



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Samarbeid om habilitering mellom
privatpraktiserende fysioterapeuter i små
distriktskommuner og spesialisthelsetjenesten.

Øyvind Arnes Johansen

RH335S Masteroppgave i Rehabilitering
Kandidatnummer 2



Forord

Det første møtet. En rutinekontroll, en sjelden undersøkelse av et lite barn i en travel og allsidig fysioterapihverdag. Foreldrene undrer: "Hun er vel bare litt sent utviklet?" "Jo, utviklingspennet er stort, men dere ser hvordan hun bruker beina ulikt når hun ligger på magen? Vi skal henvise videre til undersøkelse hos spesialisthelsetjenesten." Sier jeg. Måneder senere er hun der igjen. Hun som ikke går når de andre løper. Beskjed fra sykehuset via mor. Ingenting unormalt på de medisinske testene, oppfølging avsluttet. "Vi skal henvise henne videre til ytterligere medisinske undersøkelser. Hvis dere synes det er fornuftig kan vi møte helsesøsteren, legen, barnehagen og planlegge hva vi skal gjøre framover slik at jenta og dere har det bra uansett om det er noe galt eller ikke." Sier jeg. Usikkerhet, venting, googling og gode råd. "Overbeskyttet av foreldrene, normal motorisk utvikling i ytterkant av normalområdet, fysioterapeuten må trene henne oftere og bedre, husk fokus på kostholdet heime og i barnehagen." Hver gang glade foreldre som kommer tilbake fra sykehusene med beskjed om negative medisinske tester og avsluttet oppfølging etter undersøkelsen. Hver gang foreldre med tykkere ringperm. Informasjon som skal videreformidles, tanker og andres råd skal drøftes og alternative behandlinger skal prøves. Når det har gått noen uker merker man det igjen. Sterkere for hver gang. Når dagliglivet avslører at alt ikke fungerer like knirkefritt som med søsknene. Usikkerheten, uroen og ensomheten hos foreldrene. Når det nærmer seg skolealder blir mors ringpermer og fars håp erstattet av spesialisthelsetjenestens diagnose. Mor og far hver for seg på vei til møte med gruppa av kommunale hjelpere. Gruppa som gang på gang har avslørt egen utilstrekkelighet i sine forsøk på å forklare, bistå og gi trygghet. Gruppa som er milevis fra spesialistene. Et sammenbrettet brev fra mor: "På bakgrunn av utredning ved barneavdelingen er det konkludert med cerebral parese. Oppfølging avsluttes her. Følges opp i hjemkommunen."

Temaet i denne oppgaven er samarbeidet mellom små distriktskommuner og spesialisthelsetjenesten om somatisk habilitering av barn. Jeg vil takke min veileder Britt Lillestø for god og tålmodig veiledning. Jeg vil også takke de 6 informantene mine som gav meg gode intervjuer med nyttig informasjon.

Jeg vil takke familie og venner som har motivert meg i denne prosessen. Jeg vil spesielt takke min fantastiske samboer, Sara, for god støtte.

Östersund 12. mai 2014

Øyvind Arnes Johansen

Sammendrag

Det er kjent at det har eksistert og eksisterer samarbeidsutfordringer mellom ulike forvaltningsnivå i offentlig sektor. Innen helsesektoren har store reformer som helseforetaksreformen og samhandlingsreformen blant annet hatt som mål å forbedre samhandlingen mellom ulike forvaltningsnivå og tjenesteytende organisasjoner. Rehabilitering er et satsningsområde innen effektivisering av sykehusene, blant annet ved at oppgaver overføres til kommunene. Rehabilitering er en del av fagfeltet rehabilitering. I denne masteroppgaven har jeg studert hvordan en gruppe sentrale aktører innen kommunal habilitering opplever samarbeidet med somatisk habiliteringstjeneste i spesialisthelsetjenesten. Problemstillingen for oppgaven er: *Hvordan opplever privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner samarbeidet med spesialisthelsetjenesten innen somatisk habilitering av barn?*

For å undersøke problemstillingen har jeg utført seks intervjuer hvorav fem av informantene er privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale i små distriktskommuner. En av informantene er kommunalleder 1 i en liten distriktskommune. Intervjuene viser at samarbeidet mellom kommunene og den somatiske barnehabiliteringen ikke er tilfredsstillende slik de privatpraktiserende fysioterapeutene opplever det. Jeg analyserte mine data opp mot samfunnsøkonomisk teori, organisasjonsteori, ledelsesteori og habiliteringsteori. Min bakgrunn som privatpraktiserende fysioterapeut i en liten distriktskommune, samt min akademiske bakgrunn som mastergradsstudent i Rehabilitering med en MBA grad fra Universitetet i Nordland har dannet grunnlag for min forskerkompetanse.

Min analyse viser at samarbeidet mellom kommunene og barnehabiliteringen ikke fungerer godt nok. Den samhandlingen som beskrives i mine data tilfredsstiller ikke de krav til samarbeid som stilles i lovverk og faglitteratur inne habilitering. Analysen viser også at foreldrene til barn med funksjonsnedsettelse får en koordinatorrolle mellom de privatpraktiserende fysioterapeuter og habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten.

Norge har mange små kommuner som kan være sårbare i sin tjenesteproduksjon. Min studie viser at det er behov for bedre samarbeid mellom barnehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten og aktørene som er en del av habiliteringsprosesser i små distriktskommuner. For å lykkes med dette har jeg pekt på noen risikofaktorer som kom fram i min studie. Min analyse viser også at kommuner og helseforetak må være bevist på at manglende samhandling og sviktende organisering på overordnet nivå påvirker samarbeidet om somatisk rehabilitering på brukernivå.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord..... | 1 |
| Sammendrag | 2 |
| Innholdsfortegnelse..... | 4 |
| Oversikt over appendiks. | 6 |
| 1. Innledning. | 7 |
| 1.1 Aktualisering. | 7 |
| 1.2 Problemstilling. | 9 |
| 1.3 Oppgavens oppbygging..... | 12 |
| 2. Teori..... | 13 |
| 2.1 Innledning. | 13 |
| 2.2 Samfunnsøkonomi. | 13 |
| 2.2.1 Fordelingsøkonomi. | 14 |
| 2.3 Organisasjonsteori. | 16 |
| 2.3.1 Organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og profesjonskultur..... | 17 |
| 2.3.2 Målstyring og målkonflikt. | 19 |
| 2.4 Ledelsesteori..... | 21 |
| 2.4.1 Kommunikasjon. | 21 |
| 2.4.2 Samhandlingskompetanse..... | 21 |
| 2.5 Habiliteringsteori. | 22 |
| 2.5.1 Brukermedvirkning..... | 22 |
| 2.5.2 Habilitering i kommunene. | 25 |
| 2.5.3 Rammer for samarbeid mellom kommune og helseforetak..... | 26 |
| 2.5.4 Tidligere studier av habilitering i spesialisthelsetjenesten..... | 27 |
| 3. Metode. | 29 |
| 3.1 Innledning. | 29 |
| 3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode..... | 29 |
| 3.2.1 Forskningsprosessen..... | 30 |
| 3.3 Data/empiri..... | 31 |
| 3.4 Forskerens etiske og juridiske ansvar. | 32 |
| 3.5 Utvelgelse av informanter i kvalitative forskningsopplegg..... | 33 |

| | |
|---|----|
| 3.6 Kvalitative intervju. | 34 |
| 3.7 Kvalitativ dataanalyse. | 36 |
| 3.8 Gjennomføring av metoden..... | 38 |
| 3.8.1 Styrker og svakheter ved gjennomføringen av metoden. | 38 |
| 4 Empiri | 40 |
| 4.1 Innledning | 40 |
| 4.2 Organisering av habilitering og fysioterapi praksis i kommunene. | 40 |
| 4.3 Holdning til kommunesammenslåing og omorganisering av sykehus..... | 42 |
| 4.4 Bruk av ansvarsgruppe, koordinator og individuell plan. | 43 |
| 4.5 Samarbeid med barnehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten..... | 45 |
| 4.6 Råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. | 47 |
| 4.7 Brukermedvirkning. | 51 |
| 4.8 Bruk av teknologi i samarbeid og samhandling. | 53 |
| 4.9 Sammendrag..... | 54 |
| 5. Analyse. | 56 |
| 5.1 Innledning. | 56 |
| 5.2 Manglende samarbeid. | 56 |
| 5.3 Brukerrollen i et ressursperspektiv..... | 59 |
| 5.4 Veiledningsplikt og veiledningsmottakerens ansvar. | 62 |
| 5.5 Små distriktskommuner er sårbare tjenesteytere..... | 63 |
| 6. Konklusjon..... | 65 |
| Referanseliste | 67 |
| Appendiks | 71 |
| Vedlegg 1: Informasjonsbrev til informanter..... | 71 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide | 72 |

Oversikt over appendiks.

Vedlegg 1: Informasjonsbrev til informanter.

Vedlegg 2: Intervjuguide.

1. Innledning.

1.1 Aktualisering.

I min jobb som privatpraktiserende fysioterapeut i en liten distriktskommune jobber jeg blant annet med habilitering av barn med medfødte og ervervede funksjonsnedsettelse. Da jeg begynte i jobben for snart ti år siden var min nærmeste kollega en god bil- og fergereise unna. Nærmeste habiliteringstjeneste for barn ved sykehus var 300 kilometer unna, og drev ikke ambulant virksomhet. Min erfaring med habilitering hadde jeg fra grunnutdanningen, mine kollegaer innen somatisk oppfølging av barn i kommunehelsetjenesten var to allmennleger og en helsesøster. Jeg begynte i jobben uten utdanning utover grunnutdanningen og uten kjennskap til spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud innen habilitering.

De siste 10 til 15 årene har vært et enormt trykk på samhandling og organisering av helsetjenester på et overordnet nivå i forhold til helseforetaksreformen, samhandlingsreformen, veiledere for habilitering og rehabilitering, rehabiliteringsmeldingen, utbygging av lokale helseforetak og utredninger av fremtidig kommunestruktur og struktur for lokale helseforetak. Samtidig har det oppstått en motkultur blant fagfolk innen helsesektoren gjennom aksjonsgruppen helsetjenesteaksjonen. Denne motkulturen retter seg i stor grad mot de gjeldene styringssystemene for helsesektoren og styringsideologien New Public Management spesielt.

Hvordan oppleves da samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for somatisk habilitering av barn etter 13 år med Helseforetaksloven? I min oppgave studerer jeg noen få små kommuner i et distrikt innenfor et helseforetaksområde. Studien er kun gyldig for dette området. Det er likevel en relevant studie med tanke på å utvikle samarbeidet mellom kommuner og sykehus i dette området. Studien er også relevant med tanke på å øke og nyansere forståelsen av hvordan somatisk rehabilitering av barn fungerer. Flere av lærebøkene i rehabilitering virker i noe grad å ta den somatiske barnehabiliteringen for gitt. Thommesen skriver i boken Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt:

”Foreldre med barn med medfødte funksjonsnedsettelse føler seg ofte hjelpeløse og uttrykke, men likevel får de fleste av dem støtte og forståelse for at foreldrerollen til tider kan være arbeidskrevende. De kan søke om avlastning, omsorgslønn eller andre stønader, og de får ofte opplæring med henblikk på barnets funksjonsnedsettelse og hvordan de kan håndtere barnets utfordring på best mulig måte. I tillegg får foreldrene gjerne tilbud om samlivskurs, og mange møter forståelse for at de selv kan trenge tid til egenpleie” (Thommesen 2010:23).

Påstanden viser at det finnes oppfatninger om at somatisk/medisinsk habilitering i et brukerperspektiv er et forholdsvis godt utbygd fagområde innen rehabiliteringsfaget. Jeg håper denne studien kan gi forskere og andre aktører innen habilitering og rehabilitering en bedre forståelse av forholdet mellom lovbestemte brukerrettigheter og det reelle samarbeidet mellom to konkrete aktører som er satt til å ivareta disse rettighetene innen somatisk habilitering. Medisinsk forskning og utvikling påvirker og endrer fortløpende forutsetningene for somatisk habilitering og rehabilitering. Samtidig har spesialisthelsetjenesten gjennomgått den største omstruktureringen noen sinne med helseforetaksreformen. Kravene til samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har også endret seg som følge av helseforetaksreformen og samhandlingsreformen. Hvordan er da samarbeidet mellom de minste distriktskommuner, der et enkeltpersonforetak kan utgjøre hele den utøvende fysioterapitjenesten, og sykehusene? Med kvalitative intervju som metode studerer jeg i denne oppgaven hvordan dagens samarbeid om somatisk habilitering av barn fungerer sett fra perspektivet til privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner.

For å analysere mine kvalitative data har jeg benyttet Samfunnsøkonomisk teori, organisasjonsteori, ledelsesteori med vekt på samhandlingsteori og kommunikasjonsteori samt habiliteringsteori.

“I kommunehelsetjenesten opplever de at de forskes på, ikke med. Det er viktig at både de som leverer og de som bruker kommunale helse- og omsorgstjenester, er med på å definere hva som er relevant forskning og utvikling for dem... Mens ressurs- og personellinnsatsen i kommunal- og spesialisthelsetjenesten er omtrent like, er det dramatiske forskjeller når man sammenligner forskning og innovasjonsinnsats. Vi er nødt til å gjøre noe med den balansen” (Bernt Høie 2013)

Jeg har som tidligere beskrevet min praktiske bakgrunn som privatpraktiserende fysioterapeut i en liten distriktskommune. Min teoretiske forankring har jeg fra masterprogrammet i rehabilitering ved universitetet i Nordland og tidligere studier ved Master of business Administration (MBA) programmet ved handelshøgskolen ved Universitetet i Nordland. Med denne oppgaven oppgave ønsker jeg å gi mitt bidrag forskning med utgangspunkt i kommunehelsetjenesten.

1.2 Problemstilling.

Jeg har valgt å fokusere på habilitering i min oppgave. Mange av de samme forholdene ville vært aktuelle å undersøke i forbindelse med rehabilitering. Det er imidlertid en tradisjon for at samordning innen fagfeltet rehabilitering og habilitering har vært særskilt begrunnet i et habiliteringsperspektiv (Breimo & Sandvin 2009). I forbindelse med samhandlingsreformen finnes det også noe forskning knyttet til rehabiliteringsforløp og ansvarsfordeling mellom kommuner og sykehus (Thommesen, Normann & Sandvin 2008). I denne studien ønsker jeg derfor å se på samarbeidet mellom kommuner og sykehus angående somatisk habilitering. Når teknologiske nyvinninger fortløpende omsettes i tjenesteproduksjon (Thommesen m.fl. 2008) og den spesialiserte kunnskapen blir stadig dypere (Thommesen m.fl. 2008) gir dette forbløffende resultater i form av for eksempel livreddende behandling for barn etter trauma og økt overlevelse for tidligfødte barn (Skjeldal, O.H. 2001). Men når aksepten øker for at den samme spesialiserte kunnskapen, selv om den er viktig, iblant er unyttig for brukerens hverdagsliv (Thommesen m.fl.

2008) stiller dette større krav til i hvilken grad, og hvordan, den spesialiserte kunnskapen skal være en del av barns habilitering.

Med studien ønsker jeg derfor å få bedre kjennskap til erfaringene til fysioterapeuter som jobber med somatisk barnehabilitering i små kommuner har. Deres kvalitative vurderinger av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten mener jeg kan gi et innblikk i de utfordringer, muligheter og begrensninger som er knyttet til slikt samarbeid. Ut fra dette og betraktningene i aktualiseringen overfor har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan opplever privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommune samarbeidet med spesialisthelsetjenesten innen somatisk habilitering av barn?

Fysioterapeutene som ble intervjuet i studien jobber alene eller sammen med en til to andre privatpraktiserende fysioterapeuter. De ivaretar det samlede fysioterapitilbudet i kommunen. De er ikke ansatt i kommunen. Og de er den eneste valgmuligheten foreldre med barn med fysiske funksjonsnedsettelse har når barnet trenger fysioterapi som del av habilitering. I faglitteraturen beskrives fysioterapeuter som en av flere yrkesgrupper i den tverrfaglige habilitering (Bredland, Linge & Vik 2002). Ofte beskrives fysioterapeuter som jobber med habilitering eller rehabilitering som kommunalt ansatte eller kommunefysioterapeuter (Bredland m.fl. 2002). Denne beskrivelsen overser privatpraktiserende fysioterapeuter som aktiv aktør i habilitering. Regjeringen sin nasjonale strategi for habilitering i perioden 200-2011 viser at andelen årsverk med privatpraktiserende fysioterapeuter i kommunene har økt mens andelen fastlønnede kommunefysioterapeuter har gått ned (HOD 2008). Jeg håper denne studien øker forståelsen for privatpraktiserende fysioterapeuter sin rolle innen habilitering.

I rehabiliteringsmeldingen brukes ordet samarbeid for å beskrive hvordan koordineringen av tjenester mellom kommune og sykehus innen habilitering skal skje (Thommesen 2010).

Samarbeid betyr ifølge bokmålsordboka: *å arbeide i fellesskap*. Samtidig jobber dagens helsetjeneste med å koordinere sin innsats basert på begrepet samhandling. Thommesen diskuterer begge begrepene i kapittel 13 i boka ”Rehabilitering”, og konkluderer der med at det er ønskelig med mer forskning på temaet (Thommesen 2010). I samhandlingsreformen defineres samhandling slik. ”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.” Ord som oppgavefordeling og rasjonell gir assosiasjoner om arbeidsdeling etter sentralt gitte føringer og incentiver. Definisjonen viser samtidig til koordinering og felles mål som grunnlag for oppgavefordelingen. Med min problemstilling ønsker jeg å vise hvordan kravene til samhandling påvirker samarbeidsevnen mellom kommune og sykehus innen barnehabilitering.

Norge er inndelt i flere ulike helseforetak. Disse har delvis kun lokalsykehusfunksjon, noen har lokalsykehusfunksjon og spesialsykehusfunksjon for fylker eller regioner, og noen har landsfunksjon innen sjeldne diagnoser. Samtidig har vi i Norge en kommunestruktur som kjennetegnes av mange små kommuner. Ifølge SSB regnes over 50 % av kommunene som små kommuner og 22,5 prosent av alle kommuner har under 2000 innbyggere (SSB). Både innen sykehussektoren og kommunene pågår det en kontinuerlig debatt om strukturendringer med fokus på forbedring av tjenesteproduksjon, økonomistyring og måloppnåelse. Dette basert på en sterkere oppfatning i det offentlige ordskifte om at administrative, strukturelle og økonomiske forhold påvirker kvaliteten på de tjenestene sykehus og kommuner leverer. Samtidig har utviklingen innen rehabiliteringsfeltet i stor grad skjedd gjennom innføring av lovfestede rettigheter for brukerne. De lovfestede rettighetene forstås som universelle. Det vil si at en bruker uansett bosted, helseregion eller kommune innehar disse rettighetene. Det er derfor interessant å spørre tjenesteleverandørene selv hvordan de oppfatter at et sentralt element i rettighetslovgivningen som samarbeidet mellom kommunen og barnehabilitering fungerer. Og slik forhåpentligvis få en bedre forståelse for hvordan strukturelle og organisatoriske forhold bidrar til den lokale evnen til å yte lovfestet bistand til brukerne.

Problemstillingen er utformet for å innhente kvalitative data fra kommunehelsetjenesten, og plassere disse inn i de rammevilkår og teoretiske modeller som ligger til grunn for forståelsen av samarbeidet knyttet til somatisk habilitering for barn.

1.3 Oppgavens oppbygging.

Jeg har valgt å gjøre en kvalitativ studie med intervju med privatpraktiserende fysioterapeuter i 4 ulike små distriktskommuner, samt en kommunalleder med ansvar for helse og sosial i en tilsvarende kommune. I oppgaven er dette materialet mitt empiriske materiale. Oppgaven er bygd opp slik: I kapitel 2 har jeg presentert teori som mine funn er drøftet i forhold til. I kapitel 3 har jeg gjort rede for min forskningsmetode og den metodiske gjennomføringen av min datainnsamling og dataanalyse. I kapitel 4 er mine funn presentert og organisert i underkapitler etter tematisk tilknytning. I avslutningen av kapitel 4 er mine hovedfunn presentert i et sammendrag. I kapitel 5 er disse hovedfunnene analysert og drøftet. Dette danner grunnlaget for min konklusjon i kapitel 6.

2. Teori.

2.1 Innledning.

Den teoretiske rammen er avgjørende for analysen av materialet jeg har samlet inn, og bestemmer rammene for hvordan jeg tolker og forklarer det innsamlede materialet (Dalland 2000). I dette kapitlet presenterer jeg teori som setter mina data inn i en relevant sammenheng innen samfunnsvitenskapen og fagfeltet rehabilitering.

2.2 Samfunnsøkonomi.

Samfunnsøkonomi er ”læren om bruk av knappe ressurser for å dekke menneskenes behov” (Ringstad 2004:11). Sentralt innen samfunnsøkonomien står altså forståelsen om at det ikke finns tilstrekkelige ressurser til å dekke alle behov som alle menneskene i samfunnet har (Ringstad 2004). Dette eksemplifiserer ofte med politiske prioriteringer som må gjøres når man investerer i samfunnet. Når samfunnsøkonomer vurderer samfunnsøkonomien i et prosjekt er det derfor viktig å vurdere den alternative bruken av ressursene man legger i prosjektet. Først da kan man ”si noe om hvordan ressursene brukes i forhold til de samlede behov som gjør seg gjeldende i samfunnet” (Ringstad 2004:18).

Samfunnsøkonomien beskriver også ressursfordeling i samfunnet. Denne fordelingen er avhengig av en rekke ikke økonomiske forhold i samfunnet. Blant annet normer, kultur, lover, institusjonelle forhold og politiske forhold danner et rammeverk for økonomien (Ringstad 2004). Den direkte påvirkningen på økonomien kommer fra de institusjonelle forholdene som blant annet gir informasjon om hvordan et samfunns økonomi er organisert. I vår kultursfære er de to tradisjonelle begrepene i nyere tid kapitalisme og sosialisme. Norge har et system med kapitalistisk markedsøkonomi, med sterke innslag av offentlige inngrep og reguleringer (Ringstad 2004). Markedsøkonomi innebærer at transaksjonene i samfunnet, forholdet mellom

ressursbruk og behov, skjer via markedstransaksjoner. I samfunnsøkonomi er det derfor sentralt å studere om markedet fungerer slik at ressursene blir brukt best mulig for å dekke de samlede behov. (Ringstad 2004) Sentrale begrep i den forbindelse er kapasitetsutnyttelse, markedsvikt fordelingspolitikk og stabiliseringspolitikk. Jeg vil i det videre gi en innføring i samfunnsøkonomisk teori knyttet til fordelingspolitikk. Samt betydningen av samfunnsøkonomi for å forstå offentlig tjenesteyting.

2.2.1 Fordelingsøkonomi.

Norge har som sagt markedsøkonomi. Det er da to begrunnelser for å ha en offentlig sektor i Norge. Den ene er at offentlig sektor muliggjør en bedre ressursbruk for å oppnå høyere total velferd. Den andre er at offentlig sektor muliggjør en jevnere fordeling av de goder som skapes i samfunnet (Ringstad 2004). Samfunnsøkonomien vil, på samme måte som den forsøker å kartlegge markedsvikt i privat sektor, forsøke å kartlegge styringsvikt i offentlig sektor. Det vil si tilfeller hvor ressursene ikke utnyttes optimalt i forhold til de samlede behovene i samfunnet. Jevnere fordeling av godene som skapes i samfunnet er sentralt for argumentet om offentlig tjenesteyting. Fordelingen av velferd i samfunnet kan bli humanitært uakseptabel om markedet overlates til seg selv. For å sikre stabilitet i samfunnet på lengre sikt er det derfor behov for en fordelingspolitikk hvor offentlig sektor blant annet ivaretar personer som har blitt syke eller uføre (Ringstad 2004). I tidligere samfunnsøkonomisk teori har man i stor grad gått ut fra at de som var valgt til å styre offentlig sektor hadde kun fellesskapets beste for øye og hadde en overlegen innsikt i samfunnsøkonomiske forhold. Det ble derfor antatt at alle forhold som markedet ikke kunne løse, eller problemer med uheldig fordeling av godene ble løst på best mulig måte av offentlige organ (Ringstad 2004). Dagens samfunnsøkonomiske teori tar imidlertid i større grad høyde for at offentlige inngrep kan føre til dårligere samfunnsøkonomiske resultat (Ringstad 2004).

Økonomen Thomas Piketty har kritisert dagens økonomiske politikk i Europa og USA for å ha for lite fokus på fordelingspolitikken (Piketty 2014). Han har samtidig kritisert samfunnsøkonomet og økonomifaget generelt for å legge for stor vekt på matematiske modeller i

sin fremstilling av teorien. Ved å kombinere historiske data fra en lang rekke land og databaser har Piketty kunnet vise utviklingen i fordeling av ressurser i det 20. og 21 århundret. Kort sagt viser dataene et skifte i fordelingen av ressurser fra slutten av 1970 tallet og utover. De ti prosent rikeste i Europa blir rikere mens den øvrige befolkningen får mindre og de fattigste blir fattigere. Piketty skisserer et bilde av en utvikling der arv av ressurser blir stadig viktigere og eksemplifiserer dette med Jane Austen og Honore de Balzac sine romanfigurer hvor det gjaldt å gifte seg til ressurser eller arve ressurser (Piketty 2014).

I samfunnsøkonomisk teori settes dette i sammenheng med politisk og ideologisk påvirkning på offentlig sektor, og i hvor stor grad man velger å la markedsøkonomien styre. De ideologene som har stor tro på markedet som styrende mekanisme setter også tanken om individets egne muligheter, frihet og ansvar høyt. Piketty argumenter i sin teori for en felles internasjonal endring i skatt på eiendom (penger, aksjer, landareal, bygninger og lignende) slik at det offentlige i større grad styrer ressursfordelingen (Piketty 2014). Dette fordi hans teori viser at markedsøkonomien over tid har skapt ulike forutsetninger for ulike mennesker mulighet til velferd da de som allerede har ressurser de siste 40 årene har fått urimelig stor verdiøkning på disse i forhold til den samlede ressursøkningen i samfunnet. (Piketty 2004) Mer markedsorientert samfunnsøkonomisk teori fremhever fortsatt at den enkelte borger har frihet og ansvar til å skape egne verdier i et tilnærmet fullkomment marked, med lite offentlig innblanding.

Samfunnsøkonomisk teori og modeller legger altså premisser for fordelingen mellom offentlig og privat tjenesteyting i ulike land. Basert på vektlegging av ulike økonomiske modeller, ideologisk og politisk ståsted varierer graden av i hvor stor grad man vil erstatte offentlige tjenesteyting med privat tjenesteyting og vice versa. Begrep som ressursknapphet, samfunnets samlede behov og alternativkostnad er som jeg har vist overfor sentralt. Samfunnsøkonomi, organisasjonsteori og lignende fag utgjør slik teorien bak organiseringen av offentlig tjenesteyting. Jeg vil i neste kapittel se på organisasjonsteori og kort vise hvordan teori blir til konkrete styringsverktøy innen offentlig sektor ved å se nærmere på styringsformen New Public Management.

2.3 Organisasjonsteori.

Organisasjonsteoretikere har lenge forsøkt å definere hvilke organisasjoner deres teorier er gyldige for. Et hovedspørsmål i denne diskusjonen er hvorvidt offentlige og private organisasjoner er fundamentalt like eller ikke. Den allmenngyldige retningen innen organisasjonsteori fremhever at man bør legge vekt på likhetene mellom organisasjoner, og slik utvikle kunnskap som er allmenngyldig innen fagfeltet. Man vektlegger universelle kjennetegn ved organisasjonene på bekostning av kontekstuelle forhold som for eksempel offentlig eller privat (Christensen, Læg Reid, Roness & Røvik 2009). Det finns organisasjonsteoretikere som hevder at offentlige og private organisasjoner er fundamentalt forskjellige og det finns organisasjonsteoretikere som hevder at de er fundamentalt like. Det er likevel en gjennomgående enighet om at skillelinjene mellom offentlige og private organisasjoner endres. Både offentlig-privat samarbeid, delvis private statsaksjeselskap og offentlige foretak er eksempler på en mer glidende overgang mellom offentlig og privat organisasjon (Christensen m.fl. 2009).

Innen organisasjonsteori kan det også være vanskelig å studere offentlige organisasjoner fordi de offentlige organisasjonene griper inn i hverandre. De kan være vanskelig å skille fra hverandre. ”Organisasjonsmønstrer i offentlig sektor er som en kinesisk eske, hvor den ene organisasjonen inngår i den andre” (Christensen m.fl. 2009:17). I den daglige forvaltningen av velferdsstaten vil det ofte være et behov for å kunne avgrense de enkelte organisasjonene slik at man ser deres mål og resultater. Helseforetaksreformen kan sees på som en slik avgrensning. Målet var en klar styrking av statlig styring og ressursutnyttelse i en del av helsevesenet, spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil store samfunnsproblem måtte løses på tvers av organisasjonsgrenser (Christensen m.fl. 2009). Dette har medført behov for organisasjonsformer som bryter ned grensene mellom organisasjoner og etablerer ulike helhetsløsninger. NAV reformen er et eksempel på dette. Denne reformen var en samordning av offentlige velferdsorganisasjoner med vekt på samordning av statlige og kommunale organisasjoner.

Selve styringen av offentlige organisasjoner vil påvirkes av hvilket organisasjonsteoretisk utgangspunkt man har. New Public Management er en populær styringsform som baserer seg på at offentlige organisasjoner er fundamentalt like private, og kan styres med prinsipper fra private organisasjoner (Christensen m.fl. 2009). New Public Management har vært sett på som en måte å reformere offentlig sektor. New Public Management er ikke en teori og jeg omtaler det bare kort her for å vise hvordan økonomisk teori og organisasjonsteori kan kombineres til praktiske styringsverktøy som påvirker offentlig tjenesteyting. I den sammensatte bakgrunnen til New Public Management finner man tanken om at aktørene utfra markedsprinsipper maksimerer egen nytte og at hierarki kan sees som et alternativ til markedet (Christensen m.fl. 2009). Dette betyr i korthet at overordnede aktører kan styre underordnede blant annet ved hjelp av belønning og sanksjoner. For å gi overordnede aktører informasjon og kontroll for å kunne belønne eller sanksjonere vektlegger New Public Management som styringsform mål og resultatstyring. Det vektlegges også markedsretting med virkemidler som benchmarking, konkurranseutsetting og horisontal spesialisering i form av fokus på at ulike funksjoner ikke overlapper hverandre. Et eksempel på slik horisontal spesialisering er samhandlingsreformen som legger stor vekt på fordeling av oppgaver mellom kommunene og sykehusene slik at tjenesteyterne ikke overlapper hverandre.

2.3.1 Organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og profesjonskultur.

Organisasjonskultur sier noe om hvordan en gruppe mennesker utvikler et felles sett av antagelser og verdier etter hvert som gruppen lærer å mestre utfordringer (Jakobsen, 2007). Edgar Schein definerer organisasjonskultur som et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon (Schein, 1985). Mens organisasjonsstruktur er et formelt trekk ved organisasjonen er organisasjonskultur et uformelt trekk. Struktur forstås gjerne gjennom kart og organisasjonsmodeller mens man for å forstå og forklare organisasjonskultur må identifisere hvordan kulturen uttrykkes i organisasjoner (artefakter).

Som det fremgår av Scheins definisjon er organisasjonskultur nært knyttet til at organisasjoner

lærer å løse oppgaver. Hvorvidt man finner samsvar mellom en organisasjons formelle struktur og kultur vil være avhengig av om de grunnleggende antagelsene om hva som fungerer for organisasjonen, samsvarer med organisasjonens besluttede struktur (Jakobsen, 2007). Slik kan man tenke seg at avdelinger i en organisasjon på bakgrunn av organisasjonskulturen vil samarbeide seg imellom selv om dette ikke er intendert i organisasjonsstrukturen. Man kan også tenke seg at formelle ledere fratras ansvar og myndighet ved at det etableres en organisasjonskultur hvor enten ledelse eller ansatte på lavere nivå går rundt disse lederne. Når man ser på hvordan organisasjonskultur oppstår ser man at ”sannhetene” ideelt sett er oppstått som følge av læring av effektivitet (best mulig problemløsning). Slik kan man tenke seg at organisasjonskultur vil bidra til økt effektivitet i organisasjonen. Samtidig vil aspektet med et sett av verdier, normer og handlinger knyttet til disse kunne føre til gruppetenkning, manglende evne til innovasjon og en holdning om at: ”i denne organisasjonen har vi alltid gjort slik.” Dette kan medføre at organisasjonskulturen ikke understøtter organisasjonens formål og svekker effektiviteten i organisasjonen (Jakobsen, 2007). Likevel er det viktige fellestrekk med organisasjonsstruktur og organisasjonskultur da begge bidrar til å disiplinere og forme organisasjonen, og er to sider av samme sak. Ledere kan påvirke organisasjonskultur. Gjennom ledelse kan spesielt indoktrinering av verdier og formål gjennomføres (Jakobsen, 2007).

Subkulturer oppstår i organisasjoner når det dannes og eksisterer flere parallelle kulturer i en organisasjon. En vanlig form for subkultur kan være profesjonskultur (Jakobsen, 2007). Dette kan være kultur som eksisterer i organisasjoner uten at dette er problematisk. Enkelte subkulturer fremstår imidlertid som direkte motkulturer til den dominerende kulturen i organisasjonen og dette kan skape problemer i form av interessekonflikter og maktkamp (Jakobsen, 2007). Et interessant trekk ved subkulturer er at selve organisasjonsstrukturen kan bidra til disse. I sterkt sektoriserte strukturer kan det utvikles subkulturer hvor avdelinger overvurderer egen betydning og svekker betydningen av de overordnede målene i organisasjonen. I høyt spesialiserte organisasjoner kan en se lignende utvikling av subkulturer ved at samme profesjoner jobber tett sammen og skaper egne profesjonskulturer. Typiske eksempler på dette er sykehus, hvor profesjonskamp svekker fokuset på organisasjonens hovedmål eller til dels forsøker å endre hva som skal være organisasjonens mål og styringsverktøy.

2.3.2 Målstyring og målkonflikt.

Mål benyttes av organisasjoner for å uttrykke en ønsket fremtidig tilstand (Jakobsen 2007). Dette gjør at bruk av ulike former for mål er sterkt knyttet til organisasjoners eksistens. I tillegg sier mål noe om organisasjonens samfunnsmessige funksjon. Når man definerer mål i organisasjoner er det naturlig å dele disse opp etter deres funksjon i organisasjonen. Et slikt målhierarki består gjerne av organisasjonens formål som sier noe om hvilken overordnet funksjon organisasjonen har, og legitimerer organisasjonens eksistens og egenverdi. Ut fra formålet vil organisasjoner ofte forsøke å definere den ideelle fremtidige situasjonen gjennom en visjon for organisasjonen (Jakobsen 2007). Visjoner vil ofte være langsiktige mål som gir en forståelse av hvor organisasjonen ønsker å befinne seg i fremtiden. Visjoner kan i det daglige fungere som en felles plattform for organisasjonens medlemmer, men gir ofte lite konkrete retningslinjer for daglige prioriteringer og gjennomføring. For å oppnå at den daglige aktiviteten styres mest mulig effektiv, mot organisasjonens mål, konkretiseres visjonen derfor i flere nivå med hovedmål og delmål. Slik vil man ideelt sett kunne oppnå et målhierarki hvor delmålene gir den enkelte i organisasjonen klare retningslinjer for arbeidet, samt at alle mål på lavere nivå styrer aktiviteten slik at den bidrar til å realisere organisasjonens formål (Jakobsen 2007). Hvorvidt dette hierarkiet fungerer slik at organisasjonen er effektiv ser i noe grad ut til å være avhengig av hva som ligger bak utformingen av formål og visjon. I tillegg til valg av strategier for å gjennomføre disse. Collins peker på at det er nødvendig med en grunnleggende forståelse av egen virksomhet for å oppnå suksess i form av effektivitet. De tre viktigste kriteriene for en slik forståelse er ifølge Collins, kunnskap om hva man brenner for, å vite hva man kan best og ikke kan best og å vite hvordan man skaper verdier i den bransjen man opererer (Collins 2002).

Verdien av mål som styringsredskap er knyttet til tidsavgrensning av målene, sammenheng mellom mål og midler og i hvilken grad målene er kontinuerlige eller har klart definert slutttilstand. Kort kan man si at mål med lang tidshorisont gir friere handlingsrom, og kan bidra til økt innovasjon. De kan samtidig skape rom for tolkninger og øker muligheten for aktivitet som ikke er i fullt samsvar med målene. Når det gjelder kontinuerlige mål vil disse ofte ha mindre verdi som styringsredskap da de gir lite grunnlag for å måle effekt og måloppnåelse.

Spesielt innen tjenesteytende organisasjoner opplever man utfordringer med uklar sammenheng mellom mål og midler. Dette kan medføre problemer med å skape en effektiv tjenesteproduksjon da man er usikker på hvilke midler som gir best måloppnåelse (Jakobsen, 2007).

Konflikt mellom ulike mål oppstår gjerne i organisasjoner som har komplekse samfunnsoppgaver. Offentlige organisasjoner måles både på økonomisk effektivitet, tilgjengelighet, ikke- økonomiske kvalitetsindikatorer, verdiformidling (Jakobsen 2007). Ofte vil det også være mer komplekse rammer i form av dels overlappende lovverk og ulike politiske signaler for slik virksomhet. Offentlige virksomheter har ofte formål og visjoner basert på mål om å oppnå verdimeslige endringer i samfunnet, og kan oppleve målkonflikter mellom verdimeslige mål og økonomiske mål. Et eksempel er konflikten mellom tverrfaglige utredninger og inntektsbringende strategier knyttet til stykkprisfinansiering og finansiering etter diagnosekriterier.

Målforskyvning er en vesentlig utfordring ved bruk av mål som styringsverktøy. Dette kan skje på flere måter blant annet ved at ansatte eller grupper i organisasjonen jobber primært for sitt eget beste og ikke organisasjonens beste, såkalt suboptimalisering (Jakobsen 2007).

Avgrensinger i ulike delmål kan føre til at ansatte eller avdelinger fokuserer for mye på sitt eller sine aktuelle delmål og glemmer organisasjonens hovedmål. Videre kan det i organisasjoner oppstå målforskyvninger i form av unødvendig regelfokusering. Regelfokusering gir gjerne den enkelte beslutningstaker en følelse av trygghet, men kan føre til at fokuset endres fra organisasjonens hovedmål til oppfylling av regler. Ved utbredt måling av kvantitative indikatorer i organisasjoner kan det oppstå målforskyvning ved at aktiviteten vris mot det som måles og ikke mot organisasjonens hovedmål (Jakobsen 2007).

2.4 Ledelsesteori.

2.4.1 Kommunikasjon.

Kommunikasjon innebærer at personer sender et budskap gjennom gitte medier (Johannessen, 2008). I det globaliserte kunnskapssamfunnet ser man store endringer i hvordan vi kommuniserer. Bruk av ny teknologi, nye organisasjonsformer og nye ledelsesformer er drivkrefter i disse endringene. Eksempler på dette er større bruk av elektroniske medier. Sammenslåinger og større organisatoriske enheter innebærer at man må ha større kjennskap til hvordan andre organisasjoner fungerer for å vite hvordan det budskapet man sender blir mottatt (Johannessen 2008). Bygging av nettverk og økt grad av systemisk tenking er derfor blitt viktigere når man skal sende et budskap. Begrepet samhandlingskompetanse er sentralt i denne sammenhengen. Forutsetninger for samhandlingskompetanse er både påvirkningskompetanse, evne til erfaringsoverføring og kommunikative ferdigheter (Johannessen 2008).

Evne til å lytte er avgjørende for god kommunikasjonen. Faktorer som forsterker vår evne til å lytte er oppmerksomhet, åpenhet for positive intensjoner og empati. Vår påvirkningskompetanse er avhengig av gode strategier for effektive møter og gode evner for å gi tilbakemeldinger. En utfordring ved tilbakemeldinger er hvordan det visuelle blir stadig viktigere i forhold til det auditive. I et kunnskapssamfunn vil ny kunnskap føre til hurtige endringer og kompleksitet (Johannessen 2008). Behovet for nye arbeidsmetoder og ny organisering av arbeidet vil stadig oppstå. Dette stiller store krav til erfaringsoverføring. I kommunikasjonen vil vår evne til perspektivskifte fremme erfaringsoverføring. Perspektivskifte avhenger av gode tilbakemeldinger og dette fremmer igjen evne til fleksibilitet. Fleksibilitet forutsetter relasjonskompetanse, som igjen forsterker vår evne til perspektivskifte (Johannessen 2008).

2.4.2 Samhandlingskompetanse.

Samhandlingskompetanse vil alltid være forankret i kontekster, for eksempel grupper som har klare normer og verdier (Miller 1992). Samhandlingskompetanse handler om hvordan man opptrer i ulike kontekster. Et sentralt element i all samhandling er frykten for sosial avvising. I

kontekster man ikke kjenner vil man derfor reagere med å minimalisere sjansen for sosial avvisning (Panksepp 1992). Dette kan begrense kommunikasjon da man vil redusere utvekslingen av egne erfaringer. Det som derfor er svært viktig hvis man ønsker samhandling er den etiske siden av samhandlingskompetansen. Altså hvordan man hindrer at noen personer kommer i en posisjon hvor de føler seg sosialt avvist. Respekt, ansvar og det å ivareta den andres verdighet er derfor de sentrale verdier i samhandlingskompetanse. Videre forutsetter samhandlingskompetanse en grunnleggende forståelse av forventninger og forsterkninger. Dette forutsetter at det gis gode tilbakemeldinger slik at de som samhandler etablerer en felles fortolkning av situasjonen. Denne felles fortolkningen gir også en inkludering hvor det skapes en sosial kontroll i gruppa som samhandler (Johannessen 2008).

2.5 Habiliteringsteori.

2.5.1 Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning og brukerstyring er sentrale begrep i habiliteringsteori. Medvirkning kan defineres som ”en prosess der alle aktører virker sammen, og målet er å komme fram til enighet om hva som skal gjøres” (Normann, Sandvin & Thommesen 2003:94). Deltagelse og likestilling er andre begrep som brukes for å forklare medvirkning. ICF modellen bidrar også til å sette fokus på at hovedmålet med rehabilitering og rehabiliteringsprosesser ikke nødvendigvis er mestring og funksjon, men deltakelse og likestilling (Bredland m.fl. 2002).

Rehabilitering defineres på ulike måter innen ulike fag. Helsedirektoratet definerte medisinsk rehabilitering i forbindelse med rehabiliteringsmeldinga slik: ”Helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade, eller medfødt lyte, skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.” (st.meld. 21, 1998-99:kap 2.1) Noe av kritikken av denne definisjonen er at det legges vekt på at bruker/klient skal oppnå selvstendighet og livskvalitet som følge av rehabiliteringen. Men at rehabiliteringsprosessen i stor grad styres av en profesjonalisert helsetjeneste. Man kan derfor si at brukerens situasjon her

og nå, når behovet for habilitering oppstår blir mindre tatt hensyn til enn den ønskede situasjonen etter endt rehabilitering. I spesialisthelsetjenesten vil dette ofte forklares med at man i den tidlige fasen, overgangen mellom behandling og habilitering har lite informasjon om forventet utfall. Det er likevel grunn til å være ekstra oppmerksom på brukervedvirkning og pårørendes medvirkning i den tidlige fasen. For det første fordi bruker og pårørende kan bidra med nyttig informasjon. For det andre fordi den tidlige fasen av rehabilitering er antatt som den mest effektive fasen innen medisinsk rehabilitering (Hanao & Alvsåker 2008). Andre dilemmaer for spesialisthelsetjenesten i forbindelse med brukervedvirkning i den tidlige fasen av habilitering er brukere med kognitiv svikt, rehabiliteringstiltak med usikker effekt og begrenset tilgjengelighet. I slike tilfeller ser man at brukerens medvirkning blir redusert og beslutninger fattes av medisinske eksperter og hjemles med pasientens rettigheter (Hanao & Alvsåker 2008). Medisinske diagnoser kan danne grunnlag for kategorisering (Lillestø & Hanssen 2000). Utfordringen i alle deler av rehabiliteringsprosessen blir dermed å se brukerens unike kvaliteter, behov og mål. Det er pr i dag en økende erkjennelse av at offentlige tjenester har kommet til kort fordi de har vært bygd opp rundt hjelpeinstansenes og profesjonenes behov, ikke rundt mottakernes behov (Mik-Meyer 2005).

I evalueringsfasen vil man ofte se et behov for å plassere ansvar for det som har fungert og ikke fungert i rehabiliteringsprosessen. Studier med ergoterapeuter viser hvordan man i denne fasen ofte plasserte ansvaret for manglende suksess på sine pasienter (Abberley 1995) Denne evalueringen av brukerens involvering i egen prosess virker å kunne arte seg i både positiv og negativ omtale av brukeren. Og det virker som tendensen med at fagmiljøet evaluerer brukeren eller brukerens representanter er relativt utbredt. Innen habilitering vil ofte foreldrene være de som medvirker på vegne av sitt barn. Begrepene ressursvake og ressurssterke foreldre kommer i den forbindelse ofte opp blant fagpersoner, fagmiljøer og offentlige instanser. Begrepsparet er omdiskutert. Utdanningsdirektoratet gikk i 2012 ut med en klar oppfordring om å unngå bruk av betegnelsen ressursvake foreldre. Utdanningsdirektoratet skriver:

”Det er umulig for en lærer å vise respekt og virke sammen med noen som han eller hun betrakter som ressurs svak og mindreverdige” (Udir 2012:1).

Samme år brukes fortsatt begrepet ressurs svake foreldre i NOU 2012:1 Til barnas beste:

”Resultatene dokumenterer at tid i barnehage er positivt for barnas kognitive og ikke-kognitive utvikling sammenliknet med alternative former for barnepass, og igjen særlig for barn med ressurs svake foreldre.” (NOU 2012:1:kap 5.5)

Teori og studier av brukermedvirkning og individuell plan understreker betydningen av å fokusere på de ressursene som brukeren har og la brukeren anvende disse (Thommesen m.fl. 2008). Men også innen teori om habilitering er ressurskartlegging med inndeling av ressurs svake og ressurssterke vanlig. Særlig i forbindelse med studier av familie og venner til brukere er begrepet ressurssterk mye brukt. Tove Mette Mentzen Ness skriver i sin studie av foreldre til barn med funksjonsnedsettelse om hvordan foreldrene gjennom henvendelser til etater og tjenesteytere klarte å påvirke hvilke tjenester deres barn fikk (Ness 2010). Hun beskriver at foreldrene har styrke og pågangsmot og setter dette i sammenheng med egenskaper som vilje og tro (Ness 2010).

En rehabiliteringsprosess som vektlegger brukerens situasjon må også ta innover seg brukerens behov for uavhengighet og kontroll over egne tjenester. Et begrep som brukes i den teoretiske beskrivelsen av denne sammenhengen er brukerstyring. Dette kan forstås som at brukeren har selvråderett over egen situasjon. Brukerstyring må imidlertid ikke misforstås med at brukeren selv skal ha ansvar for å styre og koordinere egen habilitering. Intensjonen med en ordning som individuell plan er tvert imot at ”Personer i vanskelige livssituasjoner skal slippe å koordinere egne tiltak og tjenester, men de skal få økt innflytelse over tilbudet. Individuell plan skal være en ordning som bidrar til større selvråderett over eget liv for brukeren” (Thommesen m.fl. 2008:42).

2.5.2 Habilitering i kommunene.

Det kommunale tjenestetilbudet innen rehabilitering beskrives i teori om offentlig tjenesteyting både som universelt likt fra kommune til kommune med grunntjenester basert på forpliktelsene i kommunehelsetjenesteloven og annen lovgivning (Bredland m.fl. 2002). Og som lokalt tilpasset utfra kommunenes lokale selvstyre (Thommesen 2008). I Thommesens studie om individuell plan var alle kommunene ulikt organisert, men alle holdt på å omorganisere (Thommesen 2008). Dette viser at en enhetlig beskrivelse av organisering av kommunehelsetjenesten er vanskelig og må være dynamisk. Et annet trekk med kommunal organisering med tanke på habilitering og rehabilitering er at det i større grad legges vekt på arbeidsverktøy enn organisering. De tre viktigste lovpålagte arbeidsverktøyene for habilitering i kommunene er plikten til å utarbeide plan for habilitering og rehabilitering, forpliktelsen om å ha koordinerende enhet og hver borgers rett til individuell plan. Videre benytter mange kommuner det ikke lovpålagte arbeidsverktøyet ansvarsgruppemøter (Thommesen 2008).

I mange små kommuner finnes det faktorer som kan gjøre det vanskelig å være i en habiliteringssituasjon. Kjente positive faktorer for funksjonshemmede er ofte mangelvare i små distriktskommuner. Pasientfelleskap er en positivt for en rehabiliteringsprosess (Lillestø & Hansen 2000). I små kommuner kan det for eksempel være så få barn med habiliteringsbehov av det er vanskelig å skape et pasientfelleskap. Flere små kommuner har innsett at de ikke har tilstrekkelige ressurser til å oppfylle lovpålagte krav innen både helse og andre sektorer som kan ha betydning for en innbyggers habiliteringsprosess. De har derfor organisert seg i ulike interkommunale samarbeidsavtaler. Oftest innebærer disse avtalen forpliktene samarbeid mellom to eller flere kommuner om konkret avgrensede kommunale oppgaver, og kan i stort sett omfatte alle mulige kommunale oppgaver.

Kommunene er også ulikt organisert i forhold til private eller kommunale helsetjenester som lege, jordmor eller fysioterapitjeneste. Der kommunene har valgt å organisere slike tjenester som private tjenester mottar tjenesteutøveren et driftstilskudd og utfører tjenestene gjennom et

privat selskap. Private utførere av helsetjenester har noe større grad av autonomi enn fast ansatt personell. De er også ansvarlige for egen praksis som selvstendige juridiske enheter.

2.5.3 Rammer for samarbeid mellom kommune og helseforetak.

Alle kommuner skal i henhold til samhandlingsreformen inngå samarbeidsavtaler med helseforetakene. Det skal herunder også inngås egne samarbeidsavtaler om habilitering og rehabilitering. Når ulike organisasjoner samarbeider kan det oppstå gråsoneproblematikk i forhold til hvilken organisasjon som er best egnet til å løse oppgavene (Bredland m.fl. 2002). Et typisk eksempel på slik gråsoneproblematikk er samarbeidet om habilitering mellom sykehus og kommuner. Det er ofte behov for å avklare hvor langt kommunens spesialiserte kunnskap strekker seg og dermed hvilket behov sykehusene skal legge til grunn for sin forpliktelse om å delta i habiliteringen (Bredland m.fl. 2002).

Helsedirektoratets prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten understreker at rettighetsprinsippet skal gjelde som hovedregel ved vurdering av helsehjelp. Prioriteringsveilederen presiserer at utfallet av helsehjelpen fra habiliteringstjenesten kan være ulikt for ulike pasienter. Dette med tanke på hvorvidt den medfører gjentatte tverrfaglige vurderinger i habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten og videre utløser nye tiltak/endring av tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Organiseringen av habiliteringsenhetene er ulik i de ulike helseforetakene. Den fysiske avstanden mellom lokalsykehuset og nærmeste barneavdeling er i min studie over 300 kilometer (bilvei) og det lokale helseforetaket har ikke egen helhetlig habiliteringsenhet for barn. Desentralisering av helsetjenester er et prioritert område innen utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Flere faktorer ligger til rette for dette blant annet en desentralisert sykehusstruktur og telemedisin. Utredninger av spesialisthelsetjenestetilbud peker også på spesielle fagområder som kan desentraliserer. I forbindelse med habilitering vet man at tverrfaglig behandling er viktig. En desentralisering av deler av fagområdene i spesialisthelsetjenesten kan dermed medføre at den tverrfaglige habiliteringen som tidligere var samlet på et sykehus blir spredt på flere sykehus. Det er derfor viktig at prinsippet om brukermedvirkning og en samarbeidende kjede av tiltak også ivaretas når

habilitering desentraliseres.

2.5.4 Tidligere studier av habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Mork viser i sin studie fra 2001 at barn med lettere cerebral parese i liten grad ble fulgt opp av spesialisthelsetjenesten i Rogaland (Mork 2001). Dette til tross for at de stort sett hadde blitt diagnostisert ved habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten. Studien konkluderer med at disse barna trolig bør følges av spesialisthelsetjenesten med visse mellomrom gjennom hele oppveksten. Noe av hensikten med en slik oppfølging vil være å påvise patologiske forhold hvor man med tidlige tiltak kanskje kan forebygge problemer i voksen alder (Mork 2001).

En annen studie av barn med cerebral parese henvist til en habiliteringsenhet viste at henvisning av barn med cerebral parese til et tverrfaglig team ved en habiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten ikke sikret at forventede assosierte funksjonshemninger ble diagnostisert (Ramstad og Blom 2004). Forfatterne viser at selve modellen for habilitering kan være en årsak til dette. I Norge er ansvaret for barn og unge med cerebral parese spredt på kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes pedagogisk-psykologiske tjeneste og det spesialpedagogiske støttesystemet. Basistilbudet om habilitering blir gitt i hjemkommunen, og spesialisthelsetjenesten står for supplerende tjenester (Ramstad og Blom 2004). Studien viste også at barn som henvises for «smale» problemstillinger – for eksempel spasmebehandling, oppfølging av epilepsi eller ernæringsvansker – ikke blir vurdert av hele det tverrfaglige teamet. Studien konkluderer med at to års oppfølging med sikte på funksjon og deltakelse burde gi mulighet til å fange opp problemområder og innhente tidligere eller utløse nye diagnostiske vurderinger (Ramstad og Blom 2004).

Studier som har sett på sammenhengen mellom barnenevrologi og habilitering i Norge peker på at suksessfaktorer for samarbeidet er kvalitetssikringsarbeid og forskning. Flere legeutdanningsstillinger, bedre tilbudt for innlagte pasienter samt tettere samarbeid mellom barneavdelinger, habiliteringsenhet og kommunalt hjelpeapparat (Waalder & Sommerfelt 2004).

Ved tidlig habilitering i forbindelse med nyfødte bør nyfødtnevrologi være et satsningsområde (Waalder & sommerfelt 2004). Risikofødsler og premature fødsler øker sjansen for habiliteringsbehov i etterkant av fødselen. Bedre overvåkning og behandling av nyfødte har ført til økt overlevelse, men undersøkelser har vist en økning eller uendret forekomst av cerebral parese (Hagberg 2000). Den økte overvåkingen og bedre behandlingen av nyfødte har medført større krav til fødeavdelingene og primær og spesialisthelsetjenestens oppfølging av gravide. Dette innebærer at risikofødsler i tråd med faglige retningslinjer for de ulike helseforetakene skal skje på spesialiserte og tverrfaglig godt bemannede fødeavdelinger. I praksis innebærer dette at risikofødsler i mange tilfeller skjer langt fra hjemstedet. Tidlig habilitering ved nevrologiske skader er et viktig prinsipp også i rehabilitering av barn. Mindre studier har antydnet at barn ikke får det samme rehabiliteringstilbudet som voksne ved slike skader og det pekes i den sammenheng på tidsopphold og brudd i habiliteringskjeden som en årsak. (Nilsen 2010).

3. Metode.

3.1 Innledning.

Metode er: ”å følge en bestemt vei mot et mål” (Johannessen, Kristoffersen & Tufte 2008:32). Ved å redegjøre for metoden vil det framgå hvordan forskningen er gjennomført og forskningsresultatene blir tilgjengelig for en kritisk analyse.

Når man skal hente inn informasjon om virkeligheten og analysere denne informasjonen bruker man samfunnsvitenskapelig metode. Denne metoden gir innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser. Dette er en sentral del av den empiriske forskningen. Metoden er et verktøy for å samle inn, analysere og tolke data (Johannessen m.fl. 2008). Samfunnsforskerne studerer mennesker og har mulighet til å diskutere og spørre ut studieobjektene. Forskerne må forholde seg til mange meninger og oppfatninger. Den virkeligheten som samfunnsforskeren studerer deltar han også i. Samfunnet er et ”mer uoversiktlig og dynamisk felt enn naturen” (Johannessen m.fl. 2008:35).

Samfunnsforskere deltar på forskjellige måter i samfunnet. Ofte lever de selv i det samfunnet de forsker i. Resultatene fra forskningen blir ofte formidlet tilbake til samfunnet. Denne kunnskapen vil påvirke det fenomenet forskeren studerer (Johannessen m.fl. 2008).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.

I samfunnsvitenskapelig metode skiller man mellom kvalitativ eller kvantitativ metode. Ved en *kvantitativ* tilnærming er man opptatt av å kartlegge utbredelsen og teller opp fenomener. Hvor sterkt man skiller mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming varierer fra forsker til forsker og i ulike forskningstradisjoner. Det tradisjonelle skillet i samfunnsvitenskapelig forskning har vært

hermeneutisk- og positivistisk posisjon (Johannessen m.fl. 2008). Positivismen legger til grunn av alle fenomener skal undersøkes utfra det som er positivt gitt. Altså det som kan måles og registreres. Kritikerne av positivismen legger hermeneutisk tradisjon til grunn for sin forskning. Denne tradisjonen anser at hovedoppgaven med forskning er å utvikle en forståelse for meningen bak handlingene (Berg & Lune 2012). Der positivismen beskriver et fenomen utenfra vil man med utgangspunkt i hermeneutisk tradisjon beskrive meningen bak handlingen og slik sett ha et perspektiv innefra eller nedenfra perspektiv (Johannessen m.fl. 2008). I dagens samfunnsvitenskapelige forskning har mange forskere en mer pragmatisk tilnærming til valg av metode og det er ikke uvanlig med en kombinasjon flere metoder som kan være både kvantitative og kvalitativ utfra argumentet om at metodene er redskap for å skaffe seg innsikt. Kjølrsrud beskriver dette som ”en mixed approach design” (Kjølrsrud 2010:274).

Ved en *kvalitativ* tilnærming er en opptatt av å få frem fyldige beskrivelser. En får en mer detaljert og nyansert informasjon. Kvalitativ tilnærming brukes gjerne når en skal undersøke fenomener en ikke kjenner så godt. Metoden legger stor vekt på meningssammenhenger. Det er et poeng å få innsikt i aktørens egen forståelse av virkeligheten (Malterud 2004). Dette baseres ofte på sosiologiens ide om at mennesker handler først og fremst ut fra hvordan de fortolker virkeligheten, og ikke ut fra objektive fakta i seg selv. Man søker å forstå og forklare aktørens handlinger ved å få innsikt i aktørens indre (Berg & Lune 2012). Ved å undersøke for eksempel oppfatninger, kunnskaper, holdninger og språk hos aktørene kan man lære mer om hva som gjør handlinger fornuftige (forståelige), og slik lære mer om hva som er meningen eller tanken bak en handling (Johannessen, 2008). Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke kvalitativ tilnærming. Dette da jeg ønsker å trekke ut informantenes erfaringer, og kunne gå i dybden på temaene.

3.2.1 Forskningsprosessen.

Forskningsprosessen går vanligvis over fire faser:

-Forberedelse

Utgangspunktet er at forskeren ønsker svar på et eller flere spørsmål. Spørsmålene er

gjennomtenkte og en sentral del er at forskeren har satt seg inn i relevant litteratur. Forskeren må ta stilling til undersøkelsens formål. Målet kan være å forstå et fenomen eller å beskrive det.

-Datainnsamling

I forskning må forskeren samle inn data som gjenspeiler den virkeligheten som undersøkes. Data kan foreligge i mange former da det er mange måter å gjennomføre forskningen på. Hovedskillet ligger på kvantitativ og kvalitativ data. Forskeren tar stilling til når og hvordan han/hun skal rekruttere informanter. Og hvem, hvor mange og hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for utvelgningsprosessen. Forskeren må samle inn data som er relevant og pålitelig. Observasjon, intervju og fokusgrupper er vanlige måter å samle inn kvalitativ data på. Lyd og bildeopptak må transkriberes, det vil si skrives ut i tekst.

-Dataanalyse

All data som er samlet inn må analyseres og tolkes. Datamengden må reduseres for å kunne gjennomføre analysearbeidet. I kvalitativ analyse må forskeren bearbeide teksten. En sentral del av samfunnsvitenskapelige undersøkelser er å tolke data.

-Rapportering

En skriftlig rapportering er den vanligste formen for presentasjon av resultatene. Det er vanlig å bruke relevant litteratur når man skal skrive en oppgave eller rapport (Johannessen m.fl. 2008).

3.3 Data/empiri.

Før datainnsamlingen gikk jeg gjennom relevant bakgrunslitteratur om habilitering og spesielt om samarbeidet innen habilitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i det området jeg gjennomførte studien. Min bakgrunn, som fysioterapeut har gitt meg gode kommunikative ferdigheter, og god kjennskap til helsesektorens organisering. Jeg benyttet dette i forberedelsene til intervjuene.

Empiri kommer av det greske ordet *empeira*, som betyr forsøk eller prøve (Johannessen m.fl. 2008). ”Empiri betyr at påstander om virkeligheten har sitt grunnlag i erfaring, ikke i synsing” (Johannessen mfl. 2008:42). Empiri er ikke den fulle virkeligheten. Da virkeligheten er omfattende og kompleks er det ikke mulig å registrere alt. Empirien vil være en representasjon av virkeligheten av mer eller mindre vellykket art. Selv en nøyaktig iakttagelse og gjengivelse av virkeligheten vil kun fange opp et utsnitt av virkeligheten og mye informasjon går tapt underveis. I oppgaven bruker jeg iblant begrepet data og dette skal i denne sammenhengen forstås synonymt med empiri.

Det er viktig å være klar over at empirien blir påvirket av forskerens forståelse, det vil si blant annet tidligere ervervede kunnskaper og erfaringer. Derfor er det viktig med fokus slik at forskeren vektlegger det temaet som er av interesse. Forskeren overser mye informasjon allerede på observasjonstidspunktet da det er umulig å ha full oversikt over et fenomen. Da bestemmer forskeren på forhånd hva han ønsker å vite noe om. Forhåndsoppfatningene til forskeren gjør at informasjonen siles. Når empiri er samlet inn blir den empirien som forskeren ønsker å legge frem presentert.

3.4 Forskerens etiske og juridiske ansvar.

De som spørres om å delta i en undersøkelse skal kunne bestemme over sin deltakelse. Deltakeren må kunne trekke seg når som helst, og deltar med basis i et informert og frivillig samtykke. All informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner er taushetsbelagt i følge forvaltningsloven § 13e. Informasjonen skal ikke kunne føres tilbake til enkeltpersoner som har deltatt i undersøkelsen. Informasjonen som samles inn skal videre ikke brukes til andre formål enn det som den er samlet inn for. I kvalitative undersøkelser får en vanligvis detaljerte beskrivelser av enkeltpersoner. Informanten skal likevel sikres anonymitet. En kan da endre på opplysninger som alder, kjønn og hvor undersøkelsen gjennomføres (Johannessen m.fl. 2008).

3.5 Utvelgelse av informanter i kvalitative forskningsopplegg.

Det er av stor betydning å velge ut informanter både i kvalitative og kvantitative tilnæringer. Hvis en velger informanter på et strategisk grunnlag vil det si at en velger mellom alternativer. Et taktisk grunnlag vil si at de valgene som er tatt er grunnlaget for gjennomføringen. Ved kvalitativ metode forsøker en å få mye informasjon om et begrenset antall informanter. Det kan være vanskelig å avgjøre på forhånd hvor mange intervju en må gjennomføre. Hvilken konklusjon en kan trekke ut av intervjuene er avhengig av utvalget (Johannessen m.fl. 2008).

Når forskeren bestemmer seg for hvilken målgruppe forskningen skal rette seg mot er det en strategisk utvelgning. Forskeren må så velge ut personer fra målgruppen. Det vil ikke være lett for forskeren å bestemme på forhånd hvor mange informanter som skal være med eller hvilke kriterier som skal ligge til grunn for rekruttering av informanter. Dette kan være noe som blir klarere etter hvert som arbeidet skrider frem. Utgangspunktet for utvelgning av informanter i kvalitative undersøkelser er hensiktsmessig og ikke representativt. Det er ulike måter å sette sammen strategiske utvalg på. Jeg har brukt bekvemmelighetsutvalg. Hvor jeg har gått frem på den enkleste og mest bekvemmelige måten. Bekvemmelighetsutvalg er ikke en ideell fremgangsmåte. Et strategisk utvalg ville imidlertid vært betydelig mer arbeidskrevende med kartlegging av et stort antall aktuelle kommuner og mulige informanter, og det var ikke tid til dette i min prosess. Ved utvelgelse av informant 6 benyttet jeg imidlertid en fokusering for å få fram mer dybdeinformasjon om de overordnede premisene de andre informantene forholder seg til.

Det som er avgjørende for hvilke utvalgskriterier som brukes er avhengig av hva som er praktisk og hensiktsmessig å gjennomføre i tillegg til forskningsspørsmålene. Hvor stor variasjon i kjennetegnene som er nødvendig er viktig for forskeren å ta stilling til for at utvalget skal belyse forskningsspørsmålene. Å få frem hvordan forskjeller mellom mennesker kan virke inn på fenomenet kan være vanskelig i ensartede utvalg. Derimot kan uensartede utvalg gjøre det vanskelig å finne vesentlige likhetstrekk (Johannessen m.fl. 2008).

3.6 Kvalitative intervju.

I et kvalitativt intervjuet stiller intervjueren spørsmål. Svarene blir fulgt opp av informanten og intervjuet bærer preg av en dialog. Partene er ikke likestilt i og med at det er intervjueren som stiller spørsmål og kontrollerer situasjonene. Forskningsspørsmålene i et kvalitativt intervju kan være:

Beskrivende: Det blir spurt om konkrete hendelser eller handlinger.

Fortolkende: Hvilken betydning informantene tillegger hendelser og handlinger.

Teoretiske: Avdekke årsaker eller hensikter til handlinger og begivenheter.

Det kvalitative intervjuet har til hensikt å få fram beskrivelser av informantens hverdagsverden. Dette er for å kunne fortolke betydningen av de fenomenene som beskrives. Dataene i et kvalitativt intervju er registreringen av svarene på forskerens spørsmål. Det er vanlig at intervjuer tar opp på lydbånd, digital diktafon eller minidisk for deretter å skrive det ned. I tillegg gjør intervjueren notater underveis (Johannessen m.fl. 2008).

Det kvalitative intervjuet kan være mer eller mindre tilrettelagt på forhånd.

Ustrukturert intervju: På forhånd er det gitt et tema og man bruker åpne spørsmål som tilpasses den enkelte intervjusituasjonen.

Semi-strukturert / delvis strukturert intervju: Utgangspunktet for intervjuet er en overordnet intervjuguide. Under intervjuet varierer spørsmål, temaer og rekkefølgen.

Strukturert intervju: Her er både tema og spørsmålsformuleringer fastlagt.

Strukturert intervju med faste svaralternativer: Forskeren haker ut for riktig svar.

Spørsmålene i kvalitative intervju er åpne. Det er ikke formulert svaralternativer på forhånd. Svarene blir formulert av informanten selv, med egne ord. På denne måten får forskeren mindre innvirkning på svarene, samtidig viser svarene hvordan informanten har forstått spørsmålene. Svarene blir dermed mer utfyllende.

Den mest vanlige måten å gjennomføre et kvalitativt intervju er delvis strukturerte intervjuer. Denne formen for intervju er også kalt intervju basert på intervjuguide. En intervjuguide er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet. Ved hjelp av intervjuguiden kan forskeren identifisere sentrale deltema som kan belyses ut fra det overordnede forskningsspørsmålet. Spørsmålene har ofte til hensikt å få informanten til å gi utdypende informasjon. Intervjuguiden vil ofte også inneholde underspørsmål for å få utdypet enkelte tema. Vanligvis vil intervjuguiden ha en bestemt rekkefølge på temaene, men dersom informanten tar opp et nytt tema kan rekkefølgen endres. Intervjuguiden bør inneholde en innledning der forskeren presenterer seg selv og informerer om prosjektet samt informerer om konsekvenser for informanten og garanterer for anonymitet (Johannessen m.fl. 2008). Forskeren må også informere om at informanten kan trekke seg når som helst. Intervjuet bør begynne med enkle faktaspørsmål. Dette for å etablere en relasjon og et tillitsforhold. Kompliserte og sensitive spørsmål bør unngås dersom de ikke er viktige for undersøkelsen. Hvis man må stille spørsmål om opplevelser, erfaringer eller oppfatninger som kan være pinlig for informanten å svare på, bør man være ekstra varsom. Slike spørsmål må da ikke komme helt til slutt i intervjuet da det er uheldig å avslutte intervjuet i en negativ emosjonell tilstand. Avslutningsvis må intervjuet avrundes på en ryddig måte. Man kan da forberede informanten på at det bare er noen få spørsmål igjen. I tillegg må det avsettes tid til avsluttende kommentarer eller til å oppklare eventuelle uklarheter. Dersom informanten har noe å si som han ikke har fått sagt under intervjuet må han få mulighet til det (Johannessen m.fl. 2008).

Det er en rekke forhold som kan påvirke et intervju. At forskeren *legitimerer* prosjektet vil ha stor betydning for intervjuets informasjonsverdi. Stedet der intervjuet foregår, altså *situasjonen*

eller ramme rundt intervjuet vil ha innvirkning på intervjuet. Ved å la informanten selv bestemme hvor han vil gjennomføre intervjuet vil han bestemme rammen for intervjuet. Også hvordan intervjueren blir oppfattet av informanten kan ha innvirkning på intervjuet. Egenskaper kan skape avstand eller nærhet; kjønn, alder, oppførsel og utseende (klær). Intervjuers usikkerhet og manglende trening på intervju kan virke negativt inn på informanten.

3.7 Kvalitativ dataanalyse.

Kvalitative studier kjennetegnes av at man skal håndtere en stor mengde med relativt ustrukturerte data. I forbindelse med dataanalysen blir det derfor viktig å redusere informasjonsmengden, identifisere mønstre og lage rammeverk for formidling av informasjon (Johannessen m.fl.2008). En forutsetning for å lykkes med dette er at det er de samme personene som innhenter data som analyserer dataene.

I min studie har jeg samlet inn datamaterialet gjennom telefonintervju med båndopptaker, og omformet disse til tekstmateriale. I analyse av kvalitativt tekstmateriale er det viktigste fokuset å få fram meningsinnholdet i materialet (Johannessen m.fl. 2008). Man kan grovt sett dele arbeidet med dataanalyse i to. Tematisk organisering av data og analyse av data. Gjennom organiseringen av data reduseres, systematiseres og ordnes dataene uten at man mister viktig informasjon. Ved analyse og tolkning settes informasjonsmaterialet i perspektiv og tolkes. Når man sorterer kvalitativt datamateriale kan man i hovedsak dele det inn på tre måter: kategorisk inndeling, kontekstuell organisering, bruk av diagrammer og tabeller (Mason 2002). Hvordan man sorterer materialet er altså viktig for det man vil belyse. Samtidig er det viktig hvordan man velger å lese data. Ulike måter å lese materialet på er ordrett lesing og fortolkende lesing. Valg av fremgangsmåte her er blant annet avhengig av om man er opptatt av innhold eller mening når man skal tolke materialet.

Ved analyse av kvalitative forskningsintervju ønsker man å få frem både en beskrivelse og

tolkning av intervjupersonenes livsverden (Kvale 1997). I denne prosessen kan man tenke seg 4 for analyse (Kvale 1997). Det første trinnet går ut på at informanten spontant beskriver sin livsverden iløpet av intervjuet. Trinn to er fasen hvor informanten oppdager nye forhold og sammenhenger iløpet av intervjuet. I tredje fase foretar intervjuer fortetninger av det informanten har sagt og informanten får mulighet til å gi tilbakemeldinger som bekrefter eller avkrefter intervjuerens fortetning. Slik selvkorrigeres intervjuet. I fjerde trinn tolkes intervjumaterialet av intervjueren. Dette trinnet deles ofte i tre faser, strukturering, klargjøring av materialet og den reelle analysen hvor forskeren setter det bearbejdede materialet inn i en kontekst og presenterer nye perspektiver på fenomenet gjennom meningsfortolkninger.

Det beskrives ofte fem ulike tilnæringer til analyse av intervjudata. Disse er meningsfortetting, meningskategorisering, meningsstrukturering, meningsstolkning og ad hoc meningsgenerering. Den siste metoden hvor analysen skjer i fritt samspill mellom forskjellige teknikker er den vanligste metoden (Johannessen 2008).

Ved evaluering av kvalitative studier kan man ikke benytte reliabilitetsvurderinger på samme måte som i kvantitative studier. For å styrke påliteligheten til kvalitative studier kan forskeren derfor gi en inngående beskrivelse av konteksten og en åpen beskrivelse av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen. Slik kan man spore forskerens dokumentasjon av data, metode, avgjørelser og resultatet av forskningen (Ryen 2002). Dette er også viktig for å oppnå overensstemmelse ved kvalitative resultater. Innen kvalitative studier vil begrepet validitet gjelde om metoden undersøker det den har til hensikt å undersøke (Johannessen 2008). Slik vil altså validitet i kvalitative undersøkelser gjelde i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og presenterer virkeligheten. I forhold til ekstern validitet er det viktig å merke seg at man ved kvalitative studier er interessert i overføring av kunnskap fremfor generalisering som er mer aktuelt for kvantitative undersøkelser.

3.8 Gjennomføring av metoden.

Jeg tok skriftlig kontakt med mine informanter. For å belyse problemstillingen valgte jeg 7 informanter. Hvorav seks var privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner, og en var kommunalleder blant annet med ansvar for helse og sosialområdet i en tilsvarende liten distriktskommune. En informant som var privatpraktiserende fysioterapeut trakk seg før intervjuet. Jeg stod da igjen med 6 informanter. Små distriktskommuner ble i denne sammenheng definert som kommuner med mindre enn 2000 innbyggere, uten fastlandsforbindelse og med en reiseavstand på over 30 mil til nærmeste barnehabilitering innen somatikk. Informasjonsbrev ble sendt ut til informantene, og det ble innhentet informert samtykke til intervjuene.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide hvor jeg satte opp tematiserte spørsmål i tråd med problemstillingen. Informantene hadde ikke tilgang til intervjuguiden. I løpet av intervjuperioden ble intervjuguiden justert i forhold til nye elementer som informantene brakte på bane. Dette i tråd med anbefalingene ved halvstrukturerte forskningsintervju (Kvale 1997). Intervjuene ble gjennomført som telefonintervju iløpet av en uke.

Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert før analyse og tolkning. Ved transkriberingen valgte jeg allerede å starte analysen ved at jeg ikke transkriberte ordrett, men fortolket det som ble sagt og strukturerte og tematiserte materialet slik det fremstår i empirikapitlet. Det var for øvrig god kvalitet på lydopptakene slik at jeg hørte det som ble sagt ordrett.

3.8.1 Styrker og svakheter ved gjennomføringen av metoden.

I mitt utvalg av informanter hadde jeg lagt vekt på å nyansere og utdype informasjon fra informantene med bakgrunn som privatpraktiserende fysioterapeuter med å inkludere en informant med annen bakgrunn. Dette gir ifølge Holme og Solvang muligheten til å få bedre informasjonsbredde og kvalitative ulikheter i datamaterialet (Holme & Solvang 1991). Dette

anser jeg som positivt med min studie. Videre opplevde jeg at intervjusituasjonene var rolige og trygge. Både ved valg av telefonintervju og ved transkriberingen av muntlig materiale kan man miste viktige deler av kommunikasjonen som kroppsspråk og intonasjon (Dalland 1993). Jeg mener likevel at jeg gjennom rolige intervju og transkribering med fokus på meningsinnhold har fanget opp budskapet og intensjonene til mine informanter.

I arbeidet med intervjuguiden strukturerte jeg intervjuene. Dette skaper rammer for informantene som kan bidra til å begrense informasjonen. Det samme gjelder tilfeller av lukkede spørsmål i forbindelse med intervjuene. Jeg mener likevel at informantene har presentert selvstendige erfaringer, opplevelser og meninger i mitt datamateriale. For å sikre meg at min tolkning av det informantene sa stemte med det de mente gjennomførte jeg trinn 1-4 i Kvaales beskrivelse av kvalitative intervju. Mot slutten av intervjuene fikk informantene muntlig sammendrag av intervjuet slik at de kunne bekrefte eller avkrefte min tolkning og komme med tilføyelser.

I forbindelse med strukturering og analyse av intervjuene har jeg i tråd med metoden forsøkt å trekke ut relevant informasjon for problemstillingen fra intervjumaterialet. Informasjonen er strukturert og satt i perspektiv gjennom sammenstilling av materialet med den teoretiske referanserammen. For at mine resultater skal være mest mulig reliable har jeg forsøkt å presentere den metodiske tilnærmingen. For å gi oppgaven best mulig validitet har jeg gjennom hele prosessen lagt vekt på innhenting av-, analyse av- og presentasjon av data som er mest mulig relevant for min problemstilling.

Min tolkning av intervjuene er farget av min bakgrunn. Slik kan det være en fare for at jeg har mistet eller forsterket noe av meningsinnholdet hos informantene. Jeg har i den metodiske tilnærmingen vært spesielt klar over dette. Jeg er også klar over at mine resultater kun er gyldige for mine informanter og slik kun i begrenset grad kan generaliseres.

4 Empiri

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer jeg mine empiriske data. Problemstillingen og den metodiske tilnærmingen som er beskrevet tidligere i oppgaven har dannet grunnlag for utvelgelsen av relevant informasjon fra intervjuene. Jeg har organisert denne informasjonen i tematiske underkapitler. Sist i hovedkapitlet har jeg samlet hovedfunnene i et sammendrag av empirikapitlet.

4.2 Organisering av habilitering og fysioterapi praksis i kommunene.

Fellestrekk ved organiseringen av kommunene der informant 1-5 jobber er at det er 1-3 privatpraktiserende fysioterapeuter som utgjør fysioterapitilbudet i kommunene. Kommunene har også en minimumsbemanning når det gjelder helsepersonell som jobber tverrfaglig innenfor rehabiliteringsfeltet. Informant 2 beskriver det slik ” Kommunen er en veldig liten kommune med ”særdeles få ulike faggrupper med habiliteringskompetanse” (Informant 2). Bortsett fra fysioterapeutene består helsesektoren av fastlege, pleie og omsorg. Kommunen kjøper inn helsesøstertjeneste fra nabokommunen. Barn med habiliteringsbehov og oppfølging av fysioterapeut som en del av habilitering følges opp av barnefysioterapeut i nabokommunen.

Sammenfatningen av Informant 4 og 5 sine beskrivelser av det kommunale helsetilbudet og egen arbeidshverdag oppsummerer slik essensen i organiseringen av kommunene i forhold til habilitering sett fra informantene 1-5 sitt ståsted: Informant 4 forteller at kommunen har 3 leger, helsesøster, rehabiliteringssykepleier, psykisk helsearbeider og logoped. Informant 4 jobber til daglig med både voksne og barn, og det er hun som har ansvaret blant fysioterapeuten for oppfølging av barn med sammensatte behov. Hun har pr i dag 3 barn i skolealder som hun følger opp, og en bruker i overgangen fra barn til voksen. Informant 5 har bakgrunn som

privatpraktiserende fysioterapeut i en liten kommune med to fysioterapeuter med 100 % driftstilskudd hver. Kommunen har i perioder leid ergoterapeuttjenester fra nabokommunen. Helseavdelingen i kommunen består grovt sett i lege, helsesøster og psykisk helsevern. Informant 5 har en allmenn praksis og jobber forebyggende, behandlende og med habilitering og rehabilitering.

Alle de privatpraktiserende fysioterapeutene har flere års erfaring fra egen kommune. Unntaket er informant 3 som jobber som vikar i en privat fysioterapipraksis i en distriktskommune. Han har tidligere erfaring som både kommunal fysioterapeut og privatpraktiserende fysioterapeut i fylkeshovedstaden hvor regionens barnehabilitering er lokalisert. Som kommunalt ansatt i fylkeshovedstaden jobbet han med ansvar for barn og unge fra 0-18 år.

Informant 6 er kommunalleder i en liten distriktskommune som er organisert som en to nivå organisasjon, hvor hun som kommunalleder sitter i rådmannens strategiske utvalg. Så er kommunen organisert med enhetsledere for de ulike fagfeltene. Kommunen har ikke kommunale fysioterapeuter. Fysioterapeutene som har driftstilskudd ligger direkte under ledelsen hvor kommunalleder 1 har hovedansvar for å følge opp den tjenesten. Informant 1 og 3 er privatpraktiserende fysioterapeuter i denne kommunen.

Kommunen har ifølge Informant 6 ikke alle de faggruppene som kanskje hadde vært en fordelt når man driver med sammensatte oppgaver som habilitering eller rehabilitering. Kommunen samarbeider med andre kommuner i distriktet om det overordnede samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet er ad hoc organisert med samarbeid fra sak til sak og med ulike grupperinger av kommuner fra sak til sak. Informant 6 viser i tilfellet med habilitering til at kommunen har levert felles høringsuttalelse med nabokommunene om regionalt habiliteringsplan for regionalt helseforetak. Hun forteller også at kommunen har formalisert samarbeid med ulike nabokommuner om kommunale tjenester. Innenfor hennes ansvarsområde er det blant annet interkommunal legevaksordning og interkommunalt barnevern.

4.3 Holdning til kommunesammenslåing og omorganisering av sykehus.

Flere av informantene viser liten interesse for de overordnede prosessene knyttet til omorganisering av kommuner og helseforetak som kommer til uttrykk i offentlig ordskifte. Informanten 1 sier det slik:

”Jeg har sett at regjeringen ønsker å slå sammen kommuner, men tror ikke det kommer til å skje i nærmeste framtid med egen kommune... hvor mye det eventuelt har å si for fysioterapitjenesten vet jeg ikke.” (Informant 1).

Informant 5 gir uttrykk for noe av den samme distansen til temaet når han sier at det er langt fram til en eventuell kommunesammenslåing.

Både informant 2 og 4 er imidlertid opptatt av forholdet mellom sentralisering og desentralisering av kompetanse i forbindelse med omorganisering av offentlige organisasjoner. Informant 2 mener at kommunesammenslåing er et aktuelt tema i forhold til den kommunen hun jobber i. ”Kommunen er jo veldig utsatt og jeg ser jo en del problemer i forhold til å drive en liten kommune på en faglig forsvarlig måte” (Informant 2). Hun ser også for seg at det kan være negative effekter av en mulig kommunesammenslåing: ”Det vil jo bli en del tilbudt som blir sentraliserte. Det er det jo for så vidt til en viss grad allerede i dag” (Informant 2). Hun mener imidlertid at en ytterligere sentralisering av fysioterapitilbudet i kommune betyr at en del av det som gjøres som poliklinisk behandling i dag må gjøres som døgnbehandling på grunn av reiseavstanden fra ytterkantene av kommunen. Informant 4 sier følgende om en eventuell omorganisering av lokalsykehusene:

”Jeg tror ikke det sånn umiddelbart ville vært noen ulempe. Vi er jo sårbare når vi sitter i de små kommunene, og er langt ut i periferien. Og den ene brukeren som snart er voksen har jo en sjelden muskesykdom. Jeg tenker at hvis en sammenslåing gjør at fagmiljøene kommer nærmere ser jeg ikke negativt på det. Og det gjelder jo generelt ikke bare for den brukeren. Det jo mange syndrom som kanskje bare et barn har, og man er jo ganske langt ifra fagmiljøene og ekspertisen. Man kan jo ringe til et sykehus med landsdekkende funksjon og tilsutt får man vel alltid snakke med noen som kan gi råd. Men avstanden kan gjøre at det går utover tilbudet” (Informant 4).

4.4 Bruk av ansvarsgruppe, koordinator og individuell plan.

Fire av de fem privatpraktiserende fysioterapeutene har erfaring med bruk av ansvarsgruppe som verktøy i habiliteringen. Alle har også kjennskap til individuell plan som verktøy, men de virker å ha et noe mer distansert forhold til dette. Når de forteller om ansvarsgruppa har de klare kvalitative eksempler og kan kvantifisere bruken av denne på ulike måter:

: ”Det har tatt seg litt opp med bruken av ansvarsgruppe etter at vi fikk en lege som tok litt tak i det” (Informant 1).

”Vi har ansvarsgruppe, normalt med møter to ganger årlig. Der deltar jo lege, fysio, helsesøster, logoped blant annet. Det blir veldig mye fokus på det pedagogiske og jeg savner et forum for å ta opp det helsefaglige. Det blir gjerne sånn at man tre ganger i året går en runde rundt bordet og oppdaterer status, hva man jobber med og hvilke problemer det er. Møtet går med til at PPT skal lage en sakkyndig vurdering slik barn skal få det de har krav på i sin skolehverdag. Da blir det sånn at vi helsefagpersonell bare må prøve å spikre i hop vårt tilbud etter skolens timeplan. Og er vi heldig så klarer vi det” (Informant 4).

Informant 4 utdyper videre i forhold til dynamikken i ansvarsgruppa:

”Jeg synes jeg de siste to årene har merket en dårligere stemning på ansvarsgruppemøtene. Foreldrene er fortvilet i forhold til barnets rettigheter og rektor sitter med piggene ute og skal forsvare skolens økonomi, og PPT er litt mellom barken og veden der. Og da føler man seg litt perifer i gruppa. Når man i tillegg har en ustabil legesituasjon i kommunen, oppleves det som helsebiten blir hengende litt i luften.”
(Informant 4).

Når informantene forteller om bruken av individuell plan beskriver de denne i mer generelle ordelag som: ”vi bruker individuell plan” (Informant 5) og ”Jeg jobber med barn som har individuell plan” (Informant 1). Det er også mer divergens hos informantene knyttet til bruken av individuell plan. Informant 2 viser til at fysioterapeutens medvirkning til individuell plan er satt ut til barnefysioterapeuten i nabokommune som setter opp planene for fysioterapioppfølging, mens hennes kollega i barnets hjemkommune utfører den daglige behandlingen. Informant 3 angir at han opplever en forskjell på bruken av individuell plan imellom den kommunen han jobbet i tidligere og den han jobber i nå:

”Det virker sånn at jo større kommunen er og jo bedre tilbud det er på plassen jo bedre samarbeid blir det.” I NN kommune (Fylkeshovedstaden) syns jeg det fungerte veldig bra med ansvarsgruppe rundt barna og mange ulike aktører som var inne samtidig. Men jeg har ikke hatt noen med individuell plan og sånt her i kommunen. Men det er klart at sykehuset blir liggende på en annen plass og da blir det avstand mellom de forskjellige aktørene. Så da blir det liksom ikke det samme opplegget kan du si” (Informant 3).

informant 5 angir at kommunen bruker individuell plan som et verktøy i habiliteringsarbeidet, men utdyper ikke hvordan de brukes.

Når det gjelder koordinerende enhet er informant 6 opptatt av at dette er et lovpålagt verktøy i habilitering: ”Det vi ser pr i dag er at vi er pålagt ved lov å ha en koordinerende enhet. Det trenger ikke være en enhet men i alle fall en person som man kan ta kontakt med” (Informant 6). Informant 2 er usikker på om den kommunen der hun jobber har koordinerende enhet på plass. Mens informant 5 angir at helsesøster er kommunens koordinerende enhet for habilitering.

4.5 Samarbeid med barnehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten.

Ingen av informantene har opplevd at personell fra sykehus/spesialisthelsetjeneste har deltatt i ansvarsgruppa. De fleste informantene mener at det flere ganger har vært behov for slik deltagelse. Informant 3 har i tidligere jobb i en mer sentral kommune opplevd at spesialisthelsetjenesten har deltatt i ansvarsgruppa. I sin nåværende jobb opplever han at barnehabiliteringen er ”lite synlig” (Informant 3).

Informantene opplever også at det ikke er et fungerende samarbeid om habiliteringen mellom dem selv/kommunen og sykehusene. De presiserer at habiliteringen ikke skjer på bakgrunn av planlagte samordnede prosesser hvor alle aktørene medvirker.

”Jeg vil ikke si at vi planlegger prosesser sammen. Man får et slags inntrykk av det de har gjort, også prøver man å videreføre det. Skulle det vært mer planlagt og man skulle ha lagt opp, så å si, et mer systematisk tilbudt måtte man kanskje ha møtt hverandre eller hatt noe slags telefonmøte.”(Informant 1).

Jeg er litt usikker på det, jeg har i alle fall ikke hatt noe med dem å gjøre. Hvis sykehuset er involvert på noen måte så er de veldig dårlige.. eller de er i alle fall ikke synlige”
(Informant 3).

”Det har ikke vært felles prosesser og mål. Der blir jeg bare en tredjepart som de sender epikrise til, og det er ikke alltid de har gjort det heller. Jeg vet at jeg har måttet drive litt etterforskning for å få de epikrisene. Jeg har måttet mase litt og enten bedt foreldrene om en kopi eller ringe til sykehuset. Jeg vet ikke helt hvordan det fungerer da om det er foreldrene som ikke har oppgitt meg som en som skal ha epikrise eller hvordan det er”
(Informant 4).

Når det gjelder planlegging og mål i habiliteringsprosessen utdyper informant 5 dette med at målene som regel blir satt i ansvarsgruppa, og i forbindelse med utarbeidelse av individuelle planer. Han sier at man da bruker epikriser fra spesialisthelsetjenesten som en del av grunnlaget, men sykehusene deltar ikke direkte i planarbeidet. Informant 6 gir ytterligere forklaringer til det manglende samarbeidet innen habiliteringsprosesser på individnivå med sin beskrivelse av samarbeidet på overordnet nivå. Hun har jobbet en del med denne ”gråsoneproblematikken”
(Informant 6) knyttet til samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i forbindelse med inngåelse av lovpålagte samhandlingsavtaler. Hun mener at dette pr i dag ikke er klart definert, og at man er enig om at det er uklarheter der. Kommunene i regionen og helseforetaket har derfor ikke inngått samarbeidsavtaler om habilitering enda og blitt enig om at: ”Man skal se og få en nærmere avklaring av oppgavefordelingen i forbindelse med habilitering og rehabilitering”
(Informant 6).

Et eksempel hun fremhever i forhold til dagens samarbeidssituasjon med spesialisthelsetjenesten er at både helseforetak og kommune er pålagt å ha en koordinerende enhet:

”Det vi ser pr i dag er at vi er pålagt ved lov å ha en koordinerende enhet. Det trenger ikke være en enhet men i alle fall en person som man kan ta kontakt med. Alle

kommunene, de fleste i alle fall, har klart å opprette dette, men sykehuset har ikke klart det” (Informant 6).

Når informanten skal konkretisere begrepet gråsoner beskriver hun et press på at mer av rehabiliteringen skal skje i kommunene. Hun nevner her et eksempel hvor sykehuset har antydnet at alt som krever at mindre enn seks spesialister skal inn og gjøre en samlet rehabiliteringsinnsats skal utføres i kommunen. Hun mener imidlertid at dette ikke er en god avklaring da kommunen også har rehabiliteringsprosesser med mer en seks ulike spesialister, selv om disse ikke er medisinske spesialister.

Informanten peker også på noen utfordringer knyttet til organiseringen av spesialisthelsetjenesten og inngåelse om samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak i forbindelse med samhandlingsreformen. Konkret går dette på at det regionale helseforetaket delegerer avtaleinngåelsen til det lokale helseforetaket. Dette foretaket fremstår ifølge informanten for det første ikke som et sykehus (en enhet) men som tre ulike sykehus. Videre leverer dette helseforetaket kun en del av spesialisthelsetjenestefunksjonen til kommunene i distriktet. Når det gjelder flere andre funksjoner blant annet somatisk rehabilitering er det andre helseforetak som har primærsykehusfunksjon for distriktet.

4.6 Råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Informant 3 opplever at geografisk nærhet til spesialisthelsetjenesten øker muligheten for å få adekvat veiledning. Når han jobbet i fylkeshovedstaden hvor barnehabiliteringen var lokalisert opplevde han følgende:

”I NN kommunen var det flere ganger representanter fra sykehuset som deltok i ansvarsgrupper. Jeg ble også kalt inn til møter på sykehuset angående habilitering av ulike brukere (Informant 3).”

Ofte samarbeidet han med spesialisthelsetjenesten i habiliteringen av brukere med cerebral parese. Det kunne ofte være snakk om at sykehuset ga spesialisert behandling med blant annet injeksjoner og at de innkalte fysioterapeut i kommunen til samarbeidsmøter om felles oppfølging av brukeren. I den kommunen han jobber nå opplever han at det ikke er samme oppfølging av habilitering fra kommunen. Han tror dette kan ha med at det er færre fagfolk i kommunen og ikke så mange ulike faggrupper. Han opplever samtidig at sykehuset er mindre synlig og tilgjengelig med veiledning overfor denne kommunen. Informant 6 tror også at geografisk nærhet har betydning for hvordan kommunen bruker spesialisthelsetjenesten som veiledningsorgan. Hun mener at kommunene ikke er godt nok informert om de habiliteringsenhetene som ligger lengre unna kommunen. Og at dette kan medføre at de i mindre grad blir brukt i oppfølging av brukere.

På spørsmål om hvordan hun konkret opplever veiledningen fra spesialisthelsetjenesten innen habilitering svarer informant 4:

”Man får jo rapporter fra barnehabiliteringen, og man hører at foreldre er der med barna og de blir kartlagt. Så man får jo den epikrisen, også er det jo ikke noe mer da.”... ”Jeg har jo ringt dit noen ganger, men jeg opplever at det er ulike terapeuter for hver gang som skriver under epikrisen. Jeg har inntrykk av at det er en del gjennomtrekk” (Informant 4).

Hun mener det hadde vært veldig verdifullt om spesialisthelsetjenesten kunne reise ut i kommunen ambulant. Selv har hun reist med brukere til habiliteringsopphold på

habiliteringssenter og hun opplevde det som nyttig. Hun har inntrykk av at mye av tjenesteytingen fra sykehusene går på diagnostisering:

”De brukerne jeg har reiser mye på sykehus for å få en diagnose, og det jeg får inntrykk av fra foreldrene i forbindelse med ansvarsgruppemøter er at de opplever at det er slitsomt med mye reising og lange reiser. Av og til opplever de at reisene har vært unødvendige og meningsløse” (informant 4).

Iløpet av de ti årene informant 5 har jobbet i privat praksis i kommunen har han en gang opplevd at det har kommet folk fra barnehabiliteringen sammen med folk fra hjelpemiddelsentralen til kommunen. Han beskriver at det er nyttig å møtes slik.

”Det er nyttig å kunne møtes, og holdt jeg på å si, diskutere under fire øyne og kunne observere pasienten sammen. Hjelpemiddelsentralen synes jeg også har vært nyttig å møte for de har gitt meg tips til hjelpemidler. Det er jo noe som vi ikke får så mye tid til å sette oss inn i. Mange ganger er jo det overlatt til ergoterapeuter der man har det” (informant 5).

Felles for alle informantene er at de beskriver at mye av kommunikasjonen fra spesialisthelsetjenesten skjer via epikriser og muntlig overlevert informasjon fra pårørende. Dette er en type enveis kommunikasjon som informantene anser som u hensiktsmessig som rådgivning eller veiledning og minner mer om opplæring.

Når informantene selv tar kontakt med fagpersonell som har mer spesialisert kompetanse vektlegger de at det er lettere å ta kontakt med personer de kjenner fra før enn de som jobber i habiliteringstjenesten i helseforetaket. Flere av informantene har fagpersoner i sitt uformelle

nettverk som kan gi råd om barnefysioterapi. To av informantene angir også at de har et samarbeid med lokale barnefysioterapeuter i nabokommunene slik at de kan oppsøke dem for å få veiledning. Informant 5 beskriver at når han har kjent behov for rådgiving / veiledning innen kompliserte og spesialiserte spørsmål om barnehabilitering og barnefysioterapi har han kontaktet gamle studiekamerater eller arbeidssteder han har jobbet tidligere som han vet har spesialkunnskap.

”Det er jo mye lettere å ringe til folk man kjenner fra før. Og det er vel kanskje en av grunnene til at jeg ikke har ringt barnehabiliteringen eller spesialistene ved det landsdekkende sykehuset. Det er litt mer kronglete, men har du et telefonnummer og et navn du kjenner fra før er det enklere” (Informant 5).

Informant 6 mener at gråsonediskusjonen om hva som er spesialkompetanse også vil påvirke hvordan veiledningsplikten vil være i fremtiden.

”Det jeg også ser i den kortsiktige handlingsplanen for habilitering i helseforetaket er jo at de mangler masse på fagmiljø. Og om ikke sykehusene klarer det vet jeg ikke hvordan kommunene skal klare det. Spesielt småkommunene vil jo være utsatt hvis vi skal overta mye og ikke har muligheten til å ansette den kompetansen som er nødvendig. For å være helt ærlig tror jeg ikke småkommuner, og for så vidt ikke større kommuner heller, vil klare det når de på egenhånd skal håndtere svært sjeldne komplekse tilstander.”
(informant 6).

Både informant 1 og 4 fremhever imidlertid at behovet for involvering og veiledning fra ekspertise på habilitering utenfra ikke bare oppstår i forbindelse med spesialiserte medisinske spørsmål som spesialisert behandlingsmetodikk, men også i forbindelse med sammensatte forhold knyttet til brukeren og selve habiliteringsfaget: ”Hvis man kommer opp i situasjoner med

pasienter som har veldig komplekse plager eller hvor familiesituasjonen for eksempel er vanskelig kan det være gunstig at det kommer folk utenfra som ser situasjonen med andre øyne” (Informant 1). ”Et ambulant team ved barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten kunne vært nyttig i forbindelse med utfordringer knyttet til ansvarsgruppemøter” (Informant 4). Informantene sier i denne sammenheng også at det er vanskelig å vite om hvilke muligheter som finns for dette i regionen.

4.7 Brukermedvirkning.

Informantene har en nærmest samstemt opplevelse av at foreldre blir koordinører i samhandlingen mellom dem og spesialisthelsetjenesten. Informant 1 sier det slik:

”Jeg føler ofte at foreldrene har positiv innvirkning på prosessen. De kan mye om både sykdom og hvilken oppfølging som har vært gjort. Det kan være vanskelig for meg å vite av og til. Det er jo ikke alle foreldre som er like oppegående, men mange fungerer nok like mye som koordinatør som helsearbeiderne gjør” (Informant 1).

Informant 5 beskriver det slik:

jeg ser at jo mer ressurssterke foreldrene er, jo hyppigere er det ansvarsgruppemøter. Og mer informasjon, fra barnehabilitering og sykehus, blir overlevert til meg som fysioterapeut og til ansvarsgruppa” (Informant 5).

Informantene er også veldig samstemte i opplevelsen av at foreldrenes ressurser har avgjørende betydning for det tjenestetilbudet de og deres barn får i habiliteringen. Ifølge informant 1 er det lettere for barn å fanges opp i habiliteringsprosessen hvis foreldrene stiller opp. Han opplever

også at foreldrene som maser mest kommer også får barnet tidligere inn i ulike tilbud. “De som maser blir mer hørt enn foreldre som godtar systemet og tenker at de må vente til de får brev og det kanskje går flere måneder før noe skjer” (Informant 1).

Informant 3 sier følgende om foreldrenes rolle i habiliteringsprosessen:

”Jeg synes det virker som de ungene som har foreldre som er ressurssterke og står opp og tar tak og følger opp ungene har en mye større fordel enn de som ikke har det. De har en klart større fordel i forhold til tilbudet som blir gitt faktisk. Det burde ikke være sånn, men sånn virker det som det er. De blir for eksempel sent på habiliteringsopphold oftere enn ungene som ikke har folk som pusher på” (Informant 3).

informant 4 er opptatt av hvilke påkjenninger habiliteringen utsetter foreldrene for, og hvordan dette stiller krav til foreldrenes ressurser.

”Det skinner veldig igjennom om ungen kommer fra en ressursheim eller ikke. I alle fall de som jeg har. Og da blir det ulikt med samarbeidet også. Det er jo tøft for foreldrene å være i den situasjonen med for eksempel nevropsykolog som skal teste IQ og sånt. Og når de kommer i skolen så begynner problemene og meldte seg med samhandling og sånt. Og så kommer BUP inn i bildet, og foreldrene skal til rådgiving der. Og da skinner det jo igjennom med ressursene til foreldrene om de tar i mot dette eller om de får piggene ut” (Informant 4).

4.8 Bruk av teknologi i samarbeid og samhandling.

Informantene bruker i stor grad tradisjonelle kommunikasjonsverktøy som telefon og brev når de utveksler informasjon med spesialisthelsetjenesten. I de tilfellene der det er mulig med personlige møter synes informantene dette er en bedre kommunikasjonsform. Personlige møter begrenses imidlertid av lange avstander og kostnader.

Alle informantene er positive til bruk av videokonferanse. Men til tross for at dette verktøyet nå har vært på markedet lenge har de fleste av informantene nesten ikke brukt det i forbindelse med samarbeid om habilitering. Informant 6 sier at kommunen har en strategi for bruk av videokonferanse i samhandlingen med det lokale helseforetaket. Av de privatpraktiserende fysioterapeutene er det informant 5 og informant 1 som det mest beviste forholdet til bruk av videokonferanse. Informant 5 har brukt videokonferanse to ganger. En gang som samarbeidsverktøy i møte med landsdekkende sykehus og en gang med hjelpemiddelsentralen. ”Det fungerte veldig greit. Det var akkurat som vi satt på hver vår side av et bord. Så det er absolutt en mulighet for å få en bedre informasjonsflyt” (Informant 5). Han tror at videokonferanse er et verktøy som bør brukes mer:

”Lokalsykehuset har jeg veldig lite med å gjøre i forbindelse med habilitering, og da er det langt og vanskelig å reise til de andre sykehusene. Det er vanskelig å få dekket utgifter til slike reiser, spesielt når man jobber som privatpraktiserende. Vi må jo dekke det selv. Så jeg tror videokonferanse er tingen” (Informant 5).

På oppfølgingsspørsmål om han fortsatt ville valgt videokonferanse hvis han hadde hatt habiliteringstjeneste ved lokalsykehuset svarer han:

”Fordelen med å eventuelt ha et habiliteringsteam underlagt lokalsykehuset ville jo vært at det var fysisk nærmere. Men samtidig må jeg si at de gangene vi har brukt videokonferanse har det

fungert veldig godt. Så på den måten betyr ikke lokaliseringen av habiliteringsteamet så mye tror jeg” (Informant 5).

4.9 Sammendrag.

I dette kapitlet har jeg presentert de empiriske data fra intervjuene som jeg har gjennomført i studien og fra sekundærkilder. Under har jeg sammenfattet hovedfunnene i rangert rekkefølge.

Informantene opplever ikke at de samarbeidet med barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med habilitering av barn med funksjonsnedsettelse. Barnehabiliteringen oppleves som lite synlig og i liten grad som en aktør i habiliteringen rundt brukeren. Den samhandlingen som beskrives kan ikke sies å tilfredsstille de kriteriene for planlagte, koordinerte og tidsavgrensede prosesser som beskrives i lovverk og faglitteratur innen habilitering.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt blir ikke ivaretatt på en adekvat måte. Informantene opplever at veiledningsfunksjonen til spesialisthelsetjenesten er utilgjengelig, og de bruker spesialisthelsetjenesten lite for å få råd og veiledning i habiliteringsprosesser. Usikkerhet knyttet til hva som anses som spesialkompetanse, geografisk avstand og lite kommunikasjon mellom sykehus og fysioterapeutene er viktige faktorer for at kompetanseoverføring i forbindelse med råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten oppleves utilstrekkelig. Informantene divergerer noe i forhold til hvorvidt de opplever et behov for veiledning fra spesialisthelsetjeneste. Når og hvis dette behovet oppstår søker de gjerne råd fra spesialister de kjenner fra tidligere og har en etablert relasjon til.

Foreldrene får i stor grad en koordinatørrolle mellom spesialisthelsetjenesten og informantene i denne studien. Foreldrenes ressurser er avgjørende for barnas habiliteringstilbud og de mindre

ressurssterke får et dårligere habiliteringstilbud i form av lengre ventetid til spesialisthelsetjenesten og færre habiliteringsopphold.

De små kommunene er sårbare med få ulike faggrupper som jobber med habilitering. Kommunenes faglige og geografiske sårbarhet er viktig for en del av informantene når de vurderer nytte av eventuelle kommunesammenslåinger eller omorganisering av tjenestetilbudet i helseforetakene.

Informantene bruker verktøyet ansvarsgruppe i stor grad. De angir imidlertid at bruken av ansvarsgruppe i kommunen er avhengig av hvordan ulike fagpersoner slutter opp om virkemidlet og at deres opplevelse av nytten av ansvarsgruppene avhenger av sammensettingen av faggrupper i gruppa og påvirkes av målkonflikter i gruppa. Informantene har få konkrete eksempler på hvordan de bruker individuell plan og bruken av individuell plan varierer mellom ulike informanter og ulike kommuner.

Informantene bruker hovedsaklig tradisjonelle kommunikasjonsverktøy som telefon og brev når de utveksler informasjon med spesialisthelsetjenesten. I de tilfellene der det er mulig med personlige møter synes informantene dette er en bedre kommunikasjonsform. Personlige møter begrenses imidlertid av lange avstander og kostnader. Informantene bruker ikke videokonferanse til tross for at de er positive til bruk av videokonferanse.

5. Analyse.

5.1 Innledning.

I dette kapitlet analyserer jeg de viktigste funnene i det empiriske materialet opp mot teorigrunnet. Analysen er inndelt fire underkapitler.

5.2 Manglende samarbeid.

Alle de privatpraktiserende fysioterapeutene som deltok i denne studien opplevde at de samarbeidet lite med barnehabilitering spesielt og spesialisthelsetjenesten generelt. Tidligere studier som jeg viser til i min habiliteringsteori bekrefter at samarbeidet om habilitering mellom de ulike nivåene i helsetjenesten ikke er godt nok. Mine funn samsvarer med disse studiene og er derfor til en viss grad forventede. Likevel er jeg overrasket over at det omtrent ikke eksisterer verken konkrete samarbeidstilfeller, samarbeidsrutiner på bakkenivå eller overordnede samarbeidsavtaler mellom aktørene. Det manglende samarbeidet gjør det også til en viss grad utfordrende å tolke mine kvalitative data. Resultatet er jo på overflaten nærmest kvantitativt; Hvordan samarbeider dere? Vi samarbeider ikke. Samtidig er det et befriende ærlig resultat og det ligger flere kvalitative nyanser i dataene som jeg vil analysere i dette underkapitlet.

Innen organisasjonsteorien anses iblant offentlige organisasjoner som overgripende og vanskelig å skille fra hverandre. Gjennom helseforetaksreformen ble det slik jeg ser det tatt flere grep nettopp for å stramme opp den offentlige organiseringen av helsetjenestene. Reformen er en styrings og kontrollreform som skulle øke statlig kontroll med spesialisthelsetjenesten. Bedre ressursutnyttelse og økonomisk styring i spesialisthelsetjeneste var sentrale mål med reformen. Med utgangspunkt i samfunnsøkonomi er disse målene legitime da offentlig sektor som aktør i økonomien både skal optimalisere ressursbruken for å oppnå best mulig velferd og samtidig skal styre ressursbruken utfra et fordelingsperspektiv. Jeg mener imidlertid at det er flere problemer

med helseforetaksreformen og dagens helseforetaksmodell som gjør at samarbeidet om habilitering mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten forvitres. Disse er knyttet til målforskyving som følge av foretaksmodellen og manglende oppfatning av at habilitering er en samfunnsoppgave som må løses på tvers av organisasjonsgrenser.

Foretaksmodellen er en radikal omorganisering av offentlig sektor. Den har klare element av New Public Management modellen hvor sykehusene organiseres i aksjeselskapslignende foretak som styres av staten basert på tanken om mål og resultatstyring med vekt på belønning og sanksjoner. Slik jeg ser det medfører dette en målforskyving i de enkelte helseforetakene hvor fokus på budsjettmål og ulike belønningskriterier knyttet til driften og oppdragsdokumentet fra staten eller regionalt helseforetak forskyver fokuset bort fra måloppnåelse knyttet til annen lovgivning som for eksempel forskrift om habilitering og rehabilitering. Foretaksmodellen skaper et nytt hierarkisk system i en sektor som allerede har lange tradisjoner for hierarkisk tenking. Med dette mener jeg at fokuset på nyorientering, faglig utvikling og samarbeid med andre organisasjoner i stor grad skjer på bakgrunn av de rammene som foretakene har gjennom mål og styringsdokument fra eier, regionalt helseforetak, styre og administrasjon i eget helseforetak. Mine resultater viser at det i dag ikke er samarbeid i begrepets rette forstand mellom de fysioterapeutene i kommunene som jeg intervjuet og barnehabiliteringen. Ved helseforetaksreformen var det at mål å begrense den sterke makten enkelte profesjonskulturer hadde i helsevesenet. Dette har man til en viss grad lyktes med, men min studie viser at man i den forbindelse også delvis har fjernet svakere profesjonskulturer som den mellom fysioterapeuter som jobber med habilitering på tvers av sektorgrenser. Som organisasjonsteorien sier kan enkelte profesjonskulturer gi dynamikk og nytenkning i organisasjoner og eksistere uten at det er problematisk. Jeg mener at det er viktig at fokuset på profesjonskulturer som maktfaktor i helsevesenet nyanseres slik at man unngår å ta livet av mindre mektige profesjonskulturer når man reduserer makten til profesjoner med tradisjonelt mye innflytelse.

I brukerstudier av habilitering er begrepet helsevesenet ofte brukt. Begrepet kan forstås som at forskere som studerer brukere ser på habilitering som en samfunnsoppgave som må løses på

tvers av organisasjonsgrenser og dermed opplever en sektorinndeling av helsetjenestene som meningsløs. Dette er i tråd med den organisasjonsteorien som jeg har beskrevet i teorikapitlet. I offentlig forvaltning i Norge er behovet for å løse store samfunnsoppgaver på tvers av organisasjonsgrenser og med vekt på et brukerperspektiv anerkjent i forbindelse med NAV reformen. Jeg mener imidlertid at begrepet helsevesenet ikke kan brukes om dagens situasjon innen offentlig helsetjenesteyting i Norge. Offentlig forvaltning erkjenner i dag ikke at helsetjenester må løses på tvers av organisasjonsgrenser på samme måte som arbeids, sosial og velferdstjenester. I vitenskapelige studier vil derfor begrepet helsevesenet skape forvirring og manglende forståelse for rollefordeling og samarbeidsproblemer mellom ulike aktører innen helsesektoren. Samhandlingsreformen hadde som mål å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen. Basert på det jeg tidligere har sagt om helseforetaksreformen er det viktig å forstå at samhandlingsreformen ikke er en reform som medfører organisatoriske endringer i helsetjenesten med samordning av ulike aktører slik målet med NAV reformen var. Dette betyr slik jeg ser det at samhandlingsreformen først og fremst skal tydeliggjøre rollefordelingen mellom ulike aktører i helsetjenesten bedre. Dette betyr også at helsetjeneste ikke anses å være en samfunnsoppgave som medfører behov for å bryte ned grensene mellom organisasjoner, slik som tilfellet var med NAV for velferdsetatene. Jeg mener det er viktig at men innen forskning på habilitering har en forståelse for dette. Begrepet helsevesenet bør anvendes med varsomhet og utfra denne forståelsen.

Slik jeg ser det er samhandlingsreformen i stor grad influert av New Public Management tankegangen hvor aktørene skal handle sammen med hverandre ut fra ulike belønnings- og sanksjonskriterier. Det som er interessant i min studie er at aktørene ikke har klart å definere hvordan de skal samhandle basert på disse kriteriene og dermed ikke har signert samhandlingsavtaler inne habilitering. Dette kan slik jeg ser det skyldes at forståelsen om at habilitering kan inndeles inn i ulike organisasjoner ikke er holdbar og at det er nødvendig med integrert samarbeid, slik det beskrives i forskriften om habilitering; for å lykkes. Jeg mener dette er en viktig årsak til at samarbeidet både på brukernivå og overordnet nivå bryter sammen.

Informantene i denne studien virker å ha svart ærlig og kommet med ganske nedslående informasjon om samarbeidet om habilitering mellom dem selv og spesialisthelsetjenesten. En tolkning av dette er at de selv ikke opplever seg som ansvarlige for det manglende samarbeidet. Jeg har ovenfor pekt på forhold knyttet til organisering av helseforetakene og overordnende rammer for samhandlingen mellom kommuner og helseforetak som hovedårsaker til det manglende samarbeidet. Et kjent uttrykk sier ”It takes two to tango” og i habilitering oppleves ofte samarbeidet som en liten danseskole, med ulike partnere som byttes ut og hentes inn. Jeg mener at de enkelte aktørene alle har et ansvar for at samarbeidet fungerer. Men akkurat som på danseskolen kan hierarkiske styringmodeller, uformelle relasjoner og usikkerhet føre til at en eller flere av partene blir passive. Jeg vil i underkapitel 5.4 se nærmere på de privatpraktiserende fysioterapeutenes rolle i forbindelse med hvordan de benytter seg av veiledningsplikten til spesialisthelsetjenesten.

5.3 Brukerrollen i et ressursperspektiv.

I min studie har jeg funnet at på grunn av sviktende samarbeid mellom kommunene og sykehusene har foreldrene en direkte avgjørende betydning for å koordinere arbeidet mellom aktører i kommunene og barnehabilitering. Dette på tross av at kommunene har etablert koordinerende enhet og fysioterapeutene kjenner til denne. Manglende koordinerende enhet i helseforetaket og innarbeidet kultur for samhandling fra ordinær pasientbehandling knyttet til taushetsplikt, pasientrettigheter, fagstatus og profesjonskamp kan være en årsak til at foreldrene blir brukt som koordinatører for samhandlingen.

De privatpraktiserende fysioterapeutene i studien legger som sagt stor vekt foreldrenes rolle som koordinator mellom spesialisthelsetjenestens virksomhet og egen virksomhet. Samtlige informanter 1-5 la vekt på en beskrivelse av foreldrenes ressurser i denne sammenheng. Som jeg har påpekt i teorikapitlet er ressursvurdering av foreldre et omstridt tema. Særlig den unyanserte vurderingen av ressurssterke og ressursvake foreldre omtales som uverdige da det å karakterisere noen som ressursvake er nedverdiggende. I rehabiliteringsteori er ressurskartlegging derimot

ansett som en del av prosessen og da med vekt på en positiv kartlegging av de ressursene brukeren har. Når informantene vurderer foreldrenes ressurser noe unyansert mener jeg at dette må sees som et forsøk på å beskrive ressurskartleggingen. Det må også sees i en kontekst der informantene ønsker å få fram det de mener er ulik fordeling av tjenestetilbud innen habilitering. Informant 3 sier følgende om foreldrenes rolle i habiliteringen: ”jeg synes det virker som om de ungene som har foreldre som er ressurssterke og står opp og følger opp. De ungene har en mye større fordel enn de som ikke har det.” Både informant 3 og 5 mener at barna til foreldre som står på får et bedre habiliteringstilbud. Betydningen av at foreldrene viser styrke og pågangsmot er som jeg har vist i teorikapitlet også beskrevet i litteraturen og det er kjent at foreldrene opplever at dette påvirker tjenestetilbudet til barna.

Informantene er gjennom sitt fokus på hvilken betydning foreldrenes ressurser har for tjenestetilbudet opptatt av fordeling av samfunnets ressurser. Som jeg viser i mitt teorikapitel legitimeres offentlig sektor i en kapitalistisk markedsøkonomi blant annet utfra prinsippet om å oppnå jevnere fordeling av de godene som skapes i samfunnet. Samfunnsøkonomien erkjenner at fordelingen av ressurser i samfunnet kan bli humanitært uakseptabel om markedet overlates til seg selv. Det er derfor behov for en fordelingspolitikk hvor offentlig sektor blant annet ivaretar syke og uføre. I mitt intervjumateriale ser jeg en klar kritikk av dagens offentlige fordelingspolitikk innen habilitering. En fordelingssituasjon der de mest ressurssterke brukerne får et bedre tilbud enn de svakere er slik jeg ser det tegn på en for svak offentlig styring av fordelingspolitikken. Det er i denne sammenhengen viktig å ha med seg grunnforståelsen av samfunnsøkonomi slik jeg har beskrevet den i teorikapitel. Knappe ressurser er i samfunnsøkonomisk forstand ikke en unnskyldning for hvordan ressursene blir fordelt. Nyere økonomisk forskning viser at ressursfordelingen i samfunnet påvirkes av ulike politiske retninger. Utviklingen de seneste tiårene viser at de mest ressurssterke har en uforholdsmessig økning av sine ressurser i forhold til den øvrige befolkningen. Dette sette gjerne i sammenheng med framveksten av politiske retninger som konservatisme og ny liberalisme. Jeg mener at disse retningen også kan ha påvirket fordelingen av habiliteringsressursen slik det framkommer i min studie. En konservativ og liberal tankegang understreker individets frihet og individets muligheter når det kan handle i et mest mulig fritt marked. Som jeg har vist i litteraturen om

brukermedvirkning er foreldre til barn med funksjonsnedsettelse opptatt av seg selv som selvstendige og sterke aktører, som selv søker opp habiliteringstilbud. Det samme bildet gir mine informanter av de ressurssterke foreldrene i min studie. Samtidig peker informantene i min studie på at de såkalt ressurssvake familiene får et dårligere tilbud. Jeg mener det er viktig å se brukermedvirkning og brukerrollen i et overordnet perspektiv. For stort fokus på de individuelle mulighetene til den enkelte bruker kan skape en konkurransesituasjon hvor hver bruker er sin egen lykkes smed og de svakeste brukerne ikke blir sett. I sammenheng med offentlig sektor sin rolle for å ivareta en human ressursfordeling i samfunnet betyr dette at for stor grad av markedstenkning i offentlig sektor svekker mulighetene til en effektiv fordelingspolitikk. Jeg vil da også presisere at å tilføre mer ressurser til offentlig sektor utfra samfunnsøkonomisk teori ikke vil løse problemet. Da det uansett mengde ressurser vil oppstå en knapphet i forhold til menneskenes behov. Dette innebærer altså at med mer ressurser vil flere behov oppstå. Ressursfordelingen vil derfor ikke påvirkes av mengden ressurser, men ideologien bak fordelingspolitikken.

Slik jeg ser det er det vanskelig å komme bort fra ressursbegrepet i brukerbeskrivelser innen habilitering. Jeg mener imidlertid det er viktig å se ressursbegrepet i den helhetlige konteksten som habilitering handler om. En medisinsk eller pedagogisk forståelse av ressurser som kroppslige egenskaper eller mentale evner er avgrenset og lite egnet for helhetlig habilitering. Mine informanter legger nok ulike dimensjoner i ressursbegrepet, men i lys av den økonomiske teori som jeg har presentert mener jeg det er umulig å se bort fra økonomi som en del av begrepet ressurser. Jeg tror mange som jobber med pasienter i det daglige har vanskelig for å se at ressursbegrepet i så stor grad innbefatter økonomiske ressurser. Når jeg legger den økonomiske definisjonen til grunn for begrepet ressursen i tolkningen av mine data viser min studie at de rikeste får bedre habilitering enn de fattigste. Dette samsvarer med forståelsen av at i en offentlig sektor som i større grad yter tjenester utfra markedsprinsipper vil økonomiske ressurser få større betydning. Eksempler på dette er framveksten av ordninger som private helseforsikringer eller private legevaktssentraler. Dette innebærer at også innen habiliteringsfeltet vil en svak offentlig fordelingspolitikk skape forskjeller mellom brukere som verken er ønskelig utfra samfunnsøkonomisk teori eller i habiliteringsteori.

5.4 Veiledningsplikt og veiledningsmottakerens ansvar.

Studien viser at samarbeid mellom ulike profesjonelle aktører innen habilitering påvirkes av hvor trygg aktørene kjenner seg i relasjon med den de samarbeider med. Informantene angir at de helst søker råd og veiledning fra spesialister de kjenner fra før. ”Det er jo mye lettere å ringe folk man kjenner fra før.” sier informant 5. Dette samsvarer med teori om betydningen frykten for sosial avvisning har for samhandling. Dette viser også at det er viktig at de som samarbeider om habilitering vektlegger den etiske siden av samarbeidskompetansen og reduserer den opplevde risikoen for sosial avvisning.

Jeg har i mitt datamateriale vist at informantene både samarbeider systematisk med aktører i kommunene i ansvarsgrupper og at de kontakter spesialister som de kjenner ved behov. Dette innebærer at de har samhandlingskompetanse men i liten grad bruker den i samhandling med spesialisthelsetjenestene. Lovverket sier at spesialisthelsetjenesten har veiledningsansvar. Dette fratar imidlertid ikke fysioterapeutene ansvar for å søke veiledning og faglig oppdatering etter helsepersonelloven. Jeg tror imidlertid at lovverk som skaper en hierarkisk samarbeidssituasjon kan bidra til ansvarsfraskrivelse og også øke frykten for sosial avvisning i samarbeidet. Lovverket definerer kanskje i for stor grad spesialisthelsetjenesten som ekspert overfor de lokale fysioterapeutene. Dette kan skape asymmetrisk kommunikasjon når de som jobber med brukerne til daglig skal innrette seg etter råd fra eksperter som kanskje bare kjenner brukerne innenfor et avgrenset område.

Videre mener jeg at fysioterapeutene i kommunene har et ansvar for å holde seg oppdatert på bruk av både nye verktøy for samhandling om habilitering og nye verktøy for kommunikasjon.

Det er slående at kommunene som har stor geografisk avstand til barnehabiliteringen i så stor grad velger å bruke ansvarsgrupper som et formalisert verktøy for samhandling. De er i stor grad kjent med at det er vanskelig med personlige møter på grunn av lange avstander, men velger likevel å bruke ansvarsgruppe som verktøy i rehabiliteringsprosesser hvor de ønsker bedre samarbeid med barnehabiliteringen. Som jeg har vist i habiliteringsteorien er individuell plan en ordning som skal sikre bedre koordinering av tjenestene rundt brukere i habiliteringsprosesser. Individuelle planer er slik jeg ser det også et bedre verktøy for samhandling mellom aktører som er fysisk langt fra hverandre og de kan bidra til mer systematisk kommunikasjon mellom de privatpraktiserende fysioterapeutene og barnehabiliteringen. Det er også slående at informantene er så positive til bruk av videokonferanse, men bruker det i så liten grad. Selv om ambulante team er beskrevet som en mulighet for samhandling mellom kommuner og barnehabilitering må man i respekt for den organisasjonen man samhandler med forsøke å etablere andre samhandlingsformer når barnehabiliteringen ikke har ambulant team. Bruk av videokonferanse kan trolig i større grad inngå som en del av grunnutdanningen til helsepersonell som skal jobbe i kommunen. Jeg tror dette vil øke bruken av dette og gi helsepersonellet større trygghet i forhold til når de kan bruke videokonferanse (eventuelle begrensninger i forhold til taushetsplikt og lignende).

5.5 Små distriktskommuner er sårbare tjenesteytere.

På tross av at flere av informantene oppfatter egen kommune som sårbar både i forhold til tverrfaglig samarbeid og i noen tilfeller organisatorisk er de lite engasjert i debatten om kommunesammenslåing. Informant 2 ser at kommunesammenslåinger vil sentralisere tjenestetilbudet i kommunen ytterligere, og påpeker et dilemma flere av informantene tar opp: Kommunesammenslåing kan gi et bredere, men mer sentralisert fagtilbud.

Informant 6 beskriver hvordan kommunen i distriktet samarbeider med andre kommuner når de inngår felles avtaler med det lokale helseforetaket på overordnet nivå. Hun opplever likevel at kommunene ikke klarer å bli enige om samarbeidsavtaler om habilitering med helseforetaket.

Informant 6 opplever at dette skyldes gråsoneproblematikk. Gråsoneproblematikk er i min teoretiske tilnærming beskrevet som uavklart ansvarsfordeling basert på usikkerhet knyttet til kommunens evne til å løse oppgaver innen habilitering. Informant 6 viser til et eksempel hvor helseforetakene definerer kompliserte habiliteringsprosesser basert på hvor mange medisinske spesialiteter som er involvert. Kommunene forholder seg imidlertid til begrepet spesialister i habilitering på en annen måte og har ofte ansvar for komplisert habilitering med mange spesialister fra ulike faggrupper involvert. Dette viser hvordan kontekstene for samhandling er ulike. I min studie har jeg forsøkt å få fram kvalitativ informasjon om hva som gjør små kommuner sårbare når de skal yte offentlige tjenester. Jeg mener det er viktig å få fram denne sårbarheten. Slik jeg ser det kan en markedsorientering av offentlig sektor bidra til at organisasjoner i for stor grad løfter fra det de er gode til og i for liten grad våger å vise seg sårbare. Når flere små distriktskommuner har gått sammen i arbeidet med samhandlingsavtaler med helseforetakene har dette fordeler i forbindelse effektivitet og arbeidsdeling. Men det er også et uttrykk for at kommunene føler at de i samhandlingen med helseforetaket må vise styrke. Jeg mener at dette kan medføre at de kvalitative opplevelsene til sentrale aktører i hver kommune blir borte. Som jeg har vist i denne studien opplever de privatpraktiserende fysioterapeutene at kommunene er sårbare og behøver samarbeid med barnehabiliteringen, men fokuset i samhandlingsavtalene mellom kommunene og det lokale helseforetaket virker å være mer knyttet til å vise styrke enn sårbarhet.

Stor grad av målstyring i helseforetakene preger også samarbeidet med de små kommunene på organisasjonsnivå. Det politiske målet om å overføre mer av habiliteringen til kommunene skaper en uavklart situasjon om blant annet kjøp av habiliteringsplasser i framtiden. Teorien viser at det kan oppstå målkonflikter og målforskyvning i organisasjoner som har komplekse samfunnsoppgaver. Et eksempel på målforskyvning kan være at helseforetakene og kommunene ikke har nok fokus på å inngå samhandlingsavtaler om habilitering da de vil vente med å ta på seg forpliktelser fordi de har et mål om øke effektiviteten i egen organisasjon. Slik flyttes fokus fra dagens mål med virksomheten, som bør være å ivareta brukerne her og nå, til fremtidige mål knyttet til egen organisasjon.

6. Konklusjon.

I denne oppgaven har jeg studert problemstillingen *Hvordan opplever privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner samarbeidet med spesialisthelsetjenesten innen somatisk habilitering av barn?* Jeg har innhentet kvalitative data gjennom forskningsintervju, og har benyttet relevant teori med utgangspunkt i Mastergradsstudiet i Rehabilitering ved Universitetet i Nordland. I arbeidet med gjennomføring av den kvalitative metoden har jeg lagt min kunnskap som privatpraktiserende fysioterapeut i en liten distriktskommune til grunn.

I tråd med kvalitativ forskningsmetode er mine funn kun gyldige for et avgrenset område. Mine funn er likevel interessante eksempler på hvordan samarbeidet mellom små distriktskommuner og spesialisthelsetjenesten fungerer innen somatisk habilitering sett fra privatpraktiserende fysioterapeuter som deltar i habiliteringen sitt perspektiv. Jeg har i min studie funnet at privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner opplever samarbeidet med barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten som mangelfullt. Barnehabiliteringen oppleves som lite synlig og i liten grad som en aktør i habiliteringen rundt brukeren. Den samhandlingen som beskrives kan ikke sies å tilfredsstillende de kriteriene for planlagte, koordinerte og tidsavgrensede prosesser som beskrives i lovverk og faglitteratur innen habilitering. Jeg har videre funnet at foreldre til barn med funksjonsnedsettelse blir tildelt en koordinatorrolle av hjelpeapparatet når samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende. Brukermedvirkning blir i stor grad definert av de privatpraktiserende fysioterapeutene i denne studien som evnen til å medvirke og ikke muligheten til å medvirke.

Min studie har gitt indikasjoner på faktorer som øker risikoen for dårlig samarbeid mellom privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner og spesialisthelsetjenesten. Studien viser at lite bruk av individuell plan, lite bruk av ny kommunikasjonsteknologi, manglende overordnet samhandling, og sterkt fokus på funksjonsfordeling mellom kommuner og helseforetak påvirker samarbeidet på brukernivå.

Jeg anbefaler videre forskning på temaet med tanke på å forbedre samarbeidet mellom kommuner og helseforetak innen somatisk habilitering av barn.

Referanseliste

Abberley, P. (1995): "Disabling ideology in health and welfare – the case of Occupational Therapy." *Disability and Society*. 10(2): 221-232

Berg, B.L. & Lune, H. (2012) *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. New Jersey. Pearson education press.

Breimo, J. og Sandvin, J.T. "Samordning som diskurs." i Tøssebro, Jan red. *Funksjonshemming – Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Universitetsforlaget 2009.

Christensen, T. Lægreid, P. Roness, P. G. Røvik, K.A. (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget.

Collins, J. (2002). *Good to great. Hvorfor noen virksomheter blir fremragende og andre ikke*. Universitetsforlaget. Oslo.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Hagberg, B. (2000) "Cerebral parese" i: Gjerstad, L. og Skjeldal, O.H. *Nevrologi fra barn til voksen*. Nesbru: Vett og Viten, 2000; 169 – 77.

Hanoa, R. & Alvsåker, K. (2008) "Hjerneskaderehabilitering i tidlig fase" *Tidsskr Nor Lægeforen* 128:66 – 7

Helse og omsorgsdepartementet. (2008) St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapitel 9. www.regjeringen.no

Holme, I.M. og Solvang, B.K. (1991). *Metodevalg og metodebruk*. Tano. Oslo.

Jakobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget. Oslo.

Johannesen, J-A. Olsen, B. (2008). *Positivt lederskap – Jakten på de positive kreftene*. Fagbokforlaget, Oslo.

Johannessen, A., Kristoffersen, L., Tufte, P.A. (2008). *Forskningsmetode for økonomisk -*

administrative fag. Abstrakt forlag as, Otta.

Johannessen, L.B. (2003) "Bekymringsmelding fra Norsk barnelegeforening." Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 698.

Kjølsrud, L. (2010) Om å følge vinden dit den blåser. Et problemdrevet design tar form. I Album, Nordli Hansen & Widerberg (red) *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Oslo. Universitetsforlaget.

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

Lauvås K og Lauvås P. Noen nøkkelbegrep i tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig - perspektiv og strategi. Universitetsforlaget, 2004

Lillestø, B. og Hanssen, J-I. (2000) "Pasientfellesskapets betydning for mennesker med alvorlig psykiske lidelser". I Romøren (red) *Usynlighetskappen. Levekår for funksjonshemmede*. Oslo. Akribe.

Malterud, K. (2004) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget

Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. Saga Publications. London.

Mik-Meyer, N, (2005) Omsorgens herredømme. I Det magtfulle møte mellom system og klient Aarhus: Universitetsforlaget.

Miller R.S. og Leary M.R. (1992) *Social sources and interactive functions of emotions: The case of embarrassment*. I Clark M.S. (red) *Review of personality and social psychology*, vol. 14: Sage, s 2002-221. London.

Mork, M. (2001) "Medisinske problemer og behov for oppfølging hos en gruppe barn med lett grad av cerebral parese." Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121: 1566 – 9.

Nergård, B. (2010) "Kommunal planlegging av rehabiliteringsvirksomhet" i Thommesen Hanne red. *Rehabilitering* Oslo: Gyldendal

Ness, T.M. (2010) "Dessuten så skal vi jo leve litt" i Thommesen Hanne red. *Rehabilitering* Oslo: Gyldendal

- Nilsen, L.S.(2010) "Også barn bør rehabiliteres tidlig." *Sykepleien* 2010;98(13):62-63
- Normann, T. Sandvin, J.T. og Thommesen, H. (2003) Om rehabilitering. *Mot en helhetlig forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget
- Panksepp J. (1992). *A critical role for affective neuroscience in resolving what is basic about basic emotions.* *Psychological Review*, 99: 554-560.
- Piketty T (2014). "Capital in the 21. century." Boston, Massachusetts: Harvard University Press
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O.(2006) "Redefining health care: creating value-based competition on results." Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Ramstad, K. Blom, U.S. (2004) "Barn med cerebral parese henvist til en tverrfaglig habiliteringsenhet" *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124: 1235 – 6.
- Ringstad, V. (2004) "Samfunnsøkonomi og økonomisk politikk." Oslo. Cappelen.
- Ryen A. (2002). *Det kvalitative intervjuet – Fra vitenskapsteori til feltarbeid.* Bergen. Fagbokforlaget.
- Schein, E.H. (1985). *Organizational Culture and Leadership.* Jossey Bass. San Fransisco.
- Skjeldal, O.H. (2001) "Cerebral parese" *Tidsskr Nor Lægeforen* 121:1565
- Skjeldal, O.H. "Habilitering av barn med cerebral parese" *Tidsskr Nor Legeforening* 2004.
- Skjeldal, O.H. og Rasmussen, M. (2001) "Cerebral parese." *Tidsskr Nor Legeforening* 2001.
- Statens Helsetilsyn (1988) *Veileder i habilitering av barn og unge.* IK 2614. Oslo: Statens helsetilsyn
- Thommesen, H. (2010) "Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt – en introduksjon" i Thommesen, Hanne red. *Rehabilitering* Oslo: Gyldendal
- Thommesen, H. (2010) "samarbeid, samhandling og samordning" i Thommesen, Hanne red. *Rehabilitering* Oslo: Gyldendal

Thommesen, H. Normann, T. Sandvin, J.T. (2008) *Individuell plan et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

Udanningsdirektoratet (2012) ”Skolens rolle og ansvar.” Oslo

Waalder, P.E. og Sommerfelt, K. (2004) ”Barnenevrologi og habilitering i Norge.” Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:2486 – 7

Appendiks

Vedlegg 1: Informasjonsbrev til informanter

Øyvind Arnes Johansen

Universitetet i Nordland

Östersund 10.03.2014

Utvalgte informanter

Informasjonsbrev ifm intervju til masteroppgave

Jeg er student ved samfunnsvitenskapelig fakultet ved Universitetet i Nordland ved Masterprogrammet i rehabilitering. Fra tidligere er jeg utdannet fysioterapeut, og har siden 2005 jobbet som privatpraktiserende fysioterapeut i Herøy.

Som et ledd i utdanningen skal jeg skrive en masteroppgave hvor jeg vil se nærmere hvordan privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om barnehabilitering. Tema for oppgaven er samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen somatisk habilitering av barn.

Jeg er svært takknemlige hvis du vil delta som intervjupersoner i studien. Og håper du kan gi meg tilbakemelding på mail oyvind.johansen@hotmail.com eller telefon +46703796001. Ved positiv tilbakemelding fra deg vil jeg ta kontakt med deg iløpet av de neste to ukene for å avtale tid og sted for intervjuene.

Med vennlig hilsen

Øyvind Arnes Johansen

Universitetet i Nordland

Vedlegg 2: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Innledning:

Presentasjon av meg selv, og oppgaven. Tema, teorigrunnlag (habilitering av barn, samarbeid om habilitering mellom privatpraktiserende fysioterapeuter i små distriktskommuner og habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten).

Tema 1 Informantens egen presentasjon av seg selv og sitt arbeidssted.

Presentasjon av informant. Bakgrunn; utdanning, yrkeskarriere, kommunen informanten jobber i, organisering av helsetjenesten i kommunen.

Kort samtale om tema med bakgrunn i kontekstinformasjon. habilitering, utredninger om kommunestruktur og utredning om sykehusstruktur og lokal geografi.

Tema 2: Egne erfaringer med habilitering av barn og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

Hvordan og hvor mye jobber du med habilitering av barn?

Hvilke erfaringer har du med samarbeid med sykehus og spesialisthelsetjenesten om habilitering? Gi gjerne eksempel? Hvordan opplevde du samarbeidet i dette eksemplet?

Opplever du at samarbeidet med sykehusene er basert på felles planer og mål? Hvordan kommuniserer dere (Infostruktur)?

Tema 4 Brukermedvirkning.

Begrepet brukermedvirkning er sentralt i habilitering. Hvordan opplever du at brukeren medvirker i sin habilitering?

Opplever du at brukeren medvirker og påvirker samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?

Tema 5 Teknologi, faglig utvikling og fremtidig muligheter.

Tror du bruk av ulike teknologiske verktøy og tekniske løsninger kan gjøre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om barnehabilitering.

Avslutning

Er det noe du som informant vil ta opp ifm emnet. Utdype det vi har snakket om eller ta opp saker vi ikke har snakket om?

Takk for en trivelig samtale (repetisjon av informert samtykke, rett til å trekke seg og mulighet for å få se det transkriberte materialet/den ferdige oppgaven.)