

# **Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivå i helsevesenet.**

**En studie av kunnskap og kunnskapsutveksling mellom en psykiatrisk avdeling ved St Olavs Hospital og en boenhet for psykisk syke i Trondheim kommune, med bakgrunn i mål om samhandling.**

Espen Munkvik  
Hans Frederik Selvaag  
Trond Utheim

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og  
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden  
Master of Knowledge and Innovation Management  
(Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse  
2011)



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

**Forfatter(e):** Espen Munkvik, Hans Frederik Selvaag og Trond Utheim

**Tittel:** Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivå i helsevesenet.

**Studieprogram:** MKIL 2009-11

**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: 01.09.2011**

**Dato:**

\_\_\_\_\_  
**underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift**

## Forord

Når denne avhandlingen er levert er det avslutningen på et artig og spennende studium i Master i kunnskaps og innovasjonsledelse (MKIL) i regi av Høgskolen i Nord-Trøndelag. Utdanningen er et samarbeid som involverer Høgskolen i Sør-Trøndelag, Danmarks Pædagogiske Universitet, Aarhus og Copenhagen Business School i København, og vi har siden vår første studiesamling på Levanger i januar 2009, også møtt forelesere og medstudenter både i Trondheim og i København.

Studiet skal gi mulighet for å utvikle seg til mer reflekterte praktikere gjennom vurdering av egne praktiske erfaringer i lys av teoretisk kunnskap relatert til organisasjon og ledelse. Vi har fått ny kunnskap gjennom et pensum som har vært gjenkjennbart i forhold til vår praktiske virksomhet som ledere i helsevesenet. Studiesamlingene har gitt rom for refleksjon over nye perspektiv gjennom interessante forelesninger og stort engasjement i en faglig bredt sammensatt studentgruppe.

Vi har valgt å være tre om å skrive denne avhandlingen. Det har selvsagt gitt oss noen utfordringer i å koordinere arbeidet, og å ha oversikt over utforming og innhold. Men vi har også hatt fordel av en kontinuerlig dialog gjennom hele prosessen, og mulighet til å lære av hverandre. En annen fordel er at vi i tunge arbeidsperioder alltid har hatt minst en optimist som har dratt oss videre.

Arbeidet med avhandlingen har gitt oss spennende møter med praksis gjennom nye roller, og vi vil takke alle som velvillig har bidratt til at dette har vært mulig.

Først og fremst gjelder dette informantene som stilte opp til fokusgruppeintervju i St. Olavs Hospital, psykisk helsevern og Trondheim kommune. Vi er imponert over åpenheten og engasjementet som preget samtalene. Vi vil samtidig takke lederne ved psyk. avd. Østmarka og Trondheim kommune som ga oss anledning til å invitere medarbeidere til intervju.

Det går selvsagt en stor takk til Harald Ness som tålmodig har veiledet oss gjennom hele arbeidet fra første til aller siste dag. Du har vært en vesentlig faktor for at vi endelig kan levere en ferdig avhandling.

Vi vil også takke egne arbeidsgivere og kolleger for at dere har gitt oss tid og rom til å fullføre avhandlingen.

Sist, men absolutt ikke minst vil vi takke familier og venner som har holdt ut med oss både i studietiden og ikke minst mens vi har skrevet avhandlingen. Det kan sikkert være ille nok med èn, men når vi har vært tre i ivrig meningsutveksling viser det evne til tålmodighet ut over hva som kan forventes. Tusen takk.

Trondheim, 29. august 2011

Espen Munkvik

Hans Frederik Selvaag

Trond Utheim

## Sammendrag

Denne avhandlingen bygger på erfaringer fra helsevesenet de siste 15 – 20 årene. Det har vært presentert flere overordnede føringer med mål om å øke kunnskap og bedre samhandling mellom tjenestenivåene. På tross av gjennomføring av ulike tiltak har vi sett at det ikke nødvendigvis har ført til måloppnåelse. Avhandlingen bygger på om kunnskap og kunnskapsutveksling mellom utøvere på ulike tjenestenivå kan ha betydning for samhandling mellom tjenestene. Hvordan kan denne samhandlingen eventuelt påvirkes av ulike maktrelasjoner mellom tjenestene? Undersøkelsen har også fokusert på betydningen av overordnede dokumenter og avtaler som styringsverktøy for utøvelse av praksis. Dette er utfordringer som har ført til følgende hovedproblemstilling:

*Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivåer i helsevesenet.* En studie av kunnskap og kunnskapsutveksling mellom en seksjon ved St Olavs Hospital og en boenhet for psykisk syke i Trondheim kommune, med bakgrunn i mål om samhandling.

Problemstillingen er operasjonalisert gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne?
- På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene?
- På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester?

Undersøkelsen baserer seg på data fra fokusgruppeintervju med utøvere fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, og utvalgte overordnede dokumenter. Intervjuene er gjennomført med ansatte fra St. Olavs hospital, psykiatrisk avdeling Østmarka og Trondheim kommune, enhet for botiltak for psykisk syke.

Funnene viser at kunnskapssynet i de to organisasjonene er relativt likt. Det er imidlertid forskjell på hvordan kunnskap utveksles internt innen tjenestene.

Data fra undersøkelsen tyder på at utøvere i liten grad påvirkes av overordnede føringer, og at individuelle praksiser etableres mellom enkeltutøvere innen de ulike tjenestemrådene. Dette

er praksis som kan gå på tvers av avtaler og retningslinjer for samhandling. Medarbeiderne uttrykker at dette kan gi god samhandling, men er avhengig av personlige relasjoner.

Funnene viser at den vertikale organiseringen av en todelt helsetjeneste kan virke hemmende på samhandlingen i praksis, og ha en utilsiktet effekt ved å styrke 'silorganisering'.

Funnene i avhandlingen kan gi grunnlag for følgende anbefalinger:

- Kommunehelsetjenesten bør legge til rette for kunnskapsutveksling internt. Dette gjennom tilrettelegging for kollegaveiledning, større grad av samtidighet i praksis rundt pasienten samt tilrettelegging av arenaer for å reflektere rundt felles praksis.
- Kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene bør kombinere et strukturelt og et prosessuelt perspektiv.
- For å forhindre tilfeldig utvikling av praksiser, bør aktørene ha bedre kunnskap om overordnede føringer, og de strukturelle avtalene bør være mulig å operasjonalisere på utøvernivå.
- Operasjonalisering av føringer bør i større grad gjennomføres ved å hente kunnskap fra utøverpraksis og at aktørene i større grad involveres i utviklingen av gjensidige samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene.

## Innhold

Forord .....	3
Sammendrag.....	5
Innhold.....	7
1 INNLEDNING .....	11
1.1 Tema for avhandlingen .....	11
1.2 Spesialist- og kommunehelsetjeneste .....	11
1.3 Endringer i organisering av tjenester til mennesker med psykiske lidelser.....	13
1.4 Avgrensning av avhandlingen.....	13
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	14
1.6 Oppbygging av resten av avhandlingen.....	15
2 TEORI DEL .....	16
2.1 Organisasjoner som 'siloeer' .....	16
2.2 New Public Management i offentlig sektor .....	17
2.3 Forskningsspørsmål 1: Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne? .....	19
2.3.1 Kunnskapssyn .....	20
2.3.2 Læring: Modell 1 og 2.....	23
2.3.2.1 Modell 1 læring .....	23
2.3.2.2 Modell 2 læring .....	24
2.3.3 Den tause kunnskapen i organisasjoner.....	26
2.3.4 Kunnskapssyn fra et praktisk perspektiv .....	28
2.3.5 Oppsummering av teori til forskningsspørsmål nummer 1. ....	29
2.4 Forskningsspørsmål 2: På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene?.....	29
2.4.1 SEKI-modellen.....	30
2.4.2 Kunnskapshjelpere .....	31
2.4.2.1 Hjelper nummer 1: Å formulere en kunnskapsvisjon. ....	32
2.4.2.2 Hjelper nummer 2: Å lede samtaler. ....	32
2.4.2.3 Hjelper nummer 3: Å mobilisere kunnskapsaktivister. ....	33
2.4.2.4 Hjelper nummer 4: Å skape den riktige konteksten. ....	33
2.4.2.5 Hjelper nummer 5: Å gjøre den lokale kunnskapen global. ....	34
2.4.3 Ba .....	34

2.4.4	Strategi.....	35
2.4.5	Ekspertstrategien.....	35
2.4.6	Aktørstrategien.....	36
2.4.7	Kunnskapsutveksling - en ledelsesutfordring.....	38
2.4.8	Oppsummering av teori til forskningsspørsmålet.....	40
2.5	Forskningsspørsmål 3: På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester?.....	40
2.5.1	Seks former for makt i organisasjoner.....	41
2.5.2	Direkte makt.....	41
2.5.3	Indirekte makt.....	42
2.5.4	Bevisthetskontrollerende makt.....	43
2.5.5	Makt i en 'garbage can-situation'.....	44
2.5.6	Institusjonell makt.....	44
2.5.7	Relasjonell makt.....	45
2.5.8	Best practice.....	45
2.5.9	Oppsummering av teori til forskningsspørsmålet.....	46
3	METODE.....	47
3.1	Kort beskrivelse av det empiriske feltet.....	47
3.2	Ontologi.....	48
3.2.1	Et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt.....	49
3.3	Epistemologi.....	50
3.4	Valg av metode for datafangst.....	52
3.5	Induktiv eller deduktiv metode.....	53
3.6	Ekstensiv eller intensiv metode.....	54
3.7	Forske i eget fagfelt.....	55
3.8	Intervju – kvalitativ undersøkelse.....	57
3.9	Dokumentanalyse.....	58
3.10	Reliabilitet og validitet.....	59
3.11	Forskningsetikk.....	60
4	EMPIRISK DEL.....	61
4.1	Forskningsfeltet.....	61
4.1.1	St. Olavs hospital.....	61
4.1.2	Trondheim kommune.....	62
4.1.3	Samhandlingsavtaler mellom St. Olavs hospital og Trondheim kommune.....	63
4.2	Overordnede dokumenter.....	63
4.2.1	Psykatri som sammenhengende tjenester.....	64
4.2.2	Felles psykiatriplan.....	66



4.2.3	Overordnede føringer for psykisk helsevern .....	67
4.2.4	Sammenfatning av dokumentgjennomgang .....	72
4.2.4.1	Dokumenter relatert til forskningsspørsmål 1 .....	72
4.2.4.2	Dokumenter relatert til forskningsspørsmål 2 .....	73
4.2.4.3	Dokumenter relatert til forskningsspørsmål 3 .....	73
4.3	Data fra intervju. ....	74
4.3.1	Sammenfatning av intervju.....	75
4.3.1.1	Intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 1 .....	75
4.3.1.2	Intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 2 .....	76
4.3.1.3	Intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 3 .....	77
5	ANALYSE .....	79
5.1	Forskningsspørsmål 1: Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne. ....	79
5.1.1	Bakgrunn for at spørsmålet ble stilt. ....	79
5.1.2	Datafangst fra dokumentanalysen .....	79
5.1.3	Datafangst fra intervjuene.....	79
5.1.4	Teorier relatert til forskningsspørsmål 1 .....	80
5.1.5	Analyse av forskningsspørsmål 1.....	81
5.1.6	Svar på forskningsspørsmål 1 .....	85
5.2	Forskningsspørsmål 2: På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene. ....	87
5.2.1	Bakgrunn for at spørsmålet ble stilt. ....	87
5.2.2	Datafangst fra dokumentanalysen .....	87
5.2.3	Datafangst fra intervjuene.....	87
5.2.4	Teorier relatert til forskningsspørsmål 2 .....	89
5.2.5	Analyse av forskningsspørsmål 2.....	89
	Å formulere en kunnskapsvisjon.....	95
	Å lede samtaler .....	96
	Å mobilisere kunnskapsaktivister.....	97
	Å skape den riktige konteksten.....	97
	Å gjøre den lokale kunnskapen global.....	98
5.2.6	Svar på forskningsspørsmål 2 .....	98
5.3	Forskningsspørsmål 3: På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester. ....	100

5.3.1	Bakgrunn for at spørsmålet ble stilt. ....	100
5.3.2	Datafangst fra dokumentanalyse .....	100
5.3.3	Datafangst fra intervjuene.....	101
5.3.4	Teorier relatert til forskningsspørsmål 3 .....	102
5.3.5	Analyse av forskningsspørsmål 3.....	102
	Siloorganisering.....	102
	Makt i vertikale organisasjoner.....	106
	Makt og utøvere.....	108
5.3.6	Svar på forskningsspørsmål 3 .....	114
6	SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN .....	116
6.1	Konklusjon og anbefalinger .....	119
7	LITTERATURLISTE.....	121
	Andre dokumenter .....	122
	Liste over figurer .....	124
	Liste over tabeller .....	124
8	VEDLEGG.....	125

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Tema for avhandlingen

I denne Avhandlingen ønsker vi å se på hvordan kunnskap blir forstått og hvordan det kan påvirke praksis på utøvernivå. Vi ønsker å fokusere på om kunnskapsutveksling og kunnskapsoverføring mellom tjenester kan påvirke sammenhengende helsetjenester innen psykisk helsevern.

Bakgrunnen for temaet er at vi som ledere i helsevesenet, med grunnutdanning som sykepleiere, opplever at samhandling mellom tjenestene og nivåene fortsatt kan være en vanskelig øvelse på tross av at det har vært et gjentatt mål i overordnede planer i snart 20 år.

I avhandlingen ønsker vi å undersøke faktorer som kan påvirke kunnskapsutveksling.

Vi undrer oss over om det er mulig å se sammenhengen mellom overordnede føringer, og praksis innen og mellom ulike nivå. Vi vil også undersøke om føringene er kjent og synlig i tjenestene, og hvilken effekt det i så fall har på opplevelsen til den enkelte ansatte.

## 1.2 Spesialist- og kommunehelsetjeneste

Helsevesenet i Norge er organisert i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

Tjenestene skal utføre hver sine oppgaver hvor spesialisthelsetjenesten i all hovedsak skal stå for behandling, forskning og utvikling, mens kommunale tjenester skal ta utgangspunkt i forebygging, pleie og omsorg. Dette kan gi mulighet for at spesialist- og kommunehelsetjenesten kan definere seg til å ha ulike oppgaver, men for den enkelte pasient er intensjonene at tjenestene skal oppleves som koordinerte og faglig gode.

Dette betyr ikke nødvendigvis at kommunale tjenester ikke skal omfatte behandlingstiltak, eller at spesialisthelsetjenesten kan drive med behandling uten element av ivaretagelse og omsorg. Men om føringene tolkes i sin mest rene form kan en kanskje tenkes at dette kan være mål i framtiden.

Tidligere Helse- og Omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen sa i et dokumentarprogram på NRK2 - "Helsefabrikken":

”[...] Spesialisthelsetjenesten har mye å lære av Toyota [...] Få satt sammen delene og satt bilen på veien igjen” (NRK 2011-1).

Dette kan forstås som at spesialisthelsetjenesten bare skal reparere pasienten og sende han/henne tilbake til kommunen igjen.

Dette perspektivet kan videreføres i en tenkning om at spesialisthelsetjenesten skal spisses ytterligere, og at et uttalt mål kan være at flest mulige tiltak skal gjennomføres av kommunehelsetjenesten.

Dette forsterker på mange måter begrepene 1.- og 2. linjetjenester om de to nivåene. Begrepene er hentet fra militær retorikk om frontlinjer, og føringene slik vi nå kan se dem, tydeliggjør på mange måter at første frontlinje mot helseproblemer skal hindre eller løse flest mulige utfordringer. Dette kan igjen føre til at det kun er behovet for spisset kunnskap som fører til at personer med alvorlige helseproblem slippes gjennom til neste linje.

Innen denne retorikken omtales også en høyspesialisert 3. linje, men i denne avhandlingen vil vi forholde oss til de mest vanlige tjenestene omtalt som 1.- og 2. linje.

Flere politiske og faglige føringer har hatt klare målsetninger om å utvikle bedre sammenheng mellom tjenestene, men siden dette ser ut til å være et mål som gjentas i flere dokumenter, avtaler og lovverk over flere år spør vi om hvordan overordnede planer innen dette området kan ha påvirket medarbeidere i utvikling av tjenestene.

Dette er mål som er satt samtidig som det også vektlegges andre føringer om bedre og tydeligere oppgavefordeling mellom nivåene.

Sett i lys av St. meld 47 (2008-09) har vi ønsket å kartlegge oppfatninger hos enkeltutøvere om kunnskap kan påvirke samhandling, og om maktrelasjonen mellom tjenestene kan påvirke kunnskapsutveksling mellom medarbeidere i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Bakgrunnen for dette er at vi som mellomledere i helsevesenet undres over hvordan det kan være mulig å bedre sammenheng og samhandling mellom tjenestene, og om medarbeideres perspektiv og utveksling av kunnskap kan være av betydning. Kan det være slik at kunnskap og erfaringer hos utøvere av tjenestene kan påvirke tiltak for å nå mål om bedre samhandling?

Dette kan gi innspill til hvilke strategier mellomledere kan vurdere for å bedre samhandling ut fra overordnede føringer.

Avhandlingen fokuserer på hvordan utøverne av tjenestene innen de ulike nivåene oppfatter sin hverdag i forhold til kunnskapsforståelse, kunnskapsutveksling og maktrelasjonene mellom dem.

### **1.3 Endringer i organisering av tjenester til mennesker med psykiske lidelser.**

Organisering av helsetjenestene i Norge har de siste tiårene vært i endring. Det utvikles stadig nye behandlingsformer og mer avansert teknisk og medikamentell behandling. Innen det psykiatriske helsetilbudet forskes det også på nye behandlingsmetoder

Mennesker med psykiske lidelser kan på grunn av dette få mulighet til å oppleve bedre helse, og å få bedre tilrettelagte oppfølgings- og omsorgstilbud.

Kommunene i Norge har fått et større ansvar for oppfølging av psykisk syke med sammensatt problematikk, noe som krever lang og variert oppfølging og behandling.

Dette har igjen skapt en ny arena for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det som for 15-20 år siden tilhørte spesialisthelsetjenesten kan nå møtes med ulike tiltak fra forskjellige kommunale tjenester. Dette har gitt en større bredde i tilbud, men samtidig ført til en mer fragmentert tjeneste som krever koordinering rundt den enkelte pasient, og mellom nivåene.

### **1.4 Avgrensning av avhandlingen**

I vår avhandling har vi valgt å se på kunnskapssyn innen spesialist- og kommunehelsetjenesten, og utveksling av kunnskap mellom medarbeidere fra de respektive nivåene. Vi vil videre relatere kunnskap til et maktperspektiv, med fokus på relasjoner, og om dette kan påvirke utveksling av kunnskap og samhandling mellom utøverne.

For å belyse problemstillingen, har vi tatt utgangspunkt i en psykiatrisk døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten og enhet for boliger for psykisk syke i kommunen.

Vi ønsker å undersøke hvordan de ansatte som arbeider nærmest pasienten opplever kunnskap og kunnskapsutveksling. Det er også av interesse å kartlegge hvordan de nyttiggjør seg kunnskap, og hvilken betydning de mener dette har for deres pasientrettede arbeid.

Et annet spørsmål er om de merker kunnskapsforskjeller, og om dette kan gi utslag på oppfattelsen av maktrelasjoner mellom ansatte i de to nivåene. I så fall, hvordan oppfatter de fordeling av former for makt internt og mellom nivåene?

De funn vi gjør vil være ut i fra den konteksten vi befinner oss i, dette betyr at utsagn baserer seg på de enkelte utøverne sine oppfatninger. Vi kan ikke generalisere funnene til andre enheter, men svarene kan danne et utgangspunkt for videre undersøkelser.

## **1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Vi har på bakgrunn av vår fremstilling kommet frem til følgende problemstilling:

**Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivåer i helsevesenet.**

**En studie av kunnskap og kunnskapsutveksling mellom en seksjon ved St Olavs Hospital og en boenhet for psykisk syke i Trondheim kommune, med bakgrunn i mål om samhandling.**

For å gi svar på denne problemstillingen har vi valgt å operasjonalisere den i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne?
2. På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene?
3. På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester?

## 1.6 Oppbygging av resten av avhandlingen

I kapittel 2 presenteres det teoretiske utgangspunktet som er valgt. De teoretiske utgangspunktene tar for seg kunnskapsutveksling, kunnskapssyn og makt relasjoner. New public management og 'silo organisering' presenteres først som et institusjonelt bakteppe.

Kapittel 3 omhandler de metodiske valgene som er gjort i avhandlingen.

Kapittel 4 beskriver studiens empiriske felt og presenterer dokumenter som anvendes i analysen. I tillegg presenteres et sammendrag av intervjuene som ble gjennomført.

Kapittel 5 analyseres forskningsspørsmålene med bakgrunn i teori, intervjuer og dokumenter. Vi presenterer her funn under hvert forskningsspørsmål.

I kapittel 6 og 7 gis det svar på avhandlingens problemstilling med utgangspunkt i de forskningsspørsmålene som er stilt, samt anbefalinger basert på de funn som er gjort i studien.

## 2 TEORI DEL

Vi har valgt å bygge opp teoridelen i fire deler. Først en generell innledning der vi beskriver organisasjoner som 'siloe' og New Public Management i offentlig sektor. Organisasjoner som 'siloe' og NPM, vil være underliggende teori for forskningsspørsmålene i avhandlingen. Bakgrunnen for at vi går nærmere inn på disse begrepene er at vi har erfaring av at dette er faktorer som er en del av vår daglige praksis.

Vi tar deretter og presenterer hvert forskningsspørsmål for seg med tilhørende teorier.

Teoriutvalget er ikke fullstendig, men vi mener at de belyser forskningsspørsmålene på en god måte.

Inndelingen mener vi skaper en struktur og helhet i avhandlingen. Det vil etter vår oppfatning gjøre det mer oversiktlig, og gi en klarere oppdeling av helheten.

Vi har valgt teorier som vi mener er relevante i forhold til å belyse forskningsspørsmålene i avhandlingen.

Valgene bygger på erfaringer fra praksis, og ulike overordnede føringer for å bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Vi har erfart at tiltak har blitt gjennomført i henhold til overordnede føringer, men ikke nødvendigvis at mål er nådd.

### 2.1 Organisasjoner som 'siloe'

Manglende måloppnåelse i forhold til god samhandling mellom tjenestene kan vi finne uttrykt i St.meld. 47(2008-2009). Den viser til at manglende utvikling av samhandling mellom tjenestene kan synes å skyldes lite utveksling av kunnskap mellom de formelle strukturene.

De ulike aktørene har i liten grad ansvar for å legge til rette for en god veksling med andre aktører. Alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen 'søyle' – og ikke på det de gjør på tvers (St.meld. nr. 47 2008-09:22).

Meldingen omtaler begrepet søyle, som vi finner paralleller til i organisasjonsteorien, blant annet hos Røvik (2007).



Han hevder at moderne organisasjoner i større grad er opptatt av verdiskapende prosesser enn strukturell samhandling i vertikale organisasjoner.

Verdiskapende prosesser består nemlig ofte av komplekse sekvenser av aktiviteter som løper horisontalt og dermed skjærer på tvers av, og kan bli hemmet og til og med ødelagt av, de vertikalt bygde funksjonelle 'siloene' (Røvik 2007:182).

Røvik bruker altså begrepet silo, i betydningen at dette er vertikale strukturer som kan hemme kommunikasjon på tvers mellom ulike enheter.

Begrepene kan sees som ulike i den forstand at søyler ofte står på et fundament, og har som oppgave å holde oppe et overordnet byggverk. Siloer har også et fundament, men er åpen på toppen for at de skal fylles ovenfra.

Vi velger i avhandlingen å bruke Røvik sine teorier om silo, og poenget er at dette er vertikale byggverk som kan vanskeliggjøre kommunikasjon på tvers mellom tjenester.

Selv om Røvik tar utgangspunkt i store internasjonale bedrifter, kan det være mulig å overføre dette bildet også til helsetjenestene. Han beskriver altså prosesser som sammenhengende aktiviteter på tvers av de ulike delene. Det kan være mulig å tenke at helheten i en helsetjeneste kan ha større verdi for en pasient, enn de enkelte delene.

En tydelig fellesnevner for prosesstilnærminger er at fokus gjerne rettes mot kunder eller mer generelt mot aktører som antas å ha interesser i prosessers output, og som derfor tilfredsstilles i den grad organisasjonen har de prosessene som for interessentene er de riktige og best mulig utformede (Røvik 2007:182).

Dette gir oss assosiasjoner til den praksisen vi er en del av. Vi er ledere av tjenester som har gjennomgått stor utvikling, og samhandlingen mellom dem styres for det meste av overordnede avtaler.

Men vi ser at kommunikasjonen mellom siloene ikke alltid fungerer etter intensjonene i avtalene.

## **2.2 New Public Management i offentlig sektor**

Offentlig sektor har gjennom 1990 tallet fått overført modeller for styring og ledelse fra privat sektor. New Public Management (NPM) er et samlebegrep for de endringer som kan sies å ha

vært gjeldende innen offentlig sektor de siste årene. Fokuset innen denne tankegangen har vært (og er) at offentlig sektor bør konkurranseutsettes og at det opprettes kvasimarkeder hvor aktører kjøper og selger tjenester til hverandre. Dette for å skape bedre og mer effektive tjenester.

NPM kommer som etterfølger av det Christopher Hood omtaler som Progressive Public Administration (PPA). Her var intensjonen å holde det offentlige offentlig strengt atskilt fra den private økonomien og den politiske virkeligheten. Hood refererer Webb:

One of those doctrines was to keep the public sector sharply distinct from the private sector in terms of continuity, ethos, method of doing business, organizational design, people, rewards and career structure The aim,[...]was for a 'Jesuitical corps' of ascetic zealots. The other doctrine was to maintain buffers against political and managerial discretion by means of an elaborate structure of procedural rules designed to prevent favoritism and corruption and to keep arm-length relations between politicians and the custodians of particular public service trust (Hood 1995:93-94).

Et viktig element i NPM tankegangen er kostnads- og resultatenheter. Der det tidligere var store kontrollspenn er det i dag små resultatenheter som svarer for sin egen utvikling og økonomi. NPM- tankegangen kan på mange måter sies å gi sterk styring og lokal frihet. Eirik Irgens beskriver at en typisk NPM organisasjon vil inneha flere av disse 11 kulepunktene:

1. Desentralisering, privatisering og konkurranseutsetting, også av offentlige institusjoner.
2. En dreining fra parlamentarisk, demokratisk kontroll til markeds- og bruker kontroll.
3. En oppfatning om at offentlige sektorer egentlig har mye til felles og derfor kan styres etter samme prinsipper.
4. Mindre vekt på hva som blir gjort, og større vekt på å måle om det oppnås resultater.
5. Man styrer gjennom kontrollsystemer med vekt på lederrollen.
6. Planer og resultatmåling. Man legger vekt på økonomisk belønning hvis mål nås, og på sanksjoner hvis man ikke når sine mål.
7. Man arbeider etter en bestiller- utførermodell.
8. Brukerundersøkelser.
9. Serviceerklæringer og servicegarantier.
10. Konkurransen om oppdrag.

11. Ledelse anses som en profesjon som har ansvar for det nødvendige utviklingsarbeid.  
(Irgens 2007:175-176)

Trondheim kommune og St Olavs Hospital har tatt til seg viktige elementer fra NPM. Det har vært fokus på konkurranseutsetting, prising av tjenester, utvikling av ledernivået på enhet samt et økt fokus på mål-, kvalitets- og økonomistyring .

Organisering i lys av NPM-logikkene har fokusert på spesialiserte organisasjoner. Denne spesialiseringen skjer ved å danne et skille mellom bestiller og utførerdelen av organisasjonene (Busch et. al 2003). Individualisering av tjenester og markedstankegang er svært gjeldene sammen med bestiller utfører modellen. Det lages kontrakter mellom individer og det offentlige om hvilke tjenester de skal ha til hvilken servicegrad, og tjenesten utføres på bestilling fra det som kan omtales som bestiller-kontoret.

I vår hverdag lever vi i en virkelighet som kan beskrives som to sidestilte siloer. Disse er bundet sammen med skriftlige avtaler som regulerer handlingsrom, servicegrad, pasientflyt, behandlingsprinsipper og så videre.

Avdelingene ved sykehuset og enhetene i kommunen utferdiger kontrakter med hverandre og kjøper interne tjenester, dette kan være tjenester som matlagning, reparasjoner i avdelingen, posttjenester og for eksempel administrative tjenester. Hver av avdelingene har blitt egne resultatenheter med egne budsjetter. Lederne ved avdelingene har fått mer ansvar for personalet som arbeider ved avdelingen. En kan se at mange av disse faktorene har klare likhetspunkter med den måten NPM blir forklart på.

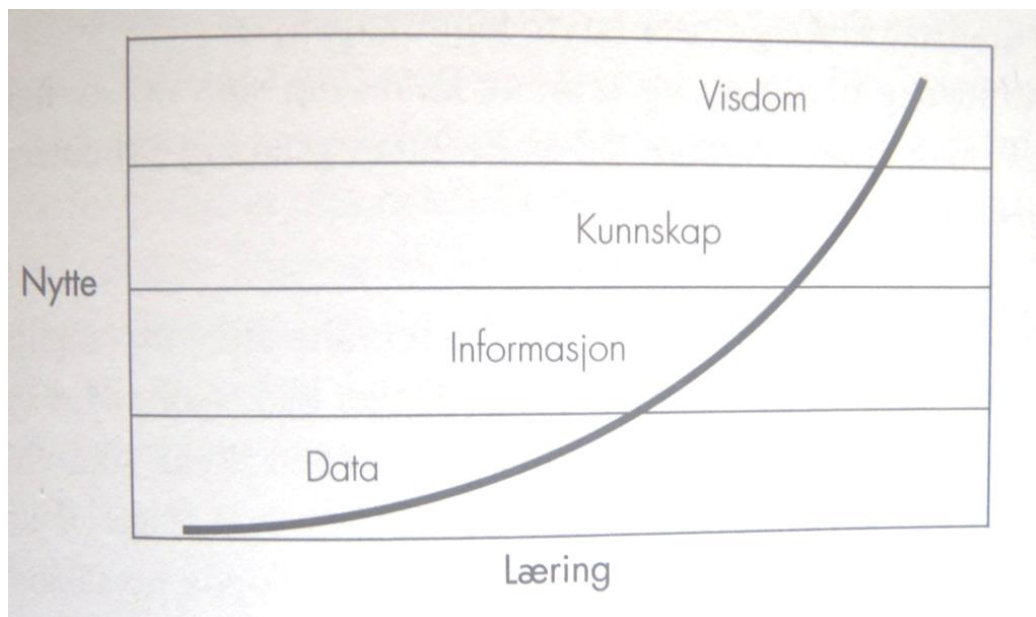
### **2.3 Forskningsspørsmål 1: Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne?**

For å kunne belyse hvilken kunnskapsforståelse medarbeiderne ved en boenhet for psykisk syke og en sengepost ved et sykehus har, så har vi valgt å ta utgangspunkt i teorier som omhandler kunnskapssyn, læring og taus kunnskap.

### 2.3.1 Kunnskapssyn

Gottschalk (2004) beskriver kunnskap som sammensatt av ulike komponenter i et forståelseshierarki han kaller kunnskapspyramiden. Utgangspunktet for kunnskap er ifølge Gottschalk ulike former for data, eller objekter som representerer forskjellige fakta i tilværelsen uten å ha direkte verdi i seg selv. Data kan så kombineres på ulike måter som kan skape en sammenheng, og dermed bli til informasjon. Informasjon er i seg selv forholdsvis objektiv, og kan formidles forholdsvis likt til alle mottakere. Informasjon kan så kobles til, og sees i lys av blant annet erfaringer, sammenhenger og refleksjoner. Dette skaper en mulig læringsprosess som gir rom for å utvikle kunnskap. Over kunnskap beskrives så visdom som en evne til reflektere over kunnskap og erfaringer og se mulighet for nye tolkninger i lys av dette.

Figur 1 kunnskapssyn



(Gottschalk 2004:25)

Kunnskap kan altså ut fra dette synet beskrives som mulighet til å tolke informasjon basert på evne til refleksjon gjennom handling.

Det har vært reist kritikk mot å se kunnskap som en pyramidal struktur. Gottschalk bruker Alavi og Leidner som eksempler på noe av kritikken mot et hierarkisk kunnskapssyn. De mener at hierarkiet bør snus på hodet og at kunnskap må eksistere før informasjon blir formidlet. Gottschalk poengterer at bevegelsene kan gå begge veier i denne strukturen.

De enhetene vi har valgt å se på har ulike funksjon, og ulike måter å møte mennesker på. Avdelingen i spesialisthelsetjenesten har som mål å redusere påvirkningen av psykisk lidelse på mennesker gjennom ulike former for behandling basert på spesiell kunnskap om psykiatri som fagområde.

Den kommunale boligenheten har som mål å yte tjenester som gjør det mulig for de samme menneskene å bo i egen leilighet, og mestre dagliglivsaktiviteter med psykisk lidelse.

Dette kan gjenspeile to ulike perspektiv på hvordan mennesker møtes, og med bakgrunn i ulike faglige tradisjoner påvirke hvordan kunnskap utvikles innen tjenestene.

Når vi ser på kunnskapspyramiden ut fra at de to tjenestenes perspektiv, kan vi tenke at det er ulike former for kunnskap som utvikles.

Det kan også være mulig å tenke at kunnskap utvikles og foredles, men innen hver sin silo. Det kan da bli en utfordring å se kunnskap i sammenheng, slik at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan få sammenhengende tjenester.

Et annet moment som kan påvirke forholdet mellom de ulike formene for kunnskap kan også være at spesialisthelsetjenesten er pålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten gjennom § 6.3 i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Dette kan virke inn på hvilken posisjon den ene tjenesten får i forhold til den andre, noe som igjen kan påvirke maktrelasjonene innen og i mellom hvert av nivåene.

Når en tjeneste får et overordnet ansvar for hvordan den andre bruker sin kunnskap, kan det være mulig å tenke at kunnskap er en egenskap denne tjenesten har. Dette gir utfordringer for hvordan denne kunnskapen kan overføres, og om den er overordnet den kunnskap kommunehelsetjenesten har i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Det kan da være et spørsmål om kunnskap er egenskaper noen har, eller om den skapes gjennom handling.

Newell, Robertson, Scarborough og Swan (2009) gjør rede for to hovedperspektiv i forhold til kunnskapssyn. Det ene perspektivet er at kunnskap er en strukturell kognitiv egenskap knyttet til det enkelte individ. Mens det andre er at kunnskap oppstår i prosesser i sosiale sammenhenger, eller knyttet til utøvelse av praksis. Dette kan også beskrives som at kunnskap enten er noe en person har, eller at den blir til gjennom hva personen gjør.

Å jobbe med mennesker som har en sykdom kan kreve at en må sette seg inn i forskjellige perspektiv. Det er mulig å lære seg teknikker og diagnostiske verktøy. Dette er boklig

kunnskap som en må lese seg til. Men det er like viktig å lære seg omsorg og empati. Dette er psykologiske strukturer i mennesket som ikke nødvendigvis kan læres fra et kateter eller ved hjelp av veiledning. Dette kan ses på som resultater av prosesser i et liv, og ferdigheter som utvikles over tid gjennom samhandling med andre mennesker.

Irgens (2010) beskriver også to ulike perspektiv på kunnskapsforståelse. Det ene er maskinperspektiv med utspring i naturvitenskaplig tenkning. Kunnskap kan ut fra dette tenkes å bygge på kognitive individuelle ferdigheter med en objektiv forståelse av begreper, som diagnoser, resultat på blodprøver, virkning av medisiner og lignende. Det andre perspektivet bygger på et tolkningsperspektiv med basis i fortolkende filosofi og humanistiske fag. Dette synet baserer seg på at kunnskap er noe som utvikles i gjennom praksis og sosiale relasjoner. De to perspektivene kan på mange måter beskrive noe av ulikheten på spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Psykatri defineres i medisinsk forstand ut fra et naturvitenskaplig perspektiv hvor sykdom forklares gjennom tolkning av symptom for så å stille en diagnose. Behandlingen av sykdommene domineres av legevitenenskap som i stor grad er basert på medisinsk behandling,

I et historisk perspektiv har dette vært kirurgiske inngrep som lobotomi, og ulike sjokkbehandlinger med kalde og varme bad, insulin og fortsatt i en viss grad ECT (elektroconvulsiv treatment). Siden slutten av 50-tallet har behandling av alvorlige psykiske lidelser i stor grad vært basert på kjemoterapi i form av medikamenter, kombinert med ulike former for miljøbehandling i institusjon.

Kommunehelsetjenesten har først i de siste 20 – 30 årene blitt en del av tiltakskjeden. For mennesker med psykiske lidelser. Da i hovedsak ut fra et perspektiv med fokus på funksjon og mestring av dagliglivet. Dette medfører blant annet at mennesker som bor i egen bolig med personalbase blir møtt med forventninger om at de frivillig tar imot tiltak hjemme hos seg selv. Dersom de ikke vil dette, kan ikke personalet gripe inn etter eget initiativ.

Det kan virke som om at de to nivåene har ulikt syn på hvilke tiltak mennesker med psykiske lidelser har behov for.

Disse to perspektivene kan tilsynelatende utgjøre motsetninger, noe som kan gi en utfordring for kunnskapsutveksling mellom nivåene. Perspektivene kan på mange måter sammenlignes med hvilke forventninger man kan ha til å ha gjester hos seg selv, og hvordan man skal opptre når man er på besøk hos andre.

### 2.3.2 Læring: Modell 1 og 2

Chris Argyris (1990) beskriver to ulike modeller for læring, modell 1 og 2. Modellene tar utgangspunkt i hvordan handlingsteorier kan gi både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser for individer og organisasjoner. Ut fra dette har han satt opp to læringsmekanismer for organisasjoner, enkelt- og dobbelkretslæring.

#### 2.3.2.1 Modell 1 læring

Denne modellen kan ses på som et sett med verdier, som beskriver hvordan vi forholder oss. Modell 1 er en defensiv handlingsteori, og hevder at menneskene ønsker å ha kontroll over sine handlinger. En misliker opplevelsen av å miste kontrollen over situasjonen. Dette beskrives som lært atferd basert på sosiale dyder.

Omsorg – hjelp – støtte; Godta og ros andre mennesker, fortell andre det du tror vil få dem til å kjenne seg vel, unngå å få dem fornærmet og vær enig med dem i at de andre handlet feil.

Respekt for andre; Bøy deg for andre mennesker og kritiser ikke deres resonnement eller handlinger

Ærlighet; Lyv ikke for andre mennesker eller fortell andre det du tenker eller føler.

Styrke; Forsvar din posisjon for å vinne, hold din posisjon i kamp mot andre. Å føle seg sårbar er et svakhetstegn.

Integritet; Hold fast ved dine prinsipper, verdier og din tro.  
(Argyris 1990:31-32)

Handlinger som i utgangspunktet er gode, kan ha utilsiktede og uheldige konsekvenser.

Modell 1 kan ses som en handlingsteori hvor resultatet blir at en opptrer på en måte som kan føre til misforståelser, fordreininger av virkeligheten og realisering av egne mål.

Argyris hevder at dette er lært atferd, som gjør at handlingene vi gjør fører til innøvd inkompetanse og uoppmerksomhet.

For organisasjoner kan dette gi seg utslag i at organisasjonenes handlinger kan føre til at rutiner og prosedyrer kan bli feil.

Organisasjonsmessige forsvarsrutiner gjør det høyst sannsynlig at intergrupper og organisasjoner ikke vil oppdage og rette på feilene som er pinlige eller truende fordi de grunnleggende reglene er:

- (1) Omgå feilene og late som om at dette ikke blir gjort.
- (2) Gjør omgåelsen umulig å diskutere,
- (3) Passer på at det er umulig å diskutere er umulig å diskutere.

(Argyris 1990:51)

Enkeltkretslæring kan ses på som et resultat av en modell 1 organisasjon. Dette for å utbedre synlige feil i en organisasjon Enkeltkretslæring kan beskrives som at nye erfaringer blir forstått inn i eksisterende tankemønster og rammer. En kan se på enkeltkretslæring som en liten korrigerende av kurs, uten at det endres metodikk. Hvis grunnforutsetningene og kunnskapen er til stede kan dette være en fornuftig læringsprosess i forhold til å fortsette en aktivitet på samme måte som før. Mer kunnskap kan bidra til at handlingene gjennomføres mer effektivt en tidligere, og vi gjør bare mer av det samme, en ser altså ikke på grunnlaget til problemene

Figur 2: Modell 1 læring



(Argyris 1990:95)

### 2.3.2.2 Modell 2 læring

Denne modellen preges av mennesker og organisasjoner, som ønsker å skaffe seg mest mulig informasjon rundt et problem. Dette med bakgrunn i at det skal tas beslutninger eller valg som er så godt som mulig belyst. Dette avhenger av tilgang på gyldig og sann informasjon. Modell 2 baserer seg på de samme sosiale dydene som modell 1, men de håndteres på en annen måte. Her er målet åpenhet for å forsøke å sikre at en avdekker problemer.



Omsorg - Hjelp – støtte; Øk andres evne til å bli konfrontert med egne ideer, til å skape åpenhet i sinnet og til å stå ansikt til ansikt med egne skulte antagelser, partiskhet og frykt ved å handle på disse måtene ovenfor andre mennesker.

Respekt for andre; tillegg andre stor evne til selvrefleksjon og selv vurdering uten at de blir så opprørte at de mister effektiviteten og sansen for eget ansvar og egne valg. Fortsett med å teste denne tilskrivelsen.

Styrke; Forsvar din posisjon og foren dem med undersøkelse og selvrefleksjon. Følelsen av sårbarhet samtidig med oppmuntring til vurdering er et tegn på styrke.

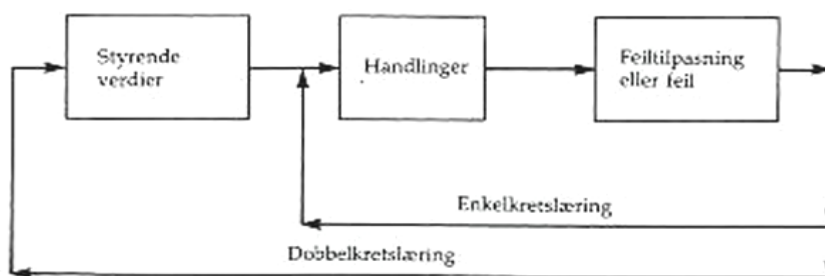
Ærlighet; Forsøk å oppmuntre deg selv og andre til å fortelle det de vet, men likevel frykter å si. Reduser det som ellers ville bli gjenstand til forvrengning og tildekking av forvrengningen

Integritet; Forsvar dine prinsipper, dine verdier din tro på en måte som inviterer til vurdering av dem og oppmuntrer andre til å gjøre det samme.

(Argyris 1990:107-108)

Modell 2 kan ses på som en mulighet til å avdekke de reelle problemene og utfordringene en organisasjon står ovenfor. Det kan da være nødvendig å stoppe litt i den pågående aktiviteten og vurdere om vi gjør det på den beste måten, eller om det finnes andre metoder som er bedre. Dette innebærer en vurdering av måten vi gjør ting på. Argyris omtaler dette som dobbelkretslæring.

Figur 3: Modell 2 læring



(Argyris 1990:96)

Kort beskrevet kan disse to ulike læringsmønstre omtales som: 'mer av det samme' eller 'gjennom refleksjon kanskje prøve noe nytt'. Vi kan finne fenomenet i helsevesenet, der en kan se igjen begge modellene for læring: mer konformitet eller utfordre eksisterende praksis. Dette vil vi omtale nærmere under analysen av forskningsspørsmål 1.

I dagens situasjon står vi foran store forandringer i helsevesenet. Samhandlingsreformen gir klare indikasjoner på at både spesialist- og kommunehelsetjenesten må endre sine praksiser. Dette betyr at ikke bare skal organisasjonene bli enige om å endring, men de som jobber i organisasjonene må også endre seg. For at de skal endre seg må de kjenne til denne reformen. Den 4. april 2011, var det et intervju på NRK nyhetene med både kommunale helseutøvere og politisk ledelse i en kommune. De opplevde at reformen var lite kjent, og visste ikke helt hva de som kommune var forventet å ta over av oppgaver fra 1. Januar 2012.

Ni måneder før regjeringens prestisjetunge samhandlingsreform trer i kraft, aner ikke kommunene hva slags oppgaver de skal få eller hvor pengene skal komme fra. Sa omsorgssjef Svein Arne Lindø i Gjesdal kommune i Rogaland til NRK1 Nyhetene (NRK 2011-2).

Ut i fra vår egen praksis har vi erfaring med at løsningen på nye utfordringer ofte blir møtt med at vi trenger flere mennesker for å løse oppgavene. Dette kan vi trolig se på som en defensiv læringsmekanisme som Argyris (1990) beskriver som modell 1 læring.

Direktør ved St Olavs Hospital uttalte på Kilden, (benevnelse på St Olavs hospital sitt intranett) i påska 2011, at han ønsket Samhandlingsreformen velkommen, men at han ikke så for seg at det var mulig å redusere egen drift. Han skisserte en løsning der spesialisthelsetjenesten skulle fortsette som før (Kilden 2011).

### **2.3.3 Den tause kunnskapen i organisasjoner.**

Michael Polanyi var sentral i konstruksjonen av begrepet 'taus kunnskap' mot slutten av 1950 - tallet, og presenterte dette i forelesninger tidlig på 1960-tallet.

Den tause kunnskapens struktur viser at all tenkning inneholder komponenter som vi er underforstått oppmerksomme på, gjennom det fokale innhold i tenkningen vår, og at all tenkning lever i underforståtte komponenter som var de deler av kroppen vår (Polanyi 2000:10).

Han hadde flere forelesninger med utgangspunkt i taus kunnskap, og samlet tre av dem i boka *The Tacit Dimension* (1966), utgitt på norsk som *Den tause dimensjonen* (2000).

I innledningen til første forelesning sier han: ”Jeg skal ta utgangspunkt i det faktum at vi kan vite mer enn vi kan si” (Polanyi 2000:16).

Dette kan på mange måter defineres som et paradigmeskifte i forståelse av kunnskapsbegrepet, og hvilke konsekvenser det kunne ha for forståelse av kunnskapsformidling og -utvikling.

Kunnskap ble ut fra denne måten å tenke på ikke lenger et objektivt fenomen, med fokus på gitte fakta og evnen til å tilegne seg disse. Det ble også et spørsmål om hvordan de enkelte fenomen ble utformet og forstått i forhold til underforliggende egenskaper hos den enkelte.

Han beskriver fire strukturer ved taus kunnskap:

1. Et funksjonelt aspekt som er når oppmerksomheten rettes fra kroppslig erfaring, opplevelse, bevegelse mot det samlede målet for en handling eller tanke.
2. Et fenomenologisk aspekt som er hvordan personen kan bli bevisst at det er en forutgående forståelse for hvordan en handling utføres eller en tanke formes.
3. Et semantisk aspekt som er hvordan forutsetningen for en handling eller tanke flyttes bort fra prosessen som ligger til grunn og over til målet eller resultatet av aktiviteten som gjennomføres.
4. Et ontologisk aspekt som gjennom de tre foregående aspektene kan beskrive hvordan vi forstår taus kunnskap. Det kan samle aspektene til en helhet med sammenheng mellom underforliggende egenskaper og det konkrete resultat av en handling eller tanke.

(Polanyi 2000:21-23)

Et poeng for oss er at Polanyi viser til sannsynligheten for at den enkelte har en forkunnskap som er individuell. Forkunnskapen kan påvirke forståelsen av andres, og presentasjon av egen kunnskap.

Med andre ord kan man si at en persons tenkning og praksis preges av de forskjellige erfaringer, evner og andre forutsetninger som har bygd seg opp gjennom tidligere tenkning og praksis. Dette er kunnskap som kan være fragmentert, og vanskelig å beskrive. Det vil si den kunnskapen som ligger forut for en bestemt handling.

Dette er tanker som kan virke inn på hvordan en ser for seg at kunnskap kan utvikles og utveksles mellom mennesker, og i en større sammenheng mellom organisasjoner.

Det kan være mulig å tenke seg dette som en faktor som i noen grad kan ha innvirkning på hvordan sammenhengen mellom ulike tjenester etableres gjennom nærhet i samhandling om enkeltpasienter.

Ved å ha kunnskap om en pasient, så kan en predikere en eller annen slags reaksjonsform i en gitt situasjon. Denne kunnskapen kan medføre at det kan være mulig å iverksette tiltak for å bedre situasjonen på et tidligere tidspunkt, enn en kunne dersom det var første gang en møtte pasienten. Det vil ofte være vanskelig å forklare hva og hvorfor en handlet på den valgte måten. En forklaring på fenomenet kan være at den enkelte kan ha en slags 'fingerspitzgefühl'.

Dette kan forstås som de erfaringer, holdninger og kunnskap som den enkelte baserer seg på i behandlings og omsorgsrelasjoner til andre. I denne sammenhengen kan vi kanskje sammenligne det med personlige egenskaper, slik de etterspørres ved ansettelse av personer som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser.

Men da dette er egenskaper det er vanskelig å gjøre rede for, eller beskrive, vil det kunne være vanskelig å se uttrykk for denne kunnskapen før den brukes i praksis. En viktig utfordring vi ser er hvordan denne kunnskapen brukes i enhetene og mellom spesialist og kommunehelsetjeneste.

#### **2.3.4 Kunnskapssyn fra et praktisk perspektiv**

Som nevnt tidligere i avhandlingen er det via samhandlingsreformen stilt krav om helhetlige tjenester til alle pasientkategorier.

Kommunehelsetjenesten skal ha en hovedvekt på å fremme folkehelse, trivsel og miljømessige forhold hos pasienten, mens spesialisthelsetjenesten skal ha et fokus på å motvirke sykdom, skade, lidelse hos pasientene. Det vil ikke si at kommune ikke skal behandle, og spesialisthelsetjenesten ikke skal fremme folkehelse, men fokus for de ulike nivåene skal være ulikt. Enkle tilstander skal kunne behandles i kommunene (jamfør St. meld

47 2008-09), og spesialisthelsetjenesten skal fortsatt kunne fremme at for eksempel røyking er usunt. Det er vanskelig å tenke seg at behandling ikke vil ha et omsorgsperspektiv, eller at omsorg ikke vil ha et behandlingsperspektiv. Men vektleggingen er forskjellig.

Spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar. Dette kan være problematisk mellom to tjenester med ulike referanserammer. Der spesialisthelsetjenesten mener å formidle kunnskap, oppfattes dette nødvendigvis ikke som kunnskap av ansatte i kommunehelsetjenesten. Dette kan skape en ubalanse i maktrelasjonene mellom siloene. Det kan være mulig å tenke seg en ubalanse da kommunehelsetjenesten kan gjennomføre tiltak som er basert på det som oppfattes som informasjon uten at det er vurdert ut i fra egen kunnskap. Stemmer denne forutsetningen vil muligens kunnskapen som kommer fram i samhandling mellom aktørene kunne oppfattes som 'støy' i den enkelte arbeidstakers hverdag, da perspektivet på kunnskap ikke oppfattes likt.

### **2.3.5 Oppsummering av teori til forskningsspørsmål nummer 1.**

Vi har valgt å se på forskningsspørsmålet ut fra Gottschalk (2004) sin inndeling av kunnskap i en pyramidal struktur. Videre vil vi vurdere funn i undersøkelsen ut fra ulike perspektiv på kunnskapsforståelse. Enten strukturelle og/eller prosessuelle perspektiv, slik vi finner hos Newell et. al (2009) eller maskin/tolkningsperspektiv slik Irgens (2010) beskriver det. Teoriene om taus kunnskap omtalt av Polanyi (2000) og Modell 1 og 2 Argyris (1990) bruker vi for å synliggjøre nyanser i medarbeidernes syn på kunnskap.

## **2.4 Forskningsspørsmål 2: På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene?**

Dette forskningsspørsmålet fokuserer på om og eventuelt hvordan den enkelte ansatte kan bidra slik at deling av kunnskap mellom individer og enheter blir mulig. Kunnskapsutveksling og kunnskapsdeling som prosess oppstår sjelden i et vakuum.

Vår erfaring tilsier at det ofte er spesialisthelsetjenesten som er premissleverandør for kunnskap om mennesker med psykiske lidelser og ivaretagelse av disse. Vi har sett at behandlingsplaner med tiltak om oppfølging er utarbeidet av medarbeidere i spesialisthelsetjenesten og forventet gjennomført i kommunehelsetjenesten. Dette kan skape avstand mellom nivåene og tjenesteutøverne i helsevesenet. Tiltak utarbeidet i en kontekst kan være vanskelige å gjennomføre under andre rammevilkår. Pasienten kan gå fra en institusjon

med bemanning rundt seg 24 timer i døgnet til egen bolig der tilsynet er basert på eget initiativ til å ta kontakt med personalet.

For å belyse dette forskningsspørsmålet, har vi valgt å benytte teorier som fokuserer på hvordan en kan (utvikle), dele, lede og videreutvikle kunnskap.

### **2.4.1 SEKI-modellen**

Nonaka og Takeuchi (1995) utviklet en modell som forsøker å forklare hvordan kunnskap utveksles og deles innen en organisasjon, Dette er først og fremst en modell som forfatterne mener kan anvendes i en prosess for å gjøre den tause kunnskapen tilgjengelig for andre. De kalte modellen for SEKI.

SEKI er et akronym for S- Sosialisering, E – Eksternalisering, K- Kombinering, I – Internalisering. Disse begrepene refererer til ulike faser i prosessen.

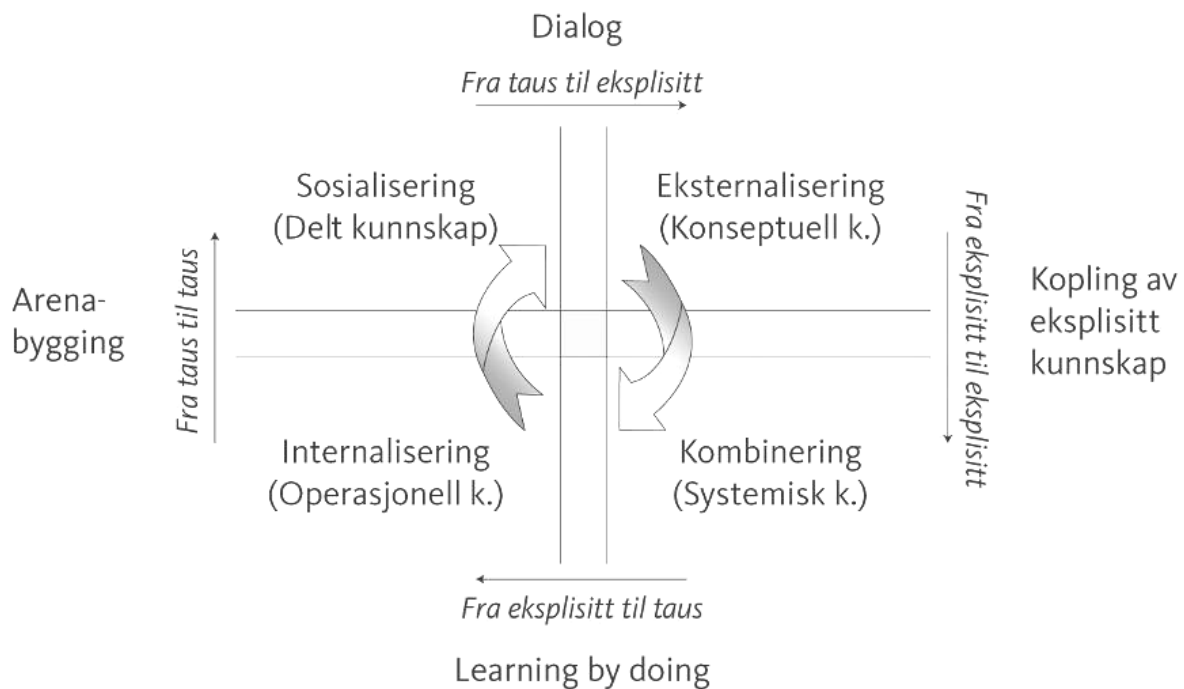
Sosialisering refererer til prosessen hvor taus kunnskap deles gjennom praksis og samhandling.

Eksternalisering beskriver hvordan taus kunnskap omgjøres til artikulert kunnskap gjennom kommunikasjon og dialog.

Kombinering beskriver hvordan den uttalte tause kunnskapen gjøres tilgjengelig i et utviklet faglig begrepsapparat, det som beskrives som konseptet av Von Krogh et. al (2007)

Internalisering refererer til hvordan kunnskapen blir personliggjort eller foredlet gjennom erfaring.

Figur 4 SEKI modellen



(Irgens 2011)

En av kritikerne til denne modellen er Stephen Gourlay. Han hevder at det ikke er mulig å systematisere læring i fragmenterte deler, men at delene henger sammen og ikke tydelig lar seg skille. Gourlay (2005) mener også at modellen ikke er vitenskapelig bevist.

”The SECI processes are neither theoretically grounded, nor justified by new evidence, and therefore should be rejected” (Gourlay 2005:2).

Vi velger uavhengig av denne kritikken å ta med denne modellen, da vi mener den bygger opp under Von Krogh sine kunnskapshjelpere og modellen kan gi et bilde av hvordan taus kunnskap kan bidra til kunnskapsutveksling. SEKI kan fungere godt i en pedagogisk sammenheng – for å anskueliggjøre hvordan disse prosessene kan forstås. Men den bør vel brukes på samme måten som et kart i forhold til terrenget. Det gir aldri det eksakte bildet av terrenget, bare grovmaskede skisser.

#### 2.4.2 Kunnskapshjelpere

Von Krogh et. al. (2007) har i boken *Slik skapes kunnskap* skissert fem kunnskapshjelpere. I det påfølgende avsnitt vil vi gjøre rede for hva som kan menes med disse kunnskapshjelperne.

Vi har valgt å bruke kunnskapshjelperne som mulig verktøy for å belyse forskningsspørsmålet ut fra ulike strategier basert på utøvernes erfaringer. Dette med bakgrunn i de overordnede målsetningene om økt samhandling og kunnskapsutveksling mellom nivåene.

#### *2.4.2.1 Hjelper nummer 1: Å formulere en kunnskapsvisjon.*

Von Krogh et. al. (2007:125) mener at kunnskap er sosialt konstruert. Med bakgrunn i dette må lederen hele tiden undersøke sine antagelser om hva som er rådende oppfatning internt i organisasjonen. En kunnskapsvisjon kan etter det Von Krogh et. al. (2007) sier, hjelpe lederen å skape et bilde over:

1. Den verden de lever i.
2. Den verden de burde leve i
3. Den kunnskapen de bør lete opp og skape.

Vi har en situasjon der en endret praksis blir presentert for utøverne. Det vil si at perspektivet på kunnskap bygger på en sosial og kulturell forståelse av hvordan kunnskap kan utvikles og utveksles. Spesialist og kommunehelsetjenesten kan ses på som to ulike siloer. Vi kan forstå en av hensiktene med samhandlingsreformen til å være å få siloene til å smelte sammen til en helhet for pasienten, samtidig som begge siloene skal fortsette å bestå.

Ut fra St. meld. 47 (2008-09) kan dette beskrives som 'sømløse tjenester'. Dette kan tenkes å stille andre krav til kunnskap om hverandres tjenesteområder enn tidligere. Kunnskapsdeling og samhandling på utøvernivå kan være et av tiltakene for å nå målet.

#### *2.4.2.2 Hjelper nummer 2: Å lede samtaler.*

Dette punktet fokuserer på hvordan samtaler kan ledes slik at individuell taus kunnskap, som har vært delt og utviklet sammen med andre, kan skape nytenkning innen organisasjonen. Von Krogh et. al. (2007) sier at det er to tydelige formål med samtalen, nemlig å bekrefte og å utvikle kunnskap.

Dette kan vi se opp mot veiledningsplikten slik den har blitt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten i ulike sammenhenger.

Et perspektiv har vært å formidle råd, og undervise om kunnskap utviklet i spesialisthelsetjenesten med forventning om innføring og gjennomføring i



kommunehelsetjenesten. Dette kan sammenlignes med tanken om en 'best practice' (jamfør punkt 2.5.8) og forventninger om at andre skal gjøre det samme. Opp mot dette har det i kontakten mellom andre enheter vært vektlagt å utforske hva kommunehelsetjenesten har av egenkunnskap, og støtte og styrke denne med basis i spesial kunnskap hos veilederne.

De ulike samtaleformene og deltakernes posisjon i forhold til hverandre kan også bidra til å påvirke maktrelasjonen mellom dem. Dette vil også kunne virke inn på forståelsen av kunnskap og muligheten for å dele i gjensidig utveksling.

#### *2.4.2.3 Hjelper nummer 3: Å mobilisere kunnskapsaktivister.*

Kunnskapsaktivistene sin rolle er å skape energi og engasjement gjennom sin praksis for å utvikle kunnskap i organisasjonen. En kunnskapsaktivist kan i følge Von Krogh et. al. (2007) være en katalysator for kunnskapsutveksling. Dette kan for eksempel være at organisasjonen blir utsatt for mye informasjon. Kunnskapsaktivisten sin oppgave blir å vurdere informasjonsmengden som en blir utsatt for og så stille de rette spørsmålene, som for eksempel hva bør en gjøre eller hvor er problemet? Videre hevder Von Krogh et. al. (2007) at en kunnskapsaktivist har en viktig rolle i å skape rom for utvikling av kunnskap. Dette kan være en leder eller en medarbeider som får rollen som 'portvokter' inn i organisasjonen. Dette kan også gi en posisjon som kan relateres til det som senere i avhandlingen omtales som 'indirekte makt' (jamfør punkt 2.5.3) Dette kan påvirke agendaen for kunnskapsutveksling og samhandling mellom organisasjonene.

#### *2.4.2.4 Hjelper nummer 4: Å skape den riktige konteksten.*

Von Krogh et. al. (2007) sier at det å skape den riktige konteksten er et viktig moment. Dette kan gjøres ved at det utvikles solide relasjoner og effektivt samarbeid innen organisasjonen. Ny kunnskapsutveksling starter ofte med taus, individuell kunnskap. Denne kunnskapen er ofte vanskelig å kommunisere til andre personer. For at en skal kunne få til utvikling av kunnskap, så er det i henhold til forfatterne viktig at en kan skape et felles kunnskapsrom, hvor fire forskjellige interaksjoner er rådende. Sosialisering, dialog, kodifisering og internalisering. I likhet med Polanyi (2000) vurderer også Von Krogh et. al. (2007) at kunnskap har en taus dimensjon. Skal denne kunnskapen deles må det skapes arenaer. Det må settes av tid, og likeverd må oppnås.

Det finnes i dag flere arenaer innen helsevesenet for deling av kunnskap. Dette kan være formelle møtesteder, som samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter. I tillegg finnes det uformelle arenaer, der ansatte utveksler kunnskap gjennom praktisk samhandling. Dette kan være alt fra hospitering til uformelle samtaler om konkrete problemstillinger..

#### *2.4.2.5 Hjelper nummer 5: Å gjøre den lokale kunnskapen global.*

Von Krogh et. al. (2007) beskriver hjelper nummer 5 ved hjelp av tre faser. Initierting, innpakking/sending og gjenskaping. Formålet er å spre kunnskap i og utenfor organisasjonen. Initierting refererer til at en ser eller anerkjenner et behov for kunnskapen utenfor sin egen organisasjon. Innpakking/sending er i følge forfatterne neste steg i prosessen, en må ta en avgjørelse på hvilken type kunnskap og hvor ofte kunnskapen skal formidles. I en sendeprosess er det kun eksplisitt kunnskap som fysisk kan sendes over en distanse. Taus kunnskap kan formidles ved at de personene som innehar taus kunnskap fysisk flytter seg til en annen lokasjon, for så å la andre få kjennskap til kunnskapen gjennom et praksisfelleskap. Dette bringer en over til den tredje fasen, nemlig gjenskaping av kunnskap.

”Av grunnleggende betydning i dette perspektivet er det at prosessen for gjenskaping har som mål å lage en kopi av den opprinnelige kunnskapen” (Von Krogh et. al. 2007:248).

Her kan vi se klare likhetstrekk med det som tidligere har blitt omtalt som veiledningsplikten spesialisthelsetjenesten har i følge lovteksten. Dette kan være problematisk med tanke på det vi tidligere har sagt om de ulike kunnskapsynene (jamfør punkt 2.3.1 ) Veiledning skal i utgangspunktet være en kunnskapsarena.

#### **2.4.3 Ba**

Ba er et uttrykk, opprinnelig omtalt av den japanske filosofen Kitaro Nishida, som kan forstås som et sted hvor kunnskap kan utvikle seg. Von Krogh et. al beskriver det som en kunnskapsfremmende kontekst som kan ha ulik form og sammensetning. De skiller ikke mellom fysiske møter og virtuelle rom. Begrepet Ba søker å forene de ulike arenaene hvor kunnskapsutveksling kan skje. I vår sammenheng ser vi på kunnskapsutveksling mellom nivåene i helsevesenet. I forskningsspørsmål 2 ser vi på dette fenomenet og hvordan utøverne opplever kunnskapsutveksling og hvor det finner sted.

#### 2.4.4 Strategi

Strategi er et gammelt begrep og kommer fra det greske ordet 'strategos' som betyr 'krigsherre'. Strategi var det krigsherrene drev med – altså krigskunst. Strategi var måten krigsherrene planla slag på for å vinne over fienden.

I dag brukes ofte begrepet strategi om det å skaffe seg fordeler i et marked.

”Strategiens innhold, svarar fremst på frågan hur et företag ska skapa og upprethålla konkurrensfordelane och hur företaget ska uppnå sina mål”

(Rohlin, Skärvad, Nilsson 1994:139).

#### 2.4.5 Ekspertstrategien

Vi mener å se at ekspertstrategien har klare kjennetegn på det Mintzberg, Ahlstrand og Lamper omtaler som ”The planning school” i boka ”*Strategy safari*” fra 2009.

[...] formal procedure, formal training, formal analysis lots of numbers. Strategy was to be guided by a cadre of highly educated planners, part of specialized strategic planning department with direct access to the chief executive (Mintzberg et. al 2009:50).

Kjennetegnet ved planskolen er at strategi dannes av profesjonelle, høyt utdannede personer som ikke har noe direkte produksjonsansvar, det Rohlin et. al. (1994:165) omtaler som 'ekspertstrategin'

Ekspertene danner seg en oppfatning av organisasjonen og dens plass i verden før det legges planer for strategiske tiltak. Dette kan gjøres ved å samle data som avdekker organisasjonens styrker og svakheter, og ser på eventuelle trusselbilder for deretter å komme med anbefalinger/ løsninger.

Fra vår egen virkelighet kan vi kjenne igjen dette via de samarbeidsavtaler som er skrevet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette er forankret på direktørnivå i organisasjonene, med lite eller ingen involvering av utøverne i organisasjonen i utforming av dokumentene.

Svakheten med denne kan være at de som siden skal gjennomføre den, ikke kjenner igjen sin egen rolle og funksjon i planen. De har rett og slett ikke vært involvert.

Når man därför i slutändan börjar prata om ”implementeringsproblem”, svårigheter att föra ut budskapet, kan man vara ganska övertygad om att det är en förändrings- och utvecklingsstrategi av detta slaget som tillämpats (Rohlin et.al. 1994:165).

#### 2.4.6 Aktørstrategien

Denne strategien bærer preg av medvirkning fra flere deler av organisasjonen. En av de store forskjellene mellom aktør- og ekspertstrategien er at rollene er snudd på hode. Ekspertene kan fortsatt være med, men de må forholde seg til den informasjon de ulike aktørene gir og ikke motsatt.

Busch et. al. (2003:174) beskriver at strategisk ledelse er et samspill mellom den enkelte og organisasjonen som helhet. Dette kan vi kjenne igjen ifra Aktørstrategien. Den strategiske tenkningen og handlingen må kunne sees gjennom hele organisasjonen. Dette medfører at strategisk utvikling ikke bare er et toppledelsesfenomen, men inkluderer alle aktørene i organisasjonen.

Denne måten å involvere alle aktørene i organisasjonen på krever at lederne vurderer bruk av tid til planlegging på en annen måte enn i ekspertstrategien. Dette kan sees som en investering av tidsressurs for siden å hente ut den samme eller mer av ressursen.

”Att lägga upp strategiarbete på detta sätt kan vara nogot mer tidsödande, men å andra sidan går gjennomförandet ofta betydligt snabbare” (Rohlin et.al. 1994:167).

Ut fra dette sitatet kan vi hente en forståelse om at økt involvering av den enkelte aktør kan lette endringsarbeid i organisasjoner. Ved å kjenne eierforhold til strategien kan den enkelte i større grad se sammenheng mellom mål og tiltak, og dette kan gi bedre mulighet for at implementeringsarbeidet i virksomheten lykkes.

Toppledelsens valg av strategi vil sannsynlig påvirke mellomledernes mulighet til å operasjonalisere mål og implementering av tiltak. Her kan det være mulig å konkretisere strategiarbeidet gjennom ulike arbeidsgrupper som vurderer organisasjonens behov for løsninger og tiltak, gjennom kjennskap i en ” i går, i dag og i morgen analyse”.

I valg av strategisk tilnærming hevder forfatterne:

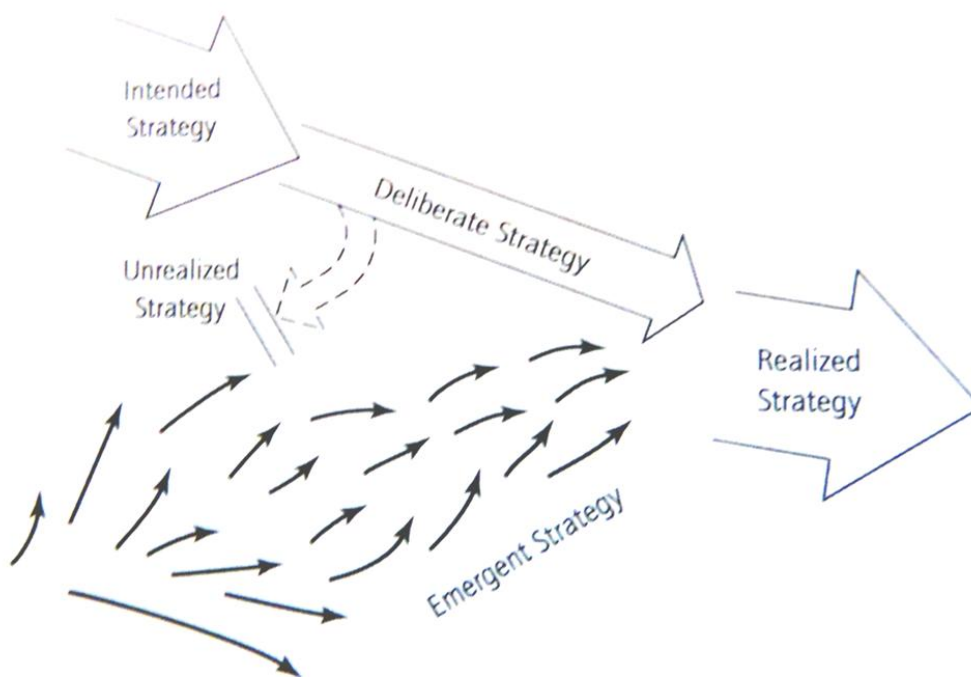
[... ]det må være en form for balanse mellom ’vi’, misjon, visjon og strategi. Når vi implementerer strategier settes hele systemet i spill, og vi får nye situasjoner som krever nye analyser og nye endringer (Busch et. al. 2003:180).

Dette kan vi se i lys av aktørmodellen, ved at det stilles krav til deltagelse av alle deler av organisasjonen.

Hvis vi ser på alle planer og strategier som er lagt de siste 20 år, er det blitt lagt ned betydelige ressurser for å sikre at pasientene i helsevesenet skal oppleve gode tjenester.

Det har vært mange planer og målsetninger fra politisk nivå for å skape mer sammenhengende tjenester uten at målene nødvendigvis er nådd. Dette kan vi forstå ut fra Mintzberg sin modell.

Figur 5 Strategi



(Mintzberg et. al. 2009:12)

Intended strategy kan sees på som utgangspunktet for endring, som politiske føringer. En del av disse føringene blir aldri realisert og forsvinner ut som Unrealized strategy. Andre føringer fortsetter og blir operasjonalisert i ulike tiltak som deliberate strategy. Underveis i denne prosessen kan tiltakene påvirkes av uventede eller nye strømninger gjennom emergent strategy før den ender opp som realized strategy.

Utfordringen med strategier er at de er laget i en kontekst som kan ses som 'her og nå'. De har liten eller ingen mulighet til å si noe om framtiden, og hvilke nye tanker og ideer som kommer inn i samfunnslivet. Dette kan være ny forskning, ny teknologi, nye politiske strømmer og lignende.

Samhandlingsreformen kan sees som en 'Intended strategy'. Bak denne kan vi se flere NOU'er helt tilbake til 1995, som underbyggende dokumenter for denne. Vi kan se at tiltak på enkelte områder i stor grad er gjennomført, men målene ikke alltid er nådd. Et sentralt mål slik vi oppfatter det er samhandlende tjenester. I tillegg kan vi se klare konturer av New Public Management (NPM) tankegangen som et bakteppe for reformene. Uten NPM vil trolig ikke reformen la seg gjennomføre. Rollene vil kanskje være at kommunen er bestilleren og spesialisthelsetjenesten er utføreren. Ved Arbeiderpartiets landsmøte fredag 8.april 2011, sa statsminister Jens Stoltenberg i en tale.

[...] Som en oppfølging av disse vil regjeringen foreslå at 5 milliarder helsekroner flyttes fra helseforetakene til kommunene. Dermed får kommunene et større ansvar for befolkningens helse, og det blir mer lønnsomt for kommunene å jobbe med forebygging (Arbeiderpartiet 2011).

Det ble klart at kommunene får 5 milliarder kroner fra spesialisthelsetjenesten for å kjøpe tjenester hos spesialisthelsetjenesten, eller løse oppgavene selv innen kommunehelsetjenesten. Bakgrunnen for tiltaket kan være et overordnet ønske om å gi kommuneledelsen et incitament til å redusere etterspørsel etter behandling i spesialisthelsetjenesten og dermed øke den forebyggende innsatsen til kommunehelsetjenesten.

For personalet kan det oppfattes at tiltakene ikke lar seg gjennomføre eller at de ikke klarer å innfri forventningene fra spesialisthelsetjenestene. Dette kan igjen påvirke syn på egen praksis eller kunnskap. Det kan være mulig å bygge en oppfatning av at utøvere innen andre tjenester ikke vet hva de snakker om, eller at de ikke vet hva de gjør.

Spørsmålet blir da på hvilken måte den enkelte ansatte kan bidra til å se behovet for å dele kunnskap. Dette for å se på muligheten for å minske avstanden mellom nivåene.

#### **2.4.7 Kunnskapsutveksling - en ledelsesutfordring**

Irgens (2010) viser til at det finnes flere enn 60 ulike definisjoner på kunnskapsledelse. Vi vil her gjengi to av dem som kan tolkes på litt ulike måter.

"Kunnskapsledelse er ledelse av prosesser i den hensikt å utvikle, lagre, dele og anvende kunnskap" (Irgens 2010:236).

Et hovedpoeng kan her være at ledelse sees som deltakelse i en prosess hvor det fokuseres på behovet for å utvikle kunnskap med tanke på å bedre muligheten for å anvende den på nye måter slik at praksis kan forbedres. Dette kan også være et bidrag til at virksomheten blir mer

forberedt på å møte nye utfordringer med basis i sin eksisterende kunnskap. Gjennom samhandling kan medarbeiderne i organisasjonen dele kunnskap som kan lagres som fundament for videre prosesser i kunnskapsutveksling.

Disse prosessene kan tenkes som kontinuerlige ved at de ulike delene er samtidige aktiviteter, og at ledelse er en funksjon på linje med de øvrige.

Dette kan også sees i et annet perspektiv jamfør Gottschalk.

Kunnskapsledelse er en metodikk drevet fram for å oppnå organisatorisk læring gjennom å fange, samle, skape, dele og anvende kunnskap med den hensikt å skape nye verdier for alle bedriftens interessenter (Gottschalk 2004:13).

I hovedsak er denne definisjonen lik den foregående, men her beskrives kunnskapsledelse som en metode for å fange, samle kunnskap i tillegg til å dele og anvende. Dette kan gi et inntrykk av at kunnskapsledelse har en mer overordnet funksjon enn hos Irgens (2010) og at kunnskap sees mer ut fra perspektivet om individuell kognitiv egenskap. Dette kan gi ulike perspektiv på hva kunnskapsledelse er, og Gottschalk (2004) presenterer to forskjellige initiativ knyttet til forskjellig forståelse og vurdering:

Sjefsinitiativet, som baserer seg på mer tradisjonell hierarkisk tenkning hvor kunnskap kan ledes gjennom oversikt og styring. Dette kan innebære et ønske om standardisering av prosesser for gjennomføring av planlagte aktiviteter. Samarbeid innen virksomheten oppmuntres ut fra et mål om å oppnå mer effektiv og ressursbesparende drift av enheten.

Grasrotinitiativet, som kan bygge på ansattes ønske om større grad av autonomi og mulighet for påvirkning i måten de kan bruke sin kunnskap i praksis. Dette tar utgangspunkt i en tanke om at medarbeidere er motiverte for å gjøre en best mulig jobb ved å se etter bedre muligheter for å gjennomføre sine handlinger og bruke sine ressurser.

I rendyrket form er sjefsinitiativer basert på et organisasjonsbilde hvor alt blir forstått og alt kan planlegges, mens grasrotinitiativet i rendyrket form er basert på et kaosbilde hvor alt er komplekst og åpent (Gottschalk 2004:53).

Dette kan føre til to ulike former for kunnskapsledelse hvor sjefsinitiativet kan tenkes å innebære ledelse med stor grad av styring av aktiviteten, eller såkalt 'top – down'.

Grasrotinitiativet kan ha som intensjon å bidra til deltakende ledelse gjennom 'bottom – up' perspektiv. Det siste kan gjenspeiles av et syn om at kunnskap konstrueres gjennom samhandling ut fra ulike sammenhenger.

[...] kunnskap er kontekstuell og relasjonell. Den skapes gjennom dynamiske prosesser i sosial interaksjon. Den er subjektiv av natur og har dype røtter i individuelle verdisystemer. Kunnskap er essensielt knyttet til menneskelig handling, og den kunnskapsutviklende prosessen avhenger av hvem som deltar, og hvorfor de gjør det (Von Krogh et. al. 2007:67).

Dette kan forstås på en måte som innebærer at kunnskapslederens funksjon er å være en del av handlingen i ulike situasjoner, og delta i samhandlingen for å skape kunnskap og utvikle denne for å møte nye utfordringer.

Ledelse basert på deltakelse og dialog kan gi lederen mulighet ikke bare til å påvirke hvordan kunnskap kan brukes i forhold til gitte oppgaver. Det kan også bidra til at kunnskap utvikles i forhold til nye utfordringer gjennom en samlet kunnskapsutveksling basert på bruk av alle ressurser i medarbeidergruppen så langt disse er tilgjengelige.

Selv om kunnskapsutveksling tenkes som en prosess hvor kunnskap hentes fram og skaper nye forståelser i en samhandlende sammenheng er dette ikke å forstå som en rettlinjet prosess. Det er forhold som virker inn på både bruk og utvikling av kunnskap. Von Krogh et. al. (2007) beskriver som vist over faktorer som kan bidra til å hjelpe organisasjoner i å utvikle kunnskap.

#### **2.4.8 Oppsummering av teori til forskningsspørsmålet**

Forskningsspørsmålet belyses ved hjelp av SEKI modellen, som tar utgangspunkt i flere elementer i hvordan en kan tenke at kunnskap utveksles mellom medarbeidere. Von Krogh et. al sine kunnskapshjelpere, som et verktøy for å øke samhandling mellom tjenester og i hvilke kontekster dette kan skje i. Videre vil vi belyse forskningsspørsmålet ved hjelp av ulike strategiske perspektiv. Vi har spesielt fokusert på ekspert/aktør strategien slik Rohlin et. al. (1994) beskriver den og Sjefs/grasrot initiativet slik det omtales av Gottschalk (2004)

#### **2.5 Forskningsspørsmål 3: På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester?**

Offentlige virksomheter kan oppfattes å være gjenstand for stadige endringsprosesser og nye krav til omorganiseringer. Dette gjelder både interne og eksterne krefter som presser organisasjonen til dels i hver sin retning. Det kan oppstå et spenn der en må ta i bruk stadig nye virkemiddel for å tilfredsstille disse kreftene. Dette kan være ny teknologi, ny kunnskap



og bedre ledelse. Disse igjen kan være i konflikt med eksisterende verdier og normer for organisasjonen (Busch et. al. 2003).

Ved dette kan vi se at enhver endring kan ses på som en potensiell interessekonflikt, grunnlaget for en enhver politikk, i følge Aristoteles. Dette krever stor kløkt av de som skal gjennomføre en endring. I denne sammenhengen kan en tenke seg en konflikt mellom 'siloe' som kan påvirke maktrelasjonen mellom tjenestene.

### **2.5.1 Seks former for makt i organisasjoner**

Christensen og Daugaard Jensen (2009) har diskutert verdien i ordet makt. Makt blir av mange sett på som noe negativt, og noe man ikke nødvendigvis vil bli assosiert med. Makt kan for mange gi negative assosiasjoner, mens begrep som innflytelse, deltakelse, initiativtaking, beslutningsdyktig og så videre blir sett på som mer verdinøytrale og til dels positive begrep. Disse uttrykkene er alle uttrykk for utøvelse av makt. Christensen og Daugaard Jensen argumenterer derfor for at makt er et uttrykk som verken har negativ eller positiv valør. Det er hvordan begrepet makt anvendes i en organisasjon som gir den mulighet til å ha positiv eller negativ valør. I seg selv er ordet makt nøytralt.

Forfatterne hevder at makt både er nødvendig og uunngåelig i sosiale samspill.

Både Trondheim kommune og St. Olavs Hospital er organisasjoner, som igjen kan ses på som sosiale strukturer. Det er to organisasjoner som skal forsøke å utvikle noe nytt, på tvers av organisasjoner og lovverk. I en slik situasjon finner vi det nødvendig å se på ulike maktstrategier i samhandlingen vi skal se på. Dette kan påvirke utfallet av samhandling. Makt i seg selv er noe som kan gi oss assosiasjoner til myndighet, autoritet og lignende. Christensen og Daugaard Jensen har gjennom sin forskning beskrevet seks ulike maktdimensjoner.

### **2.5.2 Direkte makt**

“Direkte makt er afgrænset til de aktiviteter, som foregår på beslutningsarenaen, dvs. fra sagen er 'ankommet', til beslutningen er truffet” (Christensen og Daugaard Jensen 2009:27). Beslutningsarena her kan være avdelingsmøter, prosjektgruppe møter. Møtene må være beslutningsdyktige på de sakene de får presentert. De jobber da etter en beslutningsmodell som er rasjonell og lineær:

Figur 6 makt



(Christensen og Daugaard Jensen 2009:31)

Hvilken beslutning som tas vil komme an på hvilke valg ledelsen gjør med tanke på hvordan han eller hun presenterer sakene, hvilke saker som presenteres og hvordan, samt hvilken beslutningsarena lederen velger. Om det er rundt kaffemaskinen eller på et avdelingsmøte for eksempel. Her forutsettes det at beslutningene som tas blir gjennomført i praksis. I vårt felt kan vi se dette gjennom de arenaer for samhandling

### 2.5.3 Indirekte makt.

Indirekte makt handler om å ha innflytelse på hvilke saker som når beslutningsarenaen. Bachrach og Baratz her fra Christensen og Daugaard Jensen (2009:44) kaller dette for ”de andre ansigt – som koncentrerer sig om den indirekte makt – udøves ved at forhindre problemer i overhovedet at nå beslutningsprocessen”.

Det vil si at alle saker som kommer opp ikke nødvendigvis kommer fram til beslutningstakerne i organisasjonen. En kan velge og ikke gi informasjon, eller gi informasjon som inneholder det vi kan omtale som ’halve sannheter’ og upresise formuleringer. Dette for å tåkelegge saken, slik at beslutningstakerne ikke kan ta de beslutninger som burde vært tatt i saken.

Denne sorteringen beskriver de som et 'filter', der personer ser på egne interesser før saken evt. går videre. Gjennom dette filteret er det saker som overhode ikke når beslutningstakernes bord, mens andre blir tåkelagt på veien inn til beslutningsprosessene.

Indirekte makt har og et 'filter', som er på vei ut i organisasjonen igjen. Når beslutningen er tatt vil det i en Direkte makt situasjon foregå en endring på bakgrunn av beslutninger. I en Indirekte makt situasjon vil utøverne kunne trenerer beslutninger som tas, eller tåkelegge den ved å gjøre den upresis og vanskelig å håndtere.

I vår hverdag kan vi kjenne igjen dette gjennom de belønningsprinsipper vi som ledere har. Alle ledere på begge nivåer blir målt. Alle ledere har et eget budsjett de er ansvarlige for og blir målt på. Et eventuelt overforbruk vil bli krevd tilbakebetalt, mens overskudd blir beholdt. Ledere har og lønnsutvikling som resultat av leverte mål til overordnet ledelse i kommune og i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten blir ledere målt på antall liggedøgn, og sirkulering av senger. Det vil si, hvor mange har benyttet seg av tilbudet. Det er viktig ikke å ha tomme senger. Fulle senger skaper inntekter og resultater. For kommunen, kan derimot tomme leiligheter bety penger spart. Når pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten sparer kommunen penger ved at den ikke trenger å leie inn ved sykdom, eller forsterke tilbudet for å holde pasienten i kommunen. I samhandlingsreformen er det et krav at mer behandling skal skje i kommunen, mens begge leiere i dag har økonomisk gevinst av at situasjonen forblir uforandret.

#### **2.5.4 Bevisthetskrollerende makt**

”A utøver magt over B ved at påvirke B`s interesse oppfattelse, så den bliver i overensstemmelse med A`s interesser. Derved blokkerer han B`s evne til at oppleve egne virkelige interesser” (Christensen og Daugaard Jensen 2009:60).

Dette er en form for usynlig makt. Det eksisterer egentlig en interessekonflikt, men gjennom fortellinger, overbevisning og eventuelt andre virkemiddel blir A sine interesser overført til B, uten at B egentlig kjenner på egne behov. Reklamebransjen har brukt dette i en årrekke for å fremme egne produkter.

Dette gjør at det dukker opp et filter allerede før saken eksisterer. Det blir presentert fortolkninger av virkeligheten. Denne er ofte sterkt forenklet, men gjør at den får en positiv valør, og er lett 'salgbar' inn i organisasjonene.

### 2.5.5 Makt i en 'garbage can-situation'

Organisasjoner er organisert på en måte som gjør at de er designet for en rasjonell beslutningsstruktur som beskrevet under punkt 1 over. Vi er spesialisert på avdelingsnivå, og har klare strukturer som gir saker en naturlig adresse for beslutning.

'Garbage can-situation' ble beskrevet i 1972 av Cohen, March og Olsen, omtalt i Christensen og Daugaard Jensen(2009). Denne bryter med det rasjonelle beslutningsforløp som vi har sett over. Dette bærer preg av uformelle strukturer, og arenaer for beslutning.

Beslutningsprosessen kan beskrives gjennom fire ulike strømmer.

1. En strøm av beslutningsarenaer: Her beskrives både gjentakende arenaer som regnskapsavslutning, budsjettprosess og lignende, men her ser vi og arenaer som oppstår tilfeldig. Det kan være ny teknologi, kriser, ledige jobber.
2. En strøm av problemer: Disse kan både være av individuell og kollektiv art. Det som er spesielt er at de er atskilt fra løsninger, og blir ikke nødvendigvis løst gjennom de beslutninger som tas i organisasjonen.
3. En strøm av løsninger: Her kan vi se at løsningene i seg selv er problemskapende. Løsningen kommer før problemet er avdekt. Dette skiller seg sterkt fra det rasjonelle der vi må kjenne problemet for å finne løsningen. Her finner vi en løsning som søker problemet.
4. En strøm av deltakere: Alle deltakerne har begrenset tid og energi, og må fordele sitt engasjement på bakgrunn av dette. De går inn og ut av beslutningsarenaer, og dette påvirker beslutningsprosessene i forhold til hvem som deltar i beslutningsprosessen til en hver tid.

(Christensen og Daugaard Jensen 2009:85-86)

Dette kan på mange måte gjenspeile hverdagen i kommunen og foretaket. Det er mange aktører inne hos den enkelte. Dette kan skape mange arenaer for beslutninger der det er usikkert hvilke beslutninger som er gyldige til enhver tid. Ansatte kan ha ulike praksiser og organisasjonene har ulike praksiser og kunnskapssyn ovenfor pasienten. Dette kan skape fragmenterte og lite forutsigbare tjenester.

### 2.5.6 Institusjonell makt

Dette er makt som regulerer vår atferd i det daglige. Dette kan både være skrevne regler, retningslinjer og lover. Men like viktig er og de normer, og den kultur du til enhver tid befinner deg i. I mange organisasjoner betegnes dette som 'fjølukt'. Som et bilde på hvordan

'fjølukt' kan beskrives, kan vi se på vårt eget organ nesen. Nesen er et såkalt fasisk organ. Den vil kjenne lukta av fjøs når du går inn i fjøset. Men i løpet av ca 20 min vil du ikke selv kunne kjenne fjøslukta før du igjen er ute av fjøset og lukter på dine egne klær.

Det er når du kommer ny inn i en organisasjon du ser disse normene og uskrevne reglene best. Tidsaspektet gjør at du venner deg til lukta, og adopterer atferden i organisasjonen.

Dette regulerer det handlingsrom som til enhver tid fins. Dette kan virke både hemmende og fremmende på organisasjonen når beslutninger skal tas. Lovverket kan sørge for at endringer ikke kan finne sted, og normer kan hindre at viktige ting kommer opp for beslutning. Samtidig kan lover tvinge fram beslutninger og normer legge til rette for åpenhet i organisasjonen.

I vår oppgave kan vi relatere dette til reformen som kommer.

### **2.5.7 Relasjonell makt**

I motsetning til de 5 tidligere forståelser av makt, omhandler ikke dette en substansiell maktforståelse der en bruker kunnskap, list, rolle eller lignende for å få igjennom sine saker til beslutning. Her er det den relasjonelle maktforståelse. Mennesker som samhandler over tid skaper seg felles verdensbilder, og utvikler det vi i punkt 5 omtalte som 'fjølukt' i organisasjonen.

Det utvikler seg sannheter om hvordan problemer skal løses, hvordan det skal kommuniseres, bedrifter skal ledes og hvordan prosesser skal følges innad i organisasjoner. Disse er ikke ledet av en person eller rolle, men på grunn av sameksistens over tid i en organisasjon.

I en hverdag er ofte vår beste venn vår beste fiende heter det seg. Dette kan vi kanskje relatere opp mot relasjonell makt. Ved å ha sterke og gode bindinger i eller mellom organisasjoner vil det ofte være gode og trygge miljøer for arbeidstakerne. Det vil trolig være høy grad av trivsel på jobben. Men kan dette og være en fiende i hverdagen. Det er mulig å se for seg situasjoner der arbeidstakere ikke velger å ta opp problemer, da dette kan rokke ved den tryggheten de opplever.

### **2.5.8 Best practice**

Newell et. al. (2009) omtaler overføring av 'best practice' fra en virksomhet til en annen i en modell beskrevet i fire stadier for overføring av kunnskap. Eksterne eksperter utvikler ny og

bedre praksis, skaffer seg ny kunnskap. Andre virksomheter blir oppmerksomme på dette, og beslutter å overføre dette til egen drift. Ny tenkning og nye metoder innføres som forventes å endre aktivitetene i virksomheten. Dette skal så til slutt ifølge denne måten å tenke på føre til at den ”bedre praksisen” er integrert som en del av rutinene i den andre virksomheten også.

I organisasjonsverdenen er benchmarking i dag å forstå som en metode der organisasjoner evaluerer ulike aspekter eller prosesser ved sin egen virksomhet i relasjon til ’Best practice’ eller de ’beste i klassen’ innen samme sektor (Rennemo 2006:125-126).

Dette beskriver på mange måter stadier i overføring av kunnskap fra et sted til et annet, men sier lite om innholdet i prosessen. Slik modellen er fremstilt kan kunnskapsoverføring virke som en styrt prosess, og kunnskapsutveksling være passivt mottak av andres erfaringer. Kritikken av modellen har da også gått på at mange mener kunnskapsutveksling og nytenkning ikke er en rettlinjert prosess, eller mer av det samme. Men at det er behov for å vurdere egen praksis ut fra nye perspektiv, og prøve nye løsninger i egen praksis.

Newell et. al. (2009:16) refererer til ulike faktorer som kan begrunne dette synet ved at praksis ofte er situasjonsrelatert og innebærer bruk av verktøy eller metoder som brukes på spesielle måter i handlingen. De sier også at den enkelte praksis kan sees som en del av et større fagfelt, og bruke impulser fra annen kunnskap i utøvelsen av den praktiske situasjonen.

Dette innebærer at kunnskap kan forstås som en konstruksjon gjennom utvikling av felles praksis og viser at overføring av kunnskap kan være problematisk.

Dette stiller også krav til tenkning om hvordan kunnskap kan overføres fra en enhet til en annen, og samtidig bidra til å utvikle kunnskap videre i en ny sammenheng. Dette ser vi som svært spennende trekk i den nye reformen

### **2.5.9 Oppsummering av teori til forskningsspørsmålet.**

Forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i hvordan maktrelasjonene mellom tjenestene kan oppfattes. Dette belyses gjennom bruk av Christensen og Daugaard Jensen (2009) sine inndelinger av begrepet makt, samt begrepet ’best practice’ beskrevet av Rennemo (2006) og Newell et. al. (2009).

## 3 METODE

### 3.1 Kort beskrivelse av det empiriske feltet.

Det empiriske felt er en avgrenset del av det vi kaller helsevesenet. I historisk perspektiv har helsevesenet vært styrt av leger med stor grad av autonomi i sin praksis. I institusjonene var det hovedsakelig to yrkesgrupper, leger og sykepleiere. Legene har stort sett vært menn, med klare oppfatninger av hvilke behandlingsformer som har vært riktige. Praksisen baserte seg på naturvitenskaplig tenkning. Sykepleierne var den andre gruppen, stort sett bestående av kvinner som assisterte legene i behandlingen. Denne gruppen har hatt et mer humanistisk perspektiv på behandling etter som de fleste oppgavene medførte å gi omsorg til syke mennesker.

Helsetjenester ute i samfunnet for øvrig, ble delvis finansiert av ideelle lag eller organisasjoner som Sanitetskvinnene og Røde Kors.

Ut fra disse historiske betraktningene kan det være mulig å tenke seg at de to hovedgruppene representerte ulike virkelighetsoppfatninger i forhold til pasientenes behovsvurderinger. Et eksempel på dette kan være at tjenestene ved sykehusene i lang tid har hatt en todelt organisering. Èn funksjonslinje for legene, og èn annen for sykepleiere.

Vi kan anta at slike forestillinger fortsatt finnes i flere sammenhenger – i det minste som en slags 'avleiringer' i de ulike profesjonenes faglige identiteter, selv om vi i dag ser et helsevesen bestående av mange profesjoner og spesialiteter. Hver profesjon har sine 'historisk-institusjonelle' forestillinger som lett tas for gitt som førende for egne handlinger. Det blir selvsagt en utfordring når dette komplekse systemet skal samhandle for å gi best mulig tjenester til den enkelte pasient.

Kommunehelsetjenesten i Norge fikk først i 1988 ansvaret for institusjonsomsorgen for eldre, og først i 1995 fikk de et mer tydeligansvar for mennesker med psykiske lidelser.

Mens sykehusene i stor grad fortsatt er legestyrte med basis i naturvitenskaplig tenkning, er de kommunale tjenestene bygd opp med fokus på forbygging av helseproblem og omsorg til de som trenger dette. Dette har ført til at de for det meste er ledet av sykepleiere og annet personell med høgskoleutdanning.

Samtidig er helsevesenet basert på en oppgavefordeling mellom nivåene hvor spesialisthelsetjenesten skal fokusere på behandling av sykdom, mens kommunehelsetjenesten skal sikre nødvendig omsorg og behandling for mennesker med helseproblem i egen bolig.

Dette kan tenkes å påvirke synet på hvilke tjenester mennesker trenger, og hvordan de skal utføres.

Vår forskning er basert på en respondentgruppe fra et psykiatrisk sykehus, med lang historie i behandling av psykiatriske sykdommer, og et botilbud for mennesker med psykiske lidelser i kommunen, etablert i løpet av de siste ti årene.

Denne forskjelligheten i de to organisasjonene som skal utveksle kunnskap har ledet oss til forskningsspørsmål som omhandler syn på kunnskap, hvordan kunnskap utveksles, og hvilke maktrelasjoner som fins mellom de to nivåene.

### 3.2 Ontologi

Vi kan tenke oss ulike perspektiv på samme fenomen, noe som medfører at vi må ta stilling til hvilket perspektiv vi bør velge i avhandlingen.

Jacobsen (2005) beskriver ontologi som hvordan virkeligheten oppfattes av den enkelte.

Ontologi kommer fra gresk og betyr omtrentlig oversatt 'slik ting faktisk er'. Dette kan innebære en forutsetning om at det eksisterer en gitt, objektiv virkelighet som er felles for alle. Men oppfatninger og diskusjoner innen og mellom ulike vitenskapsgreiner viser at det er svært vanskelig å enes om hva denne objektive virkeligheten er dersom dette er riktig.

Når ontologi har betydning for forskning bygger dette på minst to siktemål hvor det ene er å posisjonere forskningen i forhold til en naturvitenskaplig/positivistisk tradisjon, og det andre er å tydeliggjøre hvilke konsekvenser virkelighetsforståelsen har for måten å samle data på.

Dette kan synliggjøres i to hovedretninger når det gjelder å forstå og forklare fenomener som vi finner i virkeligheten.

Slik vi ser det har sykehusene tradisjonelt sett hatt et naturvitenskapelig fokus på pasientbehandling, mens kommunene ut fra et omsorgsfokus kan synes å ha et mer holistisk syn på sine tjenester.



Sykehusene kan ut fra et naturvitenskaplig perspektiv sees i sammenheng med den positivistiske tradisjon. Den forutsetter at det eksisterer en objektiv virkelighet som består av naturgitte lovmessigheter. Dette medfører et perspektiv om at forskning må gjennomføres ut fra nøytrale og objektive kriterier, og at forskerens subjektive tolkninger må reduseres til et minimum. Denne tradisjonen kan stå i kontrast til kommunenes omsorgstiltak der tjenestene i større grad er basert på opplevde behov hos den enkelte. Dette kan tolkes inn i den hermeneutiske tradisjon som ser virkeligheten i stadig endring relatert til forskerens sin forståelse og tolkning av den. Ut fra et hermeneutisk perspektiv undersøkes fenomener som subjektive opplevelse basert på den enkelte sin erfaringsbakgrunn og forståelseshorisont. I et metodeperspektiv kan dette kort beskrives som forholdet mellom å oppleve, å forstå og å fortolke ulike fenomen (Jakobsen 2005). Virkelighetsforståelsen vår har betydning for hvordan undersøkelser gjennomføres, og i hvilke rammer resultatene kan settes i og forstås ut fra. Når vi skal sammenligne oppfatninger mellom medarbeidere i de to tjenestene kan det ut fra dette være mulig å tenke at tjenestene har ulike oppfatninger av virkeligheten.

### **3.2.1 Et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt.**

Vi vil undersøke hvordan medarbeidere i to samarbeidende organisasjoner oppfatter kunnskap, og i hvilken grad dette kan påvirke samhandling. Vårt perspektiv vil være den enkeltes opplevelse av dette fenomenet ut fra syn på kunnskapsutveksling og maktrelasjoner. Vi søker altså subjektive erfaringer slik den enkelte medarbeideren forstår dem

Vi kan med utgangspunkt i Ness (2003) sin tabell se at vi kunne ha valgt en referanseramme basert på kritisk teori. Dette med bakgrunn i at medarbeiderne i pleie og omsorgstjenestene kan ha utviklet en virkelighetsoppfatning basert på kulturelle og kjønnsmessige verdier. Siden vi er sykepleiere kan det være mulig å tenke at vi kan ha en virkelighetsoppfatning basert på elementer innen denne retningen.

I vårt prosjekt har vi likevel valgt å forstå virkeligheten som konstruksjoner av subjektive opplevelse fra sosiale sammenhenger. I en ontologisk sammenheng vil dette kunne refereres til som en sosialkonstruktivistisk forståelse.

Den filosofiske og videnskapsteoretiske oppfattelse, at al erkendelse er sosialt konstruert; hermed sigtes til, at vor erkendelse altid erhverves gjennom kategorier eller linser, som er et produkt av vores kulturelle og historiske plassering (Rendtorff 2003:11).

Dette kan forstås slik at virkeligheten skapes ut fra den enkelte sin subjektive opplevelse av verden, og at det ut fra dette ikke finnes objektiv virkelighet som uforanderlige fenomen.

Men dette kan oppfattes som en snever definisjon av virkelighet, siden vår verden har en rekke fenomen det er konsensus om gyldigheten av. Dette kan for eksempel gjelde forståelsen av ulike lidelser og behandlingen av dem. I et historisk perspektiv har forståelse av sykdom, og behandling allikevel endret seg.

Mennesker kan i fellesskap gjennom sosiale relasjoner skape kunnskap som får form som en felles oppfatning av en situasjon eller et fenomen. Dette kan skape en virkelighetsoppfatning som oppfattes som felles, og oppleves som en objektiv sannhet av den enkelte.

[...] sosialkonstruktivisme har et solid tag i moderne filosofi, der ikke lenger gjør meningsdannelse avhengig av det guddommelige eller naturens orden, men hævder, at verden er en skabelse af den menneskelige intersubjektivitet (Rendtorff 2003:14).

I denne sammenheng vil vi forstå virkeligheten som sosialt konstruert, siden vi ønsker å vurdere hvordan medarbeideres oppfatning av fenomenet sammenhengende tjeneste oppfattes ut fra et kunnskapsperspektiv.

### 3.3 Epistemologi

Avhandlingen baserer seg på å undersøke hvordan enkelte utøvere innen helsetjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever kunnskap som samhandlingsverktøy på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Dette kan beskrives som epistemologien i forhold til undersøkelsen. Begrepet kan ifølge Jacobsen (2005) forstås som ”læren om kunnskap”, eller hvordan vi kan undersøke og forstå fenomen i en forskningsbasert sammenheng. Det blir her spørsmål om å få del i de praktiske erfaringer om kunnskapsutveksling mellom tjenestene på bakgrunn av utøveres erfaring fra egen praksis, og møter mellom utøvere i institusjon og utøvere i kommunale boliger.

Som vi ser av nedenstående tabell vil ulike måter å forstå virkeligheten på gi forskjellige føringer for hvilke data som samles inn, og hvilke metoder som er naturlig å benytte seg av.

Tabell 1 Oversikt over forskningsperspektiv

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 ”forestilt” 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 , manipulerende variabler. Verifikasjon av hypoteser. Hovedsakelig kvantitative metoder	Modifisert eksperimentell. Manipulerte variabler. Kritisk ”multiplism”. Falsifikasjon av hypoteser. Kan inkludere kvalitative metoder	Dialog/ dialektisk	Hermenautisk/ dialektisk

Ness (2003:32)

Som vi ser av tabellen vil vi ut fra en konstruktivistisk tilnærming nettopp ønske å undersøke subjektive oppfatninger omkring forskningsspørsmålene våre. Bakgrunnen er at vi ønsker å kartlegge den individuelle praksis opp mot det institusjonelle bakteppet.

### 3.4 Valg av metode for datafangst.

Avhandlingen fokuserer på hvilke tanker og opplevelser medarbeidere innen helsetjenester har på: kunnskap som fenomen, og kunnskapsutveksling som faktor for samhandling mellom dem.

Dette gir oss føringer for hvilke metoder vi kan benytte oss av. Jakobsen (2005) beskriver at det er i hovedsak er to former for metodisk tilnærming til forskningsspørsmål. Det ene er den kvantitative, og det andre den kvalitative.

Den kvantitative metoden var lenge den rådende metodikken i forskningsøyemed. Først på slutten av 1800-tallet begynte man å se på muligheten for at kvalitative data kunne beskrive en virkelighet.

Gotvassli (1999) siterer Aubert angående valg av metode.

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Gotvassli 1999:6).

Gotvassli beskriver to klare skiller for valg av metoder. Skal en forklare hvorfor et eller annet oppstår vil kvantitative data være best beskrivende. Standardisert svar på et stort antall respondenter som kan gi: ”Slutninger basert på hypotetisk- deduktiv logikk, der hypoteser og kausalsammenhenger prøves ut med sikte på falsifisering” (Gotvassli 1999:8). Dette finner vi også igjen i Ness sin modell under betegnelsene positivisme og postpositivisme.

Ønsker en å se på hvordan en problemstilling oppleves, eller beskrive hva som skjer, vil det være mer hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode. Dette kan gi mulighet for større nærhet til feltet. Kvalitative data lar seg i liten grad telle eller verdifestes i en verdiskala.

Gotvassli hevder:

En datainnsamlingsprosess som preges av nærhet til aktører og begivenheter, med vekt på detaljer og innlevelse, inkorporering av aktørens perspektiver lar seg i liten grad telles, måles og kvantifiseres (Gotvassli 1999:8).

Ness plasserer dette utgangspunktet under hhv kritisk teori og konstruktivisme.

I denne avhandlingen ønsker vi å se på utøveres opplevelse av kunnskap, kunnskapsutveksling og maktrelasjoner mellom to organisasjoner. Som nevnt i innledningen til avsnittet ønsker vi å samle data om opplevelser den enkelte ansatte har sammen med sine kollegaer, og hvordan dette oppfattes i egen organisasjon. På bakgrunn av problemstillingene vil vi hente data fra et lite utvalg av medarbeidere og velger derfor å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse i samme tradisjon som beskrives av Kvale og Brinkmann:

”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv” (Kvale og Brinkmann 2009:43).

”[...] beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter” (Kvale og Brinkmann 2009: 45).

Som en referanseramme for undersøkelsen ønsker vi et innblikk i hvordan overordnede avtaler om samarbeid og samhandling preger handlinger hos medarbeidere innen de to nivåene.

Dette vil vi belyse gjennom dokumentanalyse av et utvalg av sentrale føringer i offentlige dokumenter fra perioden 1995 til 2011. Vi har valgt dokumenter som omhandler bedre samhandling mellom spesialist- og kommunale tjenester.

### **3.5 Induktiv eller deduktiv metode**

Gjennom vår praksis i ulike lederstillinger i helsetjenestene over tid, har vi mottatt føringer om samarbeid og vi har hatt som oppgave å implementere disse i praksisfeltet. Vi har sett at målene fortsatt ikke er nådd, og det leder uvilkårlig til hypoteser om årsakene til dette. Målene i stor grad er utviklet på et overordnet nivå, noe som kan ha ført til at andre perspektiv på måloppnåelse ikke har vært tilstrekkelig vektlagt. Dette er betraktninger som har ledet oss frem til problemstillingen og forskningsspørsmålene i oppgaven.

Avhandlingen vil fokusere på hvordan kunnskapsutveksling foregår mellom de to nivåene i tjenestene. Utfordringen kan være at det er underliggende faktorer som fører til at målene i sentrale føringer ikke blir nådd.

Jakobsen (2005) beskriver to ulike perspektiv på å samle inn data for å belyse forskningsspørsmål.

Det ene er deduktiv metode handler om å ta teorien inn i empirien. Det andre er induktiv metode, og går motsatt vei. Der henter man erfaringer fra praksis og lar disse belyse teorien. Den store forskjellen mellom disse to tilnærmingene til forskningen er hvor åpne de er for ny informasjon. Det er sjelden det i dag prates om rene induktive eller deduktive metoder. Det er ofte en kombinasjon av disse.

Kvale og Brinkmann(2009) bruker metaforene 'gruvearbeider' og 'reisende' for to ulike måter å nærme seg det empiriske feltet på.

Gruvearbeidermetaforen henspeiler på undersøkelser der forskeren har klare hypoteser på forhånd, og leter etter svar som kan underbygge disse. Reisendemetaforen sammenligner de med å dra ut og samle inn menneskers historier omkring gitte tema.

I vår undersøkelse ønsker vi å innhente utøveres erfaringer fra egen praksis, og belyse dette gjennom intervju.

Dette kan ses på som en induktiv undersøkelse, eller sammenlignes med metaforen om den reisende hvor vi ønsker å høre hvordan medarbeidere opplever sine erfaringer med kunnskap i en åpen sammenheng. Men siden vi har avgrenset tema for medarbeidernes historier kan det også tolkes som at vi har et innslag av deduktiv metode, og dermed et ønske om å finne gull.

Selv om vi har en forforståelse av at det ser ut til å være vanskelig å etablere samhandlende tjenester mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, har vi hatt som mål å stille åpne spørsmål for å samle data. Gjennom dokumentanalysen vil vi sette disse funnene inn i en referanseramme som kan gi oss et utvidet perspektiv på utfordringene ved samhandling.

### **3.6 Ekstensiv eller intensiv metode**

Når vi nå vil undersøke om det er andre synspunkt på hvordan målene om bedre samhandling kan nås kunne vi valgt å gå ut i stor bredde og undersøke hvordan flertallet av medarbeidere opplever sin egen praksis basert på kunnskap og kunnskapsutveksling. Dette kunne ha gitt oss et større antall svar, men på forholdsvis få variabler.

Dette omtales som ekstensiv metode. Den egner seg godt for kvantitative studier som for eksempel en gallup eller annen undersøkelse med få variabler og mange respondenter. Dette har en fordel ved at det kan gi mulighet for å trekke generelle slutninger, basert på de data som kommer inn. Svakheten er at den ikke tar for seg de ulikheter en finner hos vær enkelt

respondent. Ser vi tilbake på modellen til Ness fra 2003 finner vi her den postpositiviske og positivistiske metoden som utgangspunkt for generering av data.

Vår tilnærming er å samle informasjon om gitte tema fra enkeltmedarbeidere for å kunne beskrive hvordan utøvere innen sin egen gruppe, og på tvers av nivå opplever sin egen praksis. Vi har derfor valgt en intensiv forskningsmetodikk med fokus på få enheter og informanter. Dette gir mulighet for et økt antall variabler og flere detaljer i datafangsten.

Intensive studier gir nærhet og detaljkunnskap om et fenomen som gir grunnlag for analytisk generalisering, i motsetning til en ekstensiv studie som gir mulighet for en statistisk generalisering (Gotvassli 1999:10). Ser vi igjen tilbake til Ness sin modell fra 2003, ligger dette metodevalget inn mot kritisk teori og konstruktivisme.

Dette kan gi lite grunnlag for å trekke generelle konklusjoner, men vi ønsker i denne sammenhengen å se om det kan være mulig å gjøre funn som i neste omgang kan gi grunnlag for refleksjoner om flere tiltak for å bedre samhandling mellom ulike tjenester.

### **3.7 Forske i eget fagfelt**

Som vi tidligere har beskrevet under pkt. 1.1 er vi som skriver denne avhandlingen sykepleiere av fagbakgrunn. Vi har alle lederstillinger, to av oss i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, og den tredje i kommunehelsetjenesten ved legevakta.

Dette kan innebære en del utfordringer relatert til nærhet og avstand til problemstillingene som undersøkes, og til forholdet mellom undersøkeren og informantene.

Ulike forskningstradisjoner kan vurdere fordeler og ulemper på forskjellige måter. Ifølge Jacobsen (2005) kan det innen en kvantitativ tilnærming argumenteres for at distanse mellom forskeren og fenomenet som undersøkes i større grad kan bidra til at studiene ikke påvirkes av forskeren. Men på den andre siden kan nærhet i bruk av kvalitative metoder bidra til at forskeren kan ha større forståelse for informantenes opplevelse av sin virkelighet.

Ry Nielsen og Repstad (1993) har i en artikkel beskrevet utfordringer ved analyse av egen organisasjon.

En av fordelene ved å forske i egen organisasjon kan være at forskeren har et stort engasjement i problemstillingen, og at det også kan innebære et ønske om å oppdage forhold

som kan føre til forbedringer av tjenestene. Dette kan også tenkes å være en ulempe hvis interessen for endring blir for stor og påvirker erkjennelsen ved vurdering av funn.

En annen fordel kan være at forskeren har kjennskap til kultur og språk i organisasjonen, noe som kan bidra til at det er lettere å finne relevante spørsmål i en kvalitativ undersøkelse. Dette kan også være en fordel ved tolkning av data, ut fra kjennskap til forhold som kan påvirke opplevelser som formidles fra informantene. Kjennskap til informantenes hverdagspraksis kan også bidra til mulighet for å vurdere behov for utdypende spørsmål etter en første intervjurunde.

Begrensningene ved at forskeren har for stor nærhet til forskningsfeltet kan være at det er en fare for at det blir vanskelig å vurdere data ut fra et utenfra eller nøytralt perspektiv. Det kan også være en risiko for at informantene kan oppleve en usikkerhet i forhold til hva slags svar som ønskes når en av forskerne har en overordnet posisjon i forhold til den som blir intervjuet. Dette kan føre til at svarene bærer preg av forsøk på å svare hva forskeren ønsker å høre i stedet for hva utøveren reelt opplever.

En annen risiko er at tolkning av data påvirkes av bevisste eller ubevisste forutinntatte meninger som forskeren måtte ha om en medarbeider, eller om fenomener i praksisfeltet.

Dette er faktorer som vi som forskere må ta stilling til ved gjennomføring av intervjuene og etterfølgende analyse.

Ry Nilsen og Repstad bidrar til denne vurderingen med råd til hvordan det kan være mulig å skape tilstrekkelig distanse gjennom å bevisstgjøre seg på denne problemstillingen. Et av rådene er å være åpen på de ulike forskerne sin posisjon og hensikten med undersøkelsen.

Vi vil også ha mulighet til å fordele oppgaver innen gjennomføring av undersøkelsen ved at vi har ulik nærhet og avstand til området.

Det er også en mulighet for at vi gjennom dialog oss imellom kan analysere risikoområder, og vurdere faren for at vi vurderer ut fra for snevre perspektiv.

I og med at en av oss ikke jobber i fagfeltet kan vi også organisere oss med en 'djevlels advokat' som kan stille kritiske spørsmål til utformingen av spørsmålene og vurderingene av dem.



Forskning i egen organisasjon kan bidra til mulighet for å finne konkrete handlingsmuligheter for forbedringsområder. Ved et bevisst forhold til muligheter og risiko kan det være mulig å gjennomføre denne formen for undersøkelser: ”Ved kvalitative studier av egen organisasjon er mulighetene for systematiske skjevheter så iøynefallende, at både forskere og lesere er på vakt” (Ry Nielsen og Repstad 1993:37).

### 3.8 Intervju – kvalitativ undersøkelse

I denne avhandlingen har vi valgt å samle data ut fra en prosessuell forståelse i lys av et institusjonelt bakteppe. Dette har ført oss til en undersøkelse basert på fokusgruppeintervju og dokumentanalyse.

”Kvalitativ metode vektlegger detaljer, nyanserikdom og det unike ved hver enkelt respondent” (Jacobsen 2005:129).

Jacobsen (2005:141) beskriver at kvalitative undersøkelser kan gjennomføres ved hjelp av følgende datainnsamlingsmetoder:

1. Det individuelle, åpne intervju.
2. Gruppeintervju.
3. Observasjon.
4. Dokumentanalyse.

Det individuelle åpne intervju gjennomføres ofte som en dialog mellom forskeren og den som blir intervjuet. De notatene eller opptakene som forskeren gjør seg, benyttes videre i analysen av problemstillingen.

Gruppeintervju vil si at forskeren samler en gruppe mennesker og så foretar et intervju av dem samtidig.

Observasjon, innebærer at forskeren observerer et utvalg og hva disse foretar seg i ulike situasjoner.

Dokumentanalyse, innebærer at forskeren gjennomgår dokumenter for å samle inne sine data. De innsamlede dataene vil brukes for å belyse problemstillingen.

Ut fra vår problemstilling har vi valgt å samle utøvere innen hvert av tjenesteområdene i grupper for å gjennomføre intervju. Vi har vært mer opptatt av å kartlegge hvilke oppfatninger

gruppen har hatt omkring forskningsspørsmålene, enn den enkelte sine opplevelser relatert til temaene. På grunn av at vi forsker innen eget fagområde har vi ønsket å redusere vår delaktighet i intervjusituasjonen, og heller lagt til rette for en samtale mellom informantene. Tjora (2009) beskriver dette som fokusgruppeintervju, som karakteriseres ved at interaksjonen i hovedsak foregår mellom deltakerne, i motsetning til gruppeintervju der forskeren har en mer aktiv rolle.

Vårt perspektiv har vært å bruke 'reisendemetaforen', og selv opptre som mediatorer for å få del i medarbeidernes oppfatninger. Intervjuene har vært lagt til rette for at respondentene har kunnet drøfte egne erfaringer ut fra ulike perspektiv.

Samtalene har vært strukturert av forskningsspørsmålene våre i hva Jakobsen (2005) kaller semistrukturerte intervju, og gjennom det presentert gruppene som avgrensning av samtalen.

Gruppene er satt sammen av respondenter innen spesialist- og kommunehelsetjenesten. De har vært homogene i den forstand at hver av dem kun har hatt deltakere fra den ene tjenesten, og at alle har hatt helse og sosialfaglig bakgrunn på høyskolenivå. Dette kan være en fordel for fokusgruppeintervju ifølge Tjora (2009), og kan ha vært en medvirkende årsak til at samtalen mellom respondentene fløt så åpent og utvungent som vi opplevde.

Som et bakteppe for undersøkelsen har vi analysert sentrale dokumenter som har lagt føringer for sammenheng mellom de ulike tjenestene.

### **3.9 Dokumentanalyse**

Som et bakteppe for undersøkelsen har vi analysert sentrale dokumenter som har lagt føringer for de ulike tjenestene. Dette har vi brukt som en av kildene for undersøkelsen, og sekundærdata for analysen.

Det beskrives tre situasjoner der kildegranskning kan være av betydning. Dette er når det er vanskelig å finne gode primærdata, når det er ønskelig å hente inn andre sine fortolkninger eller når undersøkelsen vil bygge på hva som faktisk er sagt og gjort (Jakobsen 2005).

Vi har erfart at det er gitt ulike offentlige føringer som har pekt på behov for mer kunnskap og bedre samhandling mellom tjenestenivåene i helsevesenet gjennom flere år. Dette er dokumenter som inneholder tilnærmet objektiv informasjon om forventninger til tjenestene, selv om de selvsagt kan tolkes noe ulikt.

Vi har ønsket å belyse data fra fokusgruppeintervjuene relatert til supplerende data fra aktuelle stortingsmeldinger, samarbeidsavtaler og lovverk i perioden mellom 1996 – 2011. Dette er dokumenter som er lett tilgjengelig både på internett og i offentlige arkiv, og er utformet for å skape størst mulig lik forståelse hos leseren. De gjengir faktiske føringer for utøverpraksis fra overordnet nivå, og er av interesse som bakgrunn når vi skal undersøke hva som blir gjort på utøvernivå.

### **3.10 Reliabilitet og validitet**

I forskningssammenheng stilles det krav til verdien av de data som hentes inn gjennom undersøkelsen, for å kunne bruke dem som utgangspunkt for ny kunnskap. To sentrale begrep i forhold til forskning og verdien av de data som samles er validitet og reliabilitet.

Kvale og Brinkmann (2009) omtaler begrepene ut fra en hverdagsbeskrivelse hvor de oversetter uttrykkene til gyldighet og pålitelighet.

De sier også at enkelte kvalitative forskere har avvist spørsmål om validitet og reliabilitet som positivistiske begrep. Men avhandlingen vil basere seg på at data er pålitelige og gyldige ut fra en referanseramme relatert til gruppeintervju.

Alle informantene har minimum tre-årig helse- og sosialfaglig utdanning fra høgskolenivå. De har fra 4- 30 års erfaring fra helsevesenet.

I intervjusituasjonen har vi ønsket å få fram den enkeltes oppfatninger relatert til kunnskap, kunnskapsutveksling og maktrelasjoner. Disse oppfatningene ga grunnlag for en samtale i gruppen, hvor medlemmene hadde anledning til å korrigere eller utdype hverandres synspunkt.

Datafangsten er hentet direkte fra praksis og utøvererfaring, og vi som intervjuere har prøvd å nedtone vår rolle ved å fungere som mediatorer. De enkelte data har etter vår mening stor troverdighet fra et sosialkonstruktivistisk ståsted. Dataene gir grunnlag for den virkelighetsforståelsen respondentene hadde på det gitte tidspunkt, og kan dermed gi utgangspunkt for teoretisk drøfting.

Gyldigheten av studien vil være avgrenset til vårt empiriske felt, og kan i mindre grad generaliseres til hele helsetjenesten. Men som uttrykk for utøvers oppfatninger, kan vi finne momenter som kan være overførbare til andre deler av helsetjenestene.

### 3.11 Forskningsetikk

Kvale og Brinkmann (2009) gir uttrykk for at etiske problemstillinger i forhold til respondentene og funn er noe som bør gå igjen i hele undersøkelsen.

De viser til at dette er spørsmål forskere må ta stilling til allerede ved valg av tema for undersøkelsen. Videre i planlegging og gjennomføring av intervjuene, og ved å sikre at konfidensialitet relatert til funnene preger transkribering og analyse av funnene.

Vi har i undersøkelsen reflektert over hvordan våre funn skal behandles og formidles på en konfidensiell måte. Vi har lagt til rette for anonymisering av respondentene og muligheten til å trekke seg fra intervjuet.

For å sikre best mulig gjengivelse av intervjuene har vi valgt å bruke lydopptak som bakgrunn for transkribering av intervjuene.

Jakobsen (2009) drøfter ulike etiske aspekt i forholdet mellom den som gjennomfører forskning og de som er respondenter. Han omtaler hva han kaller for konsekvenslogikk. Dette innebærer at forskeren må vurdere hvilke resultat som kan oppnås gjennom undersøkelsen opp mot eventuelt ubehag respondentene kan oppleve.

Etter at undersøkelsen er gjennomført er det av betydning å reflektere over hvordan funnene skal behandles og rapporteres uten at respondentene opplever at konfidensialitetsprinsippet brytes.

## 4 EMPIRISK DEL

Vi vil innledningsvis beskrive feltet vi forsker i, deretter vil vi gjøre rede for de mest sentrale politiske og juridiske dokumenter som er av betydning for avhandlingen.

### 4.1 Forskningsfeltet

#### 4.1.1 St. Olavs hospital

Helseforetakene i Norge ble opprettet av Stortinget, da de vedtok helseforetaksloven gjennom Odelstingsproposisjon nummer 66 (2000-01). Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer av helsevesenet. Reformen baserer seg i hovedsak på to hovedelementer.

1. Statlig overtakelse av eierskapet til sykehus som driver innen spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene.
2. Helsetjenestene organiseres gjennom en foretaksmodell. Det vil si at de ikke organiseres som forvaltningsorganer.  
(O.prop. 66 2000-2001: 3)

Norge består i dag av fire helseregioner. Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord-Norge. Foretakene er selvstendige enheter som styrer sine helseregioner gjennom et styre hvor departementet oppnevner noen av medlemmene og de ansatte oppnevner noen. Styret i helseforetaket utarbeider vedtekter med bakgrunn i de oppdragsdokumenter som blir gitt av Staten. Oppdragsdokumentet dannes på bakgrunn av de bevilgninger som blir foreslått i statsbudsjettet.

Foretaksorganisering gjenspeiler ideer fra New Public Management (jmfør punkt 2.2).

Helse Midt-Norge består i av fem ulike foretak St. Olavs Hospital, Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Midt-Norge. Hvert av disse foretakene har et eget styre, som får sine oppdrag fra Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital består av forskjellige klinikker og divisjoner. Hver av disse avdelingene har spesialiserte arbeidsområder. Divisjon psykisk helsevern består av seks sykehusavdelinger, hvorav Avdeling Østmarka er én av dem. Østmarka består av ni ulike sengeposter, hvor hver av disse postene har fra 9 til 18 pasientsenger. Østmarka består av tre spesialposter som kan tilby psykosebehandling for pasienter i et lukket miljø. Majoriteten er innlagt etter lov om psykisk helsevern § 3.3 (innlagt til tvunget psykiatrisk behandling).

#### 4.1.2 Trondheim kommune

Trondheim kommune er en to-nivå kommune. Det vil si at du har én administrativ sjef/rådmannen, og resultatenehetene. I dag er det ca 230 resultatenheter i Trondheim. Alle disse enhetene har en enhetsleder med lederavtale som styringsparameter. Det måles på økonomi, sykefravær, miljø, brukertilfredshet, bruker dialog og så videre. Hvis enheten går i pluss vil enheten få noen av disse midlene overført til neste år. Hvis den går i minus, må en stramme inn neste år. Dette er og med på å bestemme lønnsfastsettelsen til den enkelte leder. Her kan vi se klare likheter med privat næringsliv, og deres lønnsfastsettelse, og bonusordninger for ledere og ansatte.

Dette er typiske kjennetegn på en organisasjon som har tilpasset seg New Public Management tankegangen, ved at det gjøres avtaler i kommunen mellom bestiller og utfører (rådmann - enheter)

Trondheim kommune har en gjennomført en profesjonell bestillerorganisasjon. Den bestiller tjenester både internt og eksternt. Det er bestillerorganisasjonene som møter pasienten først. Det er også de som bestemmer hva utførerenhetene skal yte av bistand til den til en hver tid gjeldende pasient. Det skrives da en tidsavgrenset kontrakt mellom kommunen og tjenestemottakeren om hvilke tjenester innbyggeren kommer til å motta. Dette er tjenester som spesifisert. Dette kan være generelle spesifikasjoner som du innvilges skoleplass på en bestemt skole i en gitt periode, til at du skal motta 30 minutter tilsyn i perioden mellom kl.18.00-20.00. Utfører enhetene får da oversendt kontraktene, slik at de kan utføre det som bestiller har bestemt i samråd med tjenestemottaker.

Innen psykisk helsevern har Trondheim kommune organisert seg med en enhet som kalles botiltak psykisk helse, disse boligene ligger spredt rundt i kommunen. Til sammen finnes de åtte forskjellige boliger organisert under denne enheten. Disse enhetene ledes av fem fagkoordinatorer, som igjen er underlagt en enhetsleder. I Trondheim kommune er det 100 leiligheter tilknyttet disse botiltakene. Ved hver av disse enhetene arbeider det helsepersonell i turnus, antallet kan være forskjellig fra hver enhet. Bemanningen og kompetansesammensetningen avhenger av hvilke typer behov for tjenester beboerne har. Behovene for tjenester disse enhetene tilbyr, blir beskrevet i tjenestespesifikke vedtak fattet av helse og velferdskontoret (bestiller), og de skal utføres på enhet av personalet der (utfører).

Erfaringene så langt viser at på tross av større personaltilgjengelighet i tilknytning til disse omsorgstiltakene, har flere av disse personene i perioder behov for ulike tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan for noen føre til hyppige, og for enkelte langvarige innleggelse på psykiatriske institusjoner.

Tiltakene vil kreve en større samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Utfordringen vi har sett på er om denne samhandlingen er etablert som en praksis for å skape kunnskapsutveksling mellom organisasjonene uavhengig av de enkelte ansatte.

#### **4.1.3 Samhandlingsavtaler mellom St. Olavs hospital og Trondheim kommune**

Det eksisterer i dag flere avtaler mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital. Disse regulerer samhandlingen mellom de to nivåene. Her finner vi både generelle og spesielle avtaler. De spesielle avtalene går på pasientgrupper/ diagnosegrupper. Somatiske pasienter har en generell avtale, som er operasjonalisert i spesielle avtaler for diagnosegrupper som for eksempel mennesker med kort forventet levetid og pasienter med en funksjonssvikt som gjør at de ikke kan flytte tilbake til egen bolig. Under siste kategori blir pasientene kodet på en måte som sier noe om hvilket tilbud St. Olavs Hospital mener pasienten bør ha når den skrives ut. (Rehabilitering, hjemmetjenester, sykehjem, forsterket bolig og lignende)

For psykisk helsevern fins det en spesiell avtale for pasienter med sammensatte behov, og behov for koordinerte tjenester over tid. Denne regulerer hvilke oppgaver kommunen og spesialisthelsetjenesten har på ulike stadier av pasientforløpet.

Felles for alle avtalene er at de regulerer i hvilken grad samhandling skal foregå, og hvem som skal samhandle med hvem, og hvilke økonomiske parameter som skal styre samhandlingen.

## **4.2 Overordnede dokumenter**

Helsevesenet i Norge er som nevnt tidligere to-delt. For å skape en samhandling mellom disse nivåene, har det blitt utarbeidet en rekke dokumenter for å sikre en effektiv organisering.

Dokumentene har bidratt til å skape de institusjonelle omgivelsene som er styrende for tjenestene.

#### 4.2.1 Psykiatri som sammenhengende tjenester.

Helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser har i de siste to tiårene vært gjenstand for en spesiell fokusering fra de nasjonale myndighetene gjennom overordnede planer og tilføring av betydelige midler. Hensikten har vært å møte et økende behov i befolkningen, og utvikle en samfunnsbasert behandlingstjeneste, noe som har hatt en lav prioritet før denne endringen inntrådte.

Dette ble tydelig satt på dagsorden gjennom St.meld. 25 (1996-97). Meldingen fokuserte på en rekke områder hvor det var behov for forbedringer innen det psykiske helsearbeidet. Den innledet med å gjøre rede for hvordan myndighetene oppfattet problemene relatert til tiltak gjennom følgende beskrivelse.

Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har sviktet i alle ledd:

- Det forebyggende arbeidet er for svakt.
- Tilbudene i kommunene er for få.
- Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten er for dårlig.
- Opphold i institusjon blir ofte for kortvarig.
- Utskriving er ofte mangelfullt planlagt.
- Oppfølgingen er ikke god nok.  
(St.meld. nr. 25 1996-97:16)

Stortingsmeldingen pekte på at mangel på sammenheng mellom ulike tjenestetilbud innebar en risiko for at mennesker med behov for forskjellige tiltak lett kunne falle mellom flere stoler, og at det derfor var behov for å koordinere tjenestene på en måte som medførte at tiltakene arbeidet i samme retning.

Departementet foreslo derfor at det skulle være et kommunalt ansvar å koordinere tjenestene for mennesker som bodde utenfor institusjon.

Stortingsmeldingen la stor vekt på at mennesker ved utskrivning fra institusjoner og til kommunen hadde behov for hjelp til å skaffe seg bolig, dette for å sikre en trygg og



selvstendig tilværelse. I den sammenheng ble det også fokusert på at personalet som skulle tilby tjenester i hjemmet hadde behov for mer kunnskap i møtet med disse menneskene.

”Helsepersonell som arbeider i primærhelsetjenesten skal få bedre opplæring og kompetanse i å ta hånd om pasienter med psykiske lidelser” (St.meld. nr. 25 1996-97:21).

Departementet pekte på behovet for å styrke tjenester til spesielle grupper med omfattende og til dels svært funksjonshemmende tilstander.

Når det gjelder voksne med psykiske lidelser, er det særlig behov for å styrke tilbudene til dem med de alvorligste lidelsene [...]

Fortsatt er for mange langtidspasienter innlagt i institusjon selv når faglige vurderinger tilsier at de ville få et bedre liv i egne boliger med kommunale tjenester, støttet av desentraliserte og ambulante spesialisthelsetjenester (St.meld. nr. 25 1996-97:87).

Dette ga føringer for å se på oppgavefordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og hvilke tiltak som kunne bidra til å bedre mulighetene for en mer samfunnsbasert organisering av behandling og omsorg for mennesker med de alvorligste lidelsene.

Ut fra vår erfaring kan det fortsatt virke som om det er ulikt syn mellom medarbeidere i spesialist- og kommunehelsetjenestene i forhold til når personer er i stand til å flytte ut fra institusjonene, og om de er i stand til å bo i bolig med personalbase. Den samme ulikheten i vurdering kan også vise seg i behovet for innleggelse i spesialistinstitusjon.

Meldingen viser også til et behov for større grad av samarbeid og kunnskapsutveksling mellom de ulike tjenestenivåene, og kan tolkes til at den viser nødvendigheten av sammenheng mellom tiltak innen spesialist og kommunehelsetjenesten.

Innen psykisk helsevern har det vært tradisjon for at institusjonene har tatt et omfattende ansvar for pasientene. Fortsatt skjer mange innleggelser direkte i psykisk helsevern uten at de kommunale tjenestene har vært involvert. Likeledes foretas mange utskrivninger uten at de er tilfredsstillende forberedt i samarbeid med kommunale tjenester (St.meld. nr. 25 1996-97:96).

Vår erfaring tilsier at ’siloeene’ har utviklet seg med større fokus på egne tiltak for den enkelte pasienten, enn samhandling mellom dem.

Dette begrunner vi med at mange innleggelser og utskrivninger fortsatt skjer ut fra ensidige vurderinger.

Meldingen viste at det på nasjonalt nivå ble fokusert på en rekke utfordringer i forhold til å bedre tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Spesielt behovet for mer helhetlige tjenester for mennesker med de alvorligste tilstandene ble vektlagt.

#### 4.2.2 Felles psykiatriplan

Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune var tidlig på banen og utarbeidet allerede i 1997 en felles psykiatriplan: *Mestring og livskvalitet*. Planen baserte seg på en felles kartlegging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og hjelpebehov fra både kommunale- og spesialisthelsetjenester. Bakgrunnen for undersøkelsen var en felles erkjennelse av at det var behov for større grad av samhandling og kvalitetssikring av tjenestene med tanke på å kunne gi mer helhetlige tilbud til en gruppe personer med individuelle behov.

Planen definerte fem hovedmål, hvor to av dem spesielt fokuserte på tiltak for mennesker med sammensatte behov. Et av målene var:

Personer med langvarige alvorlige psykiske plager må få tilgang til nødvendige omsorgs- og behandlingstiltak som skal bidra til optimal mestring og livskvalitet (Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune 1997:37).

Blant tiltakene relatert til dette målet var etablering av tilrettelagte kommunale botilbud med tilgang på kommunale døgnbaserte tjenester. Trondheim kommune etablerte blant annet 100 leiligheter med tilgang til egne personalbaser, og ambulante tjenester som kunne følge opp tiltak for denne gruppen spesielt.

En vesentlig faktor for å kunne møte behov hos mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser var betydningen av å styrke kunnskapen til de som skulle yte tjenestene. Dette ble definert som et mål innen organisasjonsutvikling:

”Vi skal utvikle en organisasjon som er i stand til å oppfylle organisasjonens mål” (Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune 1997:39). Planen beskrev blant annet tiltak som gjensidig hospitering, felles ’psykiatri skole’ og verktøy for felles planlegging.

Utvikling av kunnskap innen personalgruppen skulle gjennomføres ved tiltak basert på gjensidig hospitering mellom tjenestene, og en undervisningspakke for alle ansatte som skulle arbeide med målgruppen. Hensikten med tiltakene var at tjenestene skulle bli i stand til å tilrettelegge for helhetlige tjenestetilbud for mennesker med sammensatte behov.

### 4.2.3 Overordnede føringer for psykisk helsevern

Arbeidet med å gjennomføre psykiatriplanen og føringer fra stortingsmeldingen ble styrket gjennom at Sosial- og helsedepartementet iverksatte Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). Dette var en opptrappingsplan for psykisk helse som tilførte både spesialist- og kommunehelsetjenesten øremerkete midler i en planlagt periode fra 1999 til og med 2006. Planen ble seinere utvidet til 2008.

Planen hadde som hensikt å styrke en utvikling av psykiatriske helsetjenester til befolkningen gjennom å tilføre midler til bl.a. å styrke kommunale tilbud, og omstrukturere og bygge ut spesialisthelsetjenesten med mer kommunenære tiltak (St.prp. nr. 63 1997-98).

I innledningen av proposisjonen ble det vektlagt behov for å bygge ut et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukeren hele tiden skal stå i sentrum.

Planen kom som en følge av St.meld. nr. 25 (1996-97) og medførte en vesentlig tilførsel av økonomiske midler til styrking av de ulike tjenestetilbudene, men vektla i mindre grad incitament for kompetanseheving gjennom samarbeids- og samhandlingstiltak.

Gjennom økte økonomiske ressurser til både spesialist- og kommunehelsetjenesten har vi sett at tilbudet til de psykisk syke har blitt styrket. Vi har en forforståelse av at tilbudet kan ha blitt bedre innen begge nivåene, men at pasienten i sentrum kanskje ikke har fått det nødvendige fokus.

Som en følge av opptrappingsplanen har helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser, spesielt de med de alvorligste tilstandene, gjennomgått en vesentlig faglig utvikling med konsekvens av at de ulike behandlings og omsorgstiltakene kan møte den enkelte mer ut fra et individuelt perspektiv. Samtidig kan det være mulig å tenke at en styrking av deltjenestene utilsiktet kan ha bidratt til at mellomrommet mellom tjenestene også i en viss grad er økt.

Behovet for å skape helhet for mennesker med sammensatte behov innen både spesialist- og kommunehelsetjenesten ble understreket både i felles psykiatriplan (1997) og St.meld. nr. 25 (1996-97).

Begge dokumentene peker på behovet for å koordinere ulike tjenester, og stortingsmeldingen foreslår at dette er en oppgave som legges til kommunehelsetjenesten. Et av virkemidlene i psykiatriplanen for Trondheim kommune og psykisk helsevern i Sør-Trøndelag har vært

etablering av ansvarsgrupper for å fordele oppgaver mellom ulike tiltak, og koordinering av disse. Dette ble i Lov om pasientrettigheter som kom i 1999, ytterligere tydeliggjort gjennom rettighet til individuell plan.

Denne rettigheten medfører at personen selv skal ha mulighet til å delta i utforming av en plan for sammensatte tjenester, og ved hjelp av koordinering få en oversikt over hvordan disse virker inn på hverandre.

Men det har i tillegg til pasientens behov for å få oversikt over sine tjenester også vært fokusert på hvordan kunnskap om møte med mennesker med psykiske lidelser kunne styrkes innen de kommunale tiltak. Både stortingsmeldingen (St.meld. nr. 25 1996-97) og planen mellom Trondheim kommune og Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag, felles psykiatriplan (1997) pekte på behovet for samarbeid mellom tjenestene. Planen presenterte tiltak for kompetanseheving gjennom felles tiltak.

Det har på nasjonalt hold vært vurdert et behov for å ansvarliggjøre spesialisthelsetjenesten i forhold til kompetanseoverføring gjennom å lovpålegge en plikt til å veilede kommunehelsetjenesten:

#### § 6-3. Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrifter (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1999).

Dette har gitt tydelige oppgaver for spesialisthelsetjenesten når det gjelder å tilføre kommunehelsetjenesten kunnskap for å kunne gjøre sine oppgaver i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig har det vært mulig å tolke føringer for et samarbeid som kunne bedre sammenhengen mellom tjenester når mennesker har behov for sammensatte tjenester, eller når de har behov for å bevege seg mellom ulike tiltak.

I 2005 kom Norsk offentlig utredning (NOU) 2005 nr 3 *Fra stykkevis og delt til helt* som poengterer at manglende samhandling mellom tjenestenivåene er et utbredt problem i effektiv pasientbehandling, noe som vises i regjeringens utredning fra 2005 i punkt 7.4.1:

Utvalgets mandat tar likevel utgangspunkt i at samarbeidsordningene ennå er utilstrekkelige. Utvalget tolker utviklingen slik at det på begge tjenestenivåene har blitt

økende forståelse for at målene om effektiv pasientbehandling ikke kan nås uten god samhandling (NOU 2005 nr 3:87).

I etterkant av denne NOUen konkluderte Statens Helsetilsyn med følgende på bakgrunn av tilsyn både i spesialist- og kommunehelsetjeneste med at det er:

Mangelfull kunnskap om øvrige tilbud.  
Manglende eller mangelfull informasjonsflyt  
Ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold  
Manglende kommunal oppfølging etter utskrivning fra institusjon.  
Oppsplittet organisering (Helsetilsynet 2011).

Dette er et av innspillene som forsterker konklusjonene i St.meld. nr. 47 (2008-09).

Stortingsmeldingen poengterer:

Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. Forløpstenkningen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad (St. meld. nr. 47 2008-09:14).

Samtidig vektlegger reformen også behovet for at spesialist- og kommunehelsetjenesten må bli mer likeverdige beslutningstakere. Dette kan forstås slik at det innebærer en større grad av gjensidighet i utveksling av kunnskap mellom de to tjenestenivåene.

Samhandlingsreformens grunntanke kan framstå som ny for ledere og utøvere både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I et maktperspektiv kan det handle om institusjonell makt (jamfør punkt 2.5.6). En endring i hverdagen som krever en endring av organisasjonene og dermed en endring av ledelse.

Utredningen ser på dagens praksis som lite hensiktsmessig i et samhandlingsperspektiv, da hver enhet representerer seg selv og blir målt ut i fra det den presterer, innenfor det utredningen omtaler som: ”søyleorganisert, med parallell, vertikal organisering[...]” (St. meld. nr. 47:47).

Vi opplever, som tidligere nevnt, i vår hverdag at det flyttes pasienter mellom de ulike nivåene uten at det har vært god nok kommunikasjon mellom tjenestene. Samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste oppleves ikke organisert på en måte som sikrer gode sømløse overganger, men mer som flytting fra `silo` til `silo`, eller søyle til søyle som det står i samhandlingsreformen (jamfør punkt 2.1).

På den ene side kan en tenke seg at føringer fra tidligere planer fortsatt ikke er implementert i organisasjonene. Dette gjenspeiles I St.meld. nr. 47 (2008-09:21). Der beskrives det at en av hovedutfordringene innen helsetjenestene er at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Dette ser vi og igjen i St.meld. nr. 25 (1996-97).

Dette begrunnes med at tjenestene i liten grad har systemer som understøtter pasientens behov for helhetlige pasientforløpet til tross for at det finnes krav om for eksempel individuell plan.

Vi har rettighets-, finansierings-, beslutnings-, brukermedvirknings- og prioriteringsbestemmelser rettet inn mot henholdsvis spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, men vi har i liten grad systemer som er rettet inn mot pasientenes samlede behov (St.meld. nr. 47 2008-09:22).

Som nevnt over opplever vi en hverdag der pasientene flyttes mellom tjenester beskrevet som siloer eller søyler (St.meld. nr. 47 2008-09:47). Mellom disse siloene er det avtaler som skal ha til hensikt å regulere oppgavefordelingen mellom dem. Dette skal da sikre måten enkeltindivider i organisasjonene samhandler om en felles pasientgruppe, og rundt den enkelte pasienten.

Gjennom en organisering av tjenester på to nivå kan det ligge en risiko for at tjenestene i stor grad fokuserer på egen aktivitet og i mindre grad på sammenhengen med andre. Dette kan ytterligere forsterkes ved at det innen de ulike tjenestene er en ytterligere fragmentering som igjen kan forsterke fokus på del-tjenestene og dermed skape avstand, eller mangel på sammenheng for de som har behov for ulike tjenester samtidig.

”Vi har i liten grad systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot del-tjenestene” (St.meld. nr. 47 2008-09:21).

Helsetjenestene kan synes å bære preg av at det utvikles ny kunnskap og nye metoder innenfor de ulike 'siloene'. Både når det gjelder spesialisthelsetjenestens diagnose og behandlingsmuligheter og kommunehelsetjenestens omsorgstilbud. Dette kan gi store muligheter for bedre og mer avanserte tilbud, men kan kanskje også forsterke den vertikale oppbyggingen av de ulike delene av tjenesten.

St.meld. 47 (2008-09:126) beskriver at kompetanse opparbeides både formelt og via erfaring. Dette ser vi på under forskningsspørsmål 1 der syn på kunnskap og kunnskapsutveksling i organisasjonene belyses.

Samhandlingsreformen peker på at det vil være et stadig krav om økt kompetanse og spesialisering, noe som vil medføre at det vil være nødvendig med en oppgavefordeling mellom tjenester fra ulike organisatoriske enheter.

Reformen vil derfor vektlegge to sentrale områder som kan bidra til sammenhenger for tjenesten til den enkelte.

Det ene er å bidra til at Nasjonal helseplan i større grad skal legge tydelige føringer for hovedlinjene i helse- og omsorgstjenestene. Det andre er en utvikling av gode og helhetlige pasientforløp som kan bli en felles referanse for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene.

St.meld. nr. 47 (2008 – 09) legger opp til en strategi som skal skape en felles forståelse for hva som er gode pasientforløp, og hvilke krav det fører til i forhold til samarbeid mellom aktørene.

I løsningsstrategien inngår følgende aktuelle hovedgrep:

Klarere pasientrolle

Ny framtidig kommunerolle slik at de i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløpene

Etablere økonomiske insentiver som understøtter den ønskede oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

(St.meld. nr. 47, 2008 – 2009:25).

Strategiene kan se ut til i stor grad å fokusere på tiltak på systemnivå, men når man ser på den enkelte personens behov kan disse i større grad oppleves ut fra de tjenester han eller hun får fra enkeltutøvere innen de ulike systemene.

[...] Når pasientens mestring av eget liv er den sentrale målsettingen på mange av helse- og omsorgssektorens områder (for eksempel rehabilitering, psykisk helse, rus og kroniske sykdommer) vil det ofte være samspillet mellom helsetjenestene og de ulike kommunale tjenestene som kan legge til rette for mestring  
(St.meld. nr. 47, 2008 – 09:27).

I tillegg kjenner vi til Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Denne delen av spesialisthelsetjenesteloven kan gi inntrykk av at spesialisthelsetjenesten har en spesiell kompetanse som er overordnet den som finnes i kommunehelsetjenesten. Det kan kanskje føre til en oppfatning av at kommunehelsetjenesten mangler nødvendig kompetanse, som må tilføres fra spesialistnivå.

Med utgangspunkt i at helsetjenesten er organisert i ulike deler med ulik kompetanse og fokusområde, kan det argumenteres for dette synet, men det trenger ikke nødvendigvis bety at kommunehelsetjenesten sin kompetanse har mindre betydning for den enkelte pasient sitt behandlingsforløp. Et mål for spesialisthelsetjenesten sine oppgaver er at pasienten skal fungere ute i samfunnet, eller med andre ord i en kommune med tilgang på de nødvendige tjenester der vedkommende bor.

Dette poenget styrkes gjennom formuleringer i den nye reformen som vektlegger at tiltak i kommunene i større grad kan ha betydning for den totale tjenesten til den enkelte pasient.

En ny framtidig kommunal rolle betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og Avhandlingene vil endres. Det blir en tyngdepunktforflytning over fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere, i den forstand at ikke en av aktørenes premisser ensidig blir dominerende for arbeidet (St.meld. nr. 47, 2008-09:33).

Dette kan tolkes slik at de ulike nivåene av helsetjenesten sees som likeverdige parter i en totaltjeneste. Det bør medføre et større fokus på at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene har forskjellig kompetanse. Dette kan igjen påvirke tolkningen av veiledningsplikten til ikke bare å være et ensidig tiltak fra den ene tjenesten, men til å kunne være en gjensidig praksis med fokus på en helhetlig helsetjeneste for den enkelte.

Mer konkret betyr dette at aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen (St.meld. nr. 47, 2008-09:48).

Det blir et åpent spørsmål hvordan overordnede politiske føringer kan operasjonaliseres på en måte som medfører at de får påvirkning på de som har direkte kontakt med pasienter på utøvernivå.

#### **4.2.4 Sammenfatning av dokumentgjennomgang**

##### ***4.2.4.1 Dokumenter relatert til forskningsspørsmål 1***

St.meld. 47(2008-09) viser til at det er behov for mer kunnskap innen tjenestenivå. Noe av intensjonen med stortingsmeldingen ligger i at oppgaver som i dag løses av spesialisthelsetjenesten, skal løses av kommunehelsetjenesten i framtiden. Allerede i St.meld. 25 (1996-97:21) beskrives behovet for økt kunnskap innen kommunehelsetjenesten:



”Helsepersonell som arbeider i primærhelsetjenesten skal få bedre opplæring og kompetanse i å ta hånd om pasienter med psykiske lidelser”. I felles psykiatriplan (1997) beskrives det behov for tiltak for å styrke kunnskap til de som skulle yte tjenestene. I dokumentanalysen ser vi at tjenestene ble tilført midler for å styrke de ulike tilbudene, men vi kan i liten grad se vektlegging av kunnskapsheving gjennom samarbeid og samhandlingstiltak på utøvernivå.

#### *4.2.4.2 Dokumenter relatert til forskningsspørsmål 2*

St.meld. 25(1996-97) poengterer behovet for en nær og tilgjengelig spesialisthelstjeneste for å styrke kommunehelsetjenestens mulighet for oppfølging av mennesker med psykiske lidelser. I felles psykiatriplan, *Mestring og livskvalitet* (1997) har Trondheim kommune og St. Olavs Hospital mål om å utvikle en organisasjon gjennom veiledning og hospitering. Dette blir forsterket gjennom spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt i lov om spesialisthelsetjenesten fra 1999. Men det er lite å finne om behov for gjensidighet når det gjelder utveksling av kunnskap. Dette gjenspeiler seg også i St.meld. 47 (2008-09), som bygger opp om samhandlingsperspektivet, men fortsatt ser oppgaver fordelt mellom to atskilte tjenester.

#### *4.2.4.3 Dokumenter relatert til forskningsspørsmål 3*

St. meld. 47(2008-09) uttrykker et mål om at tjenestenivåene skal bli mer likeverdige partnere. Gjennom at spesialisthelsetjenesten er lovpålagt veiledning av kommunehelsetjenesten kan vi se at det er klare føringer for å styrke kunnskap gjennom utveksling. Det er ikke beskrevet klart at det skal være gjensidighet i denne utvekslingen.

Det ble allerede i St.meld. 25(1996-97) pekt på at spesialistinstitusjonene har hatt tradisjon for å ta et omfattende ansvar for pasientene. Det kan tolkes som noe av grunnlaget for at St.meld. 47(2008-09) poengterer behovet for gode og helhetlige pasientforløp.

Vi kan altså se at det fortsatt uttrykkes behov for mer samhandling i organisasjoner som har hatt belønningssystemer rettet mer inn mot den enkelte tjeneste, enn pasienters samlede behov.

Beskrivelsene av tjenestene i de nye føringene vektlegger fortsatt i stor grad oppgavefordeling, selv om flere oppgaver foreslås flyttet til kommunehelsetjenesten. Det vektlegges at de to nivåene skal ha mer likeverdige posisjoner når det gjelder å vurdere

menneskers behov for tjenester, men dokumentene sier ikke noe om at kunnskap i de to tjenestene skal sees i samme lys.

### 4.3 Data fra intervju.

Vi har gjennomført to fokusgruppeintervju med ansatte fra henholdsvis Trondheim kommune og St. Olavs hospital. Forut for intervjuene informerte vi lederne for tjenestene og innhentet samtykke til å invitere medarbeidere til fokusgruppeintervju om forskningsspørsmålene som skulle belyse vår problemstilling. Vi inviterte medarbeidere fra psykiatrisk avdeling Østmarka og enhet for boliger for mennesker med psykiske lidelser i Trondheim kommune. Det meldte seg seks respondenter i hver av tjenestene, men intervjuene ble gjennomført med fire deltakere fra spesialisthelsetjenesten og fem fra kommunehelsetjenesten pga. sykdom i gruppene. Alternativt ville vi hatt behov for å invitere til to nye fokusgrupper, men vi vurderte etter transkribering at vi hadde nok materiale for å belyse problemstillingen. Undersøkelsen ble gjennomført ved de respektive enhetene, og medarbeidere i spesialisthelsetjenesten ble intervjuet på et gruppekantor på Østmarka, mens kommunemedarbeiderne møttes på møterom hos enhetslederen.

Begge gruppene viste stor interesse for å delta i undersøkelsen, og uttalte seg spontant om de tre forskningstemaene. Intervjuene gikk greit med forsiktig bistand fra forskerne som fungerte som moderatorer. Gruppemedlemmene vekslet på å lytte og snakke, og vi sikret at alle kommenterte hvert punkt. De enkelte respondentene ga uttrykk for egne oppfatninger, men reflekterte over temaene som gruppe og korrigerste i enkelte tilfelle egne uttalelser.

Intervjusituasjonen ble av deltakerne og forskerne opplevd som samtaler om spennende tema, og respondentene i begge gruppene takket for anledningen til å delta og få uttale seg om forskningsspørsmålene.

Vi erfarte at medarbeiderne var åpne for hverandre, selv om de kunne uttrykke ulike erfaringer på en del områder. De var tydelig opptatt av problemstillingen, og ga uttrykk for behov for at temaet ble diskutert.

Vi presenterte forskningsspørsmålene i gruppene etter en kort generell informasjon, men kunne for øvrig la samtalen gå av seg selv. Vårt hovedbidrag var å skifte til nytt spørsmål når medarbeiderne hadde gitt uttrykk for synspunkter om et tema.

Vi er tre forskere som har skrevet denne avhandlingen, og valgte å holde den ene av oss ute fra intervjuene siden vedkommende er leder for medarbeiderne i den ene fokusgruppen. Men som Ry Nilsen og Repstad (1993) poengterer har dette gitt oss mulighet til å vurdere med større kjennskap til medarbeiderne sin hverdagspraksis.

Intervjuene ble tatt opp på lydfil og senere transkribert hver for seg av de to som foretok intervjuene. Transkripsjonen ble senere sammenstilt for å sikre best mulig korrekt gjengivelse. I dette arbeidet har også den tredje forskeren hatt mulighet til å vurdere mulige uklårheter, og sikre tydelighet i utsagn.

### 4.3.1 Sammenfatning av intervju

#### 4.3.1.1 Intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 1

Tabell 2 intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 1

Respondentene fra Trondheim kommune	Respondentene fra St. Olavs hospital
”Kunnskap er noe jeg har papirer på”	”Teorier betyr ingenting uten erfaring, og det samme går jo motsatt vei”
”Klokskap er noe annet enn kunnskap, det kommer på bakgrunn av erfaring”	”Det faglige man har lært og lest, men like mye det vi erfarer”
”For å forstå det spesielle må du ha både kunnskap og utdanning”	”Teorier betyr ingenting uten erfaring”
”Opplæringsansvarlig gir et enhetlig syn på hva som er viktig”	”Den første tida selv om man har grunnutdanning, herregud så lite jeg kunne”
”Det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen”	”Vi har ulik spisskompetanse”
”Har du møtt en Schizofren, ja så har du møtt én schizofren”	”Ikke noe er så lærerikt som å ha en student, en må evaluere seg selv”
”Du lærer jo masse av dem du er på jobb sammen med - reflekterer og snakker[...]”	”I kollegaveiledning opplever vi ofte at den ene har sett på en helt annen måte en den andre”
	”I forhold til å snappe opp fra andre, det er en kjempefelle,[...] hvis andre ikke gjør en god jobb så[...]”
	”Jeg kan så mye jeg ikke kan sette ord på”

	”Jeg vet ikke hvordan jeg har skjønt det”
	”Vi har jo forskjellig spisskompetanse vi som sitter her nå. Noe er likt, men det er mye spisskompetanse som er forskjellig også”

#### 4.3.1.2 Intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 2

Tabell 3 intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 2

Respondentene fra Trondheim kommune	Respondentene fra St. Olavs hospital
”Noen må ut å få tak i kunnskap”	”Har hatt god erfaring med å invitere de fra boligen inn på hospitering, og at vi drar ut i boligen og får da noen kunnskap tilbake som hjelper oss til neste pasient som skal ut”
”Spesialisthelsetjenesten må komme ut for å hindre innleggelse”	”Jeg har gode erfaringer med å bli godt kjent med hjelperne i kommunen [...] kan diskutere veldig åpent,”
”Utveksling av kompetanse går begge veier”	”Vi ringer hverandre ofte”
”Det er sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]men med post NN[...] er det for så vidt enkelt å be om at de kommer og tar en undervisning”	”Der har vi forandret oss mye bare på de årene jeg har arbeidet her, blant annet med hospitering, de kommer hit og vi drar dit”
”Du lærer jo masse av dem du er på jobb sammen med. Reflekterer og snakker[...] ”	”Vi skjønner nå mye mer hvordan det er å jobbe i en bolig, Hvorfor kan ikke de bare videreføre det vi gjør, det har blitt klarere”
”Jeg tror kunnskapsutveksling er nøkkelen. Vi kan ha brukeren i fokus og vite hva hverandre gjør [...]”	”Vi blir med dem for å forsøke å få det til ute i boligen”
”Hadde vi hatt et navn eller en knagg, eller en post om ikke annet som hadde kjent han [...] så hadde vi kommet langt med enkelte[...]”	”Vi lager våre egne retningslinjer mellom boligen og oss - Den blir førende for samhandlingen”
”De overordnede avtalene bare ’er der’[...]”	”Den største endringen er at det er utvirket det klare skille med å være innlagt i sykehuset, du er innlagt og skal ha hjelp her, eller utskrevet og ha hjelp der”
”[...]Samhandling – da tenker jeg på en beboer hvor det er en eller annen utfordring med, og så er jeg litt i tvil[...] kan oppsøke samarbeidspartnere og høre hva de tenker”	”De ligger til grunn for det som skjer i praksis, og vi tenker ikke så mye på de overordnede, for vi lager våre egne avtaler med dem”
”Spesialisthelsetjenesten må gå utenfor	”Jeg har skjønt så mye nå, som jeg ikke

rammen sin”	skjønte da, men så vet jeg ikke hvordan jeg har skjønt det”
”Samarbeidsmøter, der vi blir enige om hvem som har ansvaret for hva”	”Vi skjønner nå mye mer om hvordan det er å jobbe i en bolig, Hvorfor de ikke bare kan videreføre det vi gjør [...] Det har blitt klarere”
”Ofte en plan som er laget i samarbeid, med varselsignal. Da er det ofte det ender med innleggelse da”	”De tenker ikke over hva de får til, men hvis det blir satt ord på det, ser de at det er bra”
”Møter i boligen blir mer boligfokusert, vi får sagt litt om hvordan vi jobber, og [...] Det er liksom vår hjemmebane [...]”	”I forhold til å snappe opp fra andre, det er en kjempeselle [...] hvis andre ikke gjør en god jobb så [...]”
”Vi skal være flinke til å samarbeide. Vi skal ha selvtillitt på at vi også kan noe.”	”De tenker ikke på hva de får til, men hvis det blir satt ord på det, virker det bra”
”Når møtene er på Østmarka tar jeg liksom av meg lua og tørker av meg på føttene”	”Jeg har gode erfaringer med å bli godt kjent med hjelperne i kommunen jeg vet hva de mener og står for og kan diskutere veldig åpent[...]da ser de mye mer løsninger”

#### 4.3.1.3 Intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 3

Tabell 4 intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 3

Respondentene fra Trondheim kommune	Respondentene fra St. Olavs hospital
”Sykehuset er den formelle behandleren, 1. Linja tror at 2.linja reparerer”	”Smådetaljene er kjempeviktig men de store avtalene må stå en plass som ansvarliggjør både sykehuset og kommunen”
”Jeg opplever at avtaler ikke følges opp. Hver gang vi møtes er det nye personer tilstede”	”De er frustrert over våre forventninger til dem, vi har noen forventninger til dem som ikke er realistisk”
”Vi kommer alene mens de ofte stiller med flere”	”Pasienten sitter med den opplevelsen at vi har mer makt her på sykehuset”
”Vi må slutte å være direkte ydmyke ovenfor dem”	”Det er og et formalisert maktaspekt i om at vi er litt sånn riset bak speilet.”
”Det kommer ofte telefon om utskrivning fredagen kl. 15. Vi har begynt å si at vi må få med medisiner for en uke, og resepter og sånn[...]”	”Muligheten til å bruke sykehuset,[...]lista må være mye lavere før pasienten blir for dårlig. Det vil være et kjempeløft for kommunen”
”Det er ei slags rangordning, når jeg tar kontakt med sykehuset blir jeg spurt om jeg har gjort en vurdering. Men pasienten får	”Vi lager våre egne retningslinjer mellom boligen og oss, den blir førende for

ikke mer hjelp [...] Men når NN ringer og sier akkurat de samme vurderingene som jeg har gjort, er mannen innlagt på minuttet”	samhandlingen”
”Vi kunne ønske en større åpenhet, og planlagte opphold. Men svaret er at vi har sluttet med planlagte innleggelse [...]”	
”De overordnede avtalene bare ’er der’[...]”	
”Der er det sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]”	
”opplæringsansvarlig[...] kan bli et maktsentrum for hvilken kunnskap som spres”	
”Opplæringsansvarlig gir et enhetlig syn på hva som er viktig”.	
”Det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen”.	
”Når møtene er på Østmarka tar jeg liksom av meg lua og tørker av meg på føttene”	
”Møter i boligen blir mer boligfokusert”	

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha behov for sammensatte tiltak fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Behovene kan bygge på komplekse tilstander som krever kompetanse både innen behandling og omsorg. Dette er tiltak som i dag er organisert og utviklet innen de ulike delene av tjenestene, og kan i en viss grad preges av at mennesker får avgrensede tilbud der de til enhver tid oppholder seg. For de som har langvarige lidelser kan det medføre sekvensielle tiltak, og en av utfordringene kan være å skape sammenhenger mellom disse. Vi ser ut av intervjuene at ansatte fra begge organisasjonene er opptatt av og har erfaring med kunnskap, kunnskapsutveksling og maktrelasjoner mellom tjenestenivåene.

## 5 ANALYSE

### 5.1 Forskningsspørsmål 1: Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne.

#### 5.1.1 Bakgrunn for at spørsmålet ble stilt.

Bakgrunnen for at vi stiller dette spørsmålet, er et ønske om å finne ut hvordan kunnskap blir forstått i praksisfeltet, og om det er ulikheter/likheter i synet på hva kunnskap er, eller blir til i de respektive 'siloeene'. Vi vil også undersøke om kunnskapsforståelse kan ha noen sammenheng med de tjenester som faktisk ytes på de ulike tjenestenivå.

#### 5.1.2 Datafangst fra dokumentanalysen

St.meld. 47(2008-09) viser til at det er behov for mer kunnskap innen tjenestenivå. Noe av intensjonen med stortingsmeldingen ligger i at oppgaver som i dag løses av spesialisthelsetjenesten, skal løses av kommunehelsetjenesten i framtiden. Allerede i St.meld. 25 (1996-97:21) beskrives behovet for økt kunnskap innen kommunehelsetjenesten: "Helsepersonell som arbeider i primærhelsetjenesten skal få bedre opplæring og kompetanse i å ta hånd om pasienter med psykiske lidelser". I felles psykiatriplan (1997) beskrives det behov for tiltak for å styrke kunnskap til de som skulle yte tjenestene. I dokumentanalysen ser vi at tjenestene ble tilført midler for å styrke de ulike tilbudene, men vi kan i liten grad se vektlegging av kunnskapsheving gjennom samarbeid og samhandlingstiltak på utøvernivå.

#### 5.1.3 Datafangst fra intervjuene

Respondentene fra Trondheim kommune sa blant annet dette angående hva de la i begrepet kunnskap:

"Kunnskap er noe jeg har papirer på"

"Klokskap er noe annet enn kunnskap, det kommer på bakgrunn av erfaring"

"For å forstå det spesielle må du ha både kunnskap og utdanning"

"Opplæringsansvarlig gir et enhetlig syn på hva som er viktig"

"Det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen"

"Har du møtt en Schizofren, ja så har du møtt én schizofren"

"Du lærer jo masse av dem du er på jobb sammen med - reflekterer og snakker[...]"

Det samme ser vi igjen hos respondentene fra St. Olavs hospital. De uttalte blant annet:

”Teorier betyr ingenting uten erfaring, og det samme går jo motsatt vei”

”Det faglige man har lært og lest, men like mye det vi erfarer”

”Teorier betyr ingenting uten erfaring”

”Den første tida selv om man har grunnutdanning, herregud så lite jeg kunne”

”Vi har ulik spisskompetanse”

”Ikke noe er så lærerikt som å ha en student, en må evaluere seg selv”

”I kollegaveiledning opplever vi ofte at den ene har sett på en helt annen måte en den andre”

”I forhold til å snappe opp fra andre, det er en kjempefelle,[...] hvis andre ikke gjør en god jobb så[...]

”Jeg kan så mye jeg ikke kan sette ord på”

”Jeg vet ikke hvordan jeg har skjönt det”

”Vi har jo forskjellig spisskompetanse vi som sitter her nå. Noe er likt, men det er mye spisskompetanse som er forskjellig også”

#### **5.1.4 Teorier relatert til forskningsspørsmål 1**

Under punkt 2.3.1 har vi beskrevet Gottschalk (2004) sitt kunnskapshierarki. Dette for å se om vi kan finne noe som tyder på at de ulike nivåene i helsevesenet har ulikt syn på kunnskap, og Newell et. al. (2009) sine to betraktninger på kunnskap, som strukturell eller prosessuell. I tillegg har vi tatt med Irgens sine to modeller for kunnskap i forhold til Maskin- og prosessperspektivet. Dette med bakgrunn i at de representerer to ulike syn på kunnskap. Er kunnskapen det vi kan kalle formalkunnskap, eller har det i seg elementer av realkunnskap?

Vi har og valgt modell 1 og 2 Argyris (1990), for å se om det er ulikheter mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste i hvordan kunnskap utvikles på de ulike enhetene.

Vi har valgt å se på hvordan respondentene fra de ulike enhetene ser på kunnskap hver for seg. Dette med bakgrunn i at vi under dette forskningsspørsmålet ønsker å se på synet på kunnskap og kunnskapsutveksling internt i hver av organisasjonene for å se om vi finner ulikheter og likheter.



Kan forskjellige vurderinger fra medarbeidere innen tjenestenivåene forstås som om at de har ulikt syn på kunnskap. Vi har valgt å bruke Polanyi (2000) sin beskrivelse av taus kunnskap for å belyse dette fenomenet.

### 5.1.5 Analyse av forskningsspørsmål 1

I intervjuene ble det stilt spørsmål om hvordan medarbeiderne forsto kunnskapsbegrepet. Datafangst fra dokumentanalysen viser at kunnskap har vært et ønsket virkemiddel for å nå overordnede føringer. Fra St.meld. 25 (1996-97) til St.meld. 47 (2008-09) ser vi at kunnskap er et fokusert område (jamfør punkt 4.2.1 og 4.2.3). I felles psykiatriplan fra 1997 finner vi beskrevet konkrete tiltak for å øke kunnskap innen tjenesteområdene (jamfør punkt 4.2.2).

En av respondentene fra Trondheim kommune sa: ”Kunnskap er noe jeg har papirer på”, Dette kan tyde på at respondenten fra Trondheim kommune hadde et syn på kunnskap som kan ses på som en strukturell verdi, at kunnskap er en personlig verdi som eies av den enkelte. Utsagnet kan også tolkes til å handle om boklig lærdom, eller objektiv kunnskap og data som Gottschalk ville ha kategorisert det i sitt kunnskapshierarki, som gav kvalifikasjoner til å gjennomføre generelle tiltak for pasientene. Dette kan forstås som det Irgens (2007) kaller maskinperspektivet, og det Newell et. al. (2009) beskriver som et strukturelt syn på kunnskap.

Faren med et slikt kunnskapssyn kan være at en mister noe av helheten som kunnskapen om å jobbe med mennesker innebærer. All kunnskapen er da eid, og ikke delt med andre. Dette kan kjennes igjen i det Polanyi (2000) forklarer som en taus dimensjon innen kunnskapsutveksling. Forskjellen er at Polanyi ser på kunnskap som prosessuell, og må læres, deles og utvikles gjennom erfaring.

En annen respondent fra Trondheim kommune sa:

”Klokskap er noe annet enn kunnskap, det kommer på bakgrunn av erfaring”.

Dette kan tyde på et kunnskapssyn som er utvidet i forhold til den første respondenten.

Utsagnet kan gi assosiasjoner både til det prosessuelle kunnskapsperspektivet til Irgens (2007) og Newell et. al. (2009) sine forklaringer på kunnskap (jamfør punkt 2.3.1). Respondenten her er også opptatt av det Gottschalk (2004) beskriver som erfaring, eller kombinasjon av data, der data omsettes til informasjon og kunnskap.

En av respondentene fra kommunehelsetjenesten sa: ”For å forstå det spesielle må du ha både kunnskap og utdanning”. Dette kan gi et godt bilde av kunnskapshierarkiet. Her kan det tyde

på at respondentene både befester den strukturelle og den erfarings- eller prosessbaserte kunnskapen som kan føre til samspill mellom de ulike elementene i kunnskapshierarkiet, og lede til ny kunnskap.

Ved St Olavs hospital var respondentene også opptatt av at kunnskap både var prosessuell og strukturell. Dette kan vi se gjennom følgende utsagn:

”Teorier betyr ingenting uten erfaring, og det samme går jo motsatt vei”

”Det faglige man har lært og lest, men like mye det vi erfarer.”

Noe av kritikken til å se kunnskap som en hierarkisk oppbygning har vært at kunnskap må eksistere før informasjon kan utvikles (jamfør punkt 2.3.1) En kan tolke utsagnet ”Teorier betyr ingenting uten erfaring, og det samme går jo motsatt vei” som en slags tilsvar til denne kritikken av å se kunnskap som en hierarkisk oppbygging. Teorier bygger på erfaring og erfaring bygger på teorier.

Funnene viser at medarbeiderne i de to organisasjonene på mange måter har samme syn på begrepet kunnskap. Vi fant ulikheter angående deres syn på verdien av taus kunnskap, og hvordan kunnskap ble utviklet internt på enheten.

Respondentene fra Trondheim kommune var som tidligere nevnt opptatt av erfaring som ramme for kunnskap. Men de hadde liten bevissthet rundt hva denne erfaringen kunne føre til og hvilke muligheter det kan ligge i det tause perspektivet. Det ble ikke gitt uttrykt for hvilken læring som kan foregå internt i en organisasjon. Funnene tyder på at læring mellom kollegaer ikke ble premiert i egen organisasjon: En av respondentene fra Trondheim kommune sa:

”Det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen”.

Dette kan tyde på at det ikke er lagt opp til arenaer der en kan lære av hverandre, men at kunnskapen som erverves gjennom erfaring blir en kunnskap som er statisk, og dermed kan få elementer i seg som kan minne om det strukturelle- eller maskinperspektivet, selv om kunnskapen er erfart prosessuelt i samhandling med en pasient. En annen respondent fra kommunen sa blant annet:

”Har du møtt en Schizofren, ja så har du møtt én schizofren”. Dette kan tyde på klare perspektiver på at kunnskap om denne type lidelse ikke nødvendigvis kun er strukturell. Den er et samspill mellom det strukturelle og det prosessuelle, som skal sikre gode tjenester til

pasientene. Faren er at dette blir defensive læringsstrategier, som sørger for at alle til enhver tid gjør som de alltid har gjort. Dette kan kjennes igjen i modell 1 tenkning (Argyris 1990), der handlinger som i utgangspunktet er gode, kan ha utilsiktede og uheldige konsekvenser

Funnene tyder på at medarbeiderne i Trondheim kommune ser at kunnskap er noe de skaper prosessuelt i samhandling med andre. Utsagnene fra fokusgruppen kan imidlertid tyde på at det ikke gis anledning til å utveksle ervervet prosessuell erfaringskunnskap i ønsket grad. Ressursfokusering i kommunen kan tenkes å gå på at samtidig tidsbruk er ressurs spill, noe utsagnet over underbygger. Dette kan føre til defensive læringsstrategier, og redusere den prosessuelle læringen internt på enheten.

I en organisasjon hvor medarbeidere i stor grad jobber alene kan vi se klare elementer av enkeltkretslæring, der det kun er korrigerende av egen kurs som endrer atferd. De blir ikke gitt tilbakemeldinger på egen jobb, og står i fare for å utvikle private praksiser.

Funnene kan tyde på at St. Olavs hospital har et annet syn på kunnskapsutveksling internt på egen enhet. Respondentene hadde blant annet utsagn som:

”Ikke noe er så lærerrikt som å ha en student, en må evaluere seg selv”.

”I kollegaveiledning opplever vi ofte at den ene har sett på en helt annen måte en den andre”.

Utsagnene tyder det på at de er opptatt av å komme så nær en felles oppfatning som mulig, ved å gi ærlige tilbakemeldinger til hverandre i ulike situasjoner. De referer både til kollegaer og studenter som utfordrer dem faglig i det daglige virke. Dette kan minne om det Argyris(1990) omtaler som modell 2 læring. Der det er viktig å belyse en situasjon fra flere sider for å komme nærmere sannheten, slik at en oppnår best mulig resultat. Dette omtales også som dobbeltkretslæring (Argyris 1990).

Respondentene fra Trondheim kommune sa også ”Du lærer jo masse av dem du er på jobb sammen med - reflekterer og snakker[...]” Utsagnet kan gi holdepunkter for det at det Argyris(1990) beskriver som dobbeltkretslæring er representert blant medarbeiderne. Medarbeiderne reflekterer rundt sin egen praksis og kanskje endrer de måten de arbeider på gjennom tilbakemeldinger fra kollegaer.

Funnene tyder på at organisasjonen ved å fokusere på effektivitet og ressursstyring ikke legger til rette for denne typen læring. En fokusering på resultatoppnåelse kan sees i

sammenheng med et av kjennetegnene til NPM, slik Irgens (2010) beskriver det: ”Mindre vekt på hva som blir gjort, og større vekt på å måle om det oppnås resultater”.

En av utfordringene til det å lære av dem du arbeider sammen med, kan utdypes ved et sitat fra en av respondentene fra St. Olavs hospital. ”I forhold til å snappe opp fra andre, det er en kjempeselle,[...] hvis andre ikke gjør en god jobb så[...]” I slike situasjoner kan det være viktig å ha et bevisst forhold til sin egen forståelse av kunnskap og hvordan en tilegner seg den. Dobbeltkretslæring handler om: gjennom refleksjon sammen med andre danne seg ny kunnskap.

Respondentene fra St Olavs hospital hadde også utsagn som kan tyde på at de er bevisst den kunnskapen erfaring gir, og hvordan den kan arte seg i hverdagen.

”Jeg kan så mye jeg ikke kan sette ord på” og

”Jeg vet ikke hvordan jeg har skjønt det”

Respondentene illustrerer her det vi har beskrevet som ”figerspitzgefölen”, eller det Polanyi(2000:16) omtaler som. ”Jeg skal ta utgangspunkt i det faktum at vi kan vite mer enn vi kan si”.

Denne kunnskapen kan være basert på både strukturell boklig lærdom, og prosessuell erfaringsbasert kunnskap.

”Den første tida selv om man har grunntidning, herregud så lite jeg kunne.”

Utsagnet kan synes å speile Gottschalk (2004) sitt kunnskapshierarki på en god måte. Vi kommer inn i arbeidslivet på nivå en og beveger oss gjennom erfaring og prosessuelt tilegnet kunnskap over fra data og informasjon mot kunnskap og visdom.

Funnene tyder på at medarbeiderne oppfatter kunnskap og kunnskapsutveksling innen de to organisasjonene relativt likt. De tyder imidlertid på at spesialisthelsetjenesten sin organisering er mer tilrettelagt for et prosessuelt kunnskapssyn enn kommunen.

Det kan tyde på at det er til dels store forskjeller på hvordan erfaringskunnskap benyttes og brukes i de ulike enhetene. Medarbeidere i kommunen har i stor grad utviklet erfaringskunnskap i samhandling med pasienten alene. Spesialisthelsetjenesten har et fokus på at de ansatte deler erfaringskunnskap for å sikre bedre tjenester for pasientene.

Vi kan med bakgrunn i intervjuene ikke hevde at det prosessuelle synet på kunnskap kun er tilstede ved St. Olavs hospital, men at rammebetingelsene for utøvelse av prosessen er ulike. Respondenten som uttalte at: ”det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen”, hadde et ønske om at de i større grad kunne dele kunnskap internt.

Respondentene fra St Olav var også opptatt av sin egen spisskompetanse. Dette gikk på profesjoner og den lærdom profesjonen hadde gitt dem. Utsagnet: ”Vi har jo forskjellig spisskompetanse vi som sitter her nå. Noe er likt, men det er mye spisskompetanse som er forskjellig også” underbygger dette, og kan tyde på at disse har til dels noe strukturell kunnskap som de er opptatt av å fremheve. Funnene kan tyde på at medarbeiderne i spesialisthelsetjenesten har rammevilkår som legger til rette for en spesialisering av den enkelte. Dette underbygges av St.meld. nr. 47 (2008 – 2009:25) ”Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse”.

Undersøkelsen tyder på at denne typen strukturell kunnskap settes inn i en prosessuell sammenheng og oppfattes som en felles ressurs, mens den innen kommunehelsetjenesten mer sees som en individuell egenskap.

#### **5.1.6 Svar på forskningsspørsmål 1**

Forskningsspørsmålet handler om hvilken kunnskapsforståelse medarbeiderne har. Det har sin bakgrunn i en forforståelse om at hvordan den enkelte ser på kunnskap, senere kan ha betydning for hvordan kunnskap deles. Vi ønsket her å se på både hvordan de oppfatter kunnskapen de har, om den var prosessuell eller av strukturell karakter slik vi kan se hos Newell et. al. (2009) og hos Irgens (2007) som omtaler kunnskap som sosialt basert eller det vi omtaler som boklig basert.

Vi ønsket å se på dette for å undersøke om det er noen forskjell på de to organisasjonene, da de tilsynelatende representerer hvert sitt syn. Spesialisthelsetjenesten sin oppgave har de siste ti- årene fått en enda klarere dreining til effektiv behandling via medisiner og prosedyrer som diagnostiske verktøy og lignende. Mens kommunen på sin side har et fokus på mestring og ivaretagelse i eget hjemme miljø.

Funnene viser at de to organisasjonene på mange måter har samme syn på begrepet kunnskap. Begge organisasjonene ser viktigheten av dette med den strukturelle forforståelsen som boklig lærdom kan gi, samtidig som de er opptatt av at læring også skjer gjennom ulike erfaringer i praksis.

Erfaringslæring og deling av erfaringskunnskap mellom kolleger er et område undersøkelsen viser størst forskjell mellom de to utøvernivåene. De har forskjellige oppfatninger av hvordan taus kunnskap blir formidlet. Det er og store forskjeller på hvilke muligheter de har for utvikling av taus kunnskap, og hvor bevisste de er denne dimensjonen av læring

Som nevnt over er respondentene fra kommunen opptatt av erfaring som ramme for kunnskapsforståelse. Men det er i liten grad bevissthet rundt hva kunnskaps erfaringer kan føre til og hvilke muligheter det ligger i det tause perspektivet. De opplever også at læring mellom kollegaer ikke blir premiært eller lagt til rette for innen egen organisasjon. Dette kommer klart til uttrykk fra en av respondentene Trondheim kommune:

Funnene tyder på at det ikke er lagt opp til en praksis der samhandling internt blir fremhevet som et viktig instrument i utviklingen av kunnskap. Kunnskapen som erverves gjennom erfaring blir en kunnskap som er statisk, og kan dermed få elementer i seg som kan minne om det strukturelle- og maskinperspektivet, selv om kunnskapen er erfart prosessuelt i samhandling med en pasient.

St Olav har en annen tilnærming til begrepet taus kunnskap. Funnene i undersøkelsen viser at de bruker dette bevisst i egen organisasjon.

Vi kan på mange måter gjenkjenne dette som modell 1 og modell 2 læring. Det vil ikke nødvendigvis si at modell 1 læring er feil, men at det ligger utfordringer i kommunen for å tilrettelegge for refleksjonsarenaer i arbeidstiden. Respondentene fra St Olav beskriver og kollegaveiledning som instrument for læring, der de får tilbakemelding på egen praksis av kollegaer.

Gjennom dette kan vi kanskje se at St. Olav er noe bedre på å benytte det Gottschalk (Jamfør punkt 2.3.1) omtaler som kunnskapspyramiden. Funnene i undersøkelsen viser at de begge har et syn på kunnskap som både er prosessuelt og strukturelt. Det vil si at de har kunnskap om det de utfører, men at spesialisthelsetjenesten bruker dette bevisst for å omgjøre informasjon og data til kunnskap og muligens visdom rundt egen praksis.

## 5.2 Forskningsspørsmål 2: På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene.

### 5.2.1 Bakgrunn for at spørsmålet ble stilt.

Bakgrunn for forskningsspørsmålet bygger på en forforståelse om at deling av kunnskap mellom ulike tjenestenivå kan føre til økt kunnskap, ikke bare innen den enkelte enhet, men også på tvers og mellom dem. Vi ønsker også å se på forskningsspørsmålet ut fra stortingsmeldingene og samarbeidsavtalene omtalt i punkt 4.2.

Vi ønsker med dette forskningsspørsmålet å se på hvilket perspektiv enkeltmedarbeidere har på kunnskapsdeling, knyttet opp mot bedre og mer sammenhengende tjenester mellom nivåene.

### 5.2.2 Datafangst fra dokumentanalysen

St.meld. 25(1996-97) poengterer behovet for en nær og tilgjengelig spesialisthelstjeneste for å styrke kommunehelsetjenestens mulighet for oppfølging av mennesker med psykiske lidelser. I felles psykiatriplan, *Mestring og livskvalitet* (1997) har Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune som mål å utvikle en organisasjon gjennom veiledning og hospitering. Dette blir forsterket gjennom spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt i lov om spesialisthelsetjenesten fra 1999. Men det er lite å finne om behov for gjensidighet når det gjelder utveksling av kunnskap. Dette gjenspeiler seg også i St.meld. 47 (2008-09), som bygger opp om samhandlingsperspektivet, men fortsatt ser oppgaver fordelt mellom to atskilte tjenester.

### 5.2.3 Datafangst fra intervjuene

Respondentene fra Trondheim kommune sa blant annet:

”Noen må ut å få tak i kunnskap”

”Spesialisthelsetjenesten må komme ut for å hindre innleggelse”

”Utveksling av kompetanse går begge veier”

”Det er sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]men med post NN[...] er det for så vidt enkelt å be om at de kommer og tar en undervisning”

”Du lærer jo masse av dem du er på jobb sammen med. Reflekterer og snakker[...] ”

”Jeg tror kunnskapsutveksling er nøkkelen. Vi kan ha brukeren i fokus og vite hva hverandre gjør [...]”

”Hadde vi hatt et navn eller en knagg, eller en post om ikke annet som hadde kjent han [...] så hadde vi kommet langt med enkelte[...]”

”De overordnede avtalene bare ’er der’[...]”

”[...]Samhandling – da tenker jeg på en beboer hvor det er en eller annen utfordring med, og så er jeg litt i tvil[...] kan oppsøke samarbeidspartnere og høre hva de tenker”

”Spesialisthelsetjenesten må gå utenfor rammen sin”

”Samarbeidsmøter, der vi blir enige om hvem som har ansvaret for hva”

”Ofte en plan som er laget i samarbeid, med varselsignal. Da er det ofte det ender med innleggelse da”

”Møter i boligen blir mer boligfokusert, vi får sagt litt om hvordan vi jobber, og [...] Det er liksom vår hjemmebane [...]”

”Vi skal være flinke til å samarbeide. Vi skal ha selvtillitt på at vi også kan noe.”

”Når møtene er på Østmarka tar jeg liksom av meg lua og tørker av meg på føttene”

Respondentene fra St. Olav sa i intervjuet blant annet:

”Har hatt god erfaring med å invitere de fra boligen inn på hospitering, og at vi drar ut i boligen og får da noen kunnskap tilbake som hjelper oss til neste pasient som skal ut”

”Jeg har gode erfaringer med å bli godt kjent med hjelperne i kommunen [...] kan diskutere veldig åpent”

”Vi ringer hverandre ofte”

”Der har vi forandret oss mye bare på de årene jeg har arbeidet her, blant annet med hospitering, De kommer hit og vi drar dit”

”Vi skjønner nå mye mer hvordan det er å jobbe i en bolig, Hvorfor kan ikke de bare videreføre det vi gjør, det har blitt klarere”

”Vi blir med dem for å forsøke å få det til ute i boligen”

”Vi lager våre egne retningslinjer mellom boligen og oss - Den blir førende for samhandlingen”

”Den største endringen er at det er utvasket det klare skille med å være innlagt i sykehuset, du er innlagt og skal ha hjelp her, eller utskrevet og ha hjelp der”



”De ligger til grunn for det som skjer i praksis, og vi tenker ikke så mye på de overordnede, for vi lager våre egne avtaler med dem”

”Jeg har skjont så mye nå, som jeg ikke skjønte da, men så vet jeg ikke hvordan jeg har skjont det”

”Vi skjønner nå mye mer om hvordan det er å jobbe i en bolig, Hvorfor de ikke bare kan videreføre det vi gjør [...] Det har blitt klarere”

”De tenker ikke over hva de får til, men hvis det blir satt ord på det, ser de at det er bra”

”I forhold til å snappe opp fra andre, det er en kjempfelle [...] hvis andre ikke gjør en god jobb så [...]”

”De tenker ikke på hva de får til, men hvis det blir satt ord på det, virker det bra”

”Jeg har gode erfaringer med å bli godt kjent med hjelperne i kommunen jeg vet hva de mener og står for og kan diskutere veldig åpent[...]da ser de mye mer løsninger”

#### **5.2.4 Teorier relatert til forskningsspørsmål 2**

For å belyse dette har vi valgt å fokusere på strategier for kunnskapsdeling gjennom Gottschalk (2004) sine beskrivelser av sjefs og grasrot initiativet samt Rohlin et. al.(1994) sine beskrivelser av ekspert og aktørstrategi. Vi har i tillegg valgt å ta inn Von Krogh et. al (2007) sine beskrivelser av kunnskapshjelpere, for å se om disse blir brukt som et organisatorisk hjelpemiddel for deling av kunnskap. Ulike elementer innen kunnskapsdeling har vi valgt å forstå ut fra Nonaka og Takeuchi(1995) sin modell – SEKI.

Videre har vi sett på mulige arenaer for kunnskapsdeling beskrevet av respondentene. Dette har vi valgt å gå nærmere inn på gjennom begrepet BA.

#### **5.2.5 Analyse av forskningsspørsmål 2**

Ut fra intervjuene kan vi se at begge gruppene er opptatt av kunnskapsutveksling mellom nivåene. En av dem som ble intervjuet hadde kjennskap til overordnede avtaler og retningslinjer for samhandling. De andre respondentene uttrykte behov for rammer for samarbeid, men vektla i større grad direkte kontakt mellom de forskjellige aktørene i hverdagen.

En av respondentene fra St. Olav uttrykte:

”Der har vi forandret oss mye, bare på de årene jeg har arbeidet her, blant annet med hospitering - De kommer hit og vi drar dit.”

Dette kan tyde på at enkelte av respondentene har opplevd en bedring av samhandling etter St. meld. 25 (1996-97) og frem til i dag. I et teoretisk perspektiv kan dette tolkes på flere måter. Både sjef og grasrot initiativet kan sees på som utslagsgivende for dette, spørsmålet er om stortingsmeldingene, lovene og retningslinjene som har medført endring eller om det er aktørene selv som gjennom økt fokus på helhetlig behandling har blitt motivert til økt samhandling. Intervjuene kan ikke gi noe klart svar på dette. Gruppen fra St. Olav uttalte om overordnede retningslinjer følgende:

”De ligger til grunn for det som skjer i praksis, og vi tenker ikke så mye på de overordnede, for vi lager våre egne avtaler med dem”.

Et annet utsagn lød: ”Vi lager våre egne retningslinjer mellom boligen og oss - den blir førende for samhandlingen” Utsagnet kan tyde på en viss kjennskap til overordnede rammer, men at de på den annen side ikke har noe særlig betydning for den faktiske samhandlingen i praksis. Dette kan vi både kjenne igjen i aktørstrategien og innen grasrotinitiativet.

Utfordringen for enhetene kan ligge i at de samarbeidsformene som utvikles kan gå på tvers av overordnede føringer. En slik praksis kan gi utfordringer med tanke på at det etableres samhandlingsrutiner som ikke har forankring på ledernivå i de to organisasjonene. Det vil nødvendigvis ikke føre til at samhandlingsrelasjoner utvikles, men at dette blir individavhengig og kan medføre at det ikke gir tilsiktet effekt i organisasjonen som helhet. Dersom det ikke er en sammenheng mellom praksis og overordnede føringer, kan det gi mulighet for parallelle prosesser i organisasjonene.

Gottschalk (2004:52) beskriver sjefsinitiativet. Dette perspektivet representerer en hierarkisk forståelse av organisasjonen basert på styring etter overordnede planer. I vår undersøkelse kan en se paralleller både til lokale samhandlingsavtaler som felles psykiatri plan (1997) mellom Sør-Trøndelag fylkeskommune og Trondheim kommune samt sentralt gitte føringer for samhandling, slik som St. meld. 47(2008-09).

Grasrotinitiativet tar utgangspunkt i motivasjon i medarbeidergruppa. Medarbeiderne har behov for effektive linjer, og hurtig informasjonsflyt mellom nivåene uavhengig av hvilke avtaler som ligger til grunn på systemnivå. Dette vil trolig gi en mer effektiv hverdag for de

enkelte ansatte innen de to organisasjonene, og kan bidra til raskere beslutningslinjer (Gottschalk 2004:52).

Inntrykket av at dette kan være individuelle prosesser kan understøttes av et utsagn fra Trondheim kommune:

”Det er sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]men med post NN[...] er det for så vidt enkelt å be om at de kommer og tar en undervisning” et annet utsagn som også understøtter dette perspektivet fra St Olav var:

”Jeg har gode erfaringer med å bli godt kjent med hjelperne i kommunen [...] kan diskutere veldig åpent,” og ”Vi ringer hverandre ofte”.

Dette kan tyde på at det er etablert individuelle praksiser, uavhengig av overordnede føringer mellom nivåene. Sett med bakgrunn i utsagnet om at enhetene fungerer forskjellig, kan vi se behovet for en mer samlet strategi, der alle blir involvert. Dette vil stemme godt overens med det Rohlin et. al. (1994) omtaler som Aktørstrategien. I den modellen er de opptatt av medarbeiderstyrte prosesser i dialog med ledelsen. Rohlin et. al. (1994) hevder at når aktørene selv er med på å bestemme, vil implementeringen av nye strategier være enklere enn ved at de ansatte får instruks om hvordan de skal handle.

Sett i lys av et strategiperspektiv, kan vi se at overordnede planer og føringer kan beskrives som det Mintzberg et. al. (2009) omtaler som intended strategy. Dette kan være føringer som kommer til praksisfeltet som overordnede retningslinjer. Intensjonen med føringene kan være etablering av ny praksis i forhold til for eksempel samhandling.

Utsagnene fra informantene kan gi indikasjoner for en praksis som kan minne om det Mintzberg et. al. (2009) beskriver som emergent strategy. Dette ved at de overordnede føringene som kommer ikke nødvendigvis gir måloppnåelse ut i fra intensjonen. Dette kan forstås som planlagt aktivitet fra et overordnet nivå, som kan synes å få et annet uttrykk på utøvernivå. En av de kommunale respondentene uttalte

”De overordnede avtalene bare ’er der’[...]”.

Dette kan tyde på at det forekommer en kunnskapsoverføring mellom nivåene, noe som trolig kan gi økt kunnskap hos den enkelte. utfordringen kan ligge i hvilken grad dette er en av faktorene som er vurdert i valg av strategi for å bedre samhandling mellom tjenestenivåene. De overordnede avtalene mellom St. Olav hospital og Trondheim kommune fokuserer i stor

grad på strukturelle faktorer. Dette kan forstås ut fra en strategi hvor en tenker seg en behandlingsskjede med klar oppgavefordeling. Når vi ser på utsagn fra deltakerne i undersøkelsen:

”[...]Samhandling – da tenker jeg på en beboer hvor det er en eller annen utfordring med, og så er jeg litt i tvil[...] kan oppsøke samarbeidspartnere og høre hva de tenker”.

Dette utsagnet kan forstås dit hen at de i større grad vektlegger prosessuelle faktorer gjennom samhandling, der de er opptatt av å utvikle situasjonsbestemt ny kunnskap mer enn å følge de overordnede retningslinjene for samhandling. Når det gjelder behov for ny kunnskap, viser uttalelser fra medarbeiderne at de aktivt søker etter ny relevant kunnskap. ”Når diskusjonene stopper - vet vi at vi ikke vet [...] noen må ut å få tak i kunnskap” I intervjuene var representantene fra Trondheim kommune opptatt av at spesialisthelsetjenesten delte sin kunnskap om enkeltpasienter.

”Spesialisthelsetjenesten må komme ut for å hindre innleggelser”.

Videre ble det sagt at ”Spesialisthelsetjenesten må gå utenfor rammen sin”. Utsagnene kan gjenspeile at representanter fra kommunen mener det er viktig å dele kunnskap gjennom å arbeide sammen. Begge gruppene ga uttrykk for at det utvikles ny kunnskap gjennom deling av erfaring. Dette kan vi finne igjen under forskningsspørsmål nummer 1, hvor kunnskapssynet ble diskutert. Et av utsagnene fra spesialisthelsetjenesten var:

”Jeg har skjont så mye nå, som jeg ikke skjonte da, men så vet jeg ikke hvordan jeg har skjont det”. Dette kan beskrives som det Polanyi(2000) omtaler som taus kunnskap.

”Vi kan vite mer enn vi kan si” (Polanyi 2000:16).

Sett i sammenheng med Nonaka et. al. (1995) sitt syn på deling av taus kunnskap kan vi se flere utsagn som kan analyseres ved hjelp av SEKI modellen.

Det Nonaka et. al. (1995) beskriver som sosialisering kan vises i utsagn som: ”Du lærer jo masse av dem du er på jobb sammen med. Reflekterer og snakker[...]” i tillegg sa de at ”Utveksling av kompetanse går begge veier” dette understøttes av spesialisthelsetjenesten, som uttrykte: ”Har hatt god erfaring med å invitere de fra boligen inn på hospitering og at vi drar ut i boligen og får[...] kunnskap tilbake som hjelper oss til neste pasient som skal ut”. Dette kan tolkes som at representantene fra begge miljøene har et ønske om å skape et praksismiljø hvor medarbeiderne kan dele erfaringer på tvers av nivåene. Dette kan sees som prosesser hvor taus kunnskap kan deles gjennom praksis og samhandling på tvers av nivåene.

Dette kan også kjennes igjen fra tiltak beskrevet i felles psykiatriplan fra 1997, der hospitering var et av virkemidlene. Vår erfaring er at dette tiltaket i liten grad har vært gjennomført.

Tidligere i avhandlingen er det nevnt at det i enkelte sammenhenger er etablert praksiser hvor spesialisthelsetjenesten drar ut til boliger i kommunehelsetjenesten og møter pasienter og ansatte. Som en følge av dette uttrykker medarbeidere fra spesialisthelsetjenesten:

”Vi skjønner nå mye mer om hvordan det er å jobbe i en bolig, Hvorfor de ikke bare kan videreføre det vi gjør [...] Det har blitt klarere”. Dette tyder på et resultat av både utveksling av taus kunnskap og en eksternalisering gjennom felles dialog og refleksjon.

Det kan være mulig å se hvordan veiledning kan foregå i praksis når medarbeidere fra de ulike tjenestene møtes, og hvordan ferdigheter i kommunehelsetjenesten kan styrkes. En av respondentene fra spesialisthelsetjenesten sa:

”De tenker ikke over hva de får til, men hvis det blir satt ord på det, ser de at det er bra”. Dette kan gjenspeile det Nonaka et. al. (1995) beskriver som kombinerings av taus kunnskap.

Funnene i undersøkelsen kan tyde på en internalisering av taus kunnskap mellom nivåene på noen områder, men fortsatt etterspørres samhandling for å styrke tiltak for pasientene i boligene.

”Hadde vi hatt et navn eller en ’knagg’, eller en post, om ikke annet, som hadde kjent han[...] så hadde vi kommet langt med enkelte” Utsagnet kan gi uttrykk for at respondentene har et behov for et samhandlingsrom hvor erfaringer og kunnskap kan deles. På den annen side uttrykte en av respondentene ved St. Olavs hospital det som kan forstås som en risikofaktor ved deling av taus kunnskap:

”I forhold til å snappe opp fra andre, det er en kjempfelle [...] hvis andre ikke gjør en god jobb så [...]”. Dette kan gjenspeile noe av kritikken mot SEKI modellen. Det stilles få krav til kunnskapens legitimitet, noe som kan føre til videreføring av uhensiktsmessige praksiser.

Funnene i undersøkelsen viser at spesialist- og kommunehelsetjenesten søker flere arenaer for å utveksle praktisk hverdagskunnskap. Dette kan stå litt i kontrast til formaliserte strukturer med samarbeids- og planleggingsmøter.

Ba blir av Von Krogh et. al. (2007:203) beskrevet som en kunnskapsfremmende kontekst som kan ha ulik form og sammensetning. De skiller ikke mellom fysiske møter og virtuelle rom. Begrepet Ba søker å forene de ulike arenaene hvor kunnskapsutveksling og kunnskapsutveksling kan skje.

En av respondentene fra kommunehelsetjenesten sa: ”Samarbeidsmøter, der vi blir enige om hvem som har ansvaret for hva” og

”Ofte en plan som er laget i samarbeid, med varselsignal. Da er det ofte det ender med innleggelse da”.

Begge intervjugruppene omtalte strukturelle samarbeidsmøter som viktige for å knytte sammen helhetlige tilbud for pasientene, men rammen ble opplevd som oppgaveorientert der ansvar ble fordelt mellom tjenestene. Sett opp mot Gottschalk(2004) sitt kunnskapshierarki, kan en se dette mer som informasjonsutveksling, og dermed ikke nødvendigvis kunnskapsbyggende for organisasjonene.

”Møter i boligen blir mer boligfokusert, vi får sagt litt om hvordan vi jobber, og [...] Det er liksom vår hjemmebane [...]”.

”Vi skal være flinke til å samarbeide. Vi skal ha selvtillitt på at vi også kan noe”.

Utsagnet fra kommunehelsetjenesten kan tyde på at når møtepunktene legges til kommunen, oppfattes kunnskapsutveksling på en annen måte.

Funnene i undersøkelsen kan vise at hvilke arenaer som tas i bruk for møter mellom tjenestene kan ha betydning for hva som tas opp. En kan forstå ut fra utsagnene at hvor møtet holdes har innvirkning på hva som blir diskutert. I dette tilfellet, så vil rommet for kunnskapsutveksling (Ba) oppfattes forskjellig i forhold til hvor det fysisk er plassert. I et slikt tilfelle, så kan det være viktig for deltagerne å være bevisst på dette momentet. Kanskje det kan være en mulighet til å utvikle en felles arena for utveksling av kunnskap. Et felles Ba hvor representanter både fra kommune og spesialisthelsetjenesten kan samles og utvikle kunnskap i fellesskap.

Respondent fra kommunehelsetjenesten sa: ”Utveksling av kompetanse går begge veier”.

En av medarbeiderne fra spesialisthelsetjenesten uttalte: ”Vi blir med dem for å forsøke å få det til ute i boligen”.

Det kan virke som om medarbeiderne er opptatt av å flytte kunnskapsutvekslingen fra de strukturerte rammebetingelsene som forefinnes i institusjonene og ut til de kommunale boligene, hvor kunnskapen skal anvendes til å bidra til at pasientene kan etablere seg med sammenhengende tjenestetilbud.

Det kan synes som om denne praksisen bryter med de overordnede avtaler, som mer baserer seg på oppgavefordeling, mens medarbeiderne uttrykker en økende bevissthet på å synliggjøre hvordan de arbeider for hverandre.

Dette kan da ses på som kombinerings av kunnskap basert på data og informasjon, der kunnskapsutvekslingen er prosessuell. I denne praksisen kan det også være mulighet for at ulike aktører konstruerer en felles oppfatning av hvilke behov pasienten har, og hvordan de kan møtes der pasienten oppholder seg. Dette har vært en utfordring for aktørene. Et utsagn fra St Olav underbygger dette:

”Vi skjønner nå mye mer hvordan det er å jobbe i en bolig, Hvorfor kan ikke de bare videreføre det vi gjør[...] Det har blitt klarere.”

Dette kan være eksempler på det Von Krogh et. al. (2007) omtaler som ba, som de beskriver som en kunnskapsfremmende kontekst. Funnene kan tyde på at de eksisterende strukturelle arenaer ikke møter behovene til utøverne for å skape sammenhengende tjenester for pasientene. Det kan synes som om de har etablert en praksis seg i mellom ut i fra individnivå for å sikre det St.meld. 47 omtaler som sømløse tjenester.

I et strategiperspektiv kan vi se dette som emerged strategy, utviklet av aktørene for å få kunnskapsammenhenger i tjenestene. Hvis vi nå skal se på denne utviklingen i et kunnskapsledelsesperspektiv kan det være interessant å ta utgangspunkt von Krogh et. al. (2007) sin skissering av de 5 kunnskapshjelpere som i utgangspunktet er tenkt som en planlagt strategi som tar høyde for at kunnskap er sosialt konstruert.

### Å formulere en kunnskapsvisjon

Von Krogh et. al. (2007) beskriver det å formulere en kunnskapsvisjon som et grep lederen ved en enhet kan gjøre for å bevisstgjøre medarbeiderne den konteksten enheten fungerer innen. Kunnskapsvisjonen blir en slags bevisstgjøring på ”[...]Den verden de lever i[...] Den verden de burde leve i[...] Den kunnskapen de bør lete opp og skape”. Von Krogh et. al. (2007:125). I intervjuene kom det frem holdepunkter for at personalet ansatt ved St. Olavs hospital utforsket omgivelsene utenfor sykehuset via hospiteringsordninger. En av informantene fra St. Olavs hospital sa. ”Har hatt god erfaring med å invitere de fra boligen inn på hospitering, og at vi drar ut i boligen og får da noen kunnskap tilbake som hjelper oss til neste pasient som skal ut”. En kan ikke hevde at det å formulere en kunnskapsvisjon er en

bevisst handling fra enhetens leder, men de ansatte danner seg kanskje en formening om hvilke omgivelser enheten fungerer i, samtidig som de kanskje tar med seg ny kunnskap tilbake til sin egen enhet. En av representantene fra Trondheim kommune sa:

”Spesialisthelsetjenesten må gå utafør ramma si [...] utveksling av kunnskap går begge veier”. Dette kan kanskje tyde på at det er en visshet i personalgruppen at det forefinnes kunnskap som en er villig til å dele med samarbeidende enheter. Det kan ut fra funnene være vanskelig å hevde at lederne ved enhetene bevisst har formulert en kunnskapsvisjon, men det kan kanskje hevdes at begge gruppene har en formening om at en bør ut i verden for å undersøke hvilken kunnskap som må letes opp og så skapes videre.

### Å lede samtaler

Von Krogh et. al. (2007) beskriver at det å bekrefte og utvikle kunnskap er viktige faktorer i en samtale. Tidligere har vi nevnt spesialisthelsetjenesten sin veiledningsplikt. Dette innebærer at representanter fra spesialisthelsetjenesten har en plikt til å gjennomføre veiledning ovenfor kommunehelsetjenesten.

En av respondenten fra Trondheim kommune sa: ”Der er det sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...] Men med NN[...] er det for så vidt enkelt å be om at de kommer og tar en undervisning”. Dette kan tyde på at veiledning fra spesialisthelsetjenesten ikke er organisert og systematisert, men at det heller kommer an på hvilke personer en til en hver tid samhandler med. En av respondentene fra St. Olavs hospital sa: ”De tenker ikke på hva de får til, men hvis det blir satt ord på det, virker det bra”. Dette kan tyde på det Von Krogh et. al. (2007) beskriver som å bekrefte kunnskap gjennom å lede samtaler. Ved å sette ord på den kunnskapen som forefinnes, kan den kanskje synliggjøres og bekrefte.

En av respondentene fra Trondheim kommune sa at: ”Møter i boligen blir mer boligfokusert, vi får sagt litt om hvordan vi jobber, og [...] det er liksom vår hjemmebane[...]” Dette kan kanskje tyde på at arenaen for hvor en gjennomfører samtaler kan ha en betydning for hva som tas opp. Dette kan kanskje underbygges av det en av respondentene fra Trondheim kommune sa: ”Når møtene er på Østmarka tar jeg liksom av meg lua og tørker av meg på føttene”. Når en gjennomfører en samtale, så kan det være viktig å være seg bevisst at innholdet i samtalen kan påvirkes av hvor samtalen gjennomføres.



## Å mobilisere kunnskapsaktivister

Von Krogh et. al. (2007) beskriver rollen som kunnskapsaktivist som engasjement gjennom praksis for å utvikle kunnskap i en organisasjon. I intervjuet med representanter fra spesialisthelsetjenesten ble det sagt: ”Jeg har gode erfaringer med å bli godt kjent med hjelperne i kommunen jeg vet hva de mener og står for og kan diskutere veldig åpent[...]da ser de mye mer løsninger”. Dette kan kanskje tyde på at det forefinnes et engasjement for å bli kjent med representanter fra enheter en samhandler med. Dette engasjementet kan igjen kanskje føre til det respondenten forklarte med ” da ser de mye mer løsninger”. Ved å mobilisere engasjerte personer innen enheten kan en kanskje oppnå å utvikle nye løsninger. Dette kan igjen kanskje føre til at ny kunnskap utvikles innen organisasjonen. En av respondentene fra Trondheim kommune sa: ”Jeg tror kunnskapsutveksling er nøkkelen [...]” Dette kan tyde på at det er en vilje til å utvikle kunnskap innen enhetene. En av respondentene fra spesialisthelsetjenesten sa: ”[...]de kommer hit og vi drar dit” kan være et utsagn som bekrefter at personalet drar mellom de forskjellige enhetene. Dette kan føre til at utvekslingen av kunnskap mellom enhetene blir bedre.

## Å skape den riktige konteksten

Von Krogh et. al. (2007) sier at det å skape den riktige konteksten kan være en viktig faktor for å kunne utvikle ny kunnskap. En av respondentene fra St. Olavs hospital sa at: ”Vi skjønner nå mye mer hvordan det er å jobbe i en bolig, og hvorfor de ikke bare kan videreføre det vi gjør, det har blitt klarere” Uttalelsen kan tyde på at dersom personalet fra en enhet gjør seg kjent med de samarbeidende enhetene, så kan en utvikle en forståelse av hvilke forutsetninger og muligheter samarbeidende enheter har. Denne forståelsen kan kanskje bidra til å skape en dialog og sosialisering mellom enhetene. Dette kan igjen kanskje føre til at kunnskap utvikles.

Hvor møtene blir avholdt, kan være av betydning for hva som blir fokuset på under møtet, dette kan eksemplifiseres med en av utsagnene til en av respondentene fra Trondheim kommune: ”Møter i boligen blir mer boligfokuset, vi får sagt litt om hvordan vi jobber, og [...] Det er liksom vår hjemmebane[...]”. Utsagnet tyder på at å være klar over hvilken kontekst møtet arrangeres under kan være viktig. Von Krogh et. al. (2007) beskriver at dialog kan være en faktor for å skape en riktig kontekst. Utsagnet fra en av respondentene fra

Trondheim kommune kan kanskje bekrefte at det finnes relasjoner mellom personer i de forskjellige enhetene som kanskje kan føre til at det utvikles kunnskap. ”Men med NN[...] er det for så vidt enkelt å be om at de kommer og tar en undervisning” Dette kan igjen kanskje tolkes dit hen at utviklingen av kunnskap mellom enhetene er basert på relasjoner mellom enkeltpersoner og at det kanskje ikke er satt i et organisatorisk system i enhetene. Fra et lederperspektiv kan dette være viktig å være klar over. En av respondentene sa at ”Der har vi forandret oss mye, bare på de årene jeg har arbeidet her, blant annet med hospitering. De kommer hit og vi drar dit” Dette kan kanskje tyde på at det har skjedd en utvikling i løpet av de senere årene. Kanskje det har blitt en større bevissthet på at dannelse av relasjoner mellom personer fra ulike enheter, kanskje kan føre til at ny kunnskap utvikles.

### Å gjøre den lokale kunnskapen global

Von Krogh et. al. (2007) beskriver at et viktig moment er å gjøre den lokale kunnskapen global, det vil si å spre kunnskapen utenfor organisasjonenes grenser.

Under dette punktet har vi ikke konkrete funn i intervjuene med spesialist- og kommunehelsetjeneste. Det vil ikke dermed si at det ikke har blitt utviklet kunnskap, men det kan synes som om den er individtilknyttet og ikke universell.

I praksis kan dette uttrykkes ved et utsagn fra St Olav:

”Den største endringen er at det er utvisket det klare skille med å være innlagt i sykehuset[...]Du er innlagt og skal ha hjelp her, eller utskrevet å ha hjelp der”.

Utsagnet kan uttrykke en opplevelse av at skillene mellom nivåene er i ferd med å viskes ut. Dette er praksis som aktørene har skapt seg i mellom. De viser og at den ikke er globalisert ved utsagn fra Trondheim kommune som:

”Der er det sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]”.

Dette kan tyde på at praksisen er lokal, og individavhengig, og ikke er et organisatorisk strategisk grep med en tydelig lederforankring.

### 5.2.6 Svar på forskningsspørsmål 2

Funnene viser at medarbeiderne fra begge organisasjonene er opptatt av kunnskapsdeling, og de opplever at det har vært en forandring i hvordan de samhandler nå framfor tidligere.

Undersøkelsen viser at tjenestenivåene har nærmet seg hverandre. Årsaken til dette er det

vanskelig å si noe om. Funnene viser at det ikke nødvendigvis er de overordnede avtalene som gjør at de samhandler på tvers. Vi ser at de i stor grad ikke hadde med seg de overordnede avtalene som verktøy når de samhandler om pasienter på uformelle arenaer. Funnene kan tyde på et grasrot initiativ, utfordringen er at ingen av respondentene ser på dette som en klar strategi fra noen av organisasjonene. Om samhandlingen fungerer er helt avhengig av hvem man treffer i den andre enden. En kan se dette som "Emreged strategy" slik Mintzberg et.al. (2009) omtaler det. De overordnede planene operasjonaliseres i en form der det strukturelle perspektivet som preger avtalene er byttet ut med det vi kan kalle et tilfeldig prosessuelt perspektiv. Det som er tydelig er at behovet for dette tilfeldige prosessuelle perspektivet er til stede i begge organisasjoner. Funnene viser at de opplever å ha stort læringsutbytte av denne tilfeldige samhandlingen.

Det kan synes som denne samhandlingen gir rom for deling av taus kunnskap med hverandre, noe som gir bedre pasientforløp, basert på aktørens ønske om effektive informasjonslinjer. Dette kan en kjenne igjen både fra aktørstrategien som Rohlin et. al.(1994) beskriver, og fra grasrotperspektivet til Gottschalk (2004).

Det er lagt opp til mer formaliserte møter mellom de to organisasjonene. Dette er møter som avholdes enten i spesialisthelsetjenesten, eller ute i den enkelte bolig. Undersøkelsen viser at lokasjonen for møtet gir ulike perspektiv. Funnene tyder på at møtene på Østmarka sykehus blir mer formelle og strukturelle, mens møtene i boligen blir mer prosessuelle, der medarbeiderne søker praktiske løsninger sammen. Dette kan minne om det Von Krogh et. al. (2009) omtaler som Ba, der respondentene opplever at hvor møtet blir avholdt kan ha betydning for fokus.

Funnene tyder på at den uformelle kontakten mellom møtene kan ha like stor betydning for gjennomføring av tiltak.

Utfordringen for utøverlederne kan være at praksisen ikke er et organisatorisk strategisk grep med en tydelig lederforankring, men lokal, og individavhengig. Funnene tyder på at det forekommer prosessuell kontakt mellom utøvere innen tjenestenivåene, men at dette ikke nødvendigvis er en del av den lederstyrte strukturelle aktiviteten.

### **5.3 Forskningsspørsmål 3: På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester.**

#### **5.3.1 Bakgrunn for at spørsmålet ble stilt.**

Vi har ønsket å se på maktperspektivet i sammenheng med kunnskap og kunnskapsutveksling, med utgangspunkt i erfaring om at kunnskap kan gi makt. Vår forforståelse har basert seg på at de to nivåene i helsetjenestene kan ha utviklet hver sin kunnskap ut fra ulike perspektiv. Mye kunnskap om et spesialfelt kan oppfattes som overordnet den generelle kunnskapen om omsorg for mennesker med behov for dette. Vi ønsker å undersøke om dette i neste omgang kan påvirke muligheten for å utveksle kunnskap, og om en slik utveksling er ensidig eller gjensidig.

#### **5.3.2 Datafangst fra dokumentanalyse**

St.meld. 47(2008-09) uttrykker et mål om at tjenestenivåene skal bli mer likeverdige partnere. Gjennom at spesialisthelsetjenesten er lovpålagt veiledning av kommunehelsetjenesten kan vi se at det er klare føringer for å styrke kunnskap gjennom utveksling. Det er ikke beskrevet klart at det skal være gjensidighet i denne utvekslingen.

Det ble allerede i St.meld. 25(1996-97) pekt på at spesialistinstusjonene har hatt tradisjon for å ta et omfattende ansvar for pasientene. Det kan tolkes som noe av grunnlaget for at St.meld. 47(2008-09) poengterer behovet for gode og helhetlige pasientforløp.

Vi kan altså se at det fortsatt uttrykkes behov for mer samhandling i organisasjoner som har hatt belønningssystemer rettet mer inn mot den enkelte tjeneste, enn pasienters samlede behov.

Beskrivelsene av tjenestene i de nye føringene vektlegger fortsatt i stor grad oppgavefordeling, selv om flere oppgaver foreslås flyttet til kommunehelsetjenesten. Det vektlegges at de to nivåene skal ha mer likeverdige posisjoner når det gjelder å vurdere menneskers behov for tjenester, men dokumentene sier ikke noe om at kunnskap i de to tjenestene skal sees i samme lys.

### 5.3.3 Datafangst fra intervjuene.

I fokusgruppene fant vi at det er ulikheter i hvor likeverdige i maktrelasjonen respondentene fra de to organisasjonene oppfattet seg.

Respondentene fra Trondheim kommune sa blant annet:

”Sykehuset er den formelle behandleren, 1. Linja tror at 2.linja reparerer”

”Jeg opplever at avtaler ikke følges opp. Hver gang vi møtes er det nye personer tilstede”

”Vi kommer alene mens de ofte stiller med flere”

”Vi må slutte å være direkte ydmyke ovenfor dem”

”Det kommer ofte telefon om utskriving fredagen kl. 15. Vi har begynt å si at vi må få med medisiner for en uke, og resepter og sånn[...]

”Det er ei slags rangordning, når jeg tar kontakt med sykehuset blir jeg spurt om jeg har gjort en vurdering. Men pasienten får ikke mer hjelp [...] Men når NN ringer og sier akkurat de samme vurderingene som jeg har gjort, er mannen innlagt på minuttet”

”Vi kunne ønske en større åpenhet, og planlagte opphold. Men svaret er at vi har sluttet med planlagte innleggelser [...]

”De overordnede avtalene bare ’er der’[...]

”Der er det sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]

”opplæringsansvarlig[...] kan bli et maktsentrum for hvilken kunnskap som spres”

”Opplæringsansvarlig gir et enhetlig syn på hva som er viktig”

”Det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen”

”Når møtene er på Østmarka tar jeg liksom av meg lua og tørker av meg på føttene”

”Møter i boligen blir mer boligfokusert”

Respondentene fra St. Olavs hospital ytret blant annet følgende:

”Smådetaljene er kjempeviktig men de store avtalene må stå en plass som ansvarliggjør både sykehuset og kommunen”

”De er frustrert over våre forventninger til dem, vi har noen forventninger til dem som ikke er realistisk”

”Pasienten sitter med den opplevelsen at vi har mer makt her på sykehuset”

”Det er og et formalisert maktaspekt i om at vi er litt sånn riset bak speilet.”

”Muligheten til å bruke sykehuset,[...]lista må være mye lavere før pasienten blir for dårlig. Det vil være et kjempeløft for kommunen”

”Vi lager våre egne retningslinjer mellom boligen og oss, den blir førende for samhandlingen”

### 5.3.4 Teorier relatert til forskningsspørsmål 3

Forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i hvordan maktrelasjonene mellom tjenestene kan oppfattes. Innledningsvis ser vi på hvordan organiseringen av helsetjenestene kan forstås ut fra Røvik (2007) sin beskrivelse av siloorganisering. Resten av analysen bygger på Christensen og Daugaard Jensen (2009) sin inndeling av begrepet makt, og begrepet Best practise beskrevet av Rennemo (2006) og Newell et. al. (2009).

### 5.3.5 Analyse av forskningsspørsmål 3

Vi har valgt å se på hvordan ulike maktstrukturer kan påvirke utvikling av kunnskapsutveksling og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Temaet har blitt aktualisert gjennom stortingsmelding 25 (1996-1997) og stortingsmelding 47 (2008-2009). Når sammenhengende tjenester for pasienter fortsatt er tematikk i meldingene, kan det være mulig å tenke at det er strukturelle hindringer for å utvikle en bedre praksis.

Stortingsmelding 47 (2008-2009:47) omtaler de to nivåene som

søyleorganisert, med parallell vertikal organisering. De drives og ledes derfor i stor grad med sikte på at de selv skal yte gode tjenester isolert sett. Lovgivningen er også utformet ulikt for det enkelte tjenesteområde, noe som kan bidra til å gjøre samarbeid mellom tjenestenivåene vanskeligere å gjennomføre

#### Siloorganisering

Vår erfaring fra praksis er at det oppstår en diskusjoner mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om hvor pasientene bør få sine hovedtiltak. Det kan medføre at medarbeidere i kommunens boliger med personalbase vurderer at pasientene ikke er i stand til å oppholde seg i boligen, og bør innlegges i institusjon for behandling til de kan mestre

ferdigheter med å bo på en tilfredsstillende måte. På den andre siden kan medarbeidere i spesialisthelsetjenesten oppleve pasientene som enten i stabil psykisk tilstand, eller ute av stand til å nyttiggjøre seg mer behandling, og derfor være ferdigbehandlet og klar for utskriving.

Begge vurderinger kan av de involverte sees som riktige i den gitte sammenhengen. Det kan være mulig å tenke at dette kan være et utslag av vurderinger utført innen den enkelte deltjenesten, og det kunnskapsperspektivet vurderingen har som utgangspunkt. Dette kan være enten ut fra pasientens psykiske tilstand og fungering inne i en behandlingstjeneste, eller slik kommunens medarbeidere ser brukerens fungering og atferd i en bolig ute i samfunnet.

Spesialisthelsetjenesten har etter vår erfaring mer fokus på det strukturelle kunnskapsperspektivet, der de er mer opptatt av diagnoser, medikamenter og behandlingsforløp, mens kommunen har større tradisjon for å skape hverdagsmestring, omsorg og veiledning. Dette kan ses på som et mer humanistisk eller prosessuelt perspektiv på kunnskap.

Sett i lys av Røvik (2007) sin beskrivelse av 'silotenkning' (jamfør punkt 2.1) kan vi tolke dette til at vurderinger er situasjonsbestemte i vertikale organisasjoner, og i mindre grad baseres på pasientens situasjon i et horisontalt og mer sammenhengende perspektiv.

Dokumentanalysen(jamfør punkt 4.1.3) viser at det er etablert tiltak på systemnivå for å motvirke vertikale praksiser. Dette kan vi se gjennom strukturell horisontal praksis som samarbeidsavtaler og retningslinjer, med mål om et mer horisontalt perspektiv på tjenestene til mennesker med sammensatte behov.

Men avtalene er basert på at det er en oppgavefordeling mellom de ulike deltjenestene, noe som kan føre til at den enkelte tjenesten gjennomfører tiltak uten klar sammenheng med øvrige tjenester. Disse tiltakene kan så danne grunnlaget for vurderinger som blir gjort, og føre til ulikhet i hvordan tjenestene fortsetter å betrakte pasientens behov i et vertikalt- eller søyleperspektiv.

Et eksempel på at gode intensjoner fortsatt kan være preget av hva Røvik (2007) omtaler som 'siloorganisasjoner' er når spesialisthelsetjenesten ved St. Olavs hospital, Psykisk helsevern

har tatt initiativ til å beskrive pasientforløp for mennesker med Schizofreni og varig funksjonssvikt.

Dette arbeidet har vært gjennomført i en arbeidsgruppe som i hovedsak har vært sammensatt av medarbeidere fra spesialisthelsetjenesten. Det har deltatt en medarbeider fra Trondheim kommune som har kunnet uttale seg underveis i arbeidet.

Det er rasjonelt at arbeidsgrupper ikke består av for mange deltakere, men tyngdepunktet i denne gruppen oppleves som noe ensidig.

Eksemplet beskriver et forløp for behandling av mennesker med schizofrenilidelse i spesialisthelsetjenesten. Det starter med forutsetningen om forverring av tilstanden hos en person som er kjent av spesialisthelsetjenesten, og bor i egen bolig med tiltak fra kommunehelsetjenesten. Det beskriver deretter en felles vurdering av personens behov gjennom avklaring i vedkommendes ansvarsgruppe. Dette kan i neste omgang føre til avslag på henvisningen, evt. med oppfølging i form av råd eller veiledning. Alternativt vil personen få plass i spesialistinstusjon med gjennomføring av definerte behandlingstiltak i en avdeling.

Prosedyren forutsetter at personen er ferdigbehandlet i løpet av 3 måneder, for så å utskrives til videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Videre tiltak skal ut fra dette forløpet være avklart i spesialisthelsetjenesten blant annet når det gjelder hvem som skal følge opp pasienten etter utskriving, og om dette skal foregå som et samarbeid mellom spesialist og kommunehelsetjenesten.

Intensjonen bak dette initiativet er et ønske fra spesialisthelsetjenesten om å bedre behandlingstilbudet til denne gruppen mennesker, men som det foreløpig er beskrevet kan det tolkes å ha stor grad av vertikalt perspektiv i seg. Prosedyren beskriver lite av tiltakene som skjer før og etter behandlingen innen spesialisthelsetjenesten, og har heller ikke med tydelige føringer for samarbeidet mellom de to tjenestene for mennesker med behov for sammensatte tjenester over tid.

Dette kan medføre at mellomrommet til andre deltjenester oppleves som økende. I dette tilfellet har Trondheim kommune ønsket å sette ned en egen gruppe som skal se på forløpet ut fra et kommunalt perspektiv, og deretter bidra til et initiativ for å vurdere de ulike beskrivelsene av forløp i en sammenheng.



Røvik (2007) gjengir et sitat fra boken ”*The Horizontal Organization*” av Frank Ostroff (1999) Han beskriver en mulighet for å skape sammenheng mellom horisontale organisasjoner gjennom at en:

Horisontal organisering må ta utgangspunkt i kryssfunksjonelle verdiskapingsprosesser snarere enn enkeltvise oppgaver og funksjoner. Man må få plass prosesseiere, dvs. ledere som er myndiggjort og som har ansvar for hele verdiskapingsprosessen (Røvik 2007:189-190).

Dette kan bety at ulike ledere på systemnivå blir gitt mulighet til å se de tjenestene de representerer i sammenheng, og treffe beslutninger om hvordan de kan samarbeide for å skape en sammenhengende tjenesteprosess for den enkelte pasient.

Gjennom en kryssfunksjonell verdiskapingsprosess kan det være mulig for den enkelte tjenesten å utvikle del-tjenestene. Dette på en måte som kan møte behov i andre tjenester for å skape et samarbeid som representerer kontinuitet gjennom kvalitetssikrete pasientforløp. Dette kan føre til at det blir mulig å se de store og sammenhengende linjene i et helhetlig helsetilbud for mange innen denne gruppen mennesker.

Våre erfaringer i forhold til enkelt personer med kommunale omsorgstjenester i boliger med personalbase, tyder på at ikke alle kan tilpasse sine behov til lineære strukturer slik de beskrives i pasientforløpene.

Vår erfaring er at periodisk behandling og omsorg innen de enkelte del-tjenestene ikke klarer å møte disse enkeltmenneskene slik at de opplever en helhetlig helsetjeneste etter intensjonene i samhandlingsreformen.

Praksis synliggjør dette spesielt hos personer med samtidige rus og psykiatriske lidelser, hvor psykisk tilstand i stor grad er påvirket av tilgjengelighet på rusmidler. Dette er ofte mennesker med behov for omfattende og sammensatte tjenester.

Erfaring viser at dette kan være mennesker som kan gå gjennom lineære pasientforløp i beskyttede og rusfrie omgivelser, og bedre sin psykiske tilstand og funksjonsnivå. Men etter utskrivning til egen bolig kan tilgang på rusmidler bidra til uforutsigbare og akutte endringer i tilstanden.

Pasientene kan ha behov for ulike tjenester uavhengig av ordinær forløpstenkning. Det kan også være behov for samtidighet i tjenestene, kombinert med behov for kontinuitet.

## Makt i vertikale organisasjoner

Data fra dokumentanalysen viser at det er et ønske om at helsevesenet skal oppfattes som en horisontal sømløs kjede av tjenester som skal være til det beste både for befolkningen og organisasjonene i seg selv. Dette gjennom at pasienter skal oppleve å få tjenester av god kvalitet ut i fra det behovet pasienter har til enhver tid. Dette finner vi igjen i St.meld. 47.

Et eksempel er samhandlingen mellom de to nivåene, noe eksemplet over gir et bilde av.

Pasientforløpet kan forstås slik at spesialisthelsetjenesten anvender det Christensen og Daugaard Jensen (2009) omtaler som institusjonell makt, gjennom at de presenterer en løsning som kan ses på som en regel for hvordan en pasient skal forflyttes fra det ene nivået til det andre. Fra kommunal side kan dette tolkes som utøvelse av direkte makt, ved at spesialisthelsetjenesten bestemmer seg for hvordan verden skal se ut. Eksemplet viser hvordan kunnskap utvikles innen en silo, i stor grad uavhengig av andre viktige aktører i behandlingskjeden.

Vi kan kjenne igjen det Rennemo (2006) omtaler som ”benchmarking”. Her går spesialisthelsetjenesten gjennom sine egne prosesser og kommer fram til løsninger som også omhandler kommunale prosesser.

Som beskrevet over ønsker nå kommunen å opprette en egen gruppe for å se på kommunale tiltak for denne pasientkategorien. Dette kan synes som en forsterkning av den søyleorganiseringen som St. meld. 47 omtaler som uheldige for pasientene sine opplevelser av sammenhengende tjenester. Den beskriver nivåene som ”[...]med parallell vertikal organisering. De drives og ledes derfor i stor grad med sikte på at de selv skal yte gode tjenester isolert sett”(St. meld. 47 2008-2009:47).

Ved at kommunen skal gjennom de samme prosessene som spesialisthelsetjenesten allerede har gjennomført, kan man se en klar underbygging av det som omtales som parallell vertikal organisering. Dette kan gi økt risiko for hva Christensen og Daugaard Jensen(2009) omtaler som makt i en ”garbage can-situation”. Det blir mange beslutningsarenaer, med en strøm av problemer og løsninger med mange aktører. Disse aktørene vil slik det er beskrevet ikke ha noe med hverandre å gjøre før de presenterer løsningene for hverandre. Disse løsningene vil da trolig bære preg av avtaler som regulerer den faktiske samhandlingen som skal foregå

mellom de vertikale organisasjonene, og eventuelt i tillegg til løsninger skape enda større utfordringer.

Dette kjenner vi igjen New Public Management. Som nevnt tidligere er dette et tankegods som baserer seg på Hood (1995), og som har fått et sterkt rotfeste i Norsk offentlig forvaltning. Våre erfaringer fra slike prosesser er at det legges mindre vekt på det som blir gjort, men økt fokus på hva som kan måles (jamfør punkt 2.2). En slik avtale som vi har omtalt inneholder kvantitative elementer som kan telles og måles.

Ideelt sett bør praksiser kunne overføres fra den ene siloen til den andre, og videreføres uendret der. Dette gjennom det Newell et. al. (2009) omtaler som 'best practice', der vi kan se på St Olav som spesialisten som har utviklet noe som de opplever som bedre praksis gjennom ny kunnskap. En utfordring kan være at det kan se ut som om kommunen vil utvikle sin egen praksis. I forhold til eksemplet som ble beskrevet over kan vi og se elementer av det Christensen og Daugaard Jensen (2009) omtaler som bevissthetskontrollerende makt. Specialisthelsetjenesten(A) kommer her til bordet med en ferdig løsning som de ønsker at kommunen(B) skal ta i bruk uavhengig av hvordan kommunen vurderer egne behov.

I et maktperspektiv kan en se tendenser til at begge siloene ønsker det Christensen og Daugaard Jensen (2009) omtaler som deltakelse, initiativtaking, beslutning og så videre som i grunnen er verdinøytrale begreper, men som alle kan assosieres med makt.

Vi ser i eksemplet og gjennom egne erfaringer at det er vilje til å utvikle strategier for endringer til det bedre for både pasientene og organisasjonene. Utfordringen for spesialist- og kommunehelsetjenesten kan være hvem som skal være den endelige beslutningstakeren. Historisk sett har mye av makten vært hos Specialisthelsetjenesten. St.meld. 47, legger vekt på at for å oppnå bedre samhandling og bedre tjenester må det være en større grad av likeverdighet mellom nivåene. Implisitt sier den da at det ikke har vært likeverdighet tidligere.

Dette kan minne om det Rohlin et. al. (1994) omtaler som aktør strategien. I et organisasjonsperspektiv vil dette innebære bred involvering fra begge nivåer.

Den brede innvolveringen vil vi trolig kunne se på utøvernivået både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Funnene i datafangsten fra fokusgruppene viser at utøverne opplever en maktforskjell mellom de to nivåene. Dette kan ha betydning for utvikling av den jevnbyrdigheten som St. meld. 47 ønsker seg.

## Makt og utøvere

En av respondentene fra Trondheim kommune sier: ”Sykehuset er den formelle behandleren, 1. Linja tror at 2.linja reparerer”.

Dette er et spennende perspektiv på makt. Utsagnet gir klare assosiasjoner til det Christensen og Daugaard Jensen (2009) omtaler som både direkte makt gjennom at de stadfester at slik er det bare. Indirekte makt gjennom at kommunens utøvere på denne måten bare aksepterer dagens praksis, og sørger for at eventuelle endringer ikke nødvendigvis når beslutningstakernes bord. Dette utsagnet kan og assosieres med bevissthetskontrollerende makt, og gjennom det å bli en selvoppfylgende profeti.

Respondenten uttrykker klart at sykehuset er den formelle behandleren, og omtaler ikke hvilken rolle kommunen har når pasienten er ferdig reparert. Dette korrelerer godt med de utsagn tidligere Helseminister Bjarne Håkon Hanssen uttalte om bilindustri og helsevesen. Funnet viser en fragmentert oppfatning av helsetjenesten som kan gjenspeiles i et skille mellom å behandle, og å gi omsorg. Våre erfaringer fra praksis viser at det er flytende overganger mellom tjenestenivåene, og at behandling er knyttet til omsorg og omvendt. Dette eksemplifiseres ved at ansatte innen kommunehelsetjenesten er med i utarbeidelsen av individuelle planer. Medarbeidere i kommunehelsetjenesten følger også opp medikasjon og andre behandlingstiltak fra planene

Funnene viser at medarbeidere i spesialisthelsetjenesten ser utfordringer i at kommunemedarbeidere skal følge opp behandling som er satt i gang i spesialisthelsetjenesten: ”De er frustrert over våre forventninger til dem, vi har noen forventninger til dem som ikke er realistisk”.

Funnet viser at det kan være vanskelig å overføre praksis fra en virkelighet til en annen som ’best practice’. Behandling som skjer på sykehuset kan for eksempel innebære at pasienten ikke får lov til å gå inn på rommet sitt. Personalet låser døren og pasienten må da ha tillatelse til å gå inn på sitt eget rom. Når pasienten kommer ut i egen bolig er det et annet sett med lover og regler som regulerer praksis. Her kan pasienten velge ikke å slippe inn personalet når de ønsker å komme inn for å gi medisiner eller lignende. Dette er styrt av det lovverket som regulerer kommunens mulighet til å utøve makt i pasientens eget hjem.

Dette kan understøttes av utsagn fra en av representantene fra spesialisthelsetjenesten: ”Det er og et formalisert maktspekt i om at vi er litt sånn riset bak speilet.” og ”Pasienten sitter med den opplevelsen at vi har mer makt her på sykehuset”.

Det gjør at den institusjonelle makten som regulerer de ansattes atferd, og pasientens rettigheter kan være til hinder for overføring av praksis fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal ha fokus på behandling og å få pasienten ut til sin egen kommune. Dette har vært stadfestet både av tidligere Helseminister Bjarne Håkon Hanssen, og i St. meld. 47. De avtaler som fins mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital sier og noe om når en pasient er ferdigbehandlet, og kommunens rolle der. Dette kjenner vi igjen i NPM, der dette regulerer atferd mellom offentlig aktører. For utøverne i kommunen kan dette være en utfordring, siden de ikke er med på denne vurderingen. Kontakten mellom tjenestene foregår gjennom bestiller kontoret i kommunen. De fatter vedtak på hvilke tjenester pasientene skal ha fra kommunale utøvere.

Utøverne i kommunen er i liten grad med på disse møtene. Et funn som illustrerer manglende kommunikasjon mellom utøvere innen spesialist og kommunehelsetjenesten er følgende utsagn fra intervju med Trondheim kommune:

”Det kommer ofte telefon om utskriving fredagen kl. 15. Vi har begynt å si at vi må få med medisiner for en uke, og resepter og sånn[...].”

Situasjonen beskriver noen elementer av direkte makt, og viser at ’best practice’ bare er nyttig når den kan overføres sømløst mellom nivåene. Men som respondenten sier så har de i hvert fall nå med seg medisiner og sånn for en uke når de kommer.

Utsagnet viser at det i liten grad tas hensyn til kommunens utfordringer når det kommer til oppfølging av pasienten i eget hjem, med fokus på hverdagsmestring, omsorg og veiledning. Fokuset er både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten det strukturelle perspektivet.

”Medisiner[...] og sånn[...].” Utsagnet kan forstås som institusjonell makt. Praksisen har bare utviklet seg slik, noe aktørene ser ut til å ha akseptert. Det var ingen av respondentene som opplevde dette som problematisk så lenge det strukturelle var på plass. Dette funnet kan gjenspeile et kunnskapssyn i begge organisasjoner som bygger på det strukturelle, men på den andre siden kan det ikke utelukke at de var opptatt av det prosessuelle.

Pasienter med sammensatte lidelser kan til tider ha behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Da vil behovet for samhandling gå andre veien, og være avhengig av at det opprettes kontakt med spesialisthelsetjenesten fra kommunen. Funnene viser at dette ikke alltid var like enkelt når pasientene hadde behov for en innleggelse på sykehus.

”Det er ei slags rangordning, når jeg tar kontakt med sykehuset blir jeg spurt om jeg har gjort en vurdering. Men pasienten får ikke mer hjelp [...] Men når NN ringer og sier akkurat de samme vurderingene som jeg har gjort, er mannen innlagt på minuttet”.

Utsagnet fra kommunehelsetjenesten viser at spesialisthelsetjenesten ikke nødvendigvis stoler på de vurderinger som gitt av kommunalt ansatte. Dette kan være et uttrykk for indirekte makt, der en kan tro at sannhetsgehalten i kommunens vurderinger ikke gir tilstrekkelig informasjon til beslutningstaker. Dette kan også tyde på relasjonell makt, der spesialisthelsetjenesten stoler mer på de vurderinger som er gjort av en kollega i samme organisasjon.

En utfordring i samhandlingsrelasjonen oppstår hvis en medarbeider fra spesialisthelsetjenesten ikke er av samme oppfatning som en fra kommunen. Hvis pasienten alltid blir innlagt når kommunen ønsker det, kan medarbeiderne der leve med det. Men hvis spesialisthelsetjenesten opplever at pasienten like gjerne kan være i eget hjem, kan vi få en interessekonflikt. I en slik situasjon kan vi se for oss et en ’garbage-can situation’, der mange aktører er inne og har ulik agenda overfor samme pasienten. Dette kan skape en strøm av løsninger og problemer som kan bli vanskelig for aktørene å finne løsninger på til det beste for pasientene.

Helsevesenet er i dag lagt opp på en måte som skal sikre samhandling gjennom avtaler. I den beskrevne situasjonen over ville en slik avtale komme til nytte. Dette opplevde respondentene noe forskjellig. En respondent fra spesialisthelsetjenesten uttalte:

”Smådetaljene er kjempeviktig men de store avtalene må stå en plass som ansvarliggjør både sykehuset og kommunen”.

Mens en fra kommunen uttalte:

”De overordnede avtalene bare ’er der’[...]”.

Funnene tyder på at bevisstheten rundt hva disse avtalene faktisk inneholder ikke nødvendigvis er en del av praksishverdagen til utøverne. De er klar over avtalene, men benytter seg ikke

nødvendigvis av dem. Dette er i sterk kontrast til NPM tankegangen, der samhandling skal være kontraktsfestet for å sikre at offentlige institusjoner deler ansvar seg i mellom.

Undersøkelsen viser at virkeligheten er noe annerledes.

Et utsagn fra spesialisthelsetjenesten lyder:

”Vi lager våre egne retningslinjer mellom boligen og oss, den blir førende for samhandlingen”.

Mens en uttalelse fra en respondent fra kommunen sier:

”Der er det sånn at kontaktpersonene og avdelingene fungerer forskjellig[...]”.

Informasjonen sier at de har en etablert samhandling mellom nivåene uavhengig av de avtaler som er inngått og overordnede føringer. Men utfordringen er at innhold og kvalitet kan være basert på tilfeldigheter.

Funnene sier at gode relasjoner mellom utøvere innen de ulike tjenestene gir et klima for god samhandling og kan føre til tilsynelatende gode pasientforløp. Praksis blir tilfeldig og kan ses på som mulighet for relasjonell makt. Ulike utøvere har utviklet et felles verdensbilde om felles pasient, som kan sikre god samhandling når akkurat de snakker sammen.

Respondentene fra kommunen informerer om at det er opprettet funksjon med egne opplæringsansvarlige for å utvikle lik praksis. Et mål er at pasientene blir møtt med en enhetlig praksis i forhold til behov.

Dette kan være en samlende funksjon for mer lik utøvelse, men et av utsagnene fra den kommunale gruppen lød:

”Opplæringsansvarlig[...] kan bli et maktsentrum for hvilken kunnskap som spres”

Utsagnet sier oss at medarbeidere kan oppfatte en potensiell risiko i forhold til å utvikle kunnskap. Ved å ha egne ansvarlige for opplæring kan det oppstå situasjoner der de innehar flere maktspekter som må forvaltes på en god måte.

En annen respondent fra kommunen sa:

”Opplæringsansvarlig gir et enhetlig syn på hva som er viktig”.

Funnene kan tyde på at opplæringsansvarlige både har direkte makt i forhold til hva som blir formidlet til den enkelte ansatte, og at de har en indirekte makt som kan brukes til både å

fremme og trenere pågående prosesser. Dette kan oppfattes som en del av kontrollsystemene i organisasjonen. Opplæringsansvarlig sørger for et minimum av felles kunnskap om jobben, og skaper en viss sikkerhet for at et minimum av kunnskap er på plass. I et læringsperspektiv kan dette tolkes som mer av det samme, eller enkeltkretslæring. Dette understøttes ved at en respondent fra kommunen uttalte:

”Det er ressursspill i kommunen å jobbe flere sammen”.

I kommunen er alle tjenester bestilt av andre enn de som utfører tjenesten. Funnet viser at det er lite rom for refleksjon og prosessuell læring. Oppdragets art er gitt, så da er det kun for utføreren å gjøre jobben. En av utføringene rundt dette er at kommunen kommer i en ’garbage-can situation’, der mange personer er inne hos en pasient og tar avgjørelser basert på her og nå vurderinger ut fra egen kompetanse. Dette kan skape uforutsigbare tjenester for den enkelte pasient.

Et tiltak for å bøte på dette er at det nå blitt opprettet samarbeidsmøter mellom utøverne i de ulike organisasjonene. Målet er å bruke den individuelle planen som den enkelte pasient har, for å sikre at han eller hun får tjenester som er mest mulig forutsigbare.

Vi gjorde interessante funn om hvor forskjellig medarbeiderne oppfattet møtene ut i fra hvor de ble avholdt, og hvilken verdi de opplevde møtene hadde:

”Når møtene er på Østmarka tar jeg liksom av meg lua og tørker av meg på føttene”

”Møter i boligen blir mer boligfokusert”.

Begge utsagnene er fra den kommunale fokusgruppen, og funnene viser at kontekst er viktig i forhold til hvordan aktørene fra kommunen opptrer, og hvilket fokus møtene får. Når møtene avholdes i spesialisthelsetjenesten sine lokaler uttrykkes det at kommunale medarbeidere kommer med lua i handa og er et lett offer for direkte makt, mens om de avholdes i boligenhetene blir møtene”[...]mer boligfokusert”. Funnene kan tyde på at kommunen føler seg på hjemmebane og dermed selv klarer å styre agendaen mer enn de klarer på det som kan omtales som bortebane. Respondenter fra kommunen er opptatt av hvem som er med på møtene. Utsagnet under kan tyde på at disse møtene kan være mer forvirrende enn oppklarende. Dette kan gjenkjennes som en ”garbage-can situation”, der de opplever lite kontinuitet i samhandlingen.



”Jeg opplever at avtaler ikke følges opp. Hver gang vi møtes er det nye personer til stede” og en annen sa: ”Vi kommer alene mens de ofte stiller med flere”

En annen utfordring kommunene var opptatt av var sin egen posisjon i forhold til spesialisthelsetjenesten.

En av respondentene fra kommunehelsetjenesten sa:

”Vi kunne ønske en større åpenhet, og planlagte opphold. Men svaret er at vi har sluttet med planlagte innleggelser [...]”.

”Vi må slutte å være direkte ydmyke ovenfor dem”

Utsagnene underbygger beskrivelsen av at kommunen står med lua i hånda og godtar alt som måtte komme fra spesialistene fra St. Olavs Hospital. Vi kan forstå dette slik at rollene mellom aktørene har satt seg, og det har blitt skapt normer og regler lik det som omtales under indirekte makt. Dette er en utfordring vi også kan finne i St. meld. 47, der det påpekes at samhandlingen mellom tjenestene vil kreve endrede forutsetninger i forhold til hvordan dette har vært gjennomført tidligere.

Både på administrativt og utøvernivå vil en her måtte se på hvordan samhandling foregår i dag, for å finne de nye formene for samhandling. Om utgangspunktet er at kommunen er ”[...]direkte ydmyke[...]”, vil ikke det nødvendigvis si det samme som at kommunen skal ta full styring i neste omgang.

En av respondentene fra spesialisthelsetjenesten sa: ”Muligheten til å bruke sykehuset,[...]lista må være mye lavere før pasienten blir for dårlig. Det vil være et kjempeløft for kommunen”. Funnet viser at uformell kontakt på utøvernivå kan gi løsninger som kan gå på tvers av overordnede strukturelle føringer.

Medarbeiderne innen tjenestenivåene må finne måter å samhandle på som sikrer både det prosessuelle og strukturelle perspektivet for samhandling. I dag ser vi at samhandling administrativt kan ses på som en strukturell prosess, der avtaler skrives om det som kan ’måles og veies’, mens samhandling på utøvernivå er av mer variert karakter. Her kan vi se spor av både det prosessuelle og strukturelle perspektivet på samhandling og kunnskapsutveksling gjennom uformelle kontakter mellom enkeltutøvere. En utfordring er at kunnskapsutvekslingen er individ- og ikke systembasert.

### 5.3.6 Svar på forskningsspørsmål 3

Respondentene i begge gruppene gir uttrykk for utsagn som viser ulike former for makt, og eksempler på hvordan denne kan utøves. Funnene viser at medarbeiderne innen begge organisasjonene er opptatt av å komme i posisjon for være beslutningstakere.

Funnene i eksemplet om pasientforløp viser konturene av det Newell et. al. (2009) omtaler som 'best practice'. Der aktørene setter seg i hvert sitt førersete for å være ekspertene på pasientforløpet fra sitt perspektiv. Det kan være en utfordring for aktørene å bli enige om at dette er et felles prosjekt som krever både fører og kartleser, som er gjensidig avhengig av hverandre for å komme til målet uten forsinkelser.

Eksemplet viser videre at de personene som arbeider på ledelsesnivå er opptatt av et strukturelt perspektiv på samhandling. Dette gjennom klare linjer for hva som er mitt og ditt ansvar i et gitt forløp.

Funnene viser at offentlig sektor reguleres gjennom avtaler som har klare elementer av NPM i seg slik vi ser i Irgens (2007). Dette kan gi grunnlag for bruk av flere maktperspektiv jamfør Christensen og Daugaard Jensen (1990).

Busch et. al. (2003) påpeker at all endring krever en klar strategi. St. meld. 47 (2008-09) omtaler behov for endring av forholdet mellom tjenestenivåene ved at det legges til rette for mindre 'silotenking', og mer forløpstenkning, basert på likeverdig samhandling.

Funnene tyder på at den vertikale organiseringen kan virke hemmende på samhandling i praksis, og ha en utilsiktet effekt av å styrke siloorganisering.

Vi hadde en forforståelse av at spesialisthelsetjenesten var de som tydeligst utøvde makt i ulike former, mens kommunen ble litt 'lillebror' i sammenhengen.

Funnene i avhandlingen viser at dette kun er en del av sannheten. Begge organisasjonene er opptatt av samhandling. De har liten eller ingen hjelp av de overordnede avtalene i sin daglige praksis. Dette gjør at samhandlingen mellom nivåene er tilfeldig og avhenger av hvilke som er på jobb til en hver tid.

Funnene kan tolkes som det Christensen og Daugaard Jensen (1990) omtaler som relasjonell makt. Dette skiller seg fra det perspektivet som lederne i organisasjonen har. Den kontakten som er mellom utøverne har en mer prosessuell og uformell karakter, samtidig som vi ser klare strukturelle karaktertrekk i samhandlingen.

De strukturelle elementene handler i stor grad om overføring av pasienter. Funnene i avhandlingen viser tegn på både utfordringen ved 'best practice' tankegang, og utfordringen ved direkte makt. De ansatte i kommunen sa at det er utfordrende å ta over et behandlingsregime fra spesialisthelsetjenesten, da denne er styrt av andre lover og regler. Funnene i avhandlingen tyder på at overgangssituasjonene mellom de ulike nivåene er preget av strukturell samhandling, mens den daglige samhandlingen er preget av tilfeldig prosessuell samhandling.

Som nevnt hadde vi en forforståelse om at kommunen ble 'lillebror' i sammenhengen.

Funnene tyder på at kommunen selv er i ferd med å sette seg i førersetet når det gjelder ivaretagelse av disse pasientene. Dette vil i så fall være i tråd med hva St.meld. 47 omtaler som "[...]mer likeverdige [...]" Funnet tyder på at det er i ferd med å utvikle seg en praksis der utøvernivået oppfatter seg mer likeverdig, og kommunen ønsker å ha mer innflytelse på hvilken behandling pasientene skal ha, og hvor. Dette gjør at 'lillebror' kanskje kan utvikle seg til 'tvillingbror' i utøvende samhandling. Men som funnene viser er denne samhandlingen tilfeldig, og baserer seg på relasjoner mellom enkeltutøvere.

Ved en slik tilfeldig samhandling vil det være mulig å utvikle praksiser som går på tvers av de overordnede føringene.

Funnet tyder på et ønske om flere opphold i spesialisthelsetjenesten, og går på tvers av de føringene som er lagt i St. meld. 47. Ved en slik praksis vil spesialisthelsetjenesten kunne ta over ansvar som tilligger kommunen.

Ved tilfeldig samhandling kan det utvikles praksiser som går imot de overordnede avtaler og beslutninger som skal regulere sameksistensen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

## 6 SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN

Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivåer i helsevesenet.

En studie av kunnskap og kunnskapsutveksling mellom en seksjon ved St Olavs Hospital og en boenhet for psykisk syke i Trondheim kommune, med bakgrunn i mål om samhandling.

1. Hvilken kunnskapsforståelse har medarbeiderne?
2. På hvilke måter oppfattes kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene?
3. På hvilke måter oppfattes maktrelasjoner innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester?

Alle funn er basert på de respondenter som har deltatt i undersøkelsen. Det vil si at når vi referer til spesialist- og kommunehelsetjenesten mener vi til en hver tid de som har deltatt i undersøkelsen, samt den empirien vi har gjennom case og dokumenter. Studien kan på den måten ikke nødvendigvis generaliseres, men sier noe om den konteksten disse to gruppene er i på det tidspunktet datasamlingen ble foretatt.

Avhandlingen fokuserer på kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene på utøversiden i helsevesenet, avgrenset til ansatte som arbeider nærmest psykisk syke pasienter.

Avhandlingen kartlegger kunnskapssynet til aktørene som jobber nærmest pasienten, og om de oppfatter at de deler kunnskap mellom tjenestenivåene. Avhandlingen fokuserer på forhold som fremmer eller hemmer samhandling ut fra maktrelasjoner.

Funnene viser at de to organisasjonene har til dels et likt syn på kunnskap. Begge organisasjonene er opptatt av både formal- og real kompetanse. De uttrykker viktigheten av formalkompetanse, men samtidig finner vi at de vektlegger erfaringslæring som en viktig faktor. Hvordan denne erfaringslæringen utvikles varierer mellom de to organisasjonene. Funnene i undersøkelsen viser at de ansatte innen spesialisthelsetjenesten i større grad er opptatt av kollegaveiledning, og betydningen av å jobbe sammen. Respondentene fra kommunehelsetjenesten er opptatt av å lære av hverandre, men har færre muligheter til å

utvikle felles læringsarenaer. Utøverne jobber etter vedtak fra bestillerenheten, som vektlegger effektiv ressursbruk og unngår samtidighet i tjenestetilbudet.

Funnene viser at spesialisthelsetjenesten har en fordel i forhold til å møte egne behov for kunnskapsutveksling. I en organisasjon hvor medarbeidere i stor grad arbeider alene og oppgaveorientert, vil det være vanskeligere å korrigere kurs eller endre atferd, enn i en organisasjon som vektlegger utveksling av kunnskap og meninger. Dette kan gi større rom for endring og viser det Argyris (2000) omtaler som modell II læring.

I forhold til kunnskapsutveksling på tvers, viser funnene at respondentene fra begge organisasjonene er opptatt av å dele kunnskap. Intervjuene viser at det er en oppfatning om en klar bedring i kunnskapsutvekslingen på tvers av organisasjonene. Utfordringen kan være å etablere en formalisert praksis. Medarbeiderne uttrykte i intervjuene at det er tilfeldig hvor godt dette går, avhengig av hvem som er på jobb. Et annet funn er at respondentene har liten forståelse og innblikk i de overordnede avtalene som regulerer tjenestene. Respondentene innen begge organisasjonene er opptatt av at ulike arenaer påvirker tiltak som gjennomføres. Det som fungerer i spesialisthelsetjenesten, kan ikke direkte videreføres innen kommunehelsetjenesten blant annet på grunn av ulikt lovverk. Ulikt lovverk hindrer direkte overføring av praksis fra et tjenestenivå til et annet. Dette bekreftes ut fra intervjuene med begge gruppene. Medarbeiderne i begge gruppene gir uttrykk for at de har best utbytte av den spontane og prosessuelle samhandlingen. Funnene tyder på at det er denne typen kontakt som gir de ansatte innen begge organisasjonene best læringsutbytte.

Respondentene sier lite om hvilken rolle utøverlederne har i denne praksisen. Funnene kan derfor tyde på at praksisen er individavhengig og ikke er et organisatorisk strategisk grep med en tydelig lederforankring.

Funnene viser at de som leder tjenestene er opptatt av det vi kan kalle en 'silo' tenkning. På ledernivå begrunnes kunnskapsutveksling på tvers ut fra et strukturelt perspektiv, basert på avtaler for å regulere atferd mellom nivåene.

Undersøkelsen viser at utøvere i liten grad er opptatt av overordnede avtaler, men å skape felles praksis på tvers av tjenestenivåene. Det prosessuelle perspektivet fungerer best i forhold til å se hverandre som likeverdige partnere. Funnene viser at praksiser som etableres er individavhengige og ikke organisasjonsavhengige.

Vi hadde en forforståelse av at spesialisthelsetjenesten var de som tydeligst utøvde makt i ulike former, mens kommunen ble litt 'lille-bror' i sammenhengen.

Medarbeiderne innen begge organisasjonene er opptatt av å komme i posisjon for være beslutningstakere. Det kan være en utfordring for aktørene å bli enige om at de har et felles prosjekt som krever både fører og kartleser, som er gjensidig avhengig av hverandre for å komme til målet uten forsinkelser.

Funnene i undersøkelsen viser at det strukturelle perspektivet må ligge til grunn for at det prosessuelle perspektivet ikke skal bli tilfeldig samhandling.

Avhandlingen viser at dette kun er en del av sannheten. Begge organisasjonene er opptatt av samhandling. De har liten eller ingen hjelp av de overordnede avtalene i sin daglige praksis. Dette gjør at samhandlingen mellom nivåene er tilfeldig og avhenger av hvilke personer som er på jobb til en hver tid.

Funnene tyder på at det er i ferd med å utvikle seg en praksis der utøvernivået oppfatter seg mer likeverdig, og kommunen ønsker å ha mer innflytelse på hvilken behandling pasientene skal ha, og hvor. Dette gjør at 'lillebror' kanskje kan utvikle seg til 'tvillingbror' i utøvende samhandling. Men som funnene viser er denne samhandlingen tilfeldig, og baserer seg på relasjoner mellom enkeltutøvere.

## 6.1 Konklusjon og anbefalinger

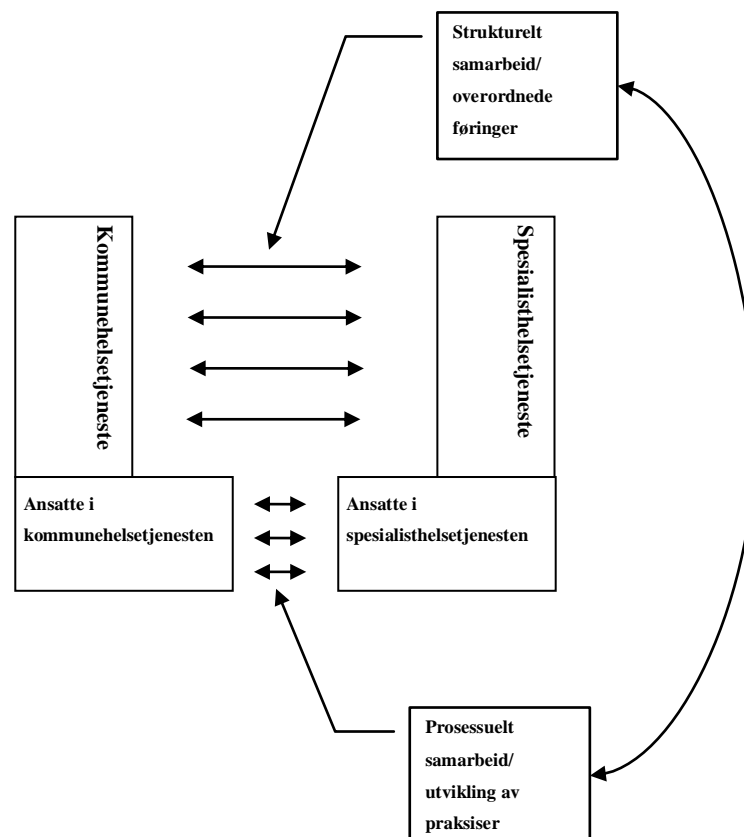
Funnene i undersøkelsen viser:

- Kunnskapssynet i organisasjonene er relativt likt, respondentene er opptatt av kunnskap både i et prosessuelt og strukturelt perspektiv.
- Den største forskjellen finner vi i utveksling av kunnskap internt i organisasjonene. Spesialisthelsetjenesten har i større grad utviklet arenaer for deling av kunnskap gjennom kollegaveiledning, bruk av studenter og samtidig praksis i behandlingen av pasienter legges vekt på. Respondentene uttrykker at kunnskapen brukes for å endre og bedre praksisen. I kommunehelsetjenesten ser de viktigheten av læring internt i organisasjonene, men utfordringen er at de ansatte i stor grad arbeider alene, noe som gir lite rom for tilbakemeldinger fra andre medarbeidere.
- Avhandlingen viser at det er behov for en mer strukturert operasjonalisering av samhandlingen på utøvernivå. Dette gjelder både internt og i mellom organisasjonene.
- Funnene viser at det må legges bedre til rette for deling av kunnskap. Det bør formaliseres en praksis mellom utøverledere, som vektlegger kunnskapsutveksling som et strategisk verktøy for å operasjonalisere overordnede føringer.
- Den vertikale organiseringen kan virke hemmende på samhandling i praksis, og ha en utilsiktet effekt av å styrke 'siloorganisering'. Beslutningsprosesser basert på institusjonell makt har liten effekt på hvordan praksis utøves.
- Utøvere har erfaring for å samarbeide best, når de kan kommunisere og samhandle direkte med aktører fra den andre tjenesten. Dette betyr at utøverpraksis kan gå på tvers av overordnede føringer og at beslutninger blir tatt ut fra et relasjonelt maktperspektiv.
- Vår undersøkelse viser at det er behov for en mer strukturert operasjonalisering av samhandlingen på utøvernivå. Den strukturelle samhandlingen bør kombineres med den prosessuelle for ikke å bli for tilfeldig.

## Anbefalinger

- Kommunehelsetjenesten bør legge til rette for kunnskapsutveksling internt. Dette gjennom tilrettelegging for kollegaveiledning, større grad av samtidighet i praksis rundt pasienten samt tilrettelegging av arenaer for å reflektere rundt felles praksis.
- Kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene bør kombinere et strukturelt og et prosessuelt perspektiv. Denne utvekslingen bør formaliseres gjennom gjensidige tiltak mellom ledere på utøvernivå.
- For å forhindre tilfeldig utvikling av praksiser, bør aktørene ha bedre kunnskap om overordnede føringer, og de strukturelle avtalene bør være mulig å operasjonalisere på utøvernivå.
- Operasjonalisering av føringer bør i større grad gjennomføres ved å hente kunnskap fra utøverpraksis og at aktørene i større grad involveres i utviklingen av gjensidige samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene.

Figur 7 Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivåer i helsevesenet.





## 7 LITTERATURLISTE

- Argyris, Chris (1990): *Bryt forsvarsrutinene : hvordan lette organisasjonslæring* . Oslo : Universitetsforlaget.
- Busch T., Johnsen E. og Vanebo J.O. (2003) *Endringsledelse*. Tano
- Christensen og Daugaard Jensen (2009) *Kontrol i det stille om magt og ledelse* 3. udgave  
Forlaget samfundslitteratur
- Gottschalk, P. (2004): *Informasjonsteknologi i kunnskapsledelse*  
Universitetsforlaget, Oslo
- Gottvassli, K.Å. (1999): *Case studier – bakgrunn og gjennomføring*.  
Steinkjer, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr. 81
- Gourlay, S (2005) *The theory of organizational knowledge-creation. A critique and alternative framework*. Kingston University.
- Hood, C (1995) *The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme*.  
Accounting, Organizations and Society, 1995, vol 20, issue 2-3, pages 93-109.
- Irgens, Erik J(2007) *Profesjon og organisasjon* Fagbokforlaget
- Irgens, Erik J(2010) Notat Å utvikle kunnskapsorganisasjoner. Skal publiseres i Irgens, E. J. *Dynamiske og lærende organisasjoner*(2010). Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Innføring i  
samfunnsfaglig metode 2. utgave Universitetsforlaget
- Kvale, S og Brinkmann, S (2010) *Det kvalitative forskningsintervju* 2 utgave Gyldendal  
Norsk forlag as
- Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J. (1998/2009) *Strategy Safari*. Prentice Hall. Financial  
Times.
- 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 and Swan J (2009), *Managing knowledge work and  
innovation* 2<sup>nd</sup> edition Palgrave macmillan
- Nonaka, F. og H. Takeuchi (1995): *The Knowlegde Creating Company*.  
New York: Oxford University Press

Polanyi, M. (2000): *Den tause dimensjonen*. En innføring i taus kunnskap. Spartacus forlag AS, Oslo

Rendtorff, J.D. (2003) gjengitt i kompendium MKIL modul 3 s 11-27

Rennemo, Ø. (2006): *Levør og lær*. Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner Universitetsforlaget 2006

Rohlin L., Skärvad P., Nilsson S.Å. (1994) *Strategisk Ledarskap i Lärsamhället*. MiL Publishers AB

Ry Nielsen, J. C. og Repstad, P. (1993) Fra nærhet til distanse og tilbake igjen – om å analysere sin egen organisasjon, i *Annerledes tanker om livet i organisasjoner*. Nyt fra samfundsvidenskabernes. Side 19-37, København

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

Tjora, A (2009) *Fra nysgjerrighet til innsikt kvalitative forskningsmetoder i praksis* Sosiologisk forlag.

Von Krogh, Georg, Ichijo, Kauo, Nonake, Ikujiro (2007) *Slik skapes kunnskap* N.W.Damm&Søn 3.opplag

## Andre dokumenter

Arbeiderpartiet 2011 <http://arbeiderpartilm.wordpress.com/2011/04/page/2/> [aksessdato 2011, 16. mai]

Helsetilsynet 2011 <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2008/Innspill-samhandlingsreformen/> [aksessdato 2011 23. mai]

Irgens Erik J 2011

[http://www.google.no/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CCcQFjAC&url=http%3A%2F%2Ffagbokforlaget.no%2Ffilarkiv%2FLysark\\_Profesjon%2520og%2520organisasjon%2520Del%25201.ppt&ei=C2LfTf\\_WMoWdOoGyxesJ&usq=AFQjCNGTdXeEZXon94i5IJz4NNVia\\_vBGFQ](http://www.google.no/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CCcQFjAC&url=http%3A%2F%2Ffagbokforlaget.no%2Ffilarkiv%2FLysark_Profesjon%2520og%2520organisasjon%2520Del%25201.ppt&ei=C2LfTf_WMoWdOoGyxesJ&usq=AFQjCNGTdXeEZXon94i5IJz4NNVia_vBGFQ) [aksessdato 2011, 27. mai]

Kilden 2011 (<http://www.stolav.no/no/Aktuelt/Nyheter/PulsenBlogg/Fremmer-vi-samhandling/>) [aksessdato 2011, 26. april]

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.  
(spesialisthelsetjenesteloven). <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html> [aksessdato 2011, 20. april]

LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernlov) <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html> [aksessdato 2011, 20. april]

NOU 2005 nr. 3 *Fra stykkevis og delt til helt*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>  
[aksessdato 2011, 23. august]

NRK 2011-1 <http://www.nrk.no/nett-tv/prosjekt/2180/> [aksessdato 2011, 31. mars]

NRK 2011-2 <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.7572438> [aksessdato 2011, 18. mai]

Regjeringen 2011 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/8.html?id=152685> [aksessdato 2011, 18. mars]

St.meld. nr. 47(2008-2009) Samhandlingsreformen *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> [aksessdato 2011, 3. mai]

St meld nr 25 (1996–97) Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086) [aksessdato 2011, 3. mai]

St.prp. nr. 63(1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>[aksessdato 2011, 3. mai]

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.(helseforetaksloven)  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-.html?id=165010>[aksessdato 2011, 3. mai]

Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune (1997) Felles psykiatriplan *Mestring og livskvalitet* Grafisk Kommunikasjon AS

## **Liste over figurer**

Figur 1 kunnskapssyn

Figur 2: Modell 1 læring

Figur 3: Modell 2 læring

Figur 4 SEKI modellen

Figur 5 Strategi

Figur 6 makt

Figur 7 Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivåer i helsevesenet.

## **Liste over tabeller**

Tabell 1 Oversikt over forskningsperspektiv

Tabell 2 intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 1

Tabell 3 intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 2

Tabell 4 intervjuutsagn relatert til forskningsspørsmål 3

## 8 VEDLEGG

### Vedlegg 1

#### **MASTEROPPGAVE I KUNNSKAPS OG INNOVASJONSLEDELSE (MKIL)**

#### **HVORDAN OPPLEVER DEN ENKELTE MEDARBEIDER SAMHANDLING OG KUNNSKAPSUTVIKLING MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTENE?**

Vi er tre studenter ved Høgskolen i Nord-Trøndelag som skal skrive masteroppgave innen emnet kunnskapsledelse. Studiet har som hovedmål å bidra til at vi skal bli bedre ledere, og legger derfor vekt på små forskningsprosjekt fra egen praksis. Oppgaven har innleveringsfrist 1. sept. 2011.

Alle tre er ansatt i lederstillinger i helsevesenet. To er seksjonsledere i St.Olavs hospital, psykisk helsevern. Den tredje er leder for legevakta organisert under Trondheim kommune.

Vi har gjennom egen erfaring, og ut fra overordnete politiske og faglige føringer sett hvordan samhandling har stått på dagsorden gjennom mange år. Allerede i St.meld. nr. 25 (1997-98) Åpenhet og helhet, ble det klart uttrykt behov for å bedre samhandling og sammenheng mellom spesialist og kommunehelsetjenesten, spesielt for mennesker med langvarige og omfattende behov. Dette er seinere gjentatt i ulike meldinger og avtaler, nå sist i Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008- 2009)

I vår oppgave ønsker vi å se hvordan disse overordnete føringene kan oppleves av, og påvirke den enkelte utøver av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Vi undrer oss også på om medarbeideres opplevelse av samhandling, eller mangel på det, kan gi nye innspill til vårt perspektiv på ledelse.

Vi ønsker å ta utgangspunkt i tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og omfattende og sammensatte behov. Bakgrunnen er at dette er mennesker som kan ha behov for langvarig kontakt både med spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Undersøkelsen vil designes som en liten sammenlignende casestudie. Vi ønsker derfor å gjennomføre 2 semistrukturerte fokusgruppeintervju.

Vi ber om tillatelse til å intervju inntil 6 personer ved spesialpostene 3,6 og/eller 7 ved psykiatrisk avdeling Østmarka. Vi ber om det samme i enhet for botiltak for mennesker med psykiske lidelser i Trondheim kommune.

I forbindelse med analyse av tilbakemeldingene har vi valgt å avgrense intervjudeltakere til medarbeidere med helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning. Vi er klar over at vi kan risikere å gå glipp av utsagn med utvidete perspektiv og erfaringsgrunnlag pga. dette, men har allikevel valgt disse kriteriene for å sikre anonymisering, og bedre mulighet for å se utsagn mellom de to gruppene mot hverandre.

Som ramme for gruppeintervjuet vil vi ha ønske om å høre hva medarbeiderne mener om kunnskap og hvordan den er utviklet i praksis.

Vi undrer oss på om medarbeiderne opplever en makt eller kompetanseforskjell mellom nivåene.

Vi ønsker å se svarene i lys av hvordan medarbeiderne ser på samhandling nå og i framtiden.

Vi ønsker å foreta intervjuene i grupper fordi det vil gi medarbeiderne mulighet til å utveksle tanker om hvordan de opplever samhandling. Intervjusituasjonen vil ha en åpen og samtaleliggende form. Alle deltakere vil bli anonymisert, og gruppeintervju vil ytterligere redusere mulighet for å gjenkjenne enkeltutsagn.

Hvert intervju vil vare inntil en og en halv time. Vi kan avtale å låne rom i tilknytning til arbeidsplassen, noe som innebærer at det ikke vil bli brukt unødig tid eller kostnader for å komme til intervjuet. Vi vil ta opp intervjuet på lydfil, men denne vil oppbevares konfidensielt og slettes etter bruk. Vi vil avklare bruk av opptaksutstyr med gruppen av medarbeidere før opptaket starter, og avklare om det er innvendinger mot deler av innholdet etter at det avsluttes. All informasjon vil bli behandlet anonymt, og utsagn gjengitt i oppgaven vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Medarbeiderne bestemmer selv hva de vil uttale seg om, og kan når som helst trekke seg fra intervjuet.

Vi ber om tillatelse til å foreta undersøkelsen slik den er beskrevet i henholdsvis psykisk helsevern og Trondheim kommune. Oppgaven vil selvsagt bli gjort tilgjengelig når den er bestått.

Med vennlig hilsen, i denne sammenheng studenter på MKIL,

Espen Munkvik, seksjonsleder spesialpost 6, St.Olavs hospital, psykisk helsevern.

Hans Fredrik Selvaag, enhetsleder, Trondheim kommune, legevakta.

Trond Utheim, seksjonsleder ACT-team Tiller, St.Olavs hospital, psykisk helsevern.

Pai Sandvik  
adv. sikt Ostmork,

Kjell-Erik  
Kommuneoverlege

Vedlegg 2

## **HVORDAN OPPLEVER DEN ENKELTE MEDARBEIDER SAMHANDLING OG KUNNSKAPSUTVIKLING MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTENE?**

Vi er tre studenter ved Høgskolen i Nord-Trøndelag som studerer til mastergrad i Kunnskaps og Innovasjonsledelse (MKIL). Vi skal i studiet skrive en oppgave med utgangspunkt i vår egen praksis. Dette er den avsluttende delen av et to og et halvt år langt deltidsstudium, med innlevering 1. sept.

Alle tre er ansatt i lederstillinger i helsevesenet. To er seksjonsledere i St.Olavs hospital, psykisk helsevern. Den tredje er leder for legevakta organisert under Trondheim kommune.

Vi har gjennom egen erfaring, og ut fra overordnede politiske og faglige føringer sett hvordan samhandling har stått på dagsorden gjennom mange år. Allerede i St.meld. nr. 25 (1997-98) Åpenhet og helhet, ble det klart uttrykt behov for å bedre samhandling og sammenheng mellom spesialist og kommunehelsetjenesten, spesielt for mennesker med langvarige og omfattende behov. Dette er seinere gjentatt i ulike meldinger og avtaler, nå sist i Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008- 2009)

I vår oppgave ønsker vi å se hvordan disse overordnede føringene oppleves og påvirker den enkelte utøver av tjenestene i samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Vi undrer oss også på om medarbeideres opplevelse av samhandling, eller mangel på det, kan gi nye innspill til perspektivet på ledelse, kunnskapsutvikling og utveksling mellom tjenestenivåene.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og omfattende og sammensatte behov. Bakgrunnen er at dette er mennesker som kan ha behov for langvarig kontakt både med spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Vi henvender oss til ansatte ved sengeposter for langtids behandling på sykehusnivå i spesialisthelsetjenesten, og enhet for boliger for psykisk syke i kommunen. Vi ønsker å snakke med dere i gruppe for å høre hvordan dere opplever og ser på samhandling mellom delene av helsetjenesten. Vi har behov for at **6 personer** deltar i intervjuet/ samtalen fra hvert nivå. Det betyr en gruppe for medarbeidere i spesialisthelsetjenesten og en for

kommunehelsetjenesten. Henvendelsen er avklart og godkjent på overordnet ledernivå i de to organisasjonene.

Når vi ønsker å foreta intervjuene/ samtalene i grupper er dette fordi det vil gi dere muligheten til å utveksle tanker om hvordan dere opplever samhandling i selve intervjusituasjonen, som vil ha en åpen og samtalelignende form. Alle deltakere vil bli anonymisert, og gruppeintervju vil ytterligere redusere mulighet for å gjenkjenne enkeltutsagn.

Som ramme for gruppeintervjuet vil vi ha ønske om å høre hva dere mener om kunnskap og hvordan den utvikles hos dere.

Vi er også undrende til om dere opplever en makt eller kompetanseforskjell mellom nivåene.

Vi ønsker å snakke med dere om dette i lys av hvordan dere ser på samhandling nå og i framtiden.

Intervjuet vil vare inntil en og en halv time. Vi vil få anledning til å låne rom i tilknytning til arbeidsplassen din, så du trenger ikke tenke på tid eller kostnader for å komme til intervjuet. Selve intervjuet må av praktiske grunner tas opp på lydfil, men denne vil oppbevares konfidensielt og slettes etter bruk. Vi vil avklare bruk av opptaksutstyr med gruppen før opptaket starter, og avklare om det er innvendinger mot deler av innholdet etter at det avsluttes. Men all informasjon du bidrar med i intervjuet vil bli behandlet anonymt, og utsagn gjengitt i oppgaven vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Du bestemmer selv hva du vil uttale deg om, og kan når som helst trekke deg fra intervjuet.

I forbindelse med analyse av tilbakemeldinger har vi valgt å avgrense intervjudeltakere til medarbeidere med helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning. Vi er klar over at vi kan risikere å gå glipp av utsagn med utvidete perspektiv og erfaringsgrunnlag pga. dette, men har allikevel valgt disse kriteriene for å sikre anonymisering, og bedre mulighet for å se utsagn mellom de to gruppene mot hverandre.

Vi ber om at du melder fra til din nærmeste leder om du kan tenke deg å hjelpe oss med å få innblikk i hvordan samhandling oppleves i praksis, og gjennom det med oppgaven vår. Vi takker på forhånd for at du har lest gjennom denne informasjonen, og håper du har lyst til å bidra.

Med vennlig hilsen, i denne sammenheng studenter på MKIL,



Espen Munkvik

Hans Frederik Selvaag

Trond Utheim

### **SAMTYKKE**

Jeg har lest invitasjonen til intervju, og samtykker i å delta i undersøkelsen. Jeg er inneforstått med at utsagn fra meg kan bli brukt i oppgaven.

De beskrevne kriteriene for anonymisering vil bli ivaretatt av oppgaveforfatterne.

Dato:

Navn:

## **Intervjuguide**

### **Introduksjon:**

Takke for at respondentene stiller opp til intervju.

Opplyse om at man kommer fra Høgskolen i Nord-Trøndelag/CBS hvor vi studerer Master i Innovasjon og Kunnskapsledelse.

Intervjuet vil bli brukt i en Masteroppgave hvor hovedproblemstillingen er :

Kunnskapsutveksling på tvers av tjenestenivå i helsevesenet.

Vi ønsker å undersøke hvordan overordnede føringer oppleves og påvirker den enkelte utøver av tjenestene i samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Vi undrer oss også på om medarbeideres opplevelse av samhandling, eller mangel på det, kan gi nye innspill til perspektivet på ledelse, kunnskapsutvikling og utveksling mellom tjenestenivåene.

Gi informasjon om det etiske retningslinjene:

- om at vedkomme kan trekke seg
- ikke trenger å svare på alle spørsmål
- at all informasjon vil bli behandlet anonymt

- at intervjuer har taushetsplikt.

Opplyse om at båndopptager blir brukt, og godkjenning på dette.

Har informanten noen spørsmål?

Åpner for at informanten kan stille spørsmål underveis i intervjuet.

### **Bakgrunnsinformasjon:**

- alder

- hvor lenge arbeidet i bedriften

-Hvor lenge jobbet totalt i helsevesnet

- arbeidstid/turnus, stillingsstørrelse,

-Fagutdanning

### **1 Generell oppfattelse av begrepet kunnskap**

- På hvilken måte forstår du kunnskap?
- Fins det andre typer kunnskap?
- Hvilken betydning har kunnskap ?
- På hvilken måte kan dere påvirke kunnskap?
- På hvilken måte brukes kunnskap?
- På hvilken måte kan kunnskap være nyttig?
- På hvilken måte kan vi avdekke behovet for mangel på kunnskap
- På hvilken måte kan vi avdekke behov for ny kunnskap

## **2 På hvilken måte kan den enkelte ansatte bidra for å øke forståelsen for deling av kunnskap?**

- Hvordan oppleves oppgavefordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste
- På hvilken måte foregår kunnskapsutveksling mellom spesialist og kommune i dag?
- På hvilken måte kan kunnskapsutveksling bedre overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- På hvilken måte bidrar dere til kunnskapsutveksling?
- På hvilken måte opplever du veiledningsplikten, og hvordan den praktiseres den, og evt hvilken verdi har den for deg

### **3 På hvilken måte oppleves utøvelsen av makt innen organisasjonen, og hvilke utslag kan dette ha for samhandling mellom tjenester?**

- Hvem bestemmer hva som skal gjennomføres?
- Hvilken kjennskap har du til overordnede avtaler for samarbeid/ samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenester?
- På hvilken måte preger dette arbeidsdagen din?
- På hvilke måter samhandler/ samarbeider du med andre i dag?
- I hvilken grad har du behov for kunnskap fra andre for å utføre jobben din på egen enhet?
- Hvilken betydning har den jobben du utfører i forhold til kommune- evt spesialisthelsetjeneste
- På hvilke områder kan evt samhandlingen endres?
- Hva er samhandling for deg?

### **Avslutning**

Er det andre ting du har lyst til å nevne i forhold til det vi har snakket om?

Takk for at du stilt opp!