3.1 vil det bli redegjort for vårt vitenskapelige ståsted. Det er viktig å reflektere og være bevisst på hvilke verdier og holdninger vi har med oss inn i forskningen, i og med at det indirekte vil prege vårt valg av metodisk tilnærming.

3.1 Vitenskapsteoretisk og metodologisk ståsted

Darmer og Nygaard (2005) hevder at ulike vitenskapsteoretiske retninger har ulik oppfatning av hva virkelighet er, og at dette påvirker hvordan mennesker tenker og handler. De viser til Guba (1990:17) som har følgende definisjon på paradigme:

”Paradigme er et basalt sett av verdier som styrer våre handlinger – både hverdagshandlinger og handlinger forbundet med disiplinerende undersøkelser.”

Paradigmets bestanddel	Besvarer spørsmålet
Ontologi	Hva er virkelighet?
Epistemologi	Hvordan erkjennes virkeligheten av undersøkelsen?
Metodologi	Hvordan undersøkes virkelighet?

Figur 12: Grunnelementene i det vitenskapelige paradigme.

Kilde: Darmer og Nygaard (2005)

Ness (2003) hevder at vår ontologiske og epistemologiske posisjon har betydning for valg av forskningsmetode. Før vi går nærmere inn på våre valg og begrunnelsen for disse, vil vi ta utgangspunkt i en oversikt over de grunnleggende antakelser ved forskjellige forskningsparadigmer.

Paradigme	Positivism	Postpositivism	Kritisk teori	Konstruktivism
Ontologi	Naiv realisme "virkelig" virkelighet som kan forklares	Kritisk realisme "virkelig" virkelighet som kan forklares ved statistisk sannsynlighet	Historisk realisme "foretatt" virkelighet skapt av sosiale, politiske, kulturelle, økonomiske, etniske og kjønnsmessige verdier utkrystallisert over tid.	Relativisme Individuelle konstruksjoner av virkeligheten
Epistemologi	Dualisme/objektivism Virkelige funn	Modifisert dualisme/objektivitet Kritisk tradisjon, flere funn sannsynligvis sanne	Transaksjonelle/ subjektivitet: verdibaserte funn	Transaksjonelle/ subjektivitet: skapte funn
Metodologi	Eksperimentell Manipulere variabler Verifikasjon av hypoteser Hovedsakelig kvantitative metoder	Modifisert Eksperimentell Manipulere variabler Kritisk "multiplism" Falsifikasjon av hypoteser Kan inkludere kvalitative metoder	Dialog/dialektisk	Hermeneutisk/ dialektisk

Tabell 4: Grunnleggende antakelse ved forskjellige forskningsparadigmer.

Kilde: Ness (2003:32)

Tabellen viser sammenhengen mellom de tre begrepene ontologi, epistemologi og metodologi i de ulike paradigmer eller vitenskapsteoretiske perspektiv. Ytterkantene er på den ene siden *positivismen* som forfekter en eksperimentell metode - hypotesetesting - basert på kvantitative målinger, og på den andre siden *konstruktivismen* som ifølge denne oversikten gir en hermeneutisk/dialektisk forståelse, eller fortolkning av de funn som skapes gjennom forskningsprosessen.

Positivismen har rotfeste i det modernistiske samfunnet. I følge Darmer og Nygaard (2005) mener positivistene at det finnes en objektiv virkelighet, og at man gjennom objektive tilnærminger, uten å blande inn følelser og verdier, kan finne frem til sannheten, den eksakte kunnskap om den og hvordan den fungerer. Som *sykepleier* og *vernepleier* er vi preget av både naturvitenskapens positivistiske forståelse av virkeligheten og av en kritisk og konstruktiv fortolkning av de samme fenomener.

Deltakerne i vår forskning er helsepersonell. Det er i stor grad sykepleiere, leger og fysioterapeuter som har deltatt i undersøkelsene. En kontekst som ytre sett omfatter de samme ting og hendelser kan oppleves på svært ulike måter av ulike individer. Ut fra en slik tenkning betrakter vi oss selv og vår forskning som hørende hjemme i et konstruktivistisk perspektiv - og ut fra en slik tenkning, sier vi oss enige med Darmer og Nygaard (2005) som hevder at

verden er relativ. Virkeligheten er ingen realitet, den er en konstruksjon og fortolkes ulikt, ut fra det mennesket vi er og den verden vi lever i. En slik forståelse av virkeligheten forutsetter kommunikasjon mellom undersøger og respondent/informant, for å tolke det som uttrykkes med ord, handling og følelser. I det konstruktivistiske paradigme er det vanskelig å finne klare svar på hva som er bra og mindre bra. Den enkeltes subjektive opplevelse kan heller ikke overføres til å gjelde som en sannhet.

Deltakerne i forskningen er alle hver for seg enkeltmennesker som har individuelle oppfatninger og meninger. Alle har sin egen historie og sin kontekst som har betydning for den kunnskap hver enkelt har og hvordan den kan deles og utvikles. Alle er preget av sine roller, profesjoner og den kulturen de jobber i. Jacobsen (2005) sier at forskerens oppgave blir å registrere det komplekse samspillet mellom hva mennesker sier og gjør, og hvilken sammenheng de sier og gjør det. En holistisk tilnærming understreker at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenhengen de inngår. Forfatteren påpeker det meningsløse i å snakke om en lik sosial virkelighet for alle når man skal studere mennesker. Han peker på at det bare finnes ulike forståelser av virkeligheten.

I følge De Forskningsetiske Retningslinjer (2006) preges forskning i kultur- og samfunnsfag av forskerens samfunns- og menneskesyn. Dette kan virke berikende, men en redegjørelse for hvordan egne holdninger kan påvirke valg underveis i prosessen er påkrevd. Det er ikke lett for oss å beskrive hvilket vitenskapsteoretisk ståsted vi har. Vi er påvirket av flere ulike perspektiver gjennom vår utdanning og våre erfaringer. I tillegg er det mange andre forhold som har vært med å forme oss som mennesker. Alder, kultur, utdanning og livserfaring er faktorer som er grunnleggende for vårt menneskesyn og verdigrunnlag.

Våre metodevalg er mest preget av konstruktivismen. Selv om vi plasserer oss i en slik tenkning, ser vi at en god del av de daglige rutinene innen helsevesenet er basert på en rasjonell tenkning. Darmer og Nygaard (2005) viser til Guba som sier at det positivistiske paradigme har vært dominerende som vitenskapelig paradigme siden Descartes (1596-1650), og fortsatt er det, og at dette er dominerende innen både natur- og samfunnsvitenskap. Ved å gå inn i kunnskapsvirksomheter som distriktsmedisinske sentre, for å se hvordan kunnskap deles, møter man en kompleks virkelighet, hvor det er mange forhold som påvirker hverandre. Ut fra vår erfaring kan det bli vanskelig å standardisere funn i klare svar som kan tallfestes og generaliseres. Jacobsen (2005) hevder at det er meningsløst å snakke om en sosial virkelighet som er lik for alle når man skal studere hvordan mennesker tenker og handler. Det finnes bare

ulike forståelser av virkeligheten. I avhandlingen vil vi ha fokus på; hvordan deler vi kunnskap slik at vi kan utføre behandling og pleie som er tilpasset pasientens behov. Med forankring i naturvitenskapen følger vi standardiserte prosedyrer og gir pasienten den behandlingen som legen har forordnet. I tillegg må vi observere og snakke med pasienten, knytte relasjonelle bånd og dele erfaringer med medarbeidere som gir oss grunnlag for hvordan vi skal handle. Med bakgrunn i dette er vi som helsepersonell og forskere påvirket både av positivistisk og konstruktivistisk tenkning.

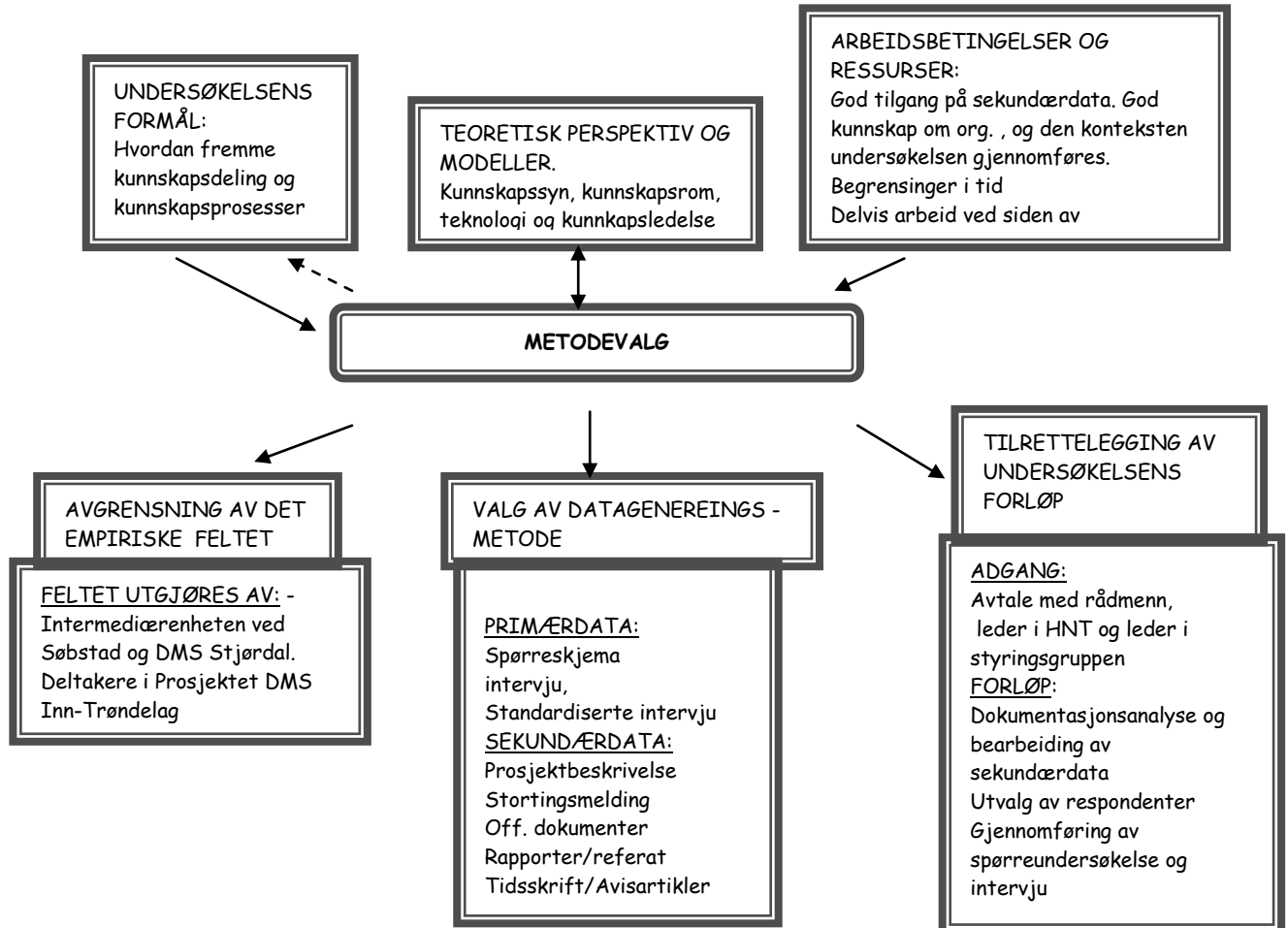
Gotvassli (1999) hevder at i et sosialkonstruktivistisk perspektiv blir læring og kunnskapsutvikling sett på som sosiale konstruksjoner. Han hevder at psykologiske forståelsesformer og begreper er et produkt av sosiale prosesser som finner sted i en bestemt kontekst. Dette forstår vi slik at konstruksjoner skapt gjennom samhandling med andre er i fokus. Vårt ståsted er preget av sosialkonstruktivismen. Imidlertid kan vi ikke se bort fra de verdier som kritisk teori mener ligger til grunn for virkelighetsoppfatningen. Dette kan være sosiale, politiske, kulturelle, økonomiske, etniske og kjønnsmessige verdier som har utkrystallisert seg over tid. På bakgrunn av dette plasserer vi oss selv i sosialkonstruktivismen, med en påvirkning av kritisk teori.

3.2 Metodevalg

Problemstillingen (jfr. kap. 1.12 s. 24) etterspør hvordan kunnskapsdeling kan fremmes mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved å opprette et DMS Inn-Trøndelag. Gjennom forskningsspørsmålene har vi forsøkt å bryte undersøkelsen ned, og forskningsspørsmålene har vært grunnleggende for valg av undersøkelsesdesign. Forskningen er knyttet opp mot en virksomhet som enda ikke er etablert. Vi startet derfor med en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte i to enheter som i stor grad kan sammenlignes med DMS Inn-Trøndelag. Dette skulle gi svar på hvilke gode praksiser som var etablert, hvilke praksiser kunne ha vært brukt mer og hvilke uheldige praksiser kunne man finne, sett i lys av den problemstillingen vi har valgt. Med bakgrunnsmateriale fra spørreskjemaundersøkelsen ble det gjennomført intervju blant deltakerne i prosjektorganisasjonen. Vi ville undersøke hvilke tiltak det nye DMS Inn-Trøndelag har planer om etablere, sett i lys av å fremme kunnskapsdeling mellom aktørene i prosjektet, og hvor samstemte var disse dataene opp mot de data som spørreundersøkelsen ga. I forskningsspørsmål 4 ble det gjennomført standardiserte intervju over telefon. Begrunnelsen for dette var at vi ville ha grundigere datamateriale omkring dette spørsmålet enn det de første undersøkelser hadde gitt oss.

For å supplere data er det benyttet sekundærdata fra ulike dokumenter, rapporter, referater og artikler som omhandler temaet.

Her følger en oversikt over metodevalg:



Figur13: Skjematisk fremstilling av metodevalgets premisser
Kilde: Bearbeidet etter Borum i Andersen (1990:61)

3.3 Induktiv eller deduktiv metode

Jacobsen (2005) beskriver et skille mellom deduktiv og induktiv metode. Deduktiv metode er en strategi hvor vi går fra teori til empiri. Det vil si at vi med bakgrunn i teori lager hypoteser om hvordan virkeligheten er, og prøver ut dette mot det empiriske feltet. Induktiv metode går motsatt vei; vi samler inn data og analyserer disse for å lage nye teorier.

Vi har valgt en induktiv tilnærning til feltet. Dette innebærer at vi som forskere ikke har sterke forforståelser i form av hypoteser eller intervju spørsmål som er avledet av teorier og som vi er ute etter å teste gjennom den empiriske undersøkelse. En induktiv bruk av teori innebærer en aksept på at teoriene er en del av vår forståelse. Dette kan gi inspirasjon til å se etter bestemte

fenomener i feltet, og anvendes som verktøy i analysedelen. Vi bruker teoriene som et utgangspunkt for å forstå, fortolke og forklare funn fra vår datafangst.

Det lå mange betraktninger og beslutninger til grunn for undersøkelsen som var basert på teorier om læring og kunnskapsutvikling. Siden teori er med og danner et bakteppe her, kan vi nok se at den har preg av deduktiv tilnærming, men vi er også åpen for at respondentene og informantene i undersøkelsen skal være med å bidra til å se nye muligheter og ny teori.

Sett fra en induktiv tilnærming kan vi vise til at forskningsspørsmålene er åpne, og for å kunne besvare dem må det samles inn data først. Vi gikk inn i undersøkelsen med et åpent sinn, men har med oss vår forforståelse som bl.a. *er teorier*. Jacobsen (2005) sier at ingen forskere kan være helt åpne, alle har sine skylapper. Uansett må alle data som samles inn analyseres og fortolkes av forskeren. Den kulturelle bakgrunn, de interesser og sosiale relasjoner forskeren har, kan ha betydning for bearbeiding og tolking av dataene. Vi har med oss våre egne erfaringer fra utdanning og yrkesliv.

Det snakkes i dag oftere om mer eller mindre åpne tilnærminger i stedet for induktive og deduktive tilnærminger. Åpenheten er større jo mindre begrensninger forskeren legger på de data som skal samles inn.

En induktiv tilnærming innebærer at man velger en metode med tre fortolkningsnivå (Jacobsen 2005:36-37).

- Fortolkningsnivå 1: Den undersøkte gir sin fortolkning av virkeligheten
- Fortolkningsnivå 2: Forskeren fortolker de informasjonen den undersøkte har gitt
- Fortolkningsnivå 3: Lesere av resultatene fortolker disse på sin måte.

Dette står i motsetning til den deduktive tilnærmingen der det finnes ytterligere ett fortolkningsnivå – nemlig at forskeren forut for undersøkelsen har sin forståelse av virkeligheten og standardiserer denne, for eksempel i et spørreskjema.

3.4 Ekstensiv eller intensiv metode

Et intensivt undersøkelsesdesign går i dybden, og et ekstensivt design er bredere. Dybde sier noe om hvordan vi nærmer oss fenomenet, mens bredde sier noe om antall undersøkelsesenheter (Jacobsen 2005). I ekstensive undersøkelser opereres det med store utvalg enheter, og jo mer ekstensive oppleggene er, desto mer generelle blir de.

Vi ønsket et design som kunne gi oss den informasjon vi var ute etter for å få svar på avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. utfordringen lå i å finne metoder som var hensiktsmessig å bruke innenfor rammene for avhandlingen. Vi valgte å gå bredt ut i

starten, for deretter å smalne inn etter hvert. Spørreskjemaundersøkelsen ble sendt ut til to enheter, hvor det var totalt 49 respondenter, som alle fikk tilsendt spørreskjema.

Dette kan anses som å være et begrenset antall deltakere, og undersøkelsen vil derfor ha et begrenset ekstensivt preg selv om alle ansatte på disse enhetene fikk mulighet til å svare.

I intensive undersøkelser studeres få enheter og mange variabler, og man går mer i dybden ved hjelp av kvalitativt orienterte metoder. I avhandlingen benyttes metoder som er mest preget av et intensivt design.

Jacobsen (2005) hevder at å gå i dybden er:

- Et forsøk på å få fram så mange nyanser og detaljer som mulig i selve fenomenet.
- Å gå i dybden er også et forsøk på å få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsesenheten inngår i.

Det er også interessant å se samspillet og relasjonene mellom individene og den spesielle konteksten, det kan være en organisasjon, en spesiell gruppe eller en spesiell situasjon.

Kvalitative data er empiri i form av ord, setninger eller tekster som formidler mening, og er egnet til å gi nyanserte beskrivelser av hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon.

Intervjuene bygger på en prosessuell forståelse av kunnskap, hvor relasjoner, dialog og refleksjon hadde stor plass. Vi var interessert i enkeltpersonenes oppfatninger for å få svar på forskningsspørsmålene. På bakgrunn av dette er det vanskelig å si hvor allmenngyldig konklusjonene på avhandlingen er. Samtidig kan denne avhandlingen gi grunnlag for videre teoriutvikling og være utgangspunkt for å lage hypoteser som kan testes i andre studieopplegg (Jacobsen 2005:92).

3.5 Nærhet og distanse

I denne delen av avhandlingen sees det nærmere på ulike roller man har som forskere i det empiriske feltet. Vi vil se på forhold som nærhet og distanse til forskningsfeltet som en viktig del av vårt forskningsarbeid. Jacobsen (2005) hevder at kvantitative metoder har blitt kritisert for å skape en unødig stor distanse mellom det som undersøkes, og undersøkeren. Argumentet for en slik distanse er at forskere dermed kan studere fenomener som er upåvirket av dem selv. Dette har blitt møtt med kritikk fra den kvalitative skolen, som peker på at det aldri vil være mulig å kvitte seg med undersøkelseeffekter.

Wadel (1991) beskriver at det å forske i egen virksomhet kan være et problem fordi forskeren vil kunne være blind i en spesiell betydning. Det kan være dette som har fått filosofen Whitehead til å si: "Familiar things happen and people don't bother about them. It takes an unusual mind to discover the obvious." Paulgaard i Fossåskaret, Fuglestad og Aase (2006) utdyper dette med å si at en som selv er innenfra, vil ha problemer med å se og artikulere det selvsagte og underforståtte, det som tas for gitt. En forsker som kommer utenfra og er fremmed i forhold til det feltet som studeres, vil lettere kunne se og artikulere det underforståtte.

Det er selvfølgelig viktig å være oppmerksom på at kulturfortrolighet kan føre til kulturblindhet, og at dette problemet er større ved feltarbeid i egen kulturkrets enn ved feltarbeid i fremmede kulturer (Wadel 1991).

Repstad (2007) hevder at det ikke er snakk om enten nærhet eller distanse, men heller en evne til å bevege seg mellom de to idealene. Nærheten er nødvendig for å forstå den undersøktes virkelighet, mens avstanden er viktig for å sette denne oppfatningen inn i et videre perspektiv. Som forskere er det viktig at vi har en viss distanse til det som vi skal forske på. Samtidig må denne distansen ikke bli så stor at vi ikke kommer problemstillingen nært nok. Som forskere er det viktig at vi i hele forskningsprosessen er kritisk oppmerksomme på dette aspektet. De valg vi gjør her vil påvirke undersøkelsens validitet og reliabilitet.

Forfatteren beskriver videre erfaringer fra egen forskning hvor han hadde respondenter i forskningen han kjente godt fra før. Han beskriver at dette kunne være en fordel, og gjort det lettere for dem å åpne seg, og gjort dem mer presise i forhold til fakta. På den andre siden viser forfatteren til at det kan ha gjort dem mer tilbøyelig til å spille opp til det de mente var hans standpunkter til det han forsket på.

I spørreskjemaundersøkelsen hadde vi en god distanse til feltet vi skulle undersøke. Ingen av oss har hatt noen tilknytning til disse arbeidsplassene tidligere, men vi har lest og hørt mye om de erfaringer som er gjort. Vi er helsearbeidere og vil være preget av dette i feltarbeidet. Vi besøkte lederne ved de to utvalgte enhetene, og fikk omvisning og hilst på noen av de ansatte. Gjennom dette opparbeidet vi en viss nærhet til feltet og fikk en bedre forståelse for hvordan enhetene fungerte.

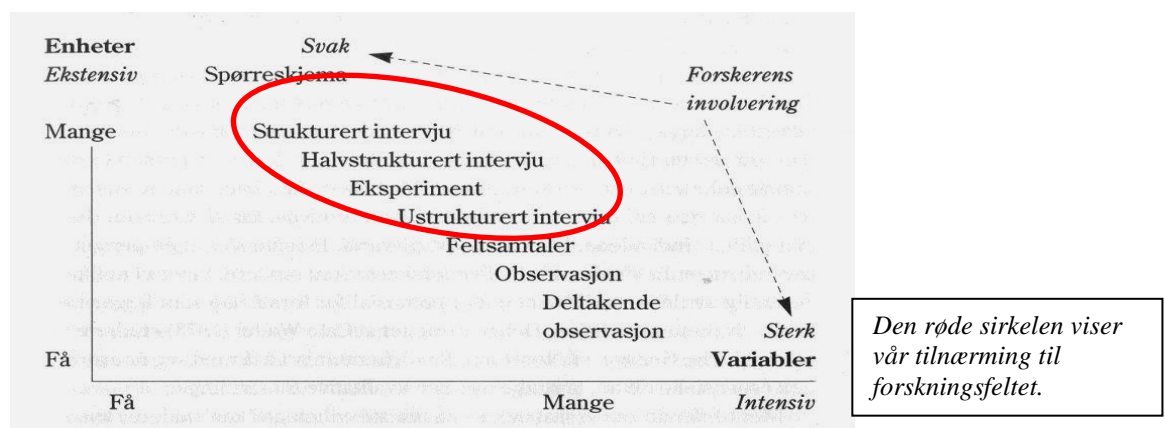
Ved utvalg av deltakere til intervju hadde vi en tettere relasjon til feltet. En av oss har vært medlem i prosjektgruppen som vi valgte informanter fra. Det var etablert godt kjennskap til de

personene som deltok. Dette vurderte vi til å være positivt, og at det gav oss muligheter for flere detaljer, og at svarene ble mer utdypende. Vi hadde et godt utgangspunkt for å lage en god intervjuguide fordi vi kjente prosjektet godt. Likevel er det viktig for oss å være kritisk til denne nærheten til praksisfeltet, og vi vurderte nøye hvordan vi skulle gjennomføre intervjudelen.

Ved gjennomføringen av intervjuene ble vi enige om at den av oss som ikke hadde deltatt i prosjektet gjennomførte intervjuene. Den andre av oss deltok som en observatør med mulighet for å stille oppklarende spørsmål.

3.6 Valg av metode for datagenerering.

Vi hadde i utgangspunktet planlagt å bruke en aksjonsbasert metode i vår forskning. DMS Inn-Trøndelag var planlagt åpnet og satt i virksomhet fra høsten 2009, og vår hensikt var å gjennomføre en følgeforskning med tema kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling i et nyopprettet DMS Inn-Trøndelag. Prosjektet ble utsatt på grunn av politiske prosesser som tok lengre tid enn antatt. Vi valgte derfor å forske i feltet med både kvantitative og kvalitative metoder. Den metodiske tilnærmingen som vi har benyttet er et eksempel på at det i praksis sjelden vil være enten kvantitativ eller kvalitativ metode, men at man beveger seg i retning av den ene eller den andre metodiske tilnærmingen, slik Jacobsen (2005) viser det i modellen under:



Figur 14: Antall involverte informanter og grad av personlig involvering.
Kilde: Tilpasset fra Wadel (1991:188) i Fossåskaret (2006).

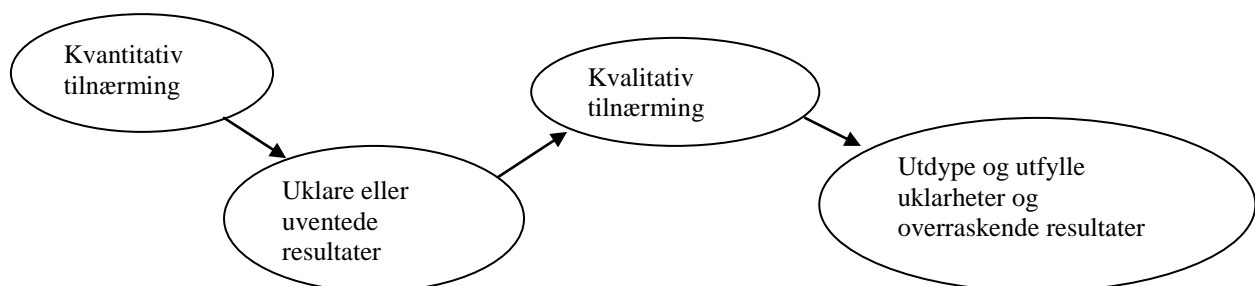
3.7 Triangulering

Triangulering vil si å benytte ulike metoder, teorier, datakilder eller forskere til å belyse ett og samme fenomen. Argumentet for å bruke triangulering er å sikre bedre data, at variasjonene i dataene ikke skyldes metoden (Jacobsen 2005).

Triangulating bygger på en grunnleggende antakelse: “The weaknesses in each single method will be compensated by the counter-balancing strenght of another” (Jick 1983). Hver metode har sine styrker og svakheter, triangulering forutsetter at det er mulig å utnytte styrkene og nøytralisere svakheterne. Dette skal sikre bedre data, det kan avdekke avvik eller andre dimensjoner ved et fenomen. Jacobsen (2005) viser til at triangulering kontrollerer data og konklusjoner ved å kombinere ulike metoder. Triangulering vil være en kontroll av de resultater en forsker kommer fram til. Forfatteren viser imidlertid til at det er mange tilhengere av kvalitative metoder som reagerer kraftig imot en slik tilnærming til troverdighet. Kvalitative metoder er sterkt kontekstavhengige, og at det er umulig å gjenta samme funn på ulike måter.

I forskningen er det benyttet flere metoder, men det har ikke vært muligheter for å gjennomføre dette i samme feltet. I og med at prosjektet DMS Inn-Trøndelag ikke har blitt satt i daglig drift, valgte vi å oppsøke to eksisterende sammenlignbare enheter for å samle data. Her ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse, mens intervjuene ble foretatt blant medlemmer i prosjektet som har planlagt et nytt DMS Inn-Trøndelag. Undersøkelsen kan sees i lys av en triangulering og begrunnes med at vi har bygget våre undersøkelser på ett og samme fenomen.

Vi har valgt å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse først. Ut fra dette vil vi ha en del resultater som vi kan benytte når vi skal gjennomføre den kvalitative undersøkelsen i vår forskning. Vi viser til Jacobsen (2005).



Figur 15: Metodetriangulering – kvalitativ tilnærming etter en kvantitativ tilnærming.

Kilde: Jacobsen (2005:136)

Vi benytter oss av:

- Spørreskjemaundersøkelse
- Intervju.
- Dokumentundersøkelse/-studier

3.8 Spørreskjemaundersøkelse

Spørreskjemaundersøkelsen var første trinn i datainnsamlingen (appendiks B). Datafangst fra denne undersøkelsen ble benyttet som bakgrunnsmateriale til intervjuene. Gjennom besøk til lederne ved Søbstad Helsehus i Trondheim og ved DMS Stjørdal fikk vi tilgang til feltet, og det var positiv vilje til å være med i undersøkelsen.

Utvalget av disse to enhetene, ble gjort ut fra en vurdering med følgende hovedmoment:

1. Kunnskap og erfaring som ansatte har etablert i en slik enhet
2. Størrelsen på de to enhetene vi valgte ut
3. To avdelinger med sammenlignbar funksjon, men med ulik organisering og struktur
4. To avdelinger som har vært omtalt som gode eksempler fra helse og omsorgsdepartementet i arbeidet med Samhandlingsreformen

Med hjelp og støtte fra Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) gjennomførte vi undersøkelsen ved bruk av Questback. Ansatte på begge enhetene var godt kjent med bruk av elektronisk verktøy, og bruker dette daglig i sin arbeidshverdag.

Det ble utarbeidet 15 spørsmål med to kommentarfelt med utgangspunkt i avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. Vi valgte å sende ut spørreskjema til 49 ansatte.

Spørreskjemaet ble inndelt slik:

- Grunnlagsdata: Kjønn, arbeidssted og utdanning
- Avtaler med krav og rutiner for samhandling
- Kurs og undervisning
- Refleksjon og veiledning
- Teknologi
- Nærhet og tillit mellom kommune og sykehus

Spørreskjemaundersøkelsen inneholdt data som var definert på forhånd. Vi hadde et utvalg av to undersøkelsesenheter, og respondentene skulle ta stilling til noen variabler med lukkede

svaralternativer. Datainnsamlingen ble foretatt gjennom tallfesting av sosiale fenomener. Det var vi som forskere som definerte hva det var interessant å spørre om (variablene), og hvilke svaralternativer som var relevante (verdiene). Vi satte opp spørsmålene i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene, og graderingen av svarene gjorde vi for å gradere og se tendenser i svaralternativene.

Variablene som respondentene skulle skalere ble satt fra en til fire, eller en til seks. Slike spørreskjema kan ha begrensninger sett i lys hvordan den enkelte respondent tolker de ulike spørsmålene, og vi har åpnet opp for to kommentarfelt i spørreundersøkelsen.

Kommentarfeltene skal gi respondenten muligheten til å utdype hva han eller hun har ment med svaret sitt, eller at det kan gi oss informasjon om forhold som svaralternativene ikke fanger opp. Det er viktig å være klar over at spørreskjema har sin begrensning, og at forskere må tolke og bruke svarene fra undersøkelsen i lys av det. Jacobsen (2005) er noe kritisk til hva man egentlig måler gjennom standardiserte spørsmål. Han sier at den største faren med kvantitativ tilnærming er at den kan gi et overflatisk preg på undersøkelsen, og at den kan få problem med begrepsgyldigheten, i og med at det ikke er rom for opplysninger om forhold som ikke er med i spørreskjemaet (Jacobsen 2005).

Spørreskjemaundersøkelse er en effektiv metode for innhenting av informasjon. Mange nåes med begrenset ressursbruk, og det ble enkelt for oss å bevare den kritiske avstanden til det man undersøker. Resultatene er enkle å framstille, for eksempel i form av tall som kan visualiseres gjennom søylediagram, og metoden er egnet til å sammenligne resultater mellom de to enhetene. På den måten gir den metodiske tilnærmingen mulighet til å sammenligne resultatene fra undersøkelsene og gi oss informasjon og kunnskap som kan deles. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen ga oss viktig grunnlag for hva vi skulle legge vekt på i intervjuene, hvordan vi bygde opp intervjuguiden og hvordan vi gjennomførte intervjuene.

3.9 Intervju

Intervju blir beskrevet som en utveksling av synspunkter mellom to personer som snakker sammen om felles tema. Formålet med intervjuene blir å få en så fyldig og beskrivende informasjon om hvordan andre mennesker opplever ulike sider av sitt liv. Samtalen som foregår mellom forsker og informant blir satt i system og omformet til forskningsverktøy. Det betyr allikevel ikke at det nødvendigvis er en likeverdig samtale, da det er forskeren som definerer og kontrollerer situasjonen. Intervju har også en viss struktur og en hensikt.

Konteksten og det teoretiske rammeverket både avgrensner og definerer hvilke områder eller deler av sin virkelighet informantene har mulighet til å beskrive i sine svar. Graden av åpenhet i intervju kan variere fra helt lukkede intervju med faste svaralternativer til helt åpne intervju uten intervjuguide og styrt samtale (Jacobsen 2005; Kvale 2002, 1997; Thagaard 2009).

I undersøkelsen benytter vi individuelle intervju, i og med at det egner seg godt når man skal undersøke få enheter.

Vi var opptatt av at det skulle være en løs ramme, men samtidig innenfor de tema vi ønsket å belyse. Intervjuguiden (appendiks C) skulle hjelpe oss å holde tråden, men det var ikke en stram regi på denne, slik at det i enkelte intervju ble ulik rekkefølge.

Vi benyttet delvis halvstrukturerte intervju som metode. Med en slik form kunne vi følge informantene sin fortelling og allikevel få informasjon om de temaene vi hadde fastsatt i starten. Valg av ustrukturerte intervju er begrunnet ut fra at det ikke var behov for å sammenligne de ulike informantenes svar. Intervjuene ga omfattende datafangst, noe som var tidkrevende å behandle.

Vi valgte å gjennomføre intervju med deltakere i prosjektet DMS Inn-Trøndelag, og har da valgt ut prosjektgruppen som har hatt samhandling som tema. Prosjektgruppen har bestått av 10 medlemmer og vi har valgt 4 informanter fra denne gruppen.

Vi oppsøkte informantene på deres arbeidsplasser og gjennomførte intervjuene der.

Bruk av intervjuguide.

Vi valgte en delvis strukturert form på våre intervju, og vi benyttet intervjuguiden som støtte.

Vi så at det var en fordel for oss å være to tilstede under intervjuene. Den som ikke førte samtalen hadde ansvaret for å sjekke ut at vi hadde vært innom alle tema.

Det ligger ulike utfordringer i å stille gode oppfølgingsspørsmål slik at man ”fanger” all viktig informasjon, og kan forfølge informantens tanker. Vi hadde en gjennomgang av intervjuguiden før hvert intervju, hvor vi reflekterte over ulike momenter som kunne ”dukke” opp underveis i intervjuet. Intervjuene varte fra 1 – 2 timer.

Ekstra intervju underveis

Underveis i arbeidet med avhandlingen så vi behov for å belyse lederrollen i DMS Inn-Trøndelag tydeligere, og med bakgrunn i dette ble et fjerde forskningsspørsmål utarbeidet. Vi gjennomførte en ny intervjuundersøkelse med vekt på dette temaet, og valget av metode falt

på bruk av standardiserte intervju. Vi gjennomførte en telefonenquete¹³, med spesiell vekt på ledelse av et DMS Inn-Trøndelag som kunnskapsvirksomhet (appendiks D). Andersen (1997) beskriver det standardiserte intervjuet som en kvantitativ metode for innsamling av verbale utsagn, og har likhetstrekk med spørreskjema. Spørsmålene er strukturert i en bestemt rekkefølge, og blir stilt på samme måte til alle intervjuobjektene. Intervjuet kan foregå ansikt til ansikt eller over telefon, og intervjueren krysser av svarene i et spørreskjema. Dette gjennomførte vi ved å foreta telefonintervju med våre fire tidligere informanter. I tillegg ble lederne på enhetene hvor vi gjennomførte spørreskjemaundersøkelsen spurt. Det ble til sammen seks personer. Før vi gjennomførte intervjuene testet vi spørsmålene vi hadde utarbeidet på en tidligere kollega. Dette medførte noen justeringer på spørsmålene før vi gjennomførte undersøkelsen. Alle informantene stilte seg positive til å delta.

3.10 Dokumentundersøkelser/- studier

For å supplere data fra intervju og spørreundersøkelse, har vi benyttet sekundærdata. Dokumentanalyse er en systematisk analyse av skrevne og audiovisuelle dokumenter som ikke er produsert av forskeren selv. Jacobsen (2005) trekker frem tre situasjoner hvor slik analyse vil være egnet. Dokumentanalyse er godt egnet når det ikke er mulig å skaffe primære data, når det er ønskelig å finne ut hvordan andre har fortolket en situasjon eller når en vil vite hva som faktisk er sagt og gjort.

Supplerende data er i hovedsak hentet fra offentlige dokumenter som omfatter Samhandlingsreformen, en Fafo rapport, en NOU (Norsk offentlig utredning), rapporter vedrørende interkommunalt samarbeid mellom de deltakende kommunene og rapporter og referat fra prosjektet DMS Inn-Trøndelag. Dette er dokumenter som har troverdighet, og er lett tilgjengelig gjennom bibliotek eller gjennom elektroniske databaser. I tillegg har vi brukt noen artikler fra aviser og tidsskrifter som debatterer ulike problemstillinger vedrørende Samhandlingsreformen.

¹³ **Enquête** (uttales [ãŋ.kɛt]) eller **enkét**, fra fransk *enquête*, En enquête er en undersøkelse som blir gjort ved å stille de samme spørsmål til et bestemt antall mennesker. Hentet fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Enqu%C3%AAte>

3.11 Verifisering

Verifisering av kunnskap diskuteres i kvalitative studier ofte i forhold til begrepene generaliserbarhet, reliabilitet og validitet (Kvale 1997). Validitet kan forklares som gyldighet, reliabilitet som pålitelighet og generaliserbarhet med overførbarhet (Jacobsen 2005). I følge Gotvassli (1999) må validitets- og reliabilitetsspørsmål fokusere like sterkt i kvalitative som det gjøres i kvantitative undersøkelser.

Validering er å teste gyldighet. Oppfattes resultatene som riktige? Dette kan innebære en test av resultater mot andre mennesker, eller at vi går kritisk gjennom kilder og informasjon fra kildene (Jacobsen 2005). I intervjuundersøkelser bør kvalitetskontroll være en naturlig del i alle stadier av kunnskapsproduksjon, og ikke bare en inspeksjon på slutten (Kvale 1997).

Når det gjelder overførbarhet (ekstern gyldighet) så dreier dette seg om i hvilken grad funnene fra undersøkelsen kan generaliseres (Jacobsen 2005). I kvalitative studier er det snakk om en teoretisk generalisering (fra empiri til teori), og det er i slike studier vanskelig å snakke om statistisk generalisering (fra utvalg til populasjon). Man kan lete etter støtte for sine funn i andre undersøkelser, og dersom flere studier viser det samme kan man til en viss grad hevde en generalisering til en større populasjon av enheter.

Pålitelighet har med om vi kan stole på det vi har samlet inn (Jacobsen 2005). Er resultatene pålitelige? Undersøkelsesopplegget kan påvirke de som undersøkes, og det kan gjøre at man ikke får et riktig bilde av situasjonen. Begrepet *intervjueffekt* innebærer at intervjuerens væremåte kan virke inn på de svar respondenten/informanten gir. *Konteksteffekt* innebærer om dimensjonen ved konteksten påvirker resultatet. Det er også viktig fra forskerens side å være nøyaktig i registrering og analyse av data. Dette er viktig både under transkribering og i kategorisering av data. Forhold knyttet til nærhet og distanse til forskningsfeltet er tatt opp tidligere under kapittel 3.5 s. 59.

3.12 Forskningsetikk

Forskere vil møte ulike etiske dilemmaer (Jacobsen 2005). Forskere må hele tiden vurdere konsekvensene av valg de gjør ut fra etiske prinsipper og vurdere gevinstene for undersøkelsen opp mot den belastning eller problem som respondenter eller informanter kan oppleve. Kant i Jacobsen (2005) kaller dette for konsekvenslogikk.

I planleggingen av våre undersøkelser har vi diskutert om hvordan vi skulle ivareta kravet til anonymitet. Før undersøkelsene startet ble respondentene informert om hvordan data ville bli behandlet. Utformingen av spørsmålene i spørreskjemaundersøkelsen var slik at respondentene ikke kunne gjenkjennes. Det lå en utfordring i og med at det var åpnet for to kommentarfelt. Her forsikret vi oss at kommentarer ikke kunne gjenkjennes. Før gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen hadde vi samtaler med lederne ved de to enhetene undersøkelsen skulle gjennomføres. Respondentene i Questback undersøkelsen var sikret anonymitet. Vi utarbeidet et brev som ble sendt sammen med spørreskjemaet, hvor det ble presisert at det var frivillig å delta i undersøkelsen. I brevet ble det informert om anonymitet og sikret kravene til informert samtykke.

Før intervjuundersøkelsen fikk informantenes ledere tilsendt et brev, hvor det ble bedt om samtykke til å intervju de utvalgte (appendiks E). Vi hadde en direkte forespørsel til den enkelte informant. I intervjuene har vi forsøkt å holde den etiske dimensjon høyt ved å legge vekt på å gjengi utsagnene rett. Det ble benyttet diktafon i intervjuene. Intervjuene ble gjennomgått og skrevet ordrett ned i et dokument.

Når det gjaldt intervjuundersøkelsen var det empiriske feltet relativt lite. Her var vi svært oppmerksomme på at vi ikke gjenga opplysninger som kunne knyttes til enkelte personer. Vi var også fokusert på å ikke gjengi hvor informantene kom fra, eks. om det er en stor kommune eller vertskommunen nettopp fordi vårt empiriske felt var lite. Informantene i intervjuene fikk tilbud om å lese gjennom den delen av avhandlingen hvor det er brukt sitat, og alle har sendt sin godkjenning på bruken av dette.

Resultater skal gjengis fullstendig og i riktig sammenheng i den grad dette er mulig. Sitater som er tatt ut av sin sammenheng kan få en helt annen mening. Fullstendig gjengivelse av resultater er et ideal vi bør tilstrebe, men som aldri fullt ut er mulig (Jacobsen 2005).

4.0 BESKRIVELSE AV STUDIENS EMPIRISKE FELT

Da vi startet vårt arbeid med denne avhandlingen, var vi inneforstått med at undersøkelsen skulle finne sted blant ansatte i det nyetablerte DMS Inn-Trøndelag. På dette tidspunktet var det planlagt oppstart av DMS Inn-Trøndelag i oktober 2009. Sett i lys av problemstillingen hadde vi sett for oss et aksjonsbasert forskningsdesign, hvor vi kunne følge en gruppe ansatte over en avgrenset tidsperiode. Vedtaket om iverksetting av DMS Inn-Trøndelag ble imidlertid en betydelig lengre politisk prosess enn først antatt. Det endte med at det vi hadde planlagt som vårt empiriske felt faktisk ikke eksisterte da vi skulle starte opp med prosjektet. Etter flere overveielser og innspill fra veileder bestemte vi oss for å gjennomføre en komparativ studie ved å ta utgangspunkt i to etablerte DMS'er – hhv. Sjøbstad Helsehus i Trondheim, og DMS Stjørdal – og bruke de praksisene og erfaringene som er utviklet ved disse to organisasjonene. Dette kan være et grunnlag for planlagte praksiser ved DMS Inn-Trøndelag i oppbyggingsfasen.

Vi oppsøkte Sjøbstad Helsehus i Trondheim og DMS Stjørdal. Disse organisasjonene ble etablert i henholdsvis, 2002 og 2007. Hvilke praksiser er etablert i disse to organisasjonene i løpet av den tiden de har eksistert, *spesielt med tanke på kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?*

Studiens empiriske felt består med andre ord av to eksisterende DMS'er og en prosjektorganisasjon dvs. et DMS under utvikling og oppbygging.

4.1 Sjøbstad Helsehus og DMS Stjørdal

Som vi har beskrevet (jfr. kap. 1.10 s. 23 og kap. 3.8 s. 63) ble vår spørreskjemaundersøkelse gjennomført ved to organisasjoner, intermediearenheten ved Sjøbstad Helsehus i Trondheim og DMS Stjørdal.

Intermediearenheten ved Sjøbstad Helsehus er et samarbeid mellom Trondheim kommune og St. Olav Hospital i Trondheim i Sør-Trøndelag fylke. Avdelingen ble startet i 2002, og hovedmålsettingen for enheten er å tilby tilrettelagt behandling, pleie og omsorg med godt kvalifisert helsepersonell. Sykepleierdekningen er styrket i en slik avdeling i forhold til et ordinært kommunalt sykehjem. I tillegg har man høyere legedekning og fysioterapi. Sjøbstad Helsehus har 100 % legestilling på 20 plasser.

DMS Stjørdal ble opprettet i 2007, som et samarbeid mellom Stjørdal kommune og HNT i Nord-Trøndelag fylke. DMS Stjørdal har flere funksjoner enn Søbstad Helsehus. Den har en sengepost på 12 plasser og i tillegg har avdelingen 4 kommunale korttidsplasser. Det er en dialyseavdeling med 6 plasser og det er opprettet poliklinikker innen gynekologi og ortopedi (en gang per uke). Det er også etablert en røntgenenhet som er underlagt sykehuset Levanger, og i tillegg tar avdelingen imot dagpasienter for blod- og væsketransfusjoner. Enhetene har et likt kompetansenivå på sine ansatte, og er sammenlignbar når det gjelder andeler fagarbeidere, sykepleiere og leger.

Begge organisasjonene har fått positiv omtale og oppmerksomhet i Samhandlingsreformen. Søbstad Helsehus trekkes fram som et av landets første prosjekt på samarbeid mellom kommune og sykehus innen dette feltet. Det ble gjort et doktorgradsarbeid på dette som sammenliknet tilbudet ved Søbstad Helsehus med tradisjonell sluttbehandling ved St. Olav Hospital. Studien viser at etterbehandling ved sykehjemmet førte til færre reinnleggelser. Tilbudet var også svært kostnadseffektivt, flere klarte seg uten kommunale tjenester og færre døde (Stortingsmelding nr. 47:58).

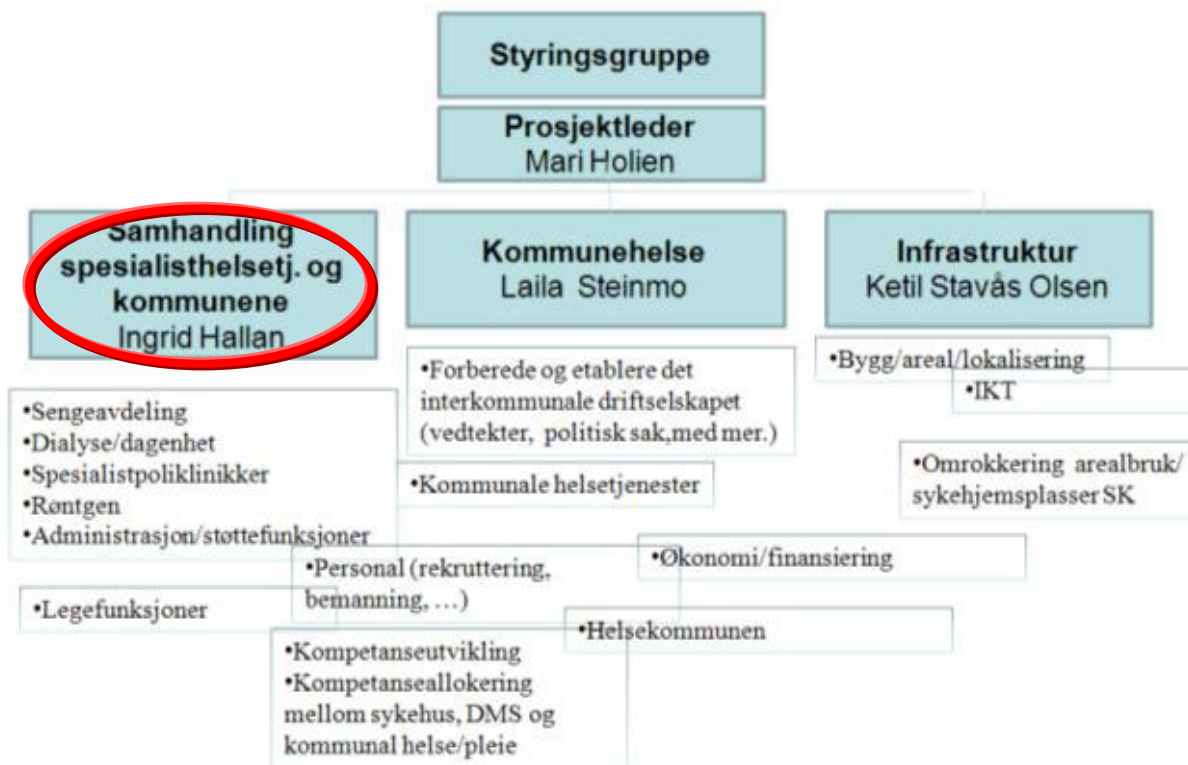
DMS Stjørdal blir også fremstilt som et prosjekt med gode erfaringer. Helse Midt-Norge har tro på denne modellen, og helse- og omsorgdepartementet gir gjennom media og sine nettsider DMS Stjørdal gode tilbakemeldinger på gode praksiser ift. samhandling, kunnskapsutvikling og effektiv tjenesteyting.

Gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen ved enhetene beskrives i metodekapittelet (jfr. kap. 3.8 s. 63).

4.2 DMS Inn-Trøndelag

I dette avsnittet presenteres bakgrunnsinformasjon fra prosjektet DMS Inn-Trøndelag og delprosjektet ”Samhandling” hvor vi har benyttet intervju som datagenereringsmetode.

Organiseringen av prosjektet var følgende:



Figur 16: Prosjektorganiseringen av prosjektet DMS Inn-Trøndelag

Kilde: Prosjektplan DMS Inn - Trøndelag

Som figuren viser var prosjektet organisert i en prosjektorganisasjon med en styringsgruppe som øverste ledelse. Her var de fem kommunenes øverste ledelse representert, sammen med ledere fra Helse Nord-Trøndelag. Prosjektet ledes av prosjektleder og består av tre delprosjekt. Det ene delprosjektet er "Samhandling". Delprosjektet "Kommunehelse" hadde hovedansvar for å forberede og utarbeide avtaler ift. driftform, og gruppen "Infrastruktur" omhandlet areal og bygg.

Vi valgte delprosjektet "Samhandling", som har jobbet med samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Denne gruppen hadde ti medlemmer og vi valgte ut fire informanter fra denne gruppen. De ti i gruppen består av leger, sykepleiere og fysioterapeuter som er tilknyttet HNT eller en av kommunene som er deltakende i prosjektet. I tillegg var det med en representant fra Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO). Alle medlemmene i gruppen har en lederfunksjon. Vi konsentrerte oss om denne arbeidsgruppen i og med at de jobbet med samhandling, med fokus på kompetanse, kvalitet og fagutvikling. Arbeidsgruppen kunne gi relevante data for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Vi har sett oss nødt til å begrense innhenting av data fra dette

delprosjektet ut fra begrensninger i hva vi kunne legge inn i avhandlingen og på grunn av tidsperspektivet.

4.3 Relevante data fra sekundærkilder

I avhandlingen er Samhandlingsreformens (St.meld. 47, 2008-09) innhold benyttet som grunnlag for problemstillingen. Spesielt vil vi fremheve reformens beskrivelse av en ny fremtidig kommunerolle. Hovedtanken med reformen er at kommunene skal overta en del oppgaver som spesialisthelsetjenesten har i dag. Dette er en prosess som vil vedvare i lang tid etter at vi har avsluttet vårt arbeid, men det har vært spennende å følge utviklingen underveis. Vi har gjennom hele prosessen med avhandlingen fulgt arbeidet med reformen som er svært interessant og spennende.

Samhandlingsreformen og de andre rapportene som er benyttet i avhandlingen viser til mange gode eksempler, og at noen lykkes med kreative løsninger og nytenkning.

For å supplere data fra undersøkelsene har vi brukt Fafo-rapporten¹⁴ 2007:21 ”Gull eller gråstein”, status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse og omsorgstjenestene, skrevet av Siri Ytrehus og Bjørn Richard Nuland. Denne rapporten er en kartlegging av norske kommuner med hensyn til kompetanse, bemanning og sikring av kompetansenivå innenfor helse- og omsorgstjenestene til eldre, det vil si innenfor sykehjem, hjemmesykepleie, øvrige hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger. Denne rapporten er interessant fordi den beskriver eksempler på interkommunalt samarbeid og trekker frem distriktsmedisinske sentre (DMS) til å ha stor betydning for kompetanse og rekrutteringssituasjonen i kommunene. Rapporten viser til at slik deltakelse har stimulert til videreutdanning, det ga mulighet for hospitering og flere arbeidsmuligheter.

Rapporten viser til at deltakerkommunenes geografiske beliggenhet har stor betydning for verdier av deltakelsen, og at det er lite interkommunalt samarbeid omkring intermediære enheter. Det er derfor av betydning å være kjent med denne utfordringen ved etablering av DMS Inn-Trøndelag.

I løpet av den tiden vi har arbeidet med avhandlingen, har det blitt skrevet og publisert mange artikler og debattinnlegg i tidsskrift og aviser som omhandler samhandling mellom sykehusene og kommunene.

¹⁴ Fafo: Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon, stiftet i 1982. Fafo ble omdannet til Forskningsstiftelsen Fafo i 1993.

5.0 DATAFREMSTILLING OG ANALYSE

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i de fire forskningsspørsmålene og vil besvare dem. Som grunnlag for analysen vil funnene fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene presenteres, i tillegg til sekundærdata fra dokumenter. Analysen knyttes til hvert forskningsspørsmål, og til slutt gjøres en oppsummering av de sentrale funnene.

Først presenteres resultatet av de tre innledende spørsmålene i spørreskjemaundersøkelsen. Dette er demografiske data om respondentenes kjønn, arbeidssted og utdanning.

5.1 Grunnlagsdata fra spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 15.01.10 til 15.02.10.

Svarprosenten ble 51 %.

Fordelingen mellom kjønn viser 92 % kvinner og 8 % menn og dette gjenspeiler kjønnssammensetningen ved de to enhetene som ble valgt ut til å delta.

Spørreskjemaundersøkelsen viser en svarprosent på 40 % fra Søbstad helsehus og 60 % fra DMS Stjørdal. Svarprosenten er lav, spesielt ved Søbstad, men ansees som tilstrekkelig. Underveis fikk deltakerne to påminnelser, og lederne ble kontaktet over telefon. Svarfristen ble forlenget med 12 dager, slik at svarfristen ble totalt 31 dager. Vi valgte da å avslutte spørreskjemaundersøkelsen, og bruke det materiale vi da hadde innhentet. Dette ble gjort for å sikre fremdriften. Viser også til kap. 3.8 s. 63 hvor spørreskjemaundersøkelsen er mer utdypet.

28 % av de som svarte har sin utdanning fra videregående skole, dvs. fagarbeidere/hjelpepleiere. 72 % har utdanning fra høgskole eller universitet, dvs. sykepleiere og leger. Dette gjenspeiler også kompetansesammensetningen ved de to enhetene, og ut fra all erfaring er dette representativt. De fleste ansatte har høgskoleutdanning. De faglige kvalifikasjonene på enhetene ligger på et nivå mellom sykehus og kommune.

5.2 Forskningsspørsmål 1

Hvilke kunnskapsbegrep er fremtredende blant deltakerne i prosjektet?

Bakgrunn for spørsmålet

Dette forskningsspørsmålet ble utarbeidet for å få en oversikt over hvilke kunnskapsbegrep som kommer til uttrykk blant deltakerne i prosjektet. Synet på kunnskap er vesentlig for hvordan kunnskap kan deles med hverandre, og legger grunnlaget for hvordan ansatte i virksomheten får slippe til og bidra til utvikling av gode tjenestetilbud og effektive løsninger. Det får også betydning for hvordan kunnskap presenteres. Det er interessant å se hvilken betydning teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap har, og i lys av dette undersøke hvordan virksomheter som DMS Inn-Trøndelag forholder seg til ulike kunnskapsbegrep.

Datafangst fra spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er den strukturelle forståelsen av kunnskap som dominerer i slike virksomheter. Dette kan forstås ut fra at avtaler og prosedyrer vektlegges for å ivareta samhandling mellom nivåene i helevesenet. Dette samsvarer med en forståelse av kunnskap som objektivt og statisk (jfr. kap. 2.1.2, tabell 1 s. 28). Avklarte rammer rundt etableringen og samarbeidet mellom aktørene er viktig å forankre i avtaler for å tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling.

Datafangsten fra spørreskjemaundersøkelsen viser at kurs og undervisning brukes som en arena for kunnskapsdeling. De ansatte deltar i stor grad, og de opplever at kurs og undervisning bidrar til kunnskapsutvikling for dem. Dette er eksempler på gode praksiser fra de etablerte DMS som bør videreføres til DMS Inn-Trøndelag.

Det prosessuelle perspektivet på kunnskap er også fremtredende blant respondentene.

Funnene gir oss en forståelse av at *mellommenneskelige prosesser* har betydning for kunnskapsdelingen mellom sykehus og kommuner, og for de som jobber sammen i DMS.

I spørreskjemaundersøkelsen fremheves dialog som viktig supplement til skrevne rapporter og epikriser.

Refleksjonsgrupper og veiledning brukes i mindre grad. Samtidig viser funn, at når slike grupper benyttes, bidrar det i stor grad til kunnskapsutvikling.

44 % av respondentene svarer at de opplever at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bærer preg av middels grad av tillit og nærhet.

Dette kan innebære at det er et ønske om å jobbe mer med de sosiale relasjonene mellom nivåene, og at det vil kunne få betydning for kunnskapsdelingen mellom deltakerne. Hvis det

er slik, kan vi trekke en konklusjon på at slike tiltak kunne ha vært benyttet i større omfang. Bygging av organisasjonens sosiale kapital, gjennom samarbeid og relasjonsbygging kunne vært benyttet i større grad.

Datafangst fra intervjuene

Intervjuene har mange fellestrekk, men vi kan likevel i det enkelte intervju se tendenser som vektlegger visse kunnskapsbegreper tydeligere enn andre. Informantene er alle helsepersonell, de er ledere og har lang erfaring innen helsevesenet, og dette påvirker deres svar.

Informantene har et variert syn på kunnskap og undersøkelsen viser at de la vekt på ulike områder og bredden av perspektiv på kunnskap (jfr. kap. 3.1 hvor det beskrives hva som kan påvirke vårt vitenskapelige ståsted).

Undersøkelsen viser at kunnskapsbegrepet er komplekst. Ingen av informantene gir et tydelig ensidig kunnskapssyn. I hovedsak fremhever informantene at enkelte perspektiv er viktige, men alle informantene fremhever også andre perspektiver.

Informant A presenterer et veldig bredt kunnskapssyn. I dette intervjuet beskriver informanten betydningen av å ha gode strukturer, å etablere gode samhandlingsarenaer, bygge relasjoner og bruk av teknologi for kunnskapsutvikling. De ulike faktorene påvirker hverandre, og det finnes ikke enkle løsninger. Informanten tydeliggjør at det ikke bare er en side ved kunnskapsutvikling, men det er komplekst og sammensatt.

Informant C poengterer betydningen av de kognitive og strukturelle perspektivene på kunnskap. Her kommer det til uttrykk at avtaler, strukturer og prosedyrer er mest sentralt i oppstarten av DMS Inn-Trøndelag, men også denne informanten legger vekt på at samarbeid er viktig, og at bruk av hospitering og fagnettverk er viktig å etablere.

Informantene mener at refleksjon og kritisk tenkning er sentral i en slik virksomhet. Det å dele kunnskap gjennom ulike former for refleksjon er imidlertid ikke tiltak som informantene prioriter i etableringen av DMS Inn-Trøndelag. Informantene uttrykker at dette er viktig, men legger ikke i samme grad vekt på at slike tiltak skal etableres. Det legges større vekt på at tiltak som telemedisin og undervisning må etableres fra starten av.

Analyse

Deltakerne i undersøkelsen har utdanning innen både helsefag og ledelse og alle har erfaring innen feltet. De har alle gode innsikter i den kulturen de jobber i. De kjenner helsevesenets

oppbygging, funksjon, kultur og språk, og har tilegnet seg kunnskap og visdom i slike virksomheter. Dette kan relateres til Gottschalk (2004) (jfr. kap.2.1.1 s. 26) som beskriver det hierarkiske perspektivet på kunnskap. Kompleksiteten i praksisfeltet er stor, og informantene har god innsikt i at virksomheten de jobber i er komplekst. Forståelsen av dette er god, og alle viser til at det ikke finnes enkle løsninger. Informant D hevder eksempelvis:

Jeg er spent på om Samhandlingsreformen skaper den helheten det skrives om. Vi har forvaltningsnivåene fortsatt, og jeg tror vi fortsatt vil skyve noen pasienter i mellom oss. Med flere forvaltningsnivå som er inne og som skal styre økonomien og fordele kostnadene er det vanskelig å sette pasienten i sentrum. Innsatsbasert finansiering er en måte å løse det på, men det byråkratiserer mye. Det ligger mange utfordringer for fremtiden også...[...]... Før, for mange år siden, var det bare jeg og pasienten. I dag er vi avhengig av å ha en mye større samhandling med andre faggrupper, flere tilbud og individuelle løsninger. Det er mye mer komplekst det vi holder på med.

Sitatene tyder på at kompleksiteten antas å bli stor, og at nye løsninger vil utløse nye utfordringer og nye problemstillinger som får innvirkning på andre dimensjoner i samfunnet. Undersøkelsen viser forskjeller ut fra hvilken virksomhet den enkelte informant har sin tilhørighet. Informanter fra spesialisthelsetjenesten fremhever instrumentell kunnskap og ferdigheter som betydningsfull i kunnskapsdelingen mellom nivåene. I deres arbeidshverdag er det viktig å sikre at ansatte kjenner prosedyrene godt og har trening i å iverksette og gjennomføre instrumentelle sykepleieoppgaver etter de kvalitetskrav som er satt.

Informant C oppsummerer sine tanker om hva Samhandlingsreformen er: ” ... for meg er Samhandlingsreformen egentlig en kompetansereform. For å se om vi ble dyktigere til å overføre kompetanse i forhold til det vi jobber med på sykehuset ut til kommunene. Så det er derfor vi jobber så mye med felles prosedyrer. ”

Newell m.fl. (2002) (jfr. kap. 2.1.2 tabell 1 s. 28), illustrerer hovedskillene på kunnskap med å anvende benevnelsen det *strukturelle* og det *prosessuelle* perspektiv på kunnskap. Med denne tilnærmingen, kan man se at informant C sin oppfatning om Samhandlingsreformen (jfr. kap. 1.4 s. 13) faller inn under det strukturelle perspektivet på kunnskap. Kunnskap sett i lys av dette perspektivet er objektiv og statisk, slik som de prosedyrene informanten beskriver. Dette kommer også fram i spørreundersøkelsen, hvor respondentene svarer at det i stor grad er viktig med gode avtaler og krav til samhandling.

Samhandlingsreformen fremhever viktigheten av å få tilført kompetanse til kommunene slik at de kan ivareta flere komplekse oppgaver enn i dag. Dette beskrives som et virkemiddel for kunnskapsutvikling i kommunen. Dette stadfester at teknologi og instrumentelle ferdigheter er en viktig del av kunnskapsdelingen mellom sykehusene og kommunene.

Respondentene i spørreskjemaundersøkelsen vektlegger at det er viktig med avklarte rammer rundt DMS Inn-Trøndelag. De er opptatt av å etablere gode avtaler og samarbeid om pasientinformasjon og om ut- og innskrivning av pasienter til avdelingen. Basisavtalen (jfr. kap.1.7 s.18) som i dag gjelder for samarbeid mellom sykehusene og kommunene, fremheves av enkelte informanter som betydningsfull for DMS Inn-Trøndelag. Spørreskjemaundersøkelsen kartla i hvilken grad det var inngått tydelige avtaler og krav om samhandling med kommuner og sykehus. 92 % mente det var etablert tydelige avtaler både med sykehusene og kommunene.



Tabell 5: Har dere tydelige avtaler og krav til samhandling mellom din avdeling og sykehuset?

Det er ulik oppfatning om behovet for å inngå nye avtaler som skal sikre godt samarbeid. 2/3 av respondentene mener det er viktig å inngå detaljerte avtaler mellom sykehusene og kommunene, mens 1/3 av respondentene mener det er viktig å kunne være fleksibel og finne løsninger underveis. I to av intervjuene ble dette med avtaler satt opp imot det å kunne slippe litt kontroll og ha fleksibilitet i arbeidet man gjør. Informant A hevder: ” Det har vært noen ’kontrollfreakere’ som har deltatt i prosjektet. Tverrfaglighet er å tørre å slippe opp, å stole på. Det må være en rekke regler som må følges, som økonomi med mer, men de må stole på at personene som kommer inn i dette må kunne håndtere det.”

Informantens utsagn tilsier at ”kontrollfreakerne” har fått for mye å si. Man kan spekulere i hvem informantens sikter til her, men rådmenn og politikere i deltakerkommunene er opptatt av å sikre styring og kontroll i egen kommune. Dette er uttrykk for at de vil sikre sin egen kommunes interesser i samarbeidet ift. økonomi. Det kan også være relasjonelle forhold som gjør at informanten opplever at noen har behov for kontroll, men utsagnet er en oppfatning som illustrerer et strukturelt syn på kunnskap. Dette støttes av Newell m.fl. (2002) (jfr. kap.2.1.2).

Samtidig uttrykker informanten at tverrfaglighet bygger på respekt for hverandres forskjellighet. De sosiale relasjoner er viktige, og man må stole på hverandre. Her fremhever informanten et prosessuelt syn på kunnskap, hvor kunnskap blant annet er dynamisk og hvor kunnskapsprosessen er like viktig som kunnskap.

De ulike dimensjonene som informant A uttrykker sier noe om kompleksiteten i praksisfeltet. DMS Inn-Trøndelag vil ikke være en statisk organisasjon. Selv om det er behov for faste rutiner og prosedyrer, kan det antas at det er en form for dynamikk med nye utfordringer hvor det oppstår nye komplekse samhandlingsformer. Det er i disse menneskelige relasjoner Stacey (2008) (jfr. kap. 2.1.5 s. 32) hevder at ny kunnskap kontinuerlig skapes.

For at det skal skapes ny kunnskap i de menneskelige relasjoner, er det behov for tillit og omsorg mellom deltakerne i prosjektet DMS Inn-Trøndelag. Det etableres *ba* (jfr. kap. 2.2.2 s. 37) hvor kunnskap kan utvikle seg. *Ba* i DMS Inn-Trøndelag kan være fagnettverk, telemedisin, felles opplæringsplaner, møterom eller det kan være en mental felles forståelse av hvordan oppgaver skal løses.

I alle intervjuene blir gode strukturer nevnt som viktig og den instrumentelle sykepleiekunnskapen fremheves som sentral i kunnskapsdelingen. I tillegg vektlegges mellommenneskelige faktorer og at kunnskap skapes i prosesser og samspill mellom mennesker. Opparbeidelse av tillit, relasjoner, dialog og etablere felles arena for kunnskapsdeling er viktig.

Undersøkelsen viser at engasjementet rundt dette er stort hos alle. Informantene fremstiller disse forholdene som suksessfaktorer for å lykkes med DMS Inn-Trøndelag.

Informantene understreker betydningen av at ansatte som har sitt daglige arbeid i sykehjem og hjemmesykepleie får et eierforhold til DMS Inn-Trøndelag, og at det skal være en arena for samhandling og kunnskapsdeling med både sykehus og deltakerkommunene.

Informant D hevder.

Prosjektet har vært toppstyrt, kanskje uten at det har den store forankringen blant ansatte. For å lykkes med kunnskapsdeling gjennom et DMS må vi skape et eierforhold. Vi må være god i å fremheve hva som er fordelene av interkommunalt samarbeid i avdelingene, der folk står i daglig arbeid. Det er de som vil bli de beste ambassadørene for befolkningen for at vi faktisk har gode interkommunale løsninger.

Informantene beskriver mange kunnskapsbegrep og poengterer at kunnskap i noen sammenhenger er kognitivt basert i sin eksistens. Kunnskap er noe statisk som er viktig å

tilegne seg. Samtidig fremheves de mellommenneskelige aspektene ved kunnskap.

Informantene hevder videre at hospitering er viktig fordi at kunnskapen ligger i praksis, i aksjon og i sosiale forbindelser. Taus kunnskap kan karakteriseres ved å si at den finnes inne i den enkelte ansatt og at den er vanskelig å sette ord på. I følge Newell m.fl. (2002) finnes taus kunnskap i våre hoder og vår kropp, og brukes når vi skal gjennomføre ulike handlinger. Taus kunnskap kommer til uttrykk gjennom praksis og handling. Dette støttes av Polanyi (2000) (jfr. kap. 2.1.4 s. 30).

Bruk av hospitering i DMS Inn-Trøndelag vil føre til det Nonaka og Takeuchi (1995) (jfr. kap. 2.2.1 s. 35) beskriver i Seci – modellen som eksternalisering, hvor taus kunnskap gjennom dialog og refleksjon artikuleres til et forståelig språk for andre.

Kunnskap eksisterer i samspillet mellom de som jobber sammen og slik kan ansatte i kommunene, gjennom hospitering, tilegne seg kunnskap fra ansatte i DMS Inn-Trøndelag. I intervjuene hevdes det at det er av stor betydning at ansatte fra sykehus, eks. spesialister innen medisin og kirurgi, etablerer virksomhet tilknyttet DMS Inn-Trøndelag. Det gir muligheter for kurs, undervisning og hospitering for ansatte i deltakerkommunene.

Informant A beskriver eksplisitt og taus kunnskap. Polanyi (2000) (jfr. kap. 2.1.4 s. 30) hevder at taus kunnskap er vanskelig å formulere – vi kan vite mer enn vi kan si. Informant A forteller om taus kunnskap når han snakker om hverdagskompetanse. Hverdagskompetanse er den kompetansen sykepleiere tilegner seg gjennom erfaring og refleksjon i relasjon med pasienten. Når de er på hjemmebesøk til pasientene får de etter hvert en praktisk eller handlende form for kunnskap som kan være vanskelig å kodifisere.

Informant A eksemplifiserer med følgende utsagn:

spesielle kompetanseområder kan være high tec ...[...].Jeg tror det er like mye vi skal hente i hverdagskompetanse, og vanlig kompetanse som vi kan utveksle. Jeg vet at en avdeling holder på med et prosjekt som omhandler lungepasienter (KOLS), hvor de følger de ut i deres hjem, og da ser vi med en gang at de begynner å få en kompetanse vi ikke har.

Informant A sin beskrivelse av 'high tec' vil være eksempler på eksplisitt kunnskap (jfr. kap. 2.1.4 s. 30 og kap. 2.3.3 s. 44). Ulike teknologiske løsninger kan sees på som artikulert kunnskap.

Slik informanten skildrer hverdagskompetanse kan det være det man kaller for taus kunnskap.

Denne kunnskapen kan være vanskelig å artikulere, men ikke umulig. Ny kunnskap oppstår ofte når nye kunnskapsbaser kombineres. Man behøver en interaksjon mellom taus kunnskap (hverdagskompetanse) og artikulert kunnskap (teknologiske løsninger) slik at ny kunnskap oppstår (Gottschalk 2004) (jfr. kap. 2.1.4 s. 30).

I følge Nonaka og Takeuchi (1995) (jfr. kap. 2.1.4 s. 31) er taus kunnskap ofte et resultat av erfaring, og kan videreføres ved praktisk erfaring. I samspillet mellom lege og sykepleier eller sykepleier – pasient, vil det være elementer av taus kunnskap. Det kan være legen eller sykepleieren som med ”trent øye” ser hva som feiler pasienten og hva som er riktig behandling. Det er ikke lett å skrive en prosedyre på hvordan man gjør dette. Man må observere en som allerede er ekspert på området, øve etter hans veiledning, få kjennskap til alle egenskaper, og få det kroppsliggjort. Dette støttes av Tsoukas i Jensen m.fl. (2004) (jfr. kap. 2.1.4 s. 31), som fremhever at taus kunnskap er personlig og den baseres på opplevelse, fornemmelser og sansing. For at taus kunnskap skal kunne overføres ved uformelle interaksjoner, bør interaksjonsgruppen være liten. Mens større kunnskapssamfunn kan dele visse metoder, rutiner og språk, må interaksjonsgruppen være liten for at ny taus kunnskap skal utvikles som følge av direkte kontakt og kommunikasjon med hverandre.

Resultatene fra undersøkelsene viser at kunnskap er komplekst. Det er mange forhold som spiller inn, og det kan være vanskelig å skille om det er individuelle eller sosiale sider som er fremtredende. Undersøkelsen viser at dialog er viktig fundament for å forstå hverandre og samhandle.

Stacey (2008) (jfr. kap. 2.1.5 s. 32) beskriver kunnskapsutvikling i et kompleksitetsperspektiv. Kompleksitetsperspektivet hevder at det i all interagering mellom mennesker – ansikt til ansikt, skjer utveksling av flere varianter av symboler som ikke bare består av språklig kommunikasjon, men det kan også være følelsesmessige opplevelse, ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Alt dette skjer samtidig og dette vil innvirke på hverandre i en samhandlingsprosess. I undersøkelsen beskrives gode relasjoner og tillit som grunnleggende suksessfaktorer. Resultatet av at de ansatte i DMS Inn-Trøndelag og i kommunene møtes i relasjoner med hverandre, kan være kilden til små og hyppige endringer. Dette kan føre til at det vokser frem resultater som ingen har tenkt på eller forventet. En aksept for ulikheter er også en betingelse for positive resultater, nyskaping og innovative løsninger.

Oppsummering

I forhold til forskningsspørsmålet om hvilke kunnskapsbegreper som benyttes, så ga undersøkelsene ikke et entydig svar. Resultatet fra undersøkelsene viser at det er flere sider ved kunnskap som blir vektlagt. Det skilles mellom en strukturell kunnskapsforståelse og en prosessuell kunnskaps forståelse, men det strukturelle synet på kunnskap er mest fremtredende.

Planprosessen i DMS Inn-Trøndelag har vært opptatt av å etablere avtaler og strukturer for kunnskapsutvikling. Å løse problemer ved hjelp av verktøyer er en tradisjonell løsningsmodell innenfor en strukturell kunnskapsforståelse. Styring og kontroll gjennom bruk av verktøy, eks. prosedyrer og stillingsbeskrivelser, kan bidra til å minimere den enkeltes innflytelse og kreativitet. Det er vanskelig å legge kontroll og styring bort og bare "flyte med".

DMS Inn-Trøndelag vil bli en virksomhet som er i stadig endring, og det innebærer at man må kunne samhandle på ulike nivå både internt og eksternt. Det er viktig å reflektere over relasjonelle utfordringer på arbeidsplassen og se disse i lys av kompleksitetsperspektivet. Dette perspektivet har blant annet fokus på den mellommenneskelige interaksjon og at ny mening og kunnskap springer ut fra det mellommenneskelige samspillet.

5.3 Forskningsspørsmål 2

Hvilke samhandlingsformer (rom) må etableres mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å dele kunnskap – en forutsetning for kunnskapsdeling?

Bakgrunn for spørsmålet

I prosjektet DMS Inn-Trøndelag er det flere samarbeidspartnere, totalt fem kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er en forutsetning for å lykkes med prosjektet at det etableres arenaer hvor partene kan dele kunnskap. Det vil være interessant å se på hvordan ulike deltakere vektlegger behovet for ulike samhandlingsformer. Gode arenaer for samarbeid og kunnskapsdeling vil være avgjørende for om DMS Inn-Trøndelag lykkes med sine målsettinger.

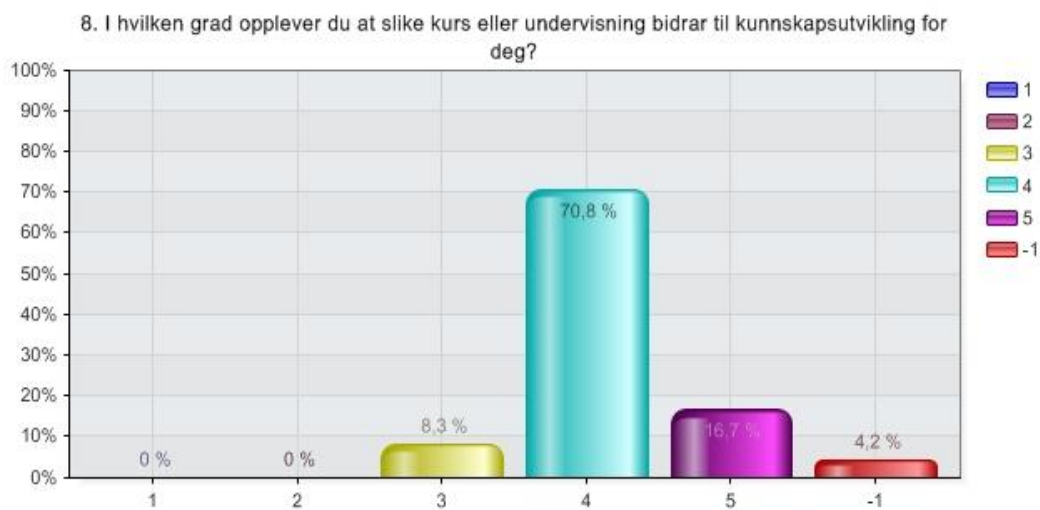
Datafangst fra spørreskjemaundersøkelsen

I spørreskjemaundersøkelsen ble det kartlagt hvilken praksis de etablerte DMS har iverksatt for å dele kunnskap. Det ble også etterspurt i hvilken grad de syntes de ulike måtene å dele kunnskap på var nyttig for dem, og spørreskjemaundersøkelsen gir klare svar på hva som

brukes av kunnskapsdeling. Vi vil først presentere svarene fra spørreskjemaundersøkelsen, og sammenligne dette opp i mot intervjuene som ble gjennomført med de som planlegger DMS Inn-Trøndelag.

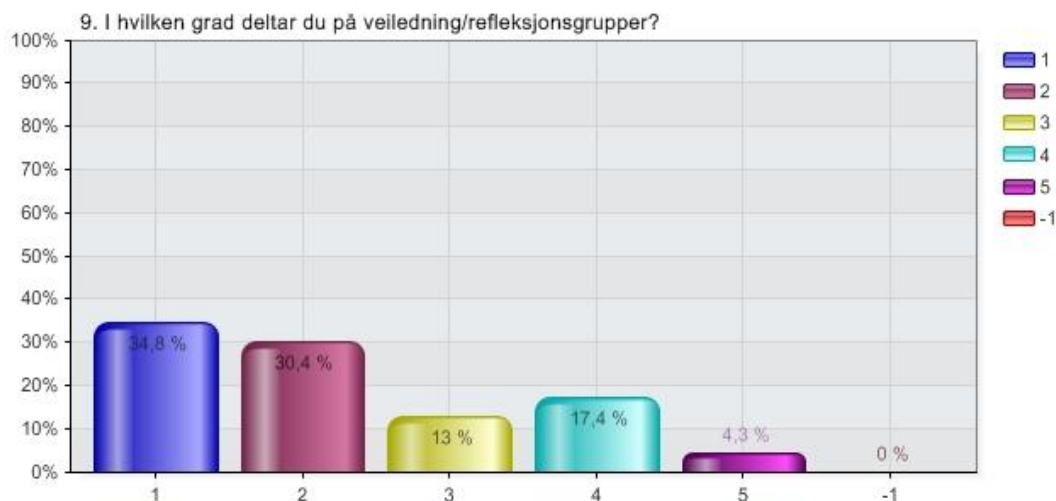


1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.
 Tabell 6: I hvor stor grad deltar du på kurs/veiledning?

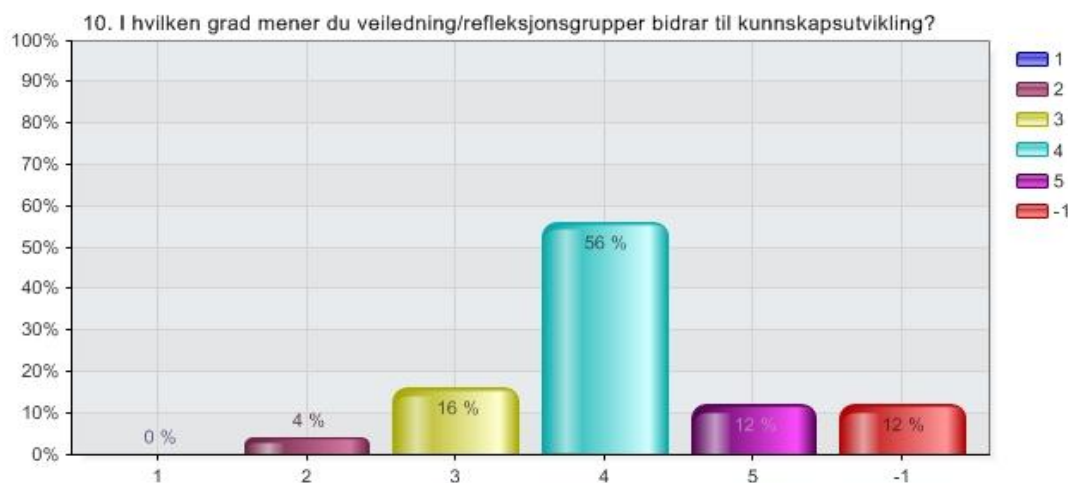


1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.
 Tabell 7: I hvilken grad opplever du at slike kurs eller undervisning bidrar til kunnskapsutvikling for deg?

Ansatte i de etablerte DMS uttrykker at bruk av kurs og undervisning er en god måte å dele kunnskap på. Det brukes mye, og det blir sett som en god form for kunnskapsdeling. Datafangst fra spørreskjemaundersøkelsen viser at dette er den viktigste form for kunnskapsdeling. Dette er satt i system og ansatte deltar i stor grad på kurs og undervisning. Lederne har vektlagt at denne type kunnskapsformidling er viktig, og i samtaler med lederne ved de to enhetene ble det poengtert at en del kurs og undervisning er obligatorisk. Det blir stilt krav om faglig oppdatering i avdelingens prosedyrer som skal sikre god kvalitet på behandling av pasienter med behov for spesialkompetanse.



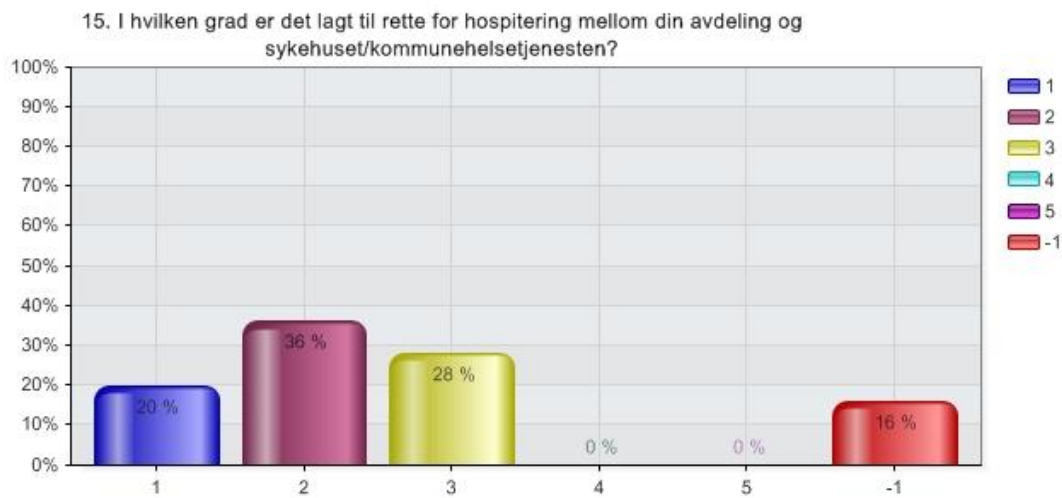
1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.
 Tabell 8: I hvilken grad deltar du på veiledning/refleksjonsgrupper?



1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.
 Tabell 9: I hvilken grad mener du veiledning/refleksjonsgrupper bidrar til kunnskapsutvikling?

Bruk av veiledning og refleksjon blir benyttet i liten grad i de etablerte DMS. 65 % av respondentene benytter dette i ”svært liten” og i ”noen grad”, mens vi ser at om lag 70 % svarer at dette bidrar i stor grad til kunnskapsutvikling. Denne formen for kunnskapsdeling er ikke vektlagt på samme måte som kurs og undervisning. Sett fra en annen side kan også kurs og undervisning være preget av refleksjon og dialog. Spørreskjemaundersøkelsen gir ikke svar på hvilket innhold undervisningen har og hvilke undervisningsopplegg som benyttes, men funnene viser at refleksjon og veiledning brukes lite. Det interessante er at ansatte opplever i stor grad at denne formen for kunnskapsdeling er nyttig, og i helsefaglig utdanning er denne formen for kunnskapsdeling sentral. Er det slik, kan det kan oppfattes som en

uheldig praksis for de etablerte DMS at refleksjon benyttes i liten grad. Disse funnene er det viktig å legge vekt på ved etablering av DMS Inn-Trøndelag.



1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.
Tabell 10: I hvilken grad er det lagt til rette for hospitering mellom din avdeling og sykehuset/kommunehelsetjenesten?

Spørreskjemaundersøkelsen kartla i hvilken grad hospitering ble brukt i de etablerte DMS. Hospitering ble brukt i liten grad i de to enhetene vi hentet informasjon fra. Derimot kan vi ut fra intervjuene finne en bred enighet om at hospitering er et tiltak som bør settes i gang fra starten av i DMS Inn-Trøndelag. Det legges stor vekt på at dette er en gunstlig form for å dele kunnskap fordi det etableres god forankring og gode relasjoner mellom de ulike nivåene.

Datafangst fra intervju

Informantene legger vekt på at DMS Inn-Trøndelag vil være en kunnskapsbase for de fem samarbeidende kommuner og HNT.

Informant A sier: ”jeg har tenkt på DMS modellen som et glimrende møtested for kompetanseutveksling, og da tenker jeg at vi må ha et kompetansesenter, gjerne med læring og mestring, og et kompetansesenter for fagpersonell.” Informanten har visjoner om at DMS Inn-Trøndelag kan utvikle seg bli noe mer enn bare den vedtatte delen (jfr. figur 3 s. 21).

Datafangst fra intervjuene viser at de små kommunene har behov for tilføring av kompetanse, og at det vil bli utfordrende å være liten kommune i fremtiden med tanke på fagkompetanse og rekruttering. Informant D uttrykker: ” I kommunen har vi utfordringer med fremtidig rekruttering av fagpersonell, spesielt sykepleiere og leger. Det blir problematisk med små fagmiljø, fordi det blir en utfordring å fornye seg og tenke annerledes. ”

Informantene viser til ulike arenaer for kunnskapsdeling. Kurs og undervisning, hospitering, oppfølging med utskrivningsmøter og etablering av ambulerende team er de tiltakene som trekkes frem som aktuelle. Når det gjelder bruk av refleksjonsgrupper og veiledning legger ikke informantene stor vekt på dette. Det blir uttrykt som viktig, men i planarbeidet om konkrete tiltak får det mindre plass. Informantene har meninger om hva som må gjennomføres, men når det kommer til handling blir ikke tiltak iverksatt (jfr. kap. 2.2.4 s. 40 hvor Rennemo (2007) beskriver skillet mellom uttrykt teori og bruksteori).

Analyse

Det finnes mange muligheter for samhandling og kunnskapsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. DMS Inn-Trøndelag gir helt nye muligheter for å dele kunnskap, som bør føre til at både kommunene og sykehuset får bedre innsikt i pasientenes behov for behandling og oppfølging.

Kunnskapsrom

Gjennom DMS Inn-Trøndelag vil deltakerkommunene øke nærheten til miljø med høy kompetanse i form av leger, sykepleiere og andre med spesialkompetanse. Etablering av sengeavdeling, dialyse, poliklinikker og ambulerende team vil føre til at kommunene får et ressurscenter som de bør benytte for å heve kunnskapsnivået i egen kommune. Det bør føre til at kommunene blir bedre rustet til å håndtere mer kompliserte oppgaver gjennom å bygge opp trygghet, ferdigheter og samspill. Seci - modellen av Nonaka og Takeuchi (1995) (jfr. kap. 2.2.1 s. 35) beskriver hvordan en kan skape felles kunnskapsrom. Interaksjonen mellom de som deler kunnskap er selve kjernen i *ba*, og kunnskapsspiralen i Seci - modellen viser hvor tette koblinger det er mellom interaksjonene. Von Krogh m.fl. (2005) (jfr. kap. 2.2.2 s. 37) beskriver *ba* som stedet hvor kunnskap kan utvikle seg. Det er stedet som gjør det mulig for hver enkelt medarbeider å forstå informasjonen slik at den har gitt mening. *Ba* er stedet der informasjon blir transformert til kunnskap. I DMS Inn-Trøndelag kan dette blant annet komme til uttrykk gjennom hospitering, kurs, møter, undervisning eller bruk av nettbaserte løsninger. Det vil være et mangfold av muligheter for å skape ulike former for *ba*. Det er avgjørende å etablere gode rammer for at kunnskapsdeling er mulig. Dette avhenger av gode strukturer, samarbeid, moderne IKT løsninger og det er viktig å vektlegge betydningen av den relasjonelle dimensjonen mellom personene som er involvert.

Relasjoner mellom de som deler kunnskap må være preget av tillit, respekt og trygghet. Det er grunnleggende om kunnskapen skal få mulighet til å deles og utvikles.

Roller og delaktighet i kunnskapsutvikling

Bedre innsikt og forståelse for hverandre skal føre til bedre koordinerte tjenester, og skal gi bedre tjenester for pasientene og effektiv bruk av ressursene (jfr. Samhandlingsreformen kap. 1.4 s. 13). Sykehusene har i langt større grad enn kommunen hatt ressurser til kompetanseutvikling. Kommunene bruker i stor grad sine midler til driftsoppgaver.

Undersøkelsen etterlater et inntrykk av at kompetansen er det spesialisthelsetjenesten som har. Informant B sier:

Ja, hvem tar føringen ift. Samhandlingsreformen. Det er Helseforetaket (HNT) som lager strategiplan for 2020 og sier at slik vil vi ha det. Kommunene kommer ”bakpå”, vi er en tjenesteytende organisasjon som har lite ressurser igjen til å møte HNT sine utspill med.

I lys av dette er det lett for at sykehusets kompetanse blir mer fremtredende enn kommunenes. Det er åpenbart at også kommunene besitter svært verdifull kompetanse som er viktig for sykehusene å ta del i. Det må i større grad tilstrebes en gjensidig forståelse for hverandre. På et slikt grunnlag kan vi etablere samhandlingsformer som kan utvikle nye muligheter og skape bedre tjenester for pasientene.

DMS Inn-Trøndelag må avklare forventningene til samarbeidet mellom kommunene og HNT. Det vil være grunnleggende å finne et fundament for samarbeid, og finne ulike måter å dele kunnskap på. Informant B uttrykker:

Den lederen som begynner på DMS Inn-Trøndelag må reise ut til kommunen for å høre hva de har å si, og avklare forventninger i den enkelte kommune. Det er viktig å lage prosesser ute i kommunen slik at de oppfatter at de blir inkludert.

Her vil det være vesentlig å finne et fundament for hvilken kunnskap som kan deles og finne måter å dele denne kunnskapen på. Som vi har belyst i forskningsspørsmål 1 (jfr. kap. 5.2 s. 75) vil det være mange typer kunnskap som formidles mellom mennesker som jobber sammen.

Kunnskapsdeling

Det er viktig at deltakerne finner innholdet i tiltakene som nyttig, og at en finner felles mål for kunnskapsdeling i fellesskap. Seci-modellen av Nonaka og Takeuchi (1995) (jfr. kap. 2.2.1 s. 35) viser til at ulike typer kunnskap deles på ulike måter. Kunnskapsoverføring av taus

kunnskap kan artikuleres til et forståelig språk for andre (eksternalisering) gjennom dialog og refleksjon. Kunnskapen kan da til en viss grad gjøres eksplisitt slik at det blir mulig å dele den med andre. Det kan også være at ny eksplisitt kunnskap kan kodifiseres og legges inn som en del av en prosedyre i avdelingens databaser. Det vil være viktig å etablere ulike typer samarbeidsformer slik at taus og eksplisitt kunnskap kan deles i virksomheten.

Ikke all type kunnskap kan deles, og det vises til Gourley og Tsoukas sin kritikk av Seci-modellen (jfr. kap. 2.2.1 s. 36). De hevder at taus kunnskap blir snevert definert, og stiller spørsmål om at prosessen egentlig skjer i en spiralform. Gourlay (2002) hevder at taus og eksplisitt kunnskap er mer komplisert enn det som fremstilles i modellen. Videre hevder han at all taus kunnskap ikke kan uttrykkes med ord eller gjøres eksplisitt.

Noe kunnskap ligger i kroppen, i form av egenskaper og ferdigheter som er umulig å kodifisere og gjøres eksplisitt (jfr. kap. 2.1.3 s. 29). Elkjær (2005) beskriver den tredje vei og den kroppsliggjorte kunnskapen. Når ansatte fra kommunene skal inn til hospitering i DMS Inn-Trøndelag, kan man ved å gå sammen med andre i opplæring ta til seg handlingsmønster som er lik. Likevel vil det være egenskaper som ligger i personen, som ikke kan overføres til andre. Sykepleierens håndlag kan være vanskelig å kopiere. Noe kunnskap tilhører den situasjonen man står i, noe som skjer i øyeblikket som er unikt, og som krever at vi reflekterer i handlingen mens den pågår (jfr. kap. 2.2.5 s. 41 hvor Schön (2001) og Tiller (1999) beskriver refleksjon i handling).

Kommunenes hospitering i DMS Inn-Trøndelag har blitt fremhevet som et viktig tiltak for å dele kunnskap mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Informant A uttrykker: "DMS modellen er et glimrende møtested for kompetanseutveksling, og da i form av hospitering hos hverandre." Eller som informant D sier: "I DMS ligger det muligheter for hospitering. Det tror jeg er en nøkkel. Det er viktig for sykepleiere og leger å få faglig påfyll som de etterspør."

Gjennom hospitering vil ansatte gå sammen med hverandre, og lære av hverandre gjennom observasjon og imitasjon. Dreyfus & Dreyfus (1999) beskriver kunnskapsutvikling og ferdighetsutøvelse i sin modell (jfr. kap. 2.2.3 s. 38). Ved hospitering vil de ansatte dele både taus og eksplisitt kunnskap, og gjennom å jobbe i avdelingen får man kjennskap til menneskene som jobber der. Det vil være avgjørende hvilke relasjonelle bånd som knyttes til avdelingen gjennom en periode med hospitering.

Informant C sier:

I oppstarten planlegger vi at ansatte, fra de ulike kommunale pleie- og omsorgetatene, skal hospitere i DMS Inn – Trøndelag. Det er viktig at de får kunnskap om hvordan behandlingen skal gjøres og hva som må til av prioriteringer.

Resultatet fra spørreskjemaundersøkelsen viser at hospitering ikke var i bruk i de etablerte DMS. Dette er derimot et ønsket tiltak i DMS Inn-Trøndelag. I planleggingen har man satt av ressurser til hospitering, dette er lagt inn i bemanningsplanen for avdelingen. Hospitering er en ordning som informantene hevder vil bidra til kunnskapsdeling. Gjennom hospitering kan mindre erfarne ansatte (novise) være sammen med svært dyktige utøvere eller eksperter. Dette kan relateres til DMS Inn-Trøndelag som vil etablere et godt fagmiljø med mye spesialkompetanse, hvor ansatte kan få hospitere og tilegne seg ny kunnskap og erfaring.

Informantene gir uttrykk for at det er svært grunnleggende å etablere gode allianser mellom ansatte i DMS Inn-Trøndelag med ansatte i kommunene. Det ble lagt stor vekt på betydningen av å opparbeide tillit, tilhørighet og dialog i samarbeidet. Samtidig ble det i enkelte intervju lagt vekt på at det er viktig at leder og ansatte i DMS Inn-Trøndelag besøker kommunene i enkelte sammenhenger. Noen ganger bør kurs og undervisning gjennomføres i en av deltakerkommunene, og opplæring ift. pasienter kan gjennomføres i hjemkommunen. Informantene uttrykker at slike tiltak kan føre til at samarbeidet oppleves som gjensidig og at kommunene i større grad involveres i samarbeidet. Det bygges på den måten opp en nærhet ute i kommunene til et kompetansesenter, som DMS Inn-Trøndelag har en intensjon om å være.

Refleksjon over det man observerer og erfarer er noe vi gjør, både for oss selv og i fellesskap med andre. Rennemo (2007) viser til Kolb (1984) (jfr. kap. 2.2.4 s. 39) som beskriver refleksjon i praksis, og at utvikling av ny kunnskap kan skje gjennom å reflektere over sine erfaringer. Refleksjonsgrupper blir ikke brukt i noen stor grad i de etablerte DMS, og heller ikke prosjektgruppen som planlegger oppstarten av DMS Inn-Trøndelag har lagt noen stor vekt på denne type kunnskapsdeling. Spørreskjemaundersøkelsen viser imidlertid at i den grad refleksjonsgrupper blir brukt opplever respondentene å ha god nytte av det. Bruk av refleksjonsgrupper involverer de ansatte i stor grad. Askland (2006) (jfr. kap. 2.2.4 s. 41) uttrykker at refleksjonens viktigste funksjon er å skape mening i forholdet mellom individet og sammenhengen man befinner seg i. Refleksjonen skal gi grunnlag for å utvikle selvstendighet, og refleksjonen genererer kunnskap. Forfatteren hevder at deltakerne i

refleksjonsgrupper må gi mye av seg selv. Det kan være ganske ubehagelig fordi man kan bli konfrontert med seg selv med andre til stede. Man utfordres på egne verdier og holdninger så vel som sine kunnskaper. I undersøkelsen bekreftes at refleksjon oppleves som spennende og lærerikt av deltakerne, og det skapes et *ba* (rom) for deltakernes tanker, undringer og spørsmål. Vår vurdering er at bruk av refleksjonsgrupper bør tillegges større oppmerksomhet i det nye DMS Inn-Trøndelag. Refleksjonsgrupper involverer de ansatte som deler sine erfaringer fra virkeligheten. Å dele kunnskap og erfaringer på denne måten kan føre til nytenkning og kreativitet.

Enkelkrets- og dobbelkretslæring beskriver to ulike tilnærminger til det å lære. Argyris & Schöns (1978) og Irgens (2007) (jfr. kap. 2.2.4 s. 39) beskriver læring gjennom feedbackkretser der man skiller mellom enkelt- og dobbelkretslæring. Informant C uttrykker: ”vi skal gjøre ting så likt som mulig, for det handler om å sikre at pasientene får samme opplegget om de er på DMS eller på sykehuset.” Dette utsagnet kan være eksempel på enkeltkretslæring hvor feil eller mangler blir identifisert og gjort noe med uten at man ser på de underliggende forhold. Underliggende strukturer som mål, verdier, rammer og strategier blir i praksis tatt for gitt som tilnærmet konstante størrelser. Det er fokus på tekniske løsninger for å oppnå større effektivitet og dette medfører at man i større grad følger fastlagte rutiner. Dobbeltkretslæring innebærer derimot at man evaluerer underliggende forhold av betydning for læringssituasjonen som et ledd i å korrigere for feil og mangler. Etablering av fagnettverk innen kreftomsorg og demens er tiltak som flere informanter ønsker å få på plass. Informant B sier: ”det er viktig at kreftsykepleiere kan komme sammen for å diskutere og finne ut hva de er gode på. Gjennom deltakelse i fagnettverk på tvers av kommunene kan de dele erfaringer og utvikle nye måter å løse oppgavene på.” Slike fagnettverk kan gi grunnlag for dobbelkretslæring som representerer et meta-perspektiv, og her vurderes ikke bare direkte resultater, men tar inn konteksten læringen finner sted i. Man ser på endringer i mål, verdier, rammer og strategier i søken etter å etablere mer hensiktsmessige prosedyrer og strategier, og er opptatt av hvilke kapasiteter som påvirker evnen til å lære. Fagnettverk kan utvikle helt nye måter å løse oppgaver på, og påvirke utviklingsstrategier for hele virksomheten (jfr. kap. 2.2.5 s. 42 hvor Tiller beskriver tre nivå på refleksjon).

DMS Inn-Trøndelag kan etableres som et ressurscenter for de deltakerkommunene som deltar, og det planlegges at ansatte i kommunene kan delta på undervisning og kurs som blir arrangert. DMS Inn-Trøndelag vil ha en plan for internopplæring, og kommunene vil få tilbud

om å delta på dette. Det legges opp til et tett samarbeid med HNT og DMS Inn-Trøndelag. Informant C sier: ” det planlegges å tilsette en fag- og systemansvarlig sykepleier i DMS Inn-Trøndelag, som skal til sykehuset en gang pr. måned. Denne personen skal i faste møter hver fjerde uke med fag- og forskningssykepleierne i medisinsk klinikk.” Det skal bidra til å utveksle kunnskap i form av utvikling av nye prosedyrer, undervisning og kurs. Denne funksjonen kan bidra til å utvikle og etablere nye *ba* (rom)for kunnskapsdeling. Dette gjelder ikke bare mellom DMS Inn-Trøndelag og spesialisthelsetjenesten, men kommunene må delta og bidra ift. forskning og utvikling.

Funn fra undersøkelsen viser at det er viktig å skape ulike arenaer i DMS Inn-Trøndelag hvor ansatte mellom sykehus og deltakerkommunene kan komme sammen, bli kjent og møtes. Det er viktig å skape arena hvor folk deltar sammen og møtes ansikt til ansikt i deling av kunnskap. Da legges det grunnlag for refleksjon og samtaler over det man lærer, i tillegg til den kunnskapen en kan tilegne seg gjennom rapporter, prosedyrer og databaserte løsninger. I DMS Inn-Trøndelag vil det bli ansatt leger og sykepleiere som har mye kunnskap gjennom utdanning og mange års erfaring. Spesialsykepleiere og legespesialister har hodet og kroppen full av teoretisk og praktisk ekspertise, som er ervervet gjennom praksis og teoretisk skoling. Faren med dagens profesjoner er at mange har blitt svært spesialisert. Den gamle praktiserende legen tok i større grad vare på hele mennesket, mens dagens helsevesen har blitt så spesialisert at det deler mennesket opp, og behandler ikke helheten. Schön (2001) (jfr. kap. 2.2.5 s. 41) beskriver betydningen av å se helheten og sette ulike dimensjoner i sammenheng. Dagens leger i sykehus utviklet svært spesialisert kunnskap innen sitt felt, slik at vi får en utfordring å behandle mange diagnoser og se helheten i mennesket som skal behandles. I DMS Inn-Trøndelag vil det være mange eldre pasienter med mange diagnoser og ulike problemstillinger. Det vil være viktig med en gruppe ansatte som sammen er ”eksperter” på helheten og med fokus på behandling og omsorg til eldre mennesker. Helsepersonell i kommunal sektor har mer helhetlig tilnærming enn spesialisthelsetjenesten og en kobling mellom disse miljøene vil være fruktbart.

Oppsummering

Oppsummering av forskningsspørsmål 2 viser følgende samhandlingsformer for kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

- Kurs og undervisning.

Det er etablert gode systemer for dette i de etablerte DMS, og det er god deltakelse og responsen er positiv. Dette følges også opp av informantene fra intervjuene. Undersøkelsen viser at kurs og undervisning er det viktigste tiltaket for å dele kunnskap mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

- Hospitering

Dette blir ikke benyttet i de etablerte DMS. Dette blir derimot tillagt stor vekt i planleggingen av DMS Inn-Trøndelag. Her er det lagt inn som en fast ordning fra oppstart. Hospitering blir sett på som et viktig bidrag til å dele kunnskap fordi det fører til at ansatte i kommunene kan arbeide sammen med ansatte i DMS Inn-Trøndelag, noe som skaper faglig fellesskap og bygger gode relasjoner mellom ansatte i kommunen og de ansatte i DMS Inn-Trøndelag. Det skal føre til at kommunene blir bedre rustet til å håndtere kompliserte oppgaver i kommunen. Dette tiltaket er en mulig suksessfaktor for at deltakerkommunene skal se nytteverdi av å delta i samarbeidet. Det kan være en døråpner til å skape ytterligere samarbeid og skape nye muligheter for kunnskapsdeling og utvikling av tjenestetilbudet. Ordningen finansieres innenfor de økonomiske rammene senteret har til rådighet, og dette vurderer vi til å være helt avgjørende for at ordningen skal fungere.

- Møter/opplæring når pasienter skal utskrives til kommunen

DMS Inn-Trøndelag øker nærheten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og det vil gjøre det lettere å følge pasienten bedre opp når han/hun skal tilbake til hjemkommunen. Det er et klart mål å etablere gode prosesser ved utskriving hvor god informasjon, dialog og opplæring har høy prioritet.

- Etablering av fag- og ledernetverk og bruk av ambulerende team

Dette vil være viktige tiltak i regi av DMS Inn-Trøndelag. Undersøkelsen viser at det mangler avklaringer på hvordan dette skal organiseres og det kan være en fare for at disse tiltakene ikke blir fulgt opp godt nok. De etablerte DMS har ikke hatt ansvar for denne type tiltak, men prosjektet DMS Inn-Trøndelag har mål om å iverksette dette fra oppstarten av i 2011 (jfr. figur 3 s. 21). I det videre arbeidet fremover vil det være viktig å avklare ansvarsforhold og planlegge organiseringen av ordningen. Dette kan bidra til økt kunnskap i kommunene, og ansatte med spesialkompetanse, eks. innen kreft og demens knyttes tettere til kommunen og hjemmet der pasienten bor.

- Refleksjonsgrupper

Dette blir brukt i liten grad i de etablerte DMS i vår undersøkelse. Resultatene viser at denne formen for kunnskapsdeling ikke blir tillagt noen stor vekt, men i den grad den brukes, gir

ansatte tilbakemelding på at det er veldig nyttig. Denne type kunnskapsformidling bør få langt større plass i DMS Inn-Trøndelag. Gjennom ledelse av kunnskapsvirksomheter vil dette være sentralt, og vi kommer nærmere tilbake til dette i forskningsspørsmål 4.

5.4 Forskningsspørsmål 3

Bruk av ulike teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap

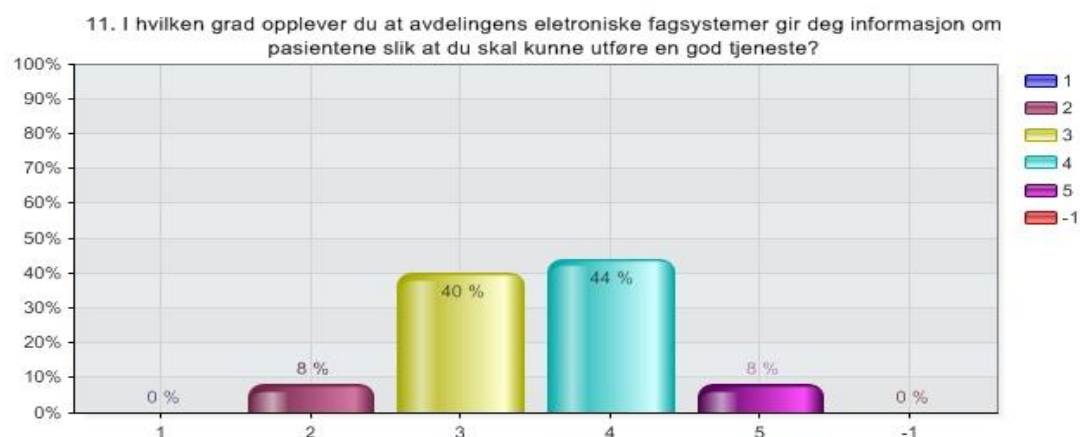
Bakgrunn for spørsmålet

Gjennom dette forskningsspørsmålet vil vi å se på hvordan bruk av teknologiske verktøy kan bidra til kunnskapsdelig innen helsevesenet, og da med blikket rettet mot etablering av DMS Inn-Trøndelag.

Ved etablering av DMS Inn-Trøndelag vil det være interessant å få informasjon om hvilke teknologiske verktøy som benyttes hos de etablerte enhetene. Hvilke teknologiske verktøy benytter de og hvilke erfaringer er gjort? Her er det muligheter for at DMS Inn-Trøndelag kan få gode råd og tips.

Datafangst fra spørreskjemaundersøkelsen

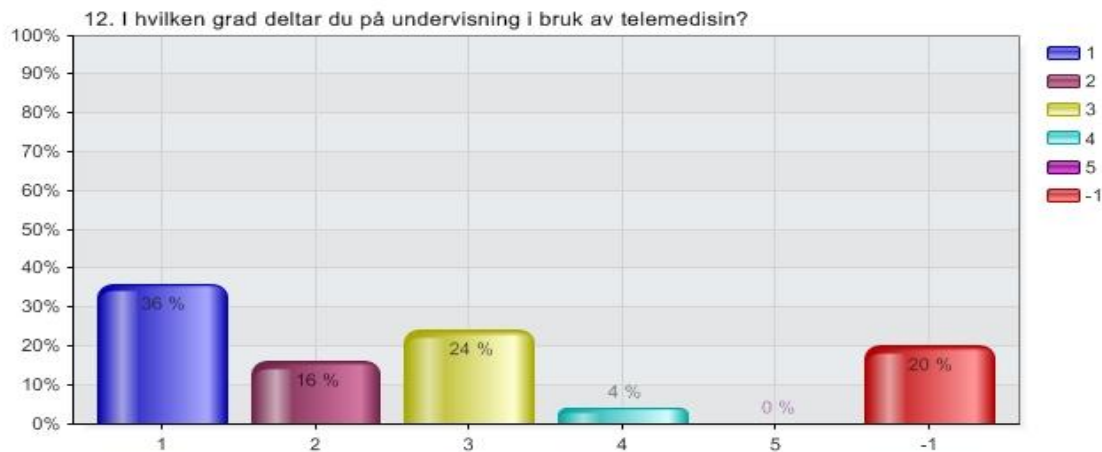
I spørreskjemaundersøkelsen er det spurt om hvilke elektroniske fagsystem ansatte benytter for å innhente informasjon om pasientene. Dette skal være grunnlaget for den behandling og pleie pasienten får, og spørreskjemaundersøkelsen kartla i hvilken grad ansatte er fornøyd med den informasjonen de kunne finne.



1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.

Tabell 11: I hvilken grad opplever du at avdelingens elektroniske fagsystemer gir deg informasjon om pasientene slik at du skal kunne utføre en god tjeneste?

Undersøkelsen viser at avdelingens elektroniske fagverktøy brukes, men at dette verktøyet ikke alene bidrar til at ansatte kan utføre en god tjeneste. 84% svarer middels og i stor grad. Dette tyder på at interne fagsystem er tilfredsstillende, men at det finnes muligheter for å jobbe med forbedringer, i og med at nesten halvparten av de ansatte bare er middels fornøyd. Videre kartla undersøkelsen om det var bruk av telemedisin ved enheten.



1 – Svært liten grad. 2 – Noen grad. 3 – Middels grad. 4 – Stor grad. 5 – Svært stor grad. -1 Vet ikke. N = 25.
 Tabell 12: I hvilken grad deltar du på undervisning i bruk av telemedisin?

Funn i undersøkelsen viser at det er liten praksis i at telemedisin benyttes i undervisning. I den ene enheten var ikke telemedisin tatt i bruk, og det var ikke investert i teknologisk utstyr. Dette kan være årsaken til at en del av informantene har svart: ”vet ikke”. Bruken av telemedisin er lite benyttet også i den andre enheten. Der er det investert i teknologisk verktøy og satt av lokaler, og i tillegg er det et godt fagmiljø som kan være med å bidra i bruken av telemedisin. Likevel brukes det lite. Årsaken til at det ikke brukes i noen stor grad blir ikke utdypet i undersøkelsen. Funnene fra undersøkelsen viser at det ikke er nok å investere i teknologisk utstyr. Det må legges planer og etableres avtaler for bruken av slike verktøy.

Datafangst fra intervju

De fleste informantene er opptatt av å ta i bruk teknologiske verktøy for å bedre kommunikasjonen rundt pasientinformasjon og faglig utvikling. Flere nevner ulike teknologiske verktøy som kan støtte kunnskapsutvikling og bidra til å bedre kommunikasjonen rundt pasientinformasjonen. Enkelte av informantene hevder at det må ligge noen forutsetninger til grunn før man kan få full effekt av slike verktøy. Informant C viser til et teknologisk verktøy, talegjenkjenning, hvor pasientopplysninger blir overført fra tale til skrift og legges automatisk inn i pasientjournalen. Dette er et teknologisk

verktøy som brukes i sykehus i dag. Informant C opplyser at dette verktøyet skal benyttes i DMS Inn-Trøndelag, og vil være en del av IKT systemet. Informanten ser dette systemet som verdifullt i forhold til at informasjon blir tilgjengelig med en gang og at det er ressursbesparende.

Videre viser intervjuene at det er stor tro på at bruk av telemedisin vil bidra til kunnskapsutveksling. Informant D hevder eksempelvis.

Vi mangler utstyr for telemedisin, men vi har benyttet telemedisin to ganger i forbindelse med en pasient. Vi har da lånt utstyr. Dette er et kjempegodt verktøy for å utveksle kunnskap, i og med at lyd og bilde sendes 'live'. Vi har benyttet dette til oppfølging av pasienten, men dette kan utvikles til å omhandle alt av tema.

Informant B forsterker dette med følgende utsagn: "elektroniske verktøy for kunnskapsdeling har jeg tro på. Teknologi må vi bare bruke fordi avstandene blir så store. Videokonferanse kan brukes."

Informantenes sitater illustrerer at det er stort fokus på å få på plass løsninger som skal bedre pasientinformasjonen, samt bidra til at kunnskap kan deles mellom kommunene så effektivt som mulig.

Undersøkelsen viser at det er stort fokus på telemedisin som et verktøy for kunnskapsdeling, men flere av informantene beskriver at det er knyttet ulike utfordringer til bruk av teknologiske verktøy. Informant B har følgende eksempel: "det er ikke mange kommuner som har video- og konferanseutstyr, kostnader knyttet til investeringer til dette må hver enkelt kommune bare ta. Kunnskapsdeling må ikke begrenses gjennom at vi ikke har gode nok verktøy."

Denne informanten uttrykker at det ligger utfordringer i at infrastrukturen ikke er på plass i alle kommuner.

Informantene hevder at ulike teknologiske løsninger kan støtte kunnskapsutvikling, men fremhever at det også er viktig at teknologiske verktøy ikke begrenser mulighetene til at fagfolk fysisk kan treffes. Noe informant D eksemplifiserer: "det er dette som er den største drivkraften blant ansatte. Det å få dra til Steinkjer på opplæring...[...]... og da når man noe annet, og det er det å bli kjent med andre fagfolk. Man snakker mye i pausene også."

Analyse

Gjennom DMS Inn-Trøndelag vil det være behov for kommunene å etablere samarbeid innenfor tekniske løsninger, slik som felles fagsystem og elektronisk kommunikasjon. Det finnes mange muligheter i bruk av teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap,

og felles IKT systemer har betydning for samhandlingen mellom kommunene, sykehusene og DMS Inn-Trøndelag. Her ligger det mange muligheter, men også utfordringer.

Innenfor helsesektoren er det i dag ulike fagsystem. De fleste kommuner benytter Profil¹⁵, leger benytter Winmed¹⁶ og andre faggrupper benytter andre fagsystem og sykehuset har eget system. Vi har gjennom lang praksis i helsesektoren erfart av at det er mange inkompatible IKT system ved forskjellige institusjoner.

Informant C gir følgende eksempel: ” det er viktig at de ulike fagsystemene snakker samme språk, at de kommuniserer med hverandre. DMS vil ha samme pasientjournal som kommunene, men i tillegg vil DMS være linket opp mot sykehuset.”

Informanten viser her til ulike informasjonssystem som han mener vil bidra til å bedre kvaliteten på pasientinformasjonen, men at forutsetningen for at man skal lykkes med forbedringer, er at de ulike elektroniske fagsystemer er kompatible.

Norsk Helsenett¹⁷ er et sikret elektronisk nettverk som sørger for at ulike fagsystem kan kommunisere med hverandre. Dette nettet er den eneste løsningen som er på markedet i dag. Utfordringene er at noen av systemene er relativt gamle, og de takler ikke dagens krav til kommunikasjon. De samarbeidende kommunene benytter ikke Helsenett i dag, noe som har en sammenheng med at det har vært uklarheter omkring ulike fagsystem.

Det er en forutsetning for kunnskapsdeling at verktøyene fungerer og at ansatte har kunnskap om bruken av dem. Når dette er på plass vil en database med informasjon være tilgjengelig for ansatte i DMS Inn-Trøndelag. I denne databasen kan helsepersonell for eksempel hente ut informasjon om pasienter og lese om hvilke prosedyrer som skal følges.

I følge Gottschalk (2004) (jfr. kap. 2.3.1 s. 43) vil en database ikke være kunnskap i seg selv, men en kunnskapsbærer. Mottakeren henter ut informasjon fra databasen og kombinerer informasjonen med sin erfaring og gjør refleksjoner. Gjennom refleksjoner kan ny kunnskap utvikles og nedtegnes.

Videre hevder Gottschalk (2004) at generering av kunnskap skjer med og uten direkte kontakt mellom mennesker, men kunnskap finnes ikke uavhengig av individer. Representasjonen av

¹⁵ Profil er en komplett løsning for pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i en kommune. Funksjonaliteten dekker behov knyttet til fag, saksbehandling, egenbetaling, ressursadministrasjon og logistikk. Kilde: <http://www.visma.no/programvare/for-offentlig-sektor/Losninger-for-tjenesteproduksjon--Fagsystemer/Omsorg/Visma-Omsorg---Profil/>

¹⁶ **WinMed** er et journalsystem for norske leger fra ProfDoc. Kilde: <http://www.medic-it.no/medicit.asp?sid=88&sid1=94>

¹⁷ Landsdekkende kommunikasjonsnett som knytter sykehus og andre helseaktører sammen i et sikret elektronisk nettverk

kunnskap overføres gjennom ulike medier som kan kalles kunnskapsrepresentasjoner og Gottschalk skiller mellom tre oppgavetyper for valg av kunnskapsrepresentasjoner.

Informantene beskriver en ønsket praksis ved DMS Inn-Trøndelag hvor alle stadiene er representert. Mange oppgaver vil være rutineoppgaver hvor presisjon og struktur må vektlegges. Dette er noe informantene beskriver vil bli viktig i DMS Inn-Trøndelag.

Dette illustreres av informant C sitt utsagn: ”Viktig å ha prosedyrer på plass, slik at det blir gjort det samme på DMS som på sykehuset”.

Viktigheten av å ha felles prosedyrer understøttes også av informantene i telefonintervjuene.

Selv om informantene beskriver at det vil bli mange rutineoppgaver, vil det være oppgaver som faller utenfor det rutinemessige. Kravene til hvordan kunnskap representeres vil da endres. I et fagsystem er det informasjon om hvordan pasienten skal behandles, men det er først når ansatte tar i bruk denne informasjonen og gjør refleksjoner at man i møtet med pasienten utvikler ny kunnskap. Den ansatte bruker da fagsystemene og beskriver sin ”historie” som avviker fra ulike prosedyrer.

Den tredje kunnskapsrepresentasjonen handler om representasjon av kunnskap i forhold til mer skapende aktivitet som for eksempel utvikling av nye produkter og tjenester. Her må det ligge til grunn både faktakunnskap og historier før man kan kombinere kunnskap på en ny måte. Denne formen for nyskaping forutsetter en samhandling mellom mennesker, noe som teknologien og fagsystemet ikke kan ivareta alene.

I en slik overføring av kunnskap er samhandling mellom mennesker nødvendig. Gjennom å ta del i hverandres metaforer og historier kan det skapes bilder og forestillinger som gir en annen kunnskap enn gjennom teknologien alene.

Anvendelse av teknologi virker å ha stor betydning blant informantene i undersøkelsen.

Teknologi støtter kunnskap og er en bidragsyter til at ny kunnskap utvikles, men er ikke kunnskap i seg selv. En kunnskapsvirksomhet som DMS Inn-Trøndelag bør ikke være for ensidig fokusert på bruk av teknologiske verktøy. Ved innføring av nye verktøy er det viktig at virksomheten vurderer hvilke konsekvenser innføringen av verktøyet vil medføre, spesielt med tanke på hvilken betydning det får for samhandlingen mellom ansatte.

Informant D sier følgende: ”det er dette som er den største drivkraften blant ansatte. Det å få dra til Steinkjer på opplæring...[...]... og da når man noe annet, og det er det å bli kjent med andre fagfolk. Man snakker mye i pausene også.”

Her kan man benytte telefonmøter eller nettmøter for å utveksle erfaring og dele historier. Likevel sier denne informanten noe om behovet for at fagfolk møtes fysisk. Det er tydelig at det er behov for å møtes ansikt til ansikt. Man kan tenke seg at det er en kommunikasjonsprosess som foregår i disse møtene, og i følge Stacey (2008) (jfr. kap. 2.1.5 s. 32) er det i disse samhandlingsprosessene at ny mening eller kunnskap utvikles. Utsagnet; ” man snakker mye i pausene også” antar vi er et eksempel på at deltakerne i DMS Inn-Trøndelag ser for seg en praksis hvor man fysisk møtes på en felles arena. I disse treffpunktene kan det være et nyskapende språk som setter deltakerne i stand til å formulere nye tanker og ideer.

Selv om DMS Inn-Trøndelag og kommunene har felles fagsystem hvor pasientinformasjon er tilgjengelig gir ikke dette nødvendigvis ny kunnskap. Dersom man har felles fagsystem som en database hvor pasientopplysninger kan hentes fra, så er dette *informasjon* i følge Gottschalk (2004) (jfr. kap. 2.1.1. s. 27).

Fagsystemet med pasientopplysninger bidrar til at de ansatte har et godt grunnlag for å ta sine beslutninger, og slik vil felles fagsystem være en viktig bidragsyter til at data og informasjon blir bedre tilgjengelig.

Selv om helsepersonell blir gode til å hente ut informasjon fra et felles fagsystem, vil det være ulikt hvordan denne informasjonen tolkes. Sett i forhold til Gotvassli (2007) sin argumentasjon (jfr. kap. 2.1.1 s. 26) blir informasjon til kunnskap når den kombineres med erfaringer, settes i sammenheng, bearbeides, tolkes og reflekteres over. Dette betyr at det kreves menneskelig aktivitet for å bearbeide informasjon til kunnskap.

I tillegg til lettere tilgang på informasjon vil man få et system som gir oss raskere og mer kvalitetssikre data. Det er også ønskelig at det kan gi muligheter for bedre samhandling mellom ulike helsetjenester, for eksempel mellom hjemmesykepleien i en kommune og helsepersonell i DMS Inn-Trøndelag.

Telemedisin fungerer som et samarbeid gjennom telekommunikasjon, og skjer på tvers av organisasjonsgrenser. Her overføres lyd og bilde mellom for eksempel DMS Inn-Trøndelag og sykehuset eller mellom DMS Inn-Trøndelag og kommunene, eller mellom alle. Ser man på telemedisin opp mot andre teknologiske verktøy, så har telemedisin med sin kommunikasjonsform en ekstra dimensjon med lyd og bilde i nå/sann tid. Ved bruk av telemedisin er det muligheter for dialog mellom aktørene. Fra flere informanter nevnes

telemedisin som en god måte å dele kunnskap på, og det beskrives at det ligger uante muligheter i dette verktøyet. Informant B gir følgende eksempel: ”vi bruker video-overføring mye, og det må vi koble DMS på. Den må stå på DMS Inn-Trøndelag fra dag en. Den vil bli viktig for leger og pleiepersonalet”

Informant D utdyper med følgende utsagn:

Vi mangler utstyr for telemedisin, men vi har benyttet telemedisin to ganger i forbindelse med enkelt pasienter. Vi har da lånt utstyr. Dette er et kjempegodt verktøy for å utveksle kunnskap i og med at lyd og bilde sendes ’live’. Vi har benyttet dette til oppfølging av pasienten, men dette kan utvikles til å omhandle alt av tema.

Disse utsagnene illustrerer informantene sine overbevisninger om at telemedisin skal bidra til kunnskapsdeling og at det vil etableres en praksis i DMS Inn-Trøndelag hvor dette benyttes i stor grad. Video – overføring gir bilde og lyd i nåtid og kan bidra til at man kan ta del i andres kunnskap. Eksempelvis kan en lege som er ekspert på kompliserte sår veilede en sykepleier eller lege ved DMS. På denne måten er fagfolkene mer ”sammen” og kan omfattes som en form for mesterlæring (jfr. kap. 2.2.3 s. 38), hvor novisen følger eksperten.

Selv om det er mange positive sider ved telemedisin, så kan telemedisin ha sine utfordringer. Telemedisin kan være trettende og stressende. Det kreves full oppmerksomhet mot skjermen og man kan miste noe av kunnskapsdelingen. Avhengigheten av personer fra andre organisasjoner og tilstedeværelse av pasienter reduserer autonomien i arbeidssituasjonen. I en slik kontekst er det vanskelig å ha naturlige samtaler hvor språket er nyskapende. Det kan bli en overføring av informasjon fra en deltaker til en annen uten noen tid til refleksjon. Gjennom våre jobber i det kommunale helsevesenet har vi erfart at telemedisin brukes i svært liten grad. Mellom sykehus har det blitt et vanlig hjelpemiddel, og det er et mål å etablere telemedisin mellom Helse Nord-Trøndelag og DMS Inn-Trøndelag. I forskningsspørsmål 3 er det i hovedsak vært fokus på fagsystem og telemedisin som støtte for kunnskapsutvikling. Det kan også nevnes at bruk av teknologiske verktøy kan bidra til å sette i gang prosesser for å endre innstilling og arbeidskultur.

Oppsummering

Undersøkelsen viser at en kunnskapsvirksomhet som DMS Inn-Trøndelag vil være avhengig av elektroniske fagsystem slik at kommunikasjon mellom aktørene, om blant annet pasientopplysninger fungerer.

- Helsenett – felles IKT plattform

Resultater fra undersøkelsen viser at teknologiske verktøy har betydning for kunnskapsutvikling. Spesielt gjelder det i forhold til å bruke verktøyene for å bedre kommunikasjonen rundt pasientinformasjon for derigjennom utvikle ny kunnskap. Kommunene i prosjektet er ikke tilknyttet Helsenett og dette bidrar til at pasientinformasjonen er mindre effektiv. Dette bekreftes av informantene med blant annet ”det er viktig at de ulike fagsystemene snakker samme språk”.

- Telemedisin

Funn i spørreskjemaundersøkelsen viser at bruk av telemedisin blir fremhevet som en mulighet for kunnskapsutvikling. Respondentene i spørreskjemaundersøkelsen forteller at telemedisin i liten grad blir benyttet ved de to enhetene vi undersøkte, men bruk av telemedisin oppleves som nyttig i forhold til kunnskapsutvikling, samhandling og flyt i helsevesenet. Ved Sjøbustad helsehus er det ikke lagt til rette for telemedisin, mens ved DMS Stjørdal er det utstyr og lokaler for dette. Selv om DMS Stjørdal har lagt til rette for telemedisin, blir det lite brukt.

Årsaken til dette gir ikke funnene i spørreskjemaundersøkelsen noe svar på, men bruk av telemedisin krever at aktørene i fellesskap planlegger bruken av det. Rutiner for gjennomføring må systemiseres, og det må settes av tid og ressurser til å bruke det. Infrastrukturen er heller ikke på plass i alle kommunene. Det vil ikke hjelpe stort å ha topp moderne utstyr, hvis det ikke er kapasitet på linjenettet hos en kommune.

- Relasjoner og møtepunkt

Funn i undersøkelsene viser at teknologiske verktøy – fagsystem eller telemedisin – kun kan gi oss informasjon og data. Det er først når helsearbeideren kombinerer data og informasjon med sin erfaring, og setter det i en sammenheng at man kan få kunnskapsutvikling.

Resultatene viser at forutsetningene for kunnskapsutvikling er avhengig av å ha en god kunnskapshjelpende kontekst (*ba*). Informantene mener at det er her kunnskap utveksles og skapes, og interaksjonen her er avhengig av trygghet og tillit. Selv om man får på plass ulike fagsystem og elektroniske kommunikasjonsverktøy, vil det alltid være behov for å møtes ansikt til ansikt. Nettopp derfor er det viktig med etablerte treffpunkt.

Resultatene viser som nevnt at teknologiske verktøy er med på å støtte utvikling av kunnskap. Både respondenter og informanter belyser hvor viktig det er å ha dialogen mellom helsepersonell. Datafangst fra spørreskjemaet fremhever at dialog er viktig supplement til nedskrevne rapporter og epikriser og en informant fortalte om at ønskene til ansatte var å

komme til Steinkjer på kurs, fordi da traff de andre fagfolk. Dette understreker at man ikke bør ha et ensidig fokus på at teknologiske løsninger skal "løse" alle utfordringer og alene bidra til kunnskapsutvikling.

5.5 Forskningsspørsmål 4

Ledelse av DMS Inn – Trøndelag som kunnskapsvirksomhet

Bakgrunn for spørsmålet

Medarbeidernes kunnskap blir i dag fremhevet som den viktigste ressursen organisasjoner innehar. DMS Inn-Trøndelag er en kunnskapsvirksomhet, hvor leger, sykepleiere og andre ansatte med høy kompetanse jobber i et fellesskap for å gi pasientene behandling og pleie av god kvalitet. Gottschalk (2004) og Hillestad i Nordhaug (2002) (jfr. kap. 2.4.1 s. 47 - 48) beskriver hva som kjennetegner kunnskapsintensive virksomheter og intellektuell kapital. Forskningsspørsmål 4 setter fokus på kunnskapsledelse i et sosialt og kulturelt perspektiv. Kunnskap kan ikke ledes og forvaltes på samme måte som andre synlige ressurser. Kunnskap vokser frem i fellesskap mellom mennesker hvor trygghet, tillit, læring og dialog fremheves som grunnleggende faktorer.

Sammendrag av datafangst fra intervju

Undersøkelsen ble satt sammen slik at vi kunne nyansere hvilke områder innen ledelse informantene satte høyt. I hvor stor grad er lederne opptatt av å ha styring og kontroll over forhold av utenforliggende karakter eller å rette fokus i større grad på organisasjonens indre liv. Informantene ga høy score på alle spørsmålene, men resultatet viser tendenser på hvilke områder lederne prioriterer høyest. Den høyeste scoren var betydningen av å utarbeide prosedyrer og faste rutiner i DMS Inn-Trøndelag. Her svarer alle "i svært stor grad".

Utarbeidelse av virksomhetsplaner blir også sett på som svært viktig.

Å lede prosesser får høy score. Interessante og utfordrede arbeidsoppgaver og ledere som bidrar til tillit og nærhet, blir vurdert til i stor grad å bidra til kunnskapsutvikling.

I hvilken grad ledere bør vektlegge personlige egenskaper og ferdigheter hos ansatte, og i hvilken grad lederen bør legge til rette for interessante og utfordrende oppgaver får litt lavere score. Etablering av refleksjonsgrupper som et bidrag til kunnskapsutvikling har fått laveste score i undersøkelsen, i likhet med i hvilken grad lederne vil være pådrivere for å igangsette en refleksjonsgruppe på sin arbeidsplass.

Ved å sammenligne datafangsten fra spørreskjemaundersøkelsen, intervju og telefonenquète finnes det mange likhetstrekk. Utarbeidelse av prosedyrer og ivaretagelse av instrumentelle oppgaver får betydelig oppmerksomhet ved planlegging av DMS Inn-Trøndelag.

Informantene anbefaler å legge vekt på dette i det nye DMS Inn-Trøndelag. Samtidig blir dette med fleksibilitet, og ”veien blir til mens vi går” vurdert til å være en viktig faktor.

Det å bygge allianser, tillit og nærhet mellom aktørene i prosjektet blir vektlagt stor betydning, men det er uklart hvordan dette skal ivaretas. Blant annet er det uklare ansvarsforhold om hvem som skal initiere og koordinere et slikt samarbeid. Her vil det være en fare for at ansvar og koordinering av slike tiltak forblir uavklart, og at denne type samarbeid ikke kommer på plass.

Refleksjonsgrupper og veiledning blir ikke fremhevet som et prioritert tiltak. Det blir trukket frem som betydningsfullt, men får en mer dempet oppmerksomhet i planleggingsprosessen.

Analyse

Undersøkelsen viser at det er et nyansert syn på ledelse blant respondentene. Som gode praksiser fremhever funn fra undersøkelsene at det er svært viktig å:

- Etablere gode rammer og strukturer
- Rette stor oppmerksomheten på menneskene som arbeider i virksomheten
- Legge til rette for bruk av IKT

Davenport og Prusak (1998) (jfr. kap. 2.4.2 s. 49) beskriver barrierer og mulige løsninger for kunnskapsdeling, og etter vår vurdering befinner lederne seg vekselvis på begge sidene i tabell 3 s. 49. Informantene legger i stor grad vekt på at grunnleggende faktorer som strukturer, standarder og instrumentelle ferdigheter må være på plass. Informantene som er knyttet til spesialisthelsetjenesten legger mer vekt på dette enn de fra kommunene. Dette kan man se i sammenheng med de krav og forventer samfunnet har til behandling i sykehus. Her er det helt nødvendig å sikre at undersøkelser, behandling og pleieoppgaver ivaretas etter klare instruksjoner og retningslinjer for å sikre riktig behandling og oppfølging.

Samhandlingsreformen beskriver også dette. Sykehusene er både i sin organisering og i sin funksjon preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne (Stortingsmelding nr. 47, 2009:13).

Informantene fremhever også at et prosessuelt syn på kunnskap er viktig. Det legges vekt på å skape gode relasjoner mellom menneskene som jobber sammen, og la de ansatte slippe til

med kunnskap og erfaring. Data fra undersøkelsen gir holdepunkter for at tradisjonelt strukturelt syn på kunnskap er dominerende (jfr. tabell 1 s. 28), og at det vektlegges å kopiere løsninger fra spesialisthelsetjenesten i form av standarder og prosedyrer. Det kan være en fare at dette får stor plass, og at ”rommet” for fleksibilitet, kreativitet og nyskaping blir mindre vektlagt.

Som eksempel presenterer vi en utfordring som omhandler hvordan man skal organisere inntak av pasienter til sengeposten i DMS Inn-Trøndelag. Det planlegges en ordning som DMS Stjørdal har praktisert. Ansatte i sykehus tar direkte kontakt med leder i DMS Stjørdal, og de gjør en vurdering sammen og avgjør om pasienten skal overføres. Det finnes ingen skriftlig avtale om hvordan dette skal koordineres med kommunens inntakssystem. DMS Inn-Trøndelag har gitt uttrykk for å bruke samme ordning. Her gjelder et ”først til mølla” prinsipp. Dette kan bli utfordrende å koordinere fordi DMS Inn-Trøndelag består av fem kommuner som skal samarbeide om plassene. Det er langt flere aktører i DMS Inn-Trøndelag enn DMS Stjørdal. Det kan lett oppstå ulike oppfatninger om fordelingen av pasientene er rettferdig og riktig. Behovet for å lage retningslinjer og rutiner for inntak er av den grunn viktig. Avtaler kan derimot være til hinder for å få til fleksible ordninger hvor man vurderer de beste løsningene underveis. Det er viktig å gi ledelsen og ansatte tillit og ansvar og skape muligheter for å prøve og feile, noe som gir nye og nyttige erfaringer. Uansett hvilken ordning som velges er det viktig at aktørene er kjent med den praksisen som blir valgt, og at kommunene i fellesskap er med og evaluerer ordningen.

Kunnskapshjelperne

Den totale kunnskapen blant ansatte er tverrfaglig sammensatt gjennom ansatte fra både sykehus og kommuner. Totalt gir det store kunnskapsmessige utviklingsmuligheter for DMS Inn-Trøndelag, men det er avhengig av en ledelse som vektlegger å lede kunnskap og relasjoner mellom menneskene høyt.

Kunnskapsutvikling handler mye om å skape samhandlingsmønstre basert på gode relasjoner og tillit og for å sitere von Krogh m.fl. (2005): Kunnskap kan ikke ledes, men bare skapes. Det står klart for oss at kunnskapsledelse i DMS Inn-Trøndelag må være basert på kunnskap som prosess og at rollen vil være mer en koordinatorrolle og relasjonsbygger enn direkte lederorientert rolle.

Ved hjelp av kunnskapshjelperne (jfr .kap. 2.4.5 s. 51) synliggjøres det å drive kunnskapsledelse ut fra et konstruksjonistisk og prosessuelt syn på kunnskap.

Gjennom DMS Inn-Trøndelag vil spesialisthelsetjenesten og kommunene komme tettere på hverandre. Å arbeide mot samme mål er nødvendig - gjennom å formulere en kunnskapsvisjon som er kjent blant ansatte og ikke bare hos lederne. De ulike kommunene kan ha ulike behov for kunnskap, og det vil være viktig å finne felles mål og tiltak for kunnskapsutvikling. Dette er ingen lett oppgave. Informant D sier: ”Kommunene prioriterer ulikt. Det å forhandle seg frem til en felles målsetting ift. til hva kommunene ønsker, kan i seg selv være en utfordring.” Selv om det er ulikheter mellom kommunene er det mange felles utfordringer man kan prøve å samle seg om. Informant D fortsetter: ”Alle trenger å utvikle og tilføre mer kunnskap om demens. Spesielt for de små kommunene vil det være behov for å samarbeide i et større faglig fellesskap.” For å formulere en felles kunnskapsvisjon vil det være viktig å skape møteplasser og snakke sammen.

Få i gang samtaler: Samtaler er viktig for å opparbeide tillit mellom deltakerne, slik at alle deltar aktivt, og ikke er redd for å bli mistrodd eller føle seg utilstrekkelig. Informant A uttrykker: ”Når vi snakker om kunnskapsdeling må det være forståelse for hverandre sitt ståsted, og da er det viktig å bli kjent med hverandre og den hverdagskompetansen som vi lever i.” Her viser informant til betydningen av å ha respekt for hverandre og se betydningen av ulikhetene aktørene i prosjektet har. Her kan vi tydelig se eksempel på etablering av *ba*, og se at samtalen er et viktig tiltak for å sortere og dele kunnskap. Informant A sier videre: ”Jeg tror det er kjempeviktig å etablere dialog, og at man er klar over at det er viktig å etablere en ”familie” her. Her er det team som skal jobbe sammen.”

Omsorg og tillit er i følge von Krogh m.fl. (2005) og Newell m.fl. (2002) (jfr. kap. 2.4.3 s. 49) grunnleggende faktorer som bør fremheves som en forutsetning for et skapende miljø. Dette kan oppleves som en selvfølge, men det må jobbes målbevisst for å nå det. Ut fra intervjuene kan vi se at omsorg og tillit blir vektlagt, men det er en klar tendens til at faktaorienterte områder får større plass. Samtalene mellom aktørene er grunnlaget for de mellommenneskelige relasjonene i samarbeidet. Undersøkelsen viser at det er muligheter for å tillegge samtalene og dialogene enda større plass og innflytelse.

Det vil også være viktig for fagutviklingen å *mobilisere kunnskapsaktivister*. Undersøkelsen viser at det finnes mange kunnskapsaktivister blant ansatte i de etablerte DMS. Det har bygd seg opp et renommè om at det er spennende og utviklingsorienterte arbeidsmiljø innenfor disse og sammenlignbare enheter. Det er en stor entusiasme rundt etableringen av DMS Inn-Trøndelag, noe som tiltrekker seg oppmerksomhet fra fagpersonell. Ansettelsesprosessen for DMS Inn-Trøndelag ble satt i gang i juni 2010, og planlagt ferdig i august 2010. Det er langt

flere søkere enn det som er normalt for stillinger av samme kategori når det lyses ut kun i kommunene eller i sykehus. DMS Inn-Trøndelag har bygd seg opp til å bli et spennende samarbeidsprosjekt, og mange ansatte med god og lang utdanning ønsker seg dit. Mange av søkerne er mennesker med høy formell kompetanse og har et spesielt engasjement for utvikling av helsetjenestene. Flere leger har vist interesse for å søke på stillingene i DMS Inn-Trøndelag og dette er interessant fordi det vanligvis ikke har vært lett å rekruttere leger til slike stillinger. Å rekruttere leger til sykehjem er vanskelig, og det vil være viktig å legge til rette for at motiverte leger får gode faglige arbeidsforhold og at det kan bidra til å skape gode læringsmiljø.

Å skape den riktige konteksten vil sikre at prosjekter rettet mot kunnskapsutvikling blir gjennomført på en måte som understøtter det skapende elementet. Vi har i forskningsspørsmål 2 (jfr. kap. 5.3 s. 81) spesielt sett på dette, og beskrevet ulike rom (*ba*) for kunnskapsdeling. Gjennom dette kan DMS Inn-Trøndelag videreutvikle organisasjonsstrukturer som utvikler gode relasjoner og effektivt samarbeid med kommunene.

Å gjøre kunnskapen global kan innebære å bidra til utvikling i resten av organisasjonen, med samarbeidspartnere og andre virksomheter. Med kunnskap om og erfaringer fra andre sammenlignbare enheter har DMS Inn-Trøndelag blitt etablert. Det vil være viktig for DMS Inn-Trøndelag å åpne opp for nye impulser, og for at andre kan ha innsikt i former for kunnskapsdeling som kan nyttiggjøres. Samtidig vil det være viktig å spre egen erfaring, og være med å bidra til at forskning og utvikling fører til innovasjon og kunnskapsutvikling i en større sammenheng.

Det er en lederoppgave å utvikle organisasjonens sosiale kapital, som handler om samarbeid og samhandling. Hillestad (2002) og Gottschalk (2003) (jfr.kap. 2.4.1 s. 47) fremhever både humankapital, strukturkapital og relasjonskapital som viktige faktorer for kunnskapsdeling. Utvikling av relasjonskapitalen er ingen lett oppgave, men ledere kan bidra til dette gjennom å kommunisere verdier og skape identitet hos arbeidstakerne. Å skape "VI"- følelse for dette prosjektet er utfordrende. Det er gjort undersøkelser ved Fosen DMS i Sør-Trøndelag fylke, hvor det kommer frem at det er en stor fordel å være vertskommune for et slikt senter. Dess lenger unna man er vertskommunen – dess mindre har man igjen for å være med i samarbeidet (jfr. Fafo rapporten: Gull eller gråstein 2007).

I planleggingen av DMS Inn-Trøndelag har det vært et viktig tema å prøve å gjøre tiltak som skal hindre en slik utvikling og informant B uttrykker seg slik:

Det er viktig å få til gode samhandlingsmåter, rutiner, strukturer – det krever god ledelse. Det er viktig at lederne har et engasjement og ser at samhandling er viktig, og setter av tid og ressurser til at samhandling blir mulig. Det kreves tid og ressurser til å dra ut til Snåsa og Verran kommune. De ambulerende teamene må ta høyde for at å være mer i de små kommunene, og ikke bare i Steinkjer...[...]...Lederen i DMS må reise ut i kommunene å høre hva ledere og ansatte har å si. Hvilke forventninger til DMS har den enkelte kommune? Det må skapes en felles forståelse på hva som er utfordringer og hva er gevinsten med DMS, lage prosesser i kommunen slik at de oppfatter at de er inkludert. Lederen av DMS må lage seg noen systemer på hvordan få med seg ledere og ansatte ute i kommunene. Lage noen workshops på hva er det vi vil bruke DMS til.

Strategier for ledelse

Ledere i kunnskapsvirksomheter i offentlig sektor står overfor motstridende strategier for ledelse. I Samhandlingsreformen ser vi klare krav og forventninger om effektivitet, lønnsomhet og konkurranse. Røvik (2007) beskriver NPM som vektlegger en økonomisk logikk (jfr. kap. 2.4.4 s. 50-51). Det er klare kostnadseffektive mål som ligger som bakenforliggende forutsetninger ved etableringen av DMS i kommunene. Det skal føre til at flere mennesker får behandling og pleie for en lavere kostnad. Med dette utgangspunktet blir kommunene og lederne påvirket av andre strategier enn det kunnskapshjelperne til von Krogh m.fl. (2005) legger vekt på. Mellom disse motstridende strategiene står lederne i DMS. Det er sterke føringer fra myndighetene om å drive kostnadseffektivt og lønnsomt. Ved å flytte mer behandling og pleie fra sykehusene til kommunene får man en annen finansiering av tjenestene. Samhandlingsreformen legger vekt på at kommunene må styrkes økonomisk når de overtar nye oppgaver, men dette er spørsmål som foreløpig er uavklart. Vil det bli satt av ressurser som ivaretar kunnskapsdeling, forskning, innovasjon og nyutvikling? Dette vil være et avgjørende spørsmål som fremtiden vil gi oss svar på. Rom og tid for kunnskapsutvikling vil være avgjørende for om etablering av DMS Inn-Trøndelag blir vellykket og fører til en ønsket utvikling for helsetjenestene. Avgjørende faktorer her er tid og ressurser til blant annet dialog, møter, kurs, undervisning, hospitering, nettverk- og relasjonsbygging.

Ledere i DMS vil befinne seg både i rasjonelle og humanistiske ledelsesperspektiv, et ståsted som representerer et helhetlig ledelsesståsted. Bourdieu (1994) (jfr.kap. 2.4.4 s. 51) beskriver dette som komplementære og likeverdige dimensjoner. Det handler om å forholde seg til en kompleks virkelighet, og finne balansen mellom de ulike perspektivene. Som leder er det viktig å kunne lese sin arbeidsplass og sine medarbeidere, og sette det i en helhet for å skape kunnskapsintensive virksomheter.

Oppsummering.

Kunnskapsintensive virksomheter må ledes ut fra den kunnskapskapitalen som virksomheten innehar (jfr. Gottschalk (2003), Newell m.fl. (2002) og Hillestad (2002) kap. 2.4.1 s. 47 - 48). Det er viktigere å støtte kunnskapsutviklingen enn å kontrollere den. Kunnskapsledelse innebærer å rette oppmerksomheten mot menneskene i virksomheten, skape tid og plass til kunnskapsdeling og gi rom for dialog og åpenhet for nye ideer. Undersøkelsen viser at disse faktorene tillegges stor vekt, men at det er rom for at denne type ledelse blir tydeligere enn i dag. Det må etableres omsorg og tillit mellom aktørene som skal samarbeide i DMS Inn-Trøndelag, og det kan være utfordrende å greie å arbeide med et konsept. I den praktiske hverdagen er det mange krefter både i sykehusene og kommunene som har etablert sosiale og kulturelle bånd som er sterke og komplisert sammensatt. Derfor er det viktig å bruke tid på skape samarbeid mellom aktørene. Ved ledelse av en kunnskapsvirksomhet som DMS Inn-Trøndelag er det viktig å bygge relasjonelle bånd og lage rutiner og strukturer for samarbeid mellom de ansatte i senteret og i kommunene, slik Gottschalk (2003) (jfr. kap.2.4.1 s. 47) presenterer intellektuell kapital og kunnskapskapital. Kunnskapshjelperne til von Krogh m.fl. (2005) følger videre opp med å se på betydningen å skape kunnskap i fellesskap i en kombinasjon av prosesser og strukturer. Mennesker får brukt sine egenskaper på sitt beste når de føler trygghet, tillit og omsorg, og samtidig føler forpliktelse, frihet og ansvar i samarbeid med sine medmennesker.

5.6 Oppsummering av funn

I forskningsspørsmål 1 beskrives ulike kunnskapsbegrep og resultatene viser at flere sider ved kunnskap blir vektlagt. Resultatene fra undersøkelsen viser at ved oppstart av DMS Inn-Trøndelag er det strukturelle synet på kunnskap mest fremtredende. Betydningen av å etablere relasjonelle bånd mellom aktørene i kunnskapsvirksomheter blir også vektlagt, men i noe mindre grad. Samhandlingsreformen har fra sentrale myndigheter et rasjonelt syn på kunnskap, men når innholdet i meldingen skal iverksettes i form av DMS Inn-Trøndelag får kunnskapsbegrepet et bredere perspektiv. De ulike dimensjonene innen kunnskap får da et mer komplekst og sammensatt bilde. I forskningsspørsmål 2 finner man ulike typer samhandlingsformer som kan fremme kunnskap mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kurs, undervisning og møter har vært brukt i de etablerte enhetene, og dette er tiltak som ansatte vektlegger å ha god nytte av. Tiltak som ikke er brukt i noen stor grad er hospitering, bruk av nettverk, ambulerende team og bruk av refleksjonsgrupper.

Hospitering planlegger DMS Inn-Trøndelag å ta i bruk fra oppstarten, og dette har fått stor oppmerksomhet i undersøkelsen, spesielt fra aktørene i DMS Inn-Trøndelag. Funnene i undersøkelsen tilsier også at nettverk- og refleksjonsarbeid er viktig, men det er ikke lagt konkrete planer om hvordan dette skal iverksettes, og det er ulike syn på fordeling av ansvar ift. igangsettelse og oppfølging. I forskningsspørsmål 3 ser vi på bruk av teknologiske verktøy i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Funn viser at de elektroniske fagsystemene ikke kommuniserer med hverandre, verken mellom kommunene eller mellom kommunene og sykehusene. Aktørene i prosjektet ser at det er viktig å jobbe for å etablere teknologiske verktøy som ”snakker sammen”, slik at alle pasientopplysninger er tilgjengelig for de fagpersonene som skal ta ansvar for behandling og pleie. Bruk av telemedisin er noe som brukes i lite grad i de etablerte DMS, og det er et klart mål for DMS Inn-Trøndelag at telemedisin skal brukes i kunnskapsdeling mellom kommunene og sykehus. Aktørene i prosjektet mener det er nødvendig å investere i utstyr, kunnskap og tid til bruk av telemedisin. De er klar på at de teknologiske verktøyene har sine begrensinger, og det vil være viktig å etablere møteplasser hvor ansatte møtes, ansikt til ansikt, og at dialog og samhandling legger grunnlaget for kunnskapsutvikling og nytenkning. I det fjerde forskningsspørsmålet har vi lagt vekt på ledelse av kunnskapsvirksomheter. Funnene i undersøkelsen viser at strukturer, prosedyrer og ytre rammer får stor oppmerksomhet, og at faktorene som påvirker organisasjonens indre liv ikke har samme oppmerksomhet. Dette tilsier at det er rom for at kunnskapsledelse får større plass i DMS Inn-Trøndelag.

5.7 Undersøkelsens gyldighet

Det er viktig at problemstillingen og studien er relevant. Det betyr at aktørene kan kjenne seg igjen og at studien kan skape debatt og skape større selvforståelse i organisasjonen (Gotvassli 1999). Vi hevder at aktørene kjenner seg igjen i studien, og ser derfor at avhandlingen har relevans. Vi har møtt et engasjement blant ledere og ansatte for problemstillingen vi har presentert og de undersøkelser vi har gjennomført. Dersom aktørene oppfatter resultatene som riktige, så betyr det at man har en intern gyldighet (jfr. kap. 3.11 s. 67). Når det gjelder det forskningsmessige arbeidet kan vi dokumentere et grundig arbeid, og vi har beskrevet på en god måte hvordan undersøkelsen er gjennomført. Det har vært en ballanse mellom nærhet og distanse til forskningsfeltet, og vi har utfylt hverandre på dette område. Vi har hatt oppmerksomhet på at det er respondentenes og informantenes syn har kommet til uttrykk. På bakgrunn av dette mener vi at undersøkelsen er pålitelig, og at resultatene i avhandlingen vil

være til hjelp når DMS Inn-Trøndelag starter opp sin virksomhet i 2011. Undersøkelsen er gjennomført innenfor et begrenset område, og vi kan derfor ikke si at den har ekstern gyldighet eller kan generaliseres utover det området vi har forsket i. Avhandlingen gir derimot grunnlag for videre teoriutvikling og kan være utgangspunkt for å lage hypoteser som kan testes i andre studieopplegg (jfr. kap. 3.11 s. 67). I kvalitative studier er det snakk om en teoretisk generalisering (fra empiri til teori), og det er i slike studier vanskelig å snakke om statistisks generalisering (fra utvalg til populasjon). Man kan lete etter støtte for sine funn i andre undersøkelser, og dersom flere studier viser det samme kan man til en viss grad hevde en generalisering til en større populasjon av enheter (Jacobsen 2005).

6.0 AVSLUTNING

6.1 Anbefalinger

På bakgrunn av funnene som er presentert i avhandlingen gies noen anbefalinger for DMS Inn-Trøndelag. Anbefalingene kan bidra til forbedringer, og være med å utvikle prosjektet til å nå målet om å skape en faglig god *samhandlingsarena* med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

6.1.1 Forskningsspørsmål 1

Hvilke kunnskapsbegrep er fremtredende blant deltakerne i prosjektet?

Hensikten med å undersøke hvilke kunnskapsbegrep som er fremtredende i prosjektet er at dette skal danne et grunnlag for de andre forskningsspørsmålene i avhandlingen.

Undersøkelsen viser at flere sider ved kunnskap blir vektlagt. Strukturperspektivet er dominerende hos informanter fra spesialisthelsetjenesten, mens informanter fra kommunehelsetjenesten har et mer prosessuelt perspektiv på kunnskap.

DMS Inn-Trøndelag blir av informantene beskrevet som et komplekst praksisfelt hvor det er viktig med gode relasjoner, dialog og tillit for å skape arena for kunnskapsutvikling. Det er vanskelig å anbefale konkrete tiltak ift. forskningsspørsmål 1, fordi dette spørsmålet har som hensikt å undersøke hvilke kunnskapsbegrep som er fremtredende blant deltakerne i prosjektet.

DMS Inn-Trøndelag vil være en virksomhet som er i stadig endring, og det innebærer at man må kunne samhandle på ulike nivå både internt og eksternt. DMS Inn-Trøndelag bør reflektere over relasjonelle utfordringer på arbeidsplassen og se disse i lys av kompleksitetsperspektivet. Dette perspektivet har blant annet fokus på den mellommenneskelige interaksjon, og at ny mening og kunnskap springer ut fra det mellommenneskelige samspillet.

6.1.2 Forskningsspørsmål 2

Hvilke samhandlingsformer (rom) må etableres mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å dele kunnskap – en forutsetning for kunnskapsdeling

Vi har valgt å anbefale utvalgte samhandlingsformer for kunnskapsdeling i DMS Inn-Trøndelag ved oppstart i 2011. Når vi beskriver hvilke samhandlingsformer som må etableres er tiltakene basert på de funn som er gjort i undersøkelsene, samt at dette er knyttet opp til ulike teoretiske tilnærminger.

Tiltak som anbefales å sette i verk er:

- kurs og undervisning
- hospitering
- møter/opplæring når pasienter skal overføres til kommunene
- bygge nettverk innen ledelse og innen ulike faggrupper
- etablere bruk av refleksjonsgrupper

Kurs og undervisning brukes i stor grad i de etablerte DMS og dette fremheves som viktige tiltak for kunnskapsdeling. Det er gode ordninger på dette, og det anbefales at dette følges opp i DMS Inn-Trøndelag. Hospitering er derimot lite brukt i de etablerte DMS. Prosjektgruppen for DMS Inn-Trøndelag har prioritert dette tiltaket. Funn i undersøkelsen viser at det vil være et viktig rom for kunnskapsdeling, og det anbefales at hospitering blir tatt i bruk. I de etablerte DMS benyttes til en viss grad møter og opplæring angående pasienter som skal overføres til hjemkommunen. Kommunene etterspør slike møter og opplæring, noe som anbefales blir iverksatt. DMS Inn-Trøndelag er lokalisert nærmere kommunen, og det vil være lettere å organisere og gjennomføre slike møter.

Funn i undersøkelsen viser at nettverksbygging mellom ledere og ansatte i DMS Inn-Trøndelag må vektlegges. Informantene gir dette stor betydning med bakgrunn i å skape fellesskap mellom de fem kommunene som deltar. Å bygge relasjoner og bli kjent med hverandre er en dimensjon som er svært avgjørende for hvordan deltakerkommunene opplever samarbeide. Ved oppstarten er det derfor avgjørende å involvere kommunene slik at det skapes delaktighet og engasjement også ute i kommunene.

Bruk av refleksjonsgrupper blir ikke benyttet i noen stor grad i de etablerte DMS, og det vektlegges heller ikke i noen stor grad i planleggingen av DMS Inn-Trøndelag. Ut fra vår utdanning om kunnskapsvirksomheter og ledelse av disse, mener vi det er viktig å vektlegge bruk av dette i langt større grad. Schön (2001) beskriver den reflekterte praktiker og uttrykker at hovedpoenget er å oppnå ny erfaringslæring sammenkoblet med oppdatert eksplisitt kunnskap innen et felt, og den praktiserende må reflektere over det som skjer.

6.1.3 Forskningsspørsmål 3

Bruk av ulike teknologiske verktøy til støtte for utvikling av kunnskap

Det finnes mange ulike teknologiske verktøy som kan være til støtte for utvikling av kunnskap. Vi kommer med noen anbefalinger knyttet til dette forskningsspørsmålet, basert ut fra funn i undersøkelsen.

Tiltak som anbefales å sette i verk er:

- Felles tilknytning til Helsenet

Det anbefales at alle kommunene i DMS Inn-Trøndelag legger ressurser i å koble seg til Helsenet. Det er ikke lagt til rette for dette i alle kommunene, men det bør investeres i utstyr, programvare og opplæring i bruk av systemet. Dette er en forholdsvis kostnadskreven investering, spesielt for de minste kommunene, men nytteeffekten av å være tilkoblet Helsenet er stor. Her kan man sende epikriser til fastlegen, ta i mot elektroniske pasientjournaler fra sykehus og få svar på blodprøver. Tilknytning til Helsenet vil muliggjøre prosedyrer som krysser administrative grenser og pasienten vil oppleve et helsevesen som er bedre på samhandling.

- Telemedisin

Telemedisin er bruk av IKT til samhandling om helseformål, og det handler blant annet om å forflytte eller utveksle pasientinformasjon istedenfor pasienten. I telemedisin ligger det mange ulike muligheter og informantene ser nytteverdien av videokonferanse. Kommunikasjon ved hjelp av videokonferanse vil støtte kunnskapsutvikling.

Videokonferanse er som nevnt bare en del av telemedisin og det ligger mange muligheter for å utvikle og ta i bruk flere løsninger innenfor telemedisin. Derfor anbefales det at DMS Inn – Trøndelag setter fokus på bruk av telemedisin og utarbeider en plan for bruk og implementering. Det anbefales at DMS Inn-Trøndelag og sykehusene innfører bruken av telemedisin først. Deretter vil det være hensiktsmessig å arbeide for at DMS Inn-Trøndelag og kommunene tar det i bruk. Det vil være viktig å utarbeide rutiner for hvordan slikt samhandling blir ivaretatt, slik at aktørene er samkjørt, har avsatt tid og innehar riktig kompetanse. Det kreves også at de som skal bruke teknologiske utstyr har opplæring i å bruke det, og at det er rutiner for tiltak når det oppstår teknologiske problemer.

- Etablere treffpunkt

Når det anbefales å etablere treffpunkt, så er det basert ut fra de funn som er gjort i undersøkelsen. Ensidig fokus på å innføre nye teknologiske verktøy vil ikke bidra til kunnskapsutvikling alene. Funn i undersøkelsen viser at verktøy besitter i seg selv ingen kunnskap, men besitter kun de data og den informasjon som er lagt inn i verktøyet. For at verktøyet skal kunne ha noen verdi som kunnskapsstøttesystem og bidra til kunnskapsdeling, er det nødvendig å ha fokus på de muligheter og den nytteverdi som kan foreligge gjennom samvirke mellom data, informasjon og kunnskap. Resultatene av undersøkelsene viser at samvirke mellom ansatte 'ansikt til ansikt' er vel så viktig for kunnskapsutvikling som

teknologiske verktøy. Økt kreativitet og innovasjon skjer best gjennom at kunnskapsarbeidere møtes i felles treffpunkt. Dette bidrar til å skape sterke faglige miljøer, som igjen tiltrekker seg mennesker med kompetanse.

- Etablere samarbeid - IKT

DMS Inn-Trøndelag og kommunene bør tilstrebe å etablere et bredt samarbeid på IKT området. Større og slagkraftige nettverk vil kunne bidra til kunnskapsdeling. Dette vil bidra til å styrke den enkelte kommune og det interkommunale samarbeidet generelt. Et bredt og kreativt samarbeid innen dette feltet vil bidra til et kompetansemiljø som igjen vil tiltrekke seg nye kunnskapsarbeidere og beholde kompetansen. Våre funn viser at spesielt de små kommunene, er sårbare når det gjelder ressurser til spesielle fagfelt.

- Ikke glem dialogen.

I analysen er Stacey (2008) sine argumenter for kunnskapsutvikling benyttet. Både respondenter og informanter belyser hvor viktig det er å ha dialogen mellom helsepersonell. Dialogen må være preget av gjensidig respekt og tillitt til hverandre. Kompleksiteten i prosjektet fordrer at alle parter er forent om forståelsen og erkjennelse av behov og mål for dette prosjektet. Hver enkelt aktør i prosjektet må oppleve at de har innflytelse, og for at man skal få minst mulig endringsbarrierer er det viktig og ikke glemme dialogen.

6.1.4 Forskningsspørsmål 4

Ledelse av DMS Inn-Trøndelag som en kunnskapsvirksomhet

Funnene i undersøkelsen viser at det å lede en kunnskapsvirksomhet som DMS Inn-Trøndelag krever en ledelse som støtter opp om kunnskapsutvikling. Humankapitalen, den kunnskapen den enkelte medarbeider besitter, er virksomhetenes viktigste ressurs. Dette gjelder for alle aktørene i prosjektet DMS Inn-Trøndelag, og det er viktig å se at betydningen av kunnskapen er likeverdig, uavhengig om det er fra spesialisthelsetjenesten eller kommunene.

- Etablere gode strukturer, rutiner og avtaler

Det er viktig å etablere gode strukturer, rutiner og avtaler som en ramme i virksomheten. Ledelsen har ansvar for at riktige behandlingsmetoder blir ivaretatt, slik at pasientene er sikret god kvalitet på tjenestene de mottar. Funn i undersøkelsen fremhever at det er av betydning at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og erfaring, og det vil være svært viktig å bli god på prosedyrer og instrumentelle oppgaver for å sikre riktig behandling og god pleie. Det er en forutsetning at dette er på plass når DMS Inn-Trøndelag etableres. Sikker og god behandling er grunnleggende for om pasientene kan sendes til DMS Inn-Trøndelag.

- Skape gode allianser og bygge nettverk

Å lede DMS Inn-Trøndelag innebærer å legge til rette for å skape kunnskap i virksomheten. Våre funn tilsier at det vil være viktig å arbeide med menneskene, og skape gode allianser mellom de fem kommunene som deltar i prosjektet.

Å lede en kunnskapsvirksomhet som DMS Inn-Trøndelag innebærer å legge til rette for at ansatte får ansvar og innflytelse, og at det bygges opp et fellesskap som er kreativt. I et slikt fellesskap bør det være muligheter for å dele både eksplisitt og taus kunnskap. Det må etableres gode relasjoner med pleie og omsorgssektoren i alle deltakerkommunene. Samtalen bør vektlegges høyt, både i formelle møter og mer fritt, med mål om at kunnskapsdeling har høyt fokus.

Lederen i DMS Inn-Trøndelag bør invitere kommunene til deltakelse, og bygge opp allianser. Lederne innen pleie og omsorg og helse og rehabilitering i kommunene og ledelsen i DMS Inn-Trøndelag bør samles først. Det kan vært hensiktsmessig å lage en plan for ledersamlinger det første året, hvor målet er å bli kjent. Her kan aktørene presentere sine styrker og utfordringer, og gjennom en prosess lage mål for kunnskapsutvikling for DMS Inn-Trøndelag og kommunene. Det anbefales at det etableres arenaer hvor ansatte fra kommunene og DMS Inn-Trøndelag møtes og deler kunnskap på ulike fagfelt.

- La ansatte slippe til og vektlegg tverrfaglig deltakelse

Det vil være en sentral lederoppgave å la kunnskapsaktivistene få slippe til for å sette fart i prosesser for kunnskapsutvikling og motivere folk til nytenkning. DMS Inn-Trøndelag bør ansette mennesker som tidligere har erfaring fra både kommunene og i sykehus. Dette er viktig fordi det kan bygge sterke allianser og bånd mellom aktørene som deltar. Det er derfor ikke noe tap om kommunene eller sykehusene mister noen av sine beste kunnskapsaktivister til fordel for DMS Inn-Trøndelag. Det kan føre til utviklingsmuligheter og spennende samarbeid fremover.

- Ansvarliggjøre aktørene

Lederne i DMS Inn-Trøndelag og kommunene har ansvar for å bidra til et godt samarbeid. Kommunene har et ansvar for å skape gode læringsarenaer i dette samarbeidet, et samarbeid som må være forpliktende begge veier. Ledere og ansatte i DMS Inn-Trøndelag må reise ut til kommunene, og det bør avtales ulike arena for samarbeid.

Ledere i DMS Inn-Trøndelag og kommunene må sørge for å holde trykket oppe, spesielt med tanke på mål og retning. Lederne i kommunene må i stor grad bidra til dette, slik at den enkelte kommune inkluderer sine ansatte. Deltakelse og engasjement blant ansatte er

avgjørende for at kunnskapskapitalen som de besitter får komme til uttrykk. Her ligger det et mangfold av muligheter for utvikling av kunnskap.

6.2 Svar på problemstillingen

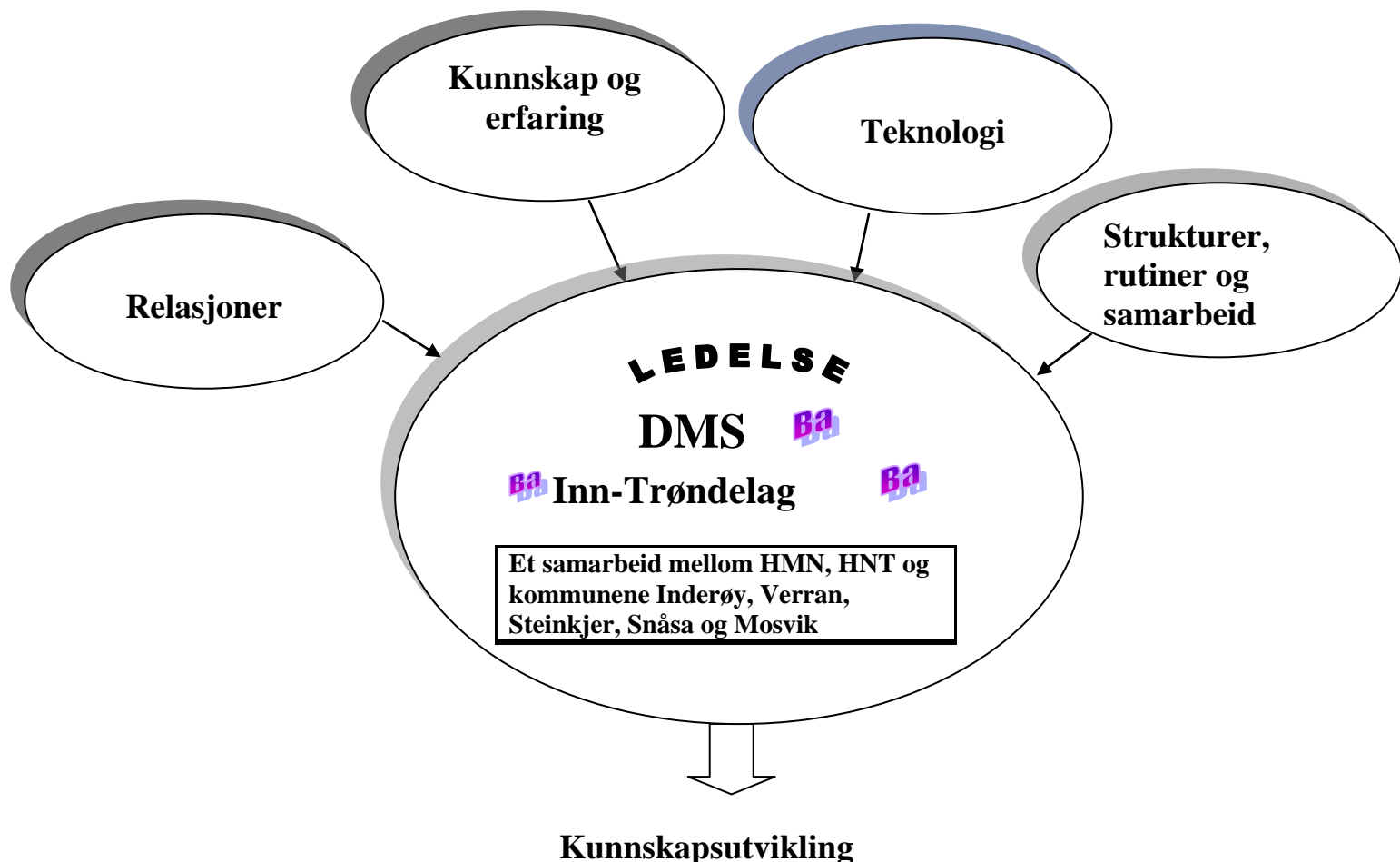
Hvordan fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved etablering av DMS Inn – Trøndelag?

DMS Inn-Trøndelag er ennå ikke etablert, og svarene på vår problemstilling baserer seg på de undersøkelser som er gjort i to sammenlignbare enheter, og i prosjektorganisasjonen i DMS Inn-Trøndelag. Svaret på forskningsspørsmål 1 er grunnleggende for de tre andre forskningsspørsmålene. På bakgrunn av dette samt analysen under forskningsspørsmål 2, 3 og 4 har vi kommet frem til følgende oppsummering av svar på problemstillingen vår:

- For å fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser i DMS Inn-Trøndelag er det nødvendig å fokusere på den rike kunnskapsressursen dette senteret er i besittelse av. Kunnskap og erfaringer fra både spesialisthelsetjenesten og fra kommunene vil ha stor innflytelse på driften av det nye senteret. Forskningsspørsmål 1 har gitt oss svar på at deltakerne i undersøkelsene uttrykker et bredt kunnskapsbegrep, men vi konkluderer med at det legges størst vekt på det strukturelle kunnskapsbegrepet. Forskningsspørsmål 2 legger vekt på kjernen av problemstillingen, gjennom å finne rom eller *ba* for kunnskapsdeling. Det anbefales å iverksette en rekke tiltak for kunnskapsdeling ved oppstart av DMS Inn-Trøndelag. Dette gjelder kurs, undervisning, hospitering, etablere nettverk innen fag og ledelse, ambulerende team og bruk av ulike refleksjonsgrupper. Når man skal iverksette slike tiltak vil det kreve gjennomtenkte strukturer og rutiner for samarbeid. Avklarte rammer, god planlegging og forutsigbarhet er grunnleggende for gjennomføringen.
- Bruk av teknologiske verktøy i kunnskapsdelingen bidrar også i stor grad til kunnskapsdeling. Funn i undersøkelsen tilsier at det finnes mange muligheter for at bruk av teknologiske verktøy. Det er viktig at DMS Inn-Trøndelag kan være et senter som kan utvikle nye IKT løsninger som kan gjøre pasientinformasjonen bedre, og at telemedisin er et viktig bidrag for kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling.

- For å fremme kunnskapsdeling i DMS Inn-Trøndelag er det avgjørende å legge vekt på relasjonene mellom menneskene som jobber sammen. Som svar på problemstillingen ser vi på denne dimensjonen ved kunnskapsdelingen som avgjørende. Det er gjennom relasjonene som kan skapes i virksomheten at det kan legges et grunnlag for *ba* – eller kunnskapsrom. Det kan etableres et mangfold av ulike *ba*. Disse kunnskapsrom er viktige å etablere, det fremmer ny kunnskap, gjennom kreative og nyskapende miljø. Ledelsen av DMS Inn-Trøndelag må i stor grad legge vekt på å bygge gode kunnskapsrom hvor tillit, anerkjennelse og fellesskapet har stor plass.

Undersøkelsene viser at områdene ledelse, kunnskap, relasjonelle egenskaper og strukturelle forhold, er knyttet sammen på en slik måte at det er vanskelig å tenke seg at ett eller flere av disse kan fjernes, og at det likevel kan være mulig å oppnå kunnskapsutvikling. Det ene avhenger av det andre, og ensidig fokus på et av områdene vil sannsynligvis ikke gi like gode resultater. Dette kan fremstilles slik:



Figur 17: Kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling i DMS Inn-Trøndelag

6.3 Refleksjon over læring

Vi hadde i utgangspunktet et ønske om å lære mer om hva etableringen av DMS Inn-Trøndelag kunne bidra med av kunnskapsdeling. Hvilke praksiser må til for å etablere kunnskapsdeling mellom aktørene? Da vi gikk i gang med avhandlingen hadde vi et utgangspunkt og en virkelighetsoppfatning ut fra våre erfaringer som ledere i helsevirksomheter i prosjektet. Vårt utgangspunkt var at vi hadde en tro på at teknologiske løsninger, strukturer, prosedyrer og menneskelig samhandling ville være insitamenter for å skape kunnskapsdeling mellom aktørene i prosjektet. Datafangst fra intervjuene tilsier at virkeligheten er mer kompleks, og at det er deltakelse i kommunikasjon og samhandling som i større grad vil bidra til kunnskapsdeling. Dette ser vi som ledere kan være nyttig lærdom å ta med seg i vårt virke.

Da vi startet vårt arbeid med avhandlingen var vårt utgangspunkt at vi skulle bruke en aksjonsbasert metode i vår forskning. DMS Inn-Trøndelag var planlagt åpnet og satt i virksomhet fra høsten 2009. Vår hensikt var å gjennomføre en følgeforskning med tema kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling i et nyopprettet DMS Inn-Trønderlag. På grunn av forsinkelse i prosjektet ble dette ikke gjennomført. Vi ser i ettertid at en aksjonsbasert metode kunne ha gitt oss en annen type læring, og vi ville hatt mer deltakende roller i læringsprosessen.

Med bakgrunn i valg av metode favner avhandlingen bredere enn om vi hadde valgt en aksjonsbasert tilnærming. Vår vurdering er at avhandlingen gir en helhet, og den gir et godt grunnlag som beskriver hvilke muligheter og utfordringer som det nye DMS Inn-Trøndelag vil møte. Vi kunne ha spisset avhandlingen noe, men ved ferdigstillelse synes vi selv at omfanget av avhandlingen belyser godt hva aktørene i prosjektet må bidra med for til å fremme kunnskapsdeling.

Vi har også reflektert over hvor sterkt forankret behovet for struktur er innenfor vårt praksisfelt. Dette må enhver virksomhet legge vekt på, men virksomhetens oppgaver vil i stor grad påvirke i hvilken form dette skal bygges opp. Trygge og forutsigbare rammer er viktig, og innen heletjenestene er det et kvalitetskrav at behandling og pleie blir ivaretatt etter lovverk, avtaler og prosedyrer. Det er derimot svært viktig å se dette i sammenheng med prosesser og relasjonelle bånd mellom menneskene som jobber sammen. Som kunnskapsarbeidere hevder vi at det vil være avgjørende å se helheten av virksomheten, og se betydningen av at alle kunnskapssyn er nødvendig. De ulike kunnskapssyn blir da innvevd i hverandre.

Arbeidet med avhandlingen har bidratt til at vi har blitt mer klar over hvor viktig forankringen hos ledelsen er for at dette prosjektet skal lykkes. Det må jobbes langsiktig og systematisk med forankringen på alle nivå hos hver enkelt samarbeidsaktør, og ledelsen må ha en aktiv rolle. Dette er viktig læring for oss som selv er ledere i kommunal helsesektor.

6.4 Nye spørsmål og videre forskning

Med bakgrunn i det som er presentert i avhandlingen, kan mulige tema for videre forskning være å belyse hvorvidt de analytiske generaliseringene som er gjort, er anvendbare i andre sammenhenger. Hvorvidt våre funn kan generaliseres til å gjelde i andre kontekster, kan bare avgjøres gjennom studier i andre sammenlignbare organisasjoner eller prosjekt.

Det kan være interessant å utdype organisatoriske aspekter ved et samarbeidsprosjekt som vi har forsket på. Her kunne man ha foretatt undersøkelser over et lengre tidsperspektiv, på hvilke reaksjoner innføringen av slike samarbeidsprosjekter kan føre til. Dette gjelder både i den enkelte samarbeidskommune og mellom forvaltningsnivåene. Vil slike interkommunale samarbeidsprosjekter medvirke til endring i kommunestrukturer, med den følge at kommuner slår seg sammen til en større kommune? Eller kan det føre til et bredere samarbeid utover dagens nivå?

Et annet aktuelt område for videre forskning kan være beslutningsprosessene som ligger til grunn for innføringen av slike samarbeidsprosjekter. Beslutningsteori, maktperspektiver og nyinstitusjonell teori kan være eksempler på utgangspunkt for å forstå og forklare slike beslutningsprosesser.

DMS Inn-Trøndelag er et omfattende samarbeidsprosjekt som fordrer nye tanker og ideer. Dette vil føre til endringer i den enkelte kommune. Endringstiltak medfører ofte motstand fra de som blir berørt. Nye områder å forske på kan være hvorfor denne endringsprosessen medfører motstand og hvordan dette kan årsaksforklares.

Det er også uavklarte spørsmål i forhold til hvordan etableringen av DMS Inn-Trøndelag vil påvirke ansatte i de enkelte kommunene. Hvilke synergieffekter vil etableringen av DMS Inn-Trøndelag gi? Mer innsikt i dette vil kunne kreve at man går dypere inn i praksisfeltet med hjelp av metoder som deltakende observasjon og aksjonsbasert forskning.

Disse spørsmålene kan danne grunnlag for nye forsknings- og utviklingsprosjekter.

Tjenesteytingen innenfor dette området må være i utvikling for å kunne møte de skiftende krav i samfunnet, nye organisasjonsformer og pasienters forventninger til medisinsk og annen

helsefaglig behandling. En kontinuerlig kunnskapsutvikling er påkrevd på alle nivå i organisasjonene for å møte disse kravene.

Litteraturliste

Andersen, I. (1990): *Valg af organisations-sociologiske metoder : et kombinationsperspektiv*
København. Samfunnslitteratur

Andersen, I. (1997): *Den skinnbarlige virkelighet.*
København. Samfunnslitteratur

Askland, L. (2006): *Det personlige i det profesjonelle*
Oslo, Gyldendal Akademisk

Agyris & Schön (1996): *Organizational Learning II. Reading, MA:*
Addison Wesley, s. 111-121

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O. (2005): *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer.* Kap 3, s 53-66.

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P, og Røvik, K.A.(2009): *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur og myter.*
Oslo. Universitetsforlaget

Darmer, P. og Nygaard, C. (2005): *Paradigmatækning og dens begrensinger*, i Nygaard, C. (red): *Samfundsvitenskapelige analysemetoder.*
Forlaget samfunnslitteratur, Fredriksberg, København.

Davenport, T., Prusak, L.(1998): *Working knowledge: how organizations manage what they know.*
Boston, Mass.: Havard Business School Press

Dreyfus, H. og S. (1999): *Mesterlære og eksperterens læring. I: Nielsen, K og Kvale, S. Mesterlære – læring som sosial praksis.*
Oslo: Gyldendal ad Notam. Kap. 3, s. 52 – 70.

Elkjær, B. (2005): *Når læring går på arbejde.* Et pragmatisk blikk på læring i arbeidslivet
Forlaget Samfundslitteratur

Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase, T.H. (2006): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.*
Universitetsforlaget AS, 1997

Gottschalk, P. (2004): *Informasjonsteknologi i kunnskapsledelse*
Universitetsforlaget, Oslo

Gottschalk, P. (2003): *Ledelse av intellektuell kapital.*
Universitetsforlaget, Oslo

Gotvassli, K.Å. (2007): *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner. Rasjonalitet, eller intuisjon og følelser?*
Tapir akademiske Forlag, Trondheim 2007

- Gottvassli, K.Å. (1999): *Case studier – bakgrunn og gjennomføring*.
Steinkjer, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr. 81
- Gotvassli, K.Å. (1999): *Sosial konstruktivisme, læring og kunnskapsutvikling*.
Steinkjer, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr. 64.
- Irgens, E. J. (2007): *Profesjon og organisasjon*
Bergen, Fagbokforlaget
- Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*.
Høyskoleforlaget 2005.
- Jick, Todd D. (1983): *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action*.
In Maanen John Van (ed.) *Qualitative Methodology*. Newbury Park, Sage
- Krogh, G.v, Ichijo, K. & Nonaka, I. (2005): *Slik skapes kunnskap*
Oslo, N.W. Damm & Søn
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*
Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Moe, S. (1994): *Sosiologi i 100 år*. En veileder i sosiologisk teori. Kapittel om Pierre Bourdieu: *Det sosiale om strukturert praksis*.
Universitetsforlaget AS, Oslo
- Ness, H. (2003): *Den sosiale konstruksjon av aktører og organisasjonsoppskrifter ved Aker Verdal 1971 – 2002*. Rapport nr. 12.
Levanger, Høgskolen i Nord-Trøndelag
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. & Swan, J. (2002): *Managing knowledge work*
Houndmills, Palgrave Macmillan
- Nonaka, F. og H. Takeuchi (1995): *The Knowledge Creating Company*.
New York: Oxford University Press
- Nonaka, I., Toyama, R., & Konno, N. (2000): *SECI, Ba and leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation*.
Long Range Planning, Vol. 33, No 1
- Nordhaug, O. (2006): *Kunnskapsledelse. Trender og utfordringer*
Universitetsforlaget, Oslo
- Polanyi, M. (2000): *Den tause dimensjonen*. En innføring i taus kunnskap.
Spartacus forlag AS, Oslo
- Rennemo, Ø. (2006): *Levèr og lær*. Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner
Universitetsforlaget 2006
- Repstad, P. (2007): *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*

Universitetsforlaget 2007

Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner*. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon.

Universitetsforlaget 2007

Schön, D. A. (2001): *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*.

Århus, Forlaget Klim

Siggaard Jensen, S; Mønsted, M. og Fejfer Olsen, S. (2004): *Viden, ledelse og kommunikation*
København : Samfundslitteratur.

Stacey; R.D. (2008): *Hvordan kunnskap vokser frem*. Et kompleksitetsperspektiv på læring og kunnskapsutvikling.

Gyldendal Norsk Forlag AS 2008

Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse*. En innføring i kvalitativ metode
Fagbokforlaget

Tiller, T. (1999): *Aksjonslæring. Forskende partnerskap i skolen*.

Høyskoleforlaget

Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur*

SEEK AS, Flekkefjord,

Andre dokumenter:

Samhandlingsreformen; Stortingsmelding nr 47, 2008 – 2009. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Vedtatt i Stortinget 27.04.2010. Utgitt av helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (22.08.10)

Fafo-rapport: (2007:21) Gull eller gråstein fra 2007. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Skrevet av Siri Ytrehus og Bjørn Richard Nuland. Trykk: Allkopi AS.

<http://www.fafo.no/pub/rapp/20021/20021.pdf> (22.08.10)

NOU rapport 2005:3: Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste.

Utgitt av helse- og omsorgsdepartementet.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
(22.08.10)

Artikkel av Roald Bergstrøm i bladet HELSE. 01/2010. Årgang 9. Et magasin for Helse Midt Norge.

Digital kommunikasjon i helsevesenet: *Rikest – men ikke smartest*.

Artikkel av Tone Holmquist i Kommunal rapport den 25.03.10. *Ny rolle for lokalsykehus*.

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi 2006
[http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) (22.08.10)

Liste over tabeller

Tabell 1: Sammenligning av strukturert og prosessuelt perspektiv.

Tabell 2: Eksempler på representasjon av kunnskap i forhold til oppgavetype.

Tabell 3: Barrierer for kunnskapsdeling

Tabell 4: Grunnleggende antakelse ved forskjellige forskningsparadigmer.

Tabell 5: Har dere tydelige avtaler og krav til samhandling mellom din avdeling og sykehuset?

Tabell 6: I hvor stor grad deltar du på kurs/veiledning?

Tabell 7: I hvilken grad opplever du at slike kurs eller undervisning bidrar til kunnskapsutvikling for deg?

Tabell 8: I hvilken grad deltar du på veiledning/refleksjonsgrupper?

Tabell 9: I hvilken grad mener du veiledning/refleksjonsgrupper bidrar til kunnskapsutvikling?

Tabell 10: I hvilken grad er det lagt til rette for hospitering mellom din avdeling og sykehuset/kommunehelsetjenesten?

Tabell 11: I hvilken grad opplever du at avdelingens elektroniske fagsystemer gir deg informasjon om pasientene slik at du skal kunne utføre en god tjeneste?

Tabell 12: I hvilken grad deltar du på undervisning i bruk av telemedisin?

Liste over figurer

Figur 1: Kart over HMN sitt ansvarsområde, med HNT innfelt.

Figur 2: Nord- Trøndelag fylke. Innfelt: INVEST kommunene Inderøy, Verran og Steinkjer + Snåsa og Mosvik

Figur 3: Oversikt over planlagte tjenester i DMS Inn-Trøndelag

Figur 4: Det hierarkiske perspektivet på kunnskap.

Figur 5: Kommunikasjonsmodell(gest – respons)

Figur 6: Fire faser i kunnskapsprosessen.

Figur 7: Aksjonsbasert læring

Figur 8: Enkelt- og dobbeltkretslæring

Figur 9: Sammenheng mellom finansiell kapital og intellektuell kapital.

Figur 10: Kunnskapsutvikling når det er mye eller lite omsorg

Figur 11: Steg i kunnskapsutviklingen

Figur 12: Grunnelementene i det vitenskapelige paradigme.

Figur13: Skjematisk fremstilling av metodevalgets premisser

Figur 14: Antall involverte informanter og grad av personlig involvering

Figur 15: Metodetriangulering – kvalitativ tilnærming etter en kvantitativ tilnærming.

Figur 16: Prosjektorganiseringen av prosjektet DMS Inn-Trøndelag

Figur 17: Kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling i DMS Inn-Trøndelag

Liste over appendiks

Appendiks A: Basisavtale for samhandling

Appendiks B: Resultat fra spørreundersøkelsen

Appendiks C: Intervjuguide

Appendiks D: Spørreskjema for telefonintervju

Appendiks E: Brev til ledere tillatelse til å gjennomføre

Appendiks A

Basisavtale for samhandling mellom

sykehuset og kommunene (v. 2.1)

Utarbeidet ved: Helse Nord-Trøndelag

Godkjent av: Stenvik, Øivind (Helsefaglig

rådgiver)

Dokumentet angår: Alle ansatte

BASISAVTALE FOR SAMHANDLING

mellom

Helse Nord-Trøndelag HF

og

..... **kommune**

1. FELLES OVERORDNET MÅL

Kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å utvikle en effektivt samhandling

for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg skal skje slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom pasient, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i en sammenhengende tiltakskjede.

Avtalen omfatter alle omsorgsnivå (Poliklinikk, ambulerende tjeneste, dagbehandling, observasjonsplass, innleggelse) og tjenesteområder (utredning, behandling, habilitering/ rehabilitering, pleie og omsorg).

Avtalen forutsetter at det ikke etableres rutiner for økonomiske oppgjørsordninger mellom kommuner og helseforetak, uten at dette avtales særskilt mellom partene.

2. HENVISNING TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

2.1 HENVISNINGSIINSTANS

I den grad lov og forskrifter ikke er til hinder for det, skal henvisning til spesialisthelsetjenesten skje med basis i vurderinger gjort av primærlege eller andre som har slik myndighet.

2.2 HELHETLIG INFORMASJON

Kommunen har ansvar for nødvendig helhetlig informasjon ved henvisning av pasienter dersom det er mulig. Dette innebærer at informasjon fra ulike tjenesteytere, for eksempel legetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, barnevernstjenesten, skoleetaten og trygdeetaten må fremgå av henvisningen, dersom dette er av betydning for videre utredning, behandling, habilitering/rehabilitering og tilrettelegging.

2.3 MOTTAK, SAKSBEHANDLING OG SVARRUTINE

Spesialisthelsetjenestens mottaks- og saksbehandlingsrutiner av henvisninger skal oppfylle de til enhver tid gjeldende lovbestemmelser. Fullført saksbehandling skal følges opp ved informasjons- og svarrutiner som sikrer pasientens rettigheter (kfr. vurderingsgarantien, rett til nødvendig helsehjelp, individuell behandlingsfrist, rett til fritt sykehusvalg, rett til å klage)

2.4 INNHENTING AV TILLEGGSINFORMASJON

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å innhente nødvendig tilleggsinformasjon fra pasient/pårørende og kommunale instanser, når dette anses nødvendig for å gjennomføre prioritering, planlegging og informasjon i tilknytning til tjenesten.

2.5 RUTINER/SKJEMA

Det innføres hensiktsmessige rutiner og skjema tilpasset behovet i de enkelte sykehusavdelinger.

3. SAMHANDLING I FORBINDELSE MED UTREDNING OG BEHANDLING

3.1 KOORDINATORFUNKSJONER

For å ivareta samhandlingen best mulig skal det i kommunen og helseforetaket være definert og gjort kjent hvilke(n) instans(er) som er tillagt koordinatorfunksjoner. I spesialisthelsetjenesten skal denne funksjonen være tillagt avdelingssykepleier/ enhetsleder eller deres stedfortreder. Koordinators oppgave er å motta og firmidle henvendelser fra ulike samarbeidsinstanser, og sørge for at informasjon når fram til de faglig ansvarlige for den enkelte pasient.

3.2 SAMHANDLING

Ved planlegging av utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten (poliklinikk, innleggelse) er det viktig at det praktiseres god samhandling mellom ansvarlig enhet og kommunal instans. Dette skal sikre nødvendig informasjonsutveksling om

- Hjemmeforhold
- Sosial situasjon
- Kommunenes tjenestetilbud
- Planlegging av syke transport
- Behov for nye eller endrede hjelpetiltak som følge av sykdom og behandling

Planleggingen kan skje skriftlig, ved telefonkontakt, ved møte i spesialavdeling eller i kommunen, evt. ved besøk i pasientens hjem. Konklusjonene dokumenteres skriftlig av spesialisthelsetjenesten, med kopi til kommunen.

3.3 RUTINER FOR SAMARBEID

Både helseforetaket og kommunen har ansvaret for å utøve slikt samarbeid. Det skal alltid skje hvis pasienten ønsker det. Det skal foreligge rutiner for informasjon til pasienten og for praktisering av samarbeidet.

4. FORBEREDELSE TIL OVERFØRING

4.1 INDIVIDUELL PLAN

Behov for langvarige og koordinerte tjenester skal i samråd med pasienten utløse arbeid med individuell plan (IP) før pasienten defineres som overføringsklar. Dette gjelder pasienter hvor sykdommen eller dens virkninger gjør det nødvendig å sikre måloppnåelse gjennom tiltak som krever samhandling og ansvarsavklaring mellom to eller flere tjenesteytere.

Dette betyr at arbeidet med IP skal være iverksatt, og det skal foreligge avtale som sikrer at arbeidet blir fullført. Ansvar for å initiere arbeid med IP påhviler den enkelte pasientansvarlige lege eller sykepleier, evt. også andre med selvstendig faglig ansvar som identifiserer behovet, kfr. Forskrift om IP. Det skal være utarbeidet prosedyre for samhandling mellom tjenestenivåene i slike tilfelle.

4.2 OVERFØRINGSKLAR

I denne avtalen defineres pasienten som "overføringsklar" når det er planlagt oppfølging på et annet helsetjenestenivå.

En pasient er overføringsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- Problemstillingen(e) slik disse var formulert av henvisende instans skal være avklart
- Øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart
- Dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose, samt videre plan for oppfølging av pasienten
- Pasientens samlede funksjonsnivå, - endring fra tidligere tilstand og forventet framtidig utvikling skal være vurdert
- Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde skal pasienten henvises videre

4.3 HÅNTERING AV FUNKSJONSSVIKT

Den enkelte faginstans i helseforetaket skal definere og initiere tiltak som er nødvendige for håndtering av funksjonssvikt, kfr. punkt 4.1 vedr. individuell plan. Tiltakene skal kunne videreføres på et faglig forsvarlig nivå i primærhelsetjenesten. Økonomiske konsekvenser skal være avklart før ansvaret overføres. Ansvarlig for mottak av pasienten i kommunen skal være identifisert ved navn.

Når det oppstår behov for å involvere personell fra kommunen i tilknytning til opphold for sterkt funksjonshemmede pasienter i spesialisthelsetjenesten, skal det på forhånd være avtalt varighet og økonomisk oppgjør for slik følgetjeneste, og avtalen skal være skriftlig.

4.4 VEILEDNINGSPLIKT

Spesialisthelsetjenesten har lovbestemt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Dette skal sikre at personell i kommunene får den bistand til opplæring og rådgivning som er nødvendig for å ivareta sine oppgaver overfor enkeltpasienter eller

pasientgrupper på forsvarlig måte, både m.h.t. utredning, behandling, habilitering/rehabilitering og pleie. Dette gjelder både i forhold til pasienter som planlegges overført fra spesialisthelsetjenesten og for pasienter som er under kommunalt ansvar, dersom det oppstår problemer som kommunehelsetjenesten trenger bistand til å løse.

4.5 BEHOV FOR KONTINUERLIG BISTAND

Når det er avklart at en pasient har behov for kontinuerlig bistand til behandling, pleie og habilitering/rehabilitering, skal

- spesialisthelsetjenesten i samråd med pasient/pårørende gi skriftlig og muntlig melding til kommunen, slik at inngåelse av avtaler for videre oppfølging kan skje tidligst mulig
- spesialisthelsetjenesten og kommunen i fellesskap med pasient/pårørende definere målsetting, tiltak og ansvar, kfr. punkt 4.1 vedr. individuell plan
- det er en forutsetning at informasjonsutvekslingen mellom helseforetak, kommune, pasient og pårørende gir rom for nødvendig tid før pasienten får status som overføringsklar jfr. pkt 4.8.
- henvendelse fra spesialisthelsetjenesten skjer ved godkjent meldingsblankett, forutsatt samtykke fra pasient/pårørende

Både spesialisthelsetjeneste og kommune kan forlange et møte for å avklare spørsmål og ansvarsforhold i forbindelse med overføring.

4.6 UTREDNING OG BEHANDLING

Den utredning og behandling som er tilfredstillende ut fra godt klinisk skjønn skal anses tilstrekkelig. Helseforetaket har det faglige ansvaret for slike vurderinger. Dersom det under utredningen finnes vesentlige medisinske tilstander utenom de rent akuttmedisinske, skal også relevante behandlingstiltak iverksettes. Helseforetaket skal dessuten ta initiativ til å ivareta sosiale og trygdemessige forhold som følger av situasjonen under pasientens kontakt med sykehuset.

4.7 ROLLEFORDELING

Helseforetaket har det juridiske ansvaret for å avgjøre når pasienten er overføringsklar og fatter beslutning om dette. Samtidig kan spesialist- og kommunehelsetjenesten etter overføring ha et delt ansvar for pasienten, kfr. punkt 4.1. vedr. individuell plan. Dette gjelder bl.a. ved videreføring av oppgaver knyttet til utredning, behandling, opplæring, veiledning og habilitering/rehabilitering. Ved overføring av oppgaver må det derfor ved behov beskrives en tydelig rollefordeling som dokumenteres av spesialisthelsetjenesten ved overføring. Dette gjelder både for somatiske og psykiatriske pasienter.

4.8 TIDSRIST VED OVERFØRING

Når det er fattet beslutning om overføring og kommunen er varslet, kan kommunen i vanlige tilfelle bruke inntil 7 dager for å etablere nødvendige hjelpetiltak før overføring. Perioden på 7 dager er satt som norm, ut fra en vurdering av hva som vil gjelde de

fleste pasienter. I enkelte tilfelle kan overføring avtales raskere, - i andre tilfelle vil forberedelse til overføring kreve lengre tid. Så langt det er mulig bør det avtales en individuelt fastsatt dato for overføring.

4.9 KOMMUNALE TJENESTER

Hvilke kommunale tjenestetilbud pasienten skal ha, er det kommunens ansvar å beslutte i dialog med pasient, evt. nærmeste pårørende. Spesialisthelsetjenesten kan ikke love eller bevilge tjenester på kommunens vegne. Vurderinger av hva som er egnet gjøres av aktuelle kommunale organer og spesialisttjeneste i fellesskap, og alltid i samråd med pasient og pårørende, kfr. punkt 4.1. Ved tildeling av kommunale tjenester, er det som oftest krav om at det fattes enkeltvedtak som kan påklages.

4.10 DOKUMENTASJON VED OVERFØRING

Når pasienten overføres til kommunalt nivå, skal det foreligge

- nødvendig skriftlig pasientinformasjon
- sykepleierrapport fra sykehuset til pleie- og omsorgsansvarlig i kommunen
- epikrise til pasientens faste lege og/eller tilsynslege
- eventuelle rapporter til annet relevant fagpersonale
- dokumentasjon for på hvilken måte helseforetakets veiledningsplikt skal oppfylles (når det er aktuelt)
- etablert arbeid med individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester (kfr. punkt 4.1)
- navn på person som er ansvarlig for å motta pasienten i kommunen

Sykepleierapport og epikrise skal inneholde konkrete råd om kontroll, behandling, evt. habilitering/rehabilitering av pasienten i kommunehelsetjenesten. Når pasienten overføres er det spesialisthelsetjenestens ansvar å sikre at pasienten har nødvendige rekvisisjoner tilgjengelig. Informasjon om virkninger og eventuelle bivirkninger ved bruk av medikamenter skal så langt det er mulig være gitt før overføring.

5. VIDERE TILTAK

For pasienter med komplekse sykdomsbilder og stort omsorgsbehov er det avgjørende at tilbudet gies som en helhetlig tjeneste, der fokus er et sammenhengende pasientforløp. De største utfordringene i samhandling finner vi når tjenesteyterne er gjensidig avhengig av hverandre og når tjenestene skal ytes samtidig. I slike tilfelle vil det være behov for å utvide samarbeidsformene, for eksempel ved ”åpen retur”. Kfr. også punkt 4.1 vedr. individuell plan og punkt 4.5. om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.

6. AVVIK

Samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et viktig forbedringsområde. Dette omfatter også samhandlingen med andre tjenesteytere, for eksempel ambulansetjenesten. Det er derfor nødvendig å fange opp hendelser hvor pasienter, pårørende og personell opplever avvik, slik at holdninger kan påvirkes og samarbeidet kvalitetssikres.

Samarbeidspartene skal registrere og rapportere avvik. Det skal anvendes et eget skjema for slik rapportering og oppfølging. Både helseforetak og kommune har ansvar for å utarbeide prosedyrer og oppnevne ansvarlig instans for behandling av avvik.

7. FASTE SAMARBEIDSORDNINGER

7.1. SAMARBEIDSUTVALGET

Mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag etableres en løpende dialog gjennom Samarbeidsutvalget. Dette utvalget skal bidra til at Helse Nord-Trøndelag HF og kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag tilbyr våre felles pasienter og pårørende en samordnet og helhetlig helsetjeneste.

Samarbeidsutvalget omfatter 5 KS-oppnevnte administrative og helsefaglige representanter for kommunene og 5 representanter for Helse Nord-Trøndelag. Helse Nord-Trøndelag ivaretar sekretariatsfunksjonen.

Samarbeidsutvalget skal utveksle erfaringer og synspunkter om aktuelle saker av felles interesse i den hensikt å gi råd til beslutningstakere i helseforetaket og KS/kommunene i Nord-Trøndelag.

7.2. ARBEIDSUTVALGET

Med utgangspunkt i Samarbeidsutvalget oppnevnes et Arbeidsutvalg, sammensatt av medlemmer både fra kommunalt nivå og fra helseforetaket.

Arbeidsutvalget er innrettet med siktemål på en rullerende besøksordning og andre former for dialog med enkeltkommuner eller flere kommuner som regelmessig gjør bruk av helseforetakets tjenester.

Arbeidsoppgavene er

- å sørge for utveksling av informasjon og erfaringer om samarbeidet mellom tjenestenivåene
- å utvikle en bedre gjensidig kunnskap om de utfordringer helsetjenesten står overfor
- å bygge opp gode relasjoner mellom ansvarsnivåene i helseforetaket og kommunene

7.3 SAMARBEIDSKONFERANSER

Samarbeidsutvalget har ansvar for å arrangere samarbeidsmøter mellom helseforetaket og kommunene minst en gang årlig, for eksempel i form av en samarbeidskonferanse. Ved disse møtene skal også brukerrepresentanter delta.

7.4 ANDRE SAMARBEIDSFORMER

Møter kan også gjennomføres kommunevis, interkommunalt, eller for bestemte tjenester/fagområder. Ansvar for gjennomføring (utarbeidelse av program, innkalling, møteledelse og referat) kan alternere mellom helseforetaket og kommunene.

7.5 KOMPETANSEUTVEKSLING

Det er vedvarende behov for å utveksle kompetanse og utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom helseforetakets og kommunenes helsepersonell.

Dette behovet kan møtes på flere måter: ved gjennomføring av samarbeidskonferanser (pkt. 7.3), ved planlagte møter arrangert for bestemte faggrupper eller med bestemte tema (pkt.7.4), ved veiledning og rådgivning mellom personell i helsetjenesten, og ved hospiterings- eller besøksordninger for personellgrupper eller enkeltindivider. Hospiteringsordninger vil ofte stille krav til gjensidige avtaler for å kunne realiseres. Begge parter har i denne sammenheng ansvar for å medvirke.

8. IVERKSETTING OG VARIGHET

- 8.1 Avtalen er 4-årig og trer i kraft 1.1.2007 og varer til 31.12.2010. Avtalen skal evalueres og eventuelt reforhandles innen utløpet av avtaleperioden.
- 8.2 Begge parter kan si opp avtalen med 6 måneders varsel. Det forutsettes også da at den skal evalueres og eventuelt reforhandles.
- 8.3 I tillegg til ovenstående avtale, kan den enkelte kommune inngå tilleggsavtale med helseforetaket. Denne skal i tilfelle bygge på prinsippene i Basisavtalen.

Appendiks B

Resultat fra spørreundersøkelsen

1. Kjønn:

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Mann	8,0 %	2
2 Kvinne	92,0 %	23
Total		25

2. Arbeidssted

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Sjøbstad helsehus	40,0 %	10
2 DMS Stjørdal	60,0 %	15
Total		25

3. Utdanning

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Videregående skole	28,0 %	7
2 Høgskole /universitet	72,0 %	18
Total		25

4. Har dere tydelige avtaler og krav for samhandling mellom din avdeling og sykehuset?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 I liten grad	0,0 %	0
2 Utarbeidet underveis	32,0 %	8
3 Fra starten av	60,0 %	15
-1 Vet ikke	8,0 %	2
Total		25

5. Har dere tydelige avtaler og krav til samhandling mellom din avdeling og kommunehelsetjenesten

Alternativer	Prosent	Verdi
1 I liten grad	0,0 %	0
2 Utarbeidet underveis	32,0 %	8
3 Fra starten av	60,0 %	15
-1 Vet ikke	8,0 %	2
Total		25

6. I hvor stor grad deltar du på kurs/undervisning?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	12,0 %	3
2 Noen grad	12,0 %	3
3 Middels grad	40,0 %	10
4 Stor grad	28,0 %	7
5 Svært stor grad	8,0 %	2
-1 Vet ikke	0,0 %	0
Total		25

7. I hvilken grad opplever du at slike kurs eller undervisning bidrar til kunnskapsutvikling for deg?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	0,0 %	0
2 Noen grad	0,0 %	0
3 Middels grad	8,3 %	2
4 Stor grad	70,8 %	17
5 Svært stor grad	16,7 %	4
-1 Vet ikke	4,2 %	1
Total		24

8. I hvilken grad deltar du på veiledning/refleksjonsgrupper?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	34,8 %	8
2 Noen grad	30,4 %	7
3 Middels grad	13,0 %	3
4 Stor grad	17,4 %	4
5 Svært stor grad	4,3 %	1
-1 Vet ikke	0,0 %	0
Total		23

9. hvilken grad mener du veiledning/refleksjonsgrupper bidrar til kunnskapsutvikling?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	0,0 %	0
2 Noen grad	4,0 %	1
3 Middels grad	16,0 %	4
4 Stor grad	56,0 %	14
5 Svært stor grad	12,0 %	3
-1 Vet ikke	12,0 %	3
Total		25

10. hvilken grad opplever du at avdelingens elektroniske fagsystem gir deg informasjon om pasientene slik at du skal kunne utføre en god tjeneste?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	0,0 %	0
2 Noen grad	8,0 %	2
3 Middels grad	40,0 %	10
4 Stor grad	44,0 %	11
5 Svært stor grad	8,0 %	2
-1 Vet ikke	0,0 %	0
Total	25	

11. I hvilken grad deltar du på undervisning i bruk av telemedisin?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	36,0 %	9
2 Noen grad	16,0 %	4
3 Middels grad	24,0 %	6
4 Stor grad	4,0 %	1
5 Svært stor grad	0,0 %	0
-1 Vet ikke	20,0 %	5
Total	25	

12. I hvilken grad opplever du dette som nyttig kunnskapsdeling?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	0,0 %	0
2 Noen grad	4,0 %	1
3 Middels grad	16,0 %	4
4 Stor grad	28,0 %	7
5 Svært stor grad	4,0 %	1
-1 Vet ikke	48,0 %	12
Total	25	

13. Opplever du at det er viktig med dialog og individuelle tilleggsopplysninger som supplement til rapportene og epikrisene som følger pasientene?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	4,0 %	1
2 Noen grad	28,0 %	7
3 Middels grad	12,0 %	3
4 Stor grad	36,0 %	9
5 Svært stor grad	16,0 %	4
-1 Vet ikke	4,0 %	1
Total	25	

14. I hvilken grad er det lagt til rette for hospitering mellom din avdeling og sykehuset/kommunehelsetjenesten?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Svært liten grad	20,0 %	5
2 Noen grad	36,0 %	9
3 Middels grad	28,0 %	7
4 Stor grad	0,0 %	0
5 Svært stor grad	0,0 %	0
-1 Vet ikke	16,0 %	4
Total	25	

15. Hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Lav grad av nærhet og tillit	0,0 %	0
2 Noe grad av nærhet og tillit	12,0 %	3
3 Middels grad av nærhet og tillit	44,0 %	11
4 Stor grad av nærhet og tillit	32,0 %	8
5 Svært stor grad av nærhet og tillit	0,0 %	0
-1 Vet ikke	12,0 %	3
Total	25	

Appendiks C

Intervjuguide

- Presentasjon av oss selv og utdanningen
 - Jobb, utdanning, interesser innenfor helsesektor
 - Utdanning MKIL
- Klargjøre intervjuet – hvordan det er tenkt gjennomført
 - Hvor lenge skal dette vare, bruk av lydopptaker hva vil skje med dette etterpå. Opplyse om anonymitet.
- Informanten kan presentere seg/ stilling/funksjon.
 - Din rolle i prosjektet DMS.

Tema 1:

Samhandlingsreformen er en av mange reformer som er presentert som svar på fremtidens utfordringer innen helseområdet.

- Har du gjort deg noen refleksjoner på hva samhandlingsreformen kan bidra med?
- Kritisk blikk?

Tema 2:

En av målsetningene i prosjektet var at et DMS skulle bidra til å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

- Hvor stor oppmerksomhet har denne målsetningen fått i planleggingsarbeidet.
- På hvilken måte ser du for deg at kompetanseoverføringen skal skje?
 - Kurs, veiledning, undervisning, videreutdanning osv. prosedyremaler – felles for kommuner og sykehus
- Ser du noen utfordringer i det å skape gode samhandlingsarenaer – hva må til? Kan du trekke fram noen områder som er viktig å jobbe med for å skape gode samhandlingsarenaer.

Tema 3:

Samarbeidsavtaler mellom kommunene i DMS og spesialisttjenesten.

- Hvordan bør samarbeidsavtalene være for at dette skal bli et godt prosjekt – har du gjort deg noen refleksjoner i prosjektperioden om hvordan disse avtalene bør utformes. Eks ; informasjonsflyt, inntak pasienter, økonomiske forpliktelser, overføring av pasienter til kommunene og beslutningsmyndighet.

Tema 4:

Teknologiske løsninger for kunnskapsdeling

- Hvor stor grad bør teknologiske løsninger vektlegges. Hvilke erfaringer har du ift teknologiske løsninger.
- Video konferanse. Telemedisin – hvordan kan dette benyttes og har du tro på at dette kan være et nyttig verktøy. Elektronisk samhandling – hvilke muligheter og begrensninger ser du

Tema 5:

Den tause delen av kunnskap.

I kunnskapsteorien er det flere dimensjoner. Det snakkes ofte om eksplisitt og taus kunnskap.

Vi vil i denne delen av intervjuet legge vekt på den kunnskap som vi omgir oss med og som ikke er dokumenterbart.

- Hvor stor betydning har relasjon ift kunnskapsutvikling.
- Hvordan kan vi legge til rette for at denne dimensjonen blir ivaretatt.
 - Hospitering, nettverksarbeid, refleksjonsgrupper

Er det noe du vil tilføye.

Oppsummering til slutt.

Appendiks D

Spørreskjema telefonintervju.

Vi vil nå stille deg spørsmål knyttet til organisasjon og ledelsemessige forhold – da relatert til etablering av DMS Inn – Trøndelag.

Informasjon gitt i dette intervjuet vil bli benyttet i vår masteravhandling. All informasjon vil bli anonymisert og behandlet i tråd med forskningen etiske retningslinjer. Deltakelsen er frivillig og du kan når som helst be om å slippe å delta.

Vi vil be deg svare på en skal fra en til seks hvor;

1 – i svært liten grad, 2 - i noen grad, 3 – middels grad, 4 – stor grad, 5 – svært stor grad, 6 – vet ikke

Du har også muligheter for å komme med kommentarer til hvert enkelt spørsmål. Disse vil da bli notert og tatt med i vår undersøkelse.

1. I hvor stor grad mener du en virksomhetsplan bør benyttes som et styringsverktøy for ledelsen ved DMS?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	1	0	5	0	6

a. I din nåværende jobb. I hvor stor grad benytter du virksomhetsplan?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	1	2	3	0	6

2. I hvor stor grad mener du at ledelsen bør vektlegge stillingsbeskrivelser /arbeidsinstruks for ansatte?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	3	1	2	0	6

Kommentar: Fokus på trygghet/selvledelse er viktig

3. I hvilken grad bør ledere vektlegge utarbeidelse av prosedyrer og faste rutiner i et DMS?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	0	6	0	6

4. I hvilken grad mener du at gode lønn og ansvarsbetingelser bidrar til økt motivasjon og produksjon?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	4	2	0	6

5. Hvor viktig mener du det er at lederen ved et DMS har formell kompetanse fra fagfeltet helse og sosialområdet?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	2	4	0	6

6. I hvor stor grad mener du lederen i et DMS bør ha kunnskap om å lede prosesser?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	1	5	0	6

7. I hvilken grad bør ledere vektlegge personlige egenskaper/ ferdigheter hos ansatte?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	3	3	0	6

8. I hvilken grad mener du interessante og utfordrende arbeidsoppgaver bidrar til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	1	5	0	6

a. I hvilken grad mener du at det er leder sin oppgave å legge til rette for interessante og utfordrende oppgaver.

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	4	2	0	6

Kommentar: Viktig at leder legger til rette, men også et felles ansvar

9. I hvor stor grad mener du at tillit og nærhet bidrar til kunnskapsutvikling?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	1	5	0	6

10. I hvilken grad tror du at etablering av refleksjonsgrupper bidrar til kunnskapsutvikling?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	1	3	2	0	6

a. Hvor sannsynlig er det at du ville ha vært en pådriver for å starte/igangsette en refleksjonsgruppe på din arbeidsplass?

I svært liten grad	I noen grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Total
0	0	0	4	2	0	6

Appendiks E

Til

Jacob B. Almlid, rådmann i Verran kommune og leder i styringsgruppe for DMS Inn-Trøndelag

Torunn Austheim, rådmann i Steinkjer kommune

Arne Flaata, adm. direktør i Helse Nord Trøndelag

18.02.10

TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE INTERVJU IFT. VÅR MASTERAVHANDLING

Vi er to mastergradstudenter i kunnskap og innovasjonsledelse (MKIL) ved Høgskolen i Nord-Trøndelag og Handelshøgskolen i København. I vår masteravhandling har vi valgt å skrive om kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i forbindelse med opprettelse av Innherred DMS.

Vi jobber som ledere i kommunehelsetjenesten, henholdsvis i Inderøy og Steinkjer kommune. I vår oppgave har vi en foreløpig problemstilling:

Hvordan fremme kunnskapsdeling og kunnskapsprosesser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved etablering av Innherred DMS?

I forbindelse med vår masteravhandling ønsker vi tilgang til forskningsfeltet og ber om adgang til å intervju ansatte i deres virksomhet som kan ha informasjon som er relevante for vår masteravhandling.

Vi har planlagt følgende informant(er):

.....

Deltakerne i intervjuet skal sikres anonymitet ved sitering evt. henvisninger i oppgaven.

Har dere spørsmål om undersøkelsen eller oppgaven vil vi at dere tar kontakt.

Håper dere kan gi oss svar på denne henvendelsen på en våre mailadresser.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Astrid Hynne Grut, tjenesteenhetsleder for sykehjem, Steinkjer kommune

Mailadresse: astrid.hynne.grut@steinkjer.kommune.no

Per Arne Olsen, enhetsleder bistand og omsorg, Inderøy kommune

Mailadresse: per-arne.olsen@inderoy.kommune.no