

”Hvordan vi har det inne, og de har det ute..”

***Samarbeidsrelasjoner
sett fra spesialisthelsetjenesten***

**Skrevet av:
Bodil Svendsgård**

Mastergrad i rehabilitering

Emnekode: RH333S

Innlevert: 15.11.08

Forord

Samarbeid på tvers mellom etater og nivå, for at brukerne skulle kunne få sammenhengende og helhetlige tjenester, har interessert meg siden jeg begynte å arbeide innen fagfeltet rehabilitering. Som leder har jeg vært spesielt opptatt av hvordan styringssystem og organisering har betydning for å oppnå helhet for den enkelte. Masterstudiet i rehabilitering har gitt meg større innsikt og mulighet til å fordype meg i fagfeltet.

Jeg vil først få rette en stor takk til mine informanter, som delte sine erfaringer med meg. Uten dere hadde ikke denne avhandlingen blitt til. Dere hjalp meg å se deres side av virkeligheten og gav meg nyttige innspill. Jeg vil også takke Nordlandssykehuset som velvillig gav meg tillatelse til å gjennomføre mine undersøkelser.

Så vil jeg takke min første veileder, Jan-Inge Hanssen, som hjalp meg å komme i gang med det vanskelige analysearbeidet.

En stor takk til Hilde Berit Moen overtok som veileder når Jan-Inge Hanssen flyttet utenlands for en periode. Hun har støttet og oppmuntret meg gjennom en vanskelig skriveprosess fram til ferdig arbeid. Hun har på en oppmuntrende og støttende måte, hjulpet meg til å få struktur på oppgaven.

Min nåværende arbeidsgiver, høgskolen i Bodø, sykepleie og helsefag, fortjener stor takk. Uten tilpassing av arbeidstid, og ikke minst støtte og oppmuntring fra kollegaene, hadde det ikke blitt noen avhandling.

Jeg vil også takk gode venner og familie for deres støtte i tunge stunder, og for deres forståelse for at min deltagelse sosialt, i perioder har vært liten.

Sist men ikke minst vil jeg takke min kjære ektefelle, Harald, for tålmodig å godta at mange ting er satt på vent, og for å ha hatt forståelse for at en stor del av min oppmerksomhet har vært rettet mot oppgaven.

Tusen takk alle sammen.

Bodø 9. november 2008. Bodil Svendsgård

Innholdsfortegnelse:	
Kapittel 1 - Innledning	1
Problemstilling og avgrensning	3
Oppgavens oppbygging:	4
Kapittel 2 – Teori	5
2.1 Spesialisthelsetjenesten	5
2.1.1 Utviklingen innen spesialisthelsetjenesten.....	6
2.1.2 New Public Management	7
2.2 Rehabilitering.....	9
2.2.1 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.....	11
2.3 Samarbeid angående rehabilitering	13
2.3.1 Individuell plan	14
2.3.2 Koordinerende enhet	16
2.4 Samarbeid.....	17
2.4.1 Spesialisering og profesjonalisering	18
Kapittel 3 Metode.....	22
Kapittel 4 Samarbeidsavtaler og samarbeidspartnere	28
4.1 Samarbeidsavtaler	28
4.1.1 Psykiatriens samarbeidsavtaler	29
4.1.2 Somatikkens samarbeidsavtaler	31
4.1.3 Samarbeidsavtaler - sammenfatning	32
4.2 Kommunen som samarbeidspartner	33
4.2.1 Psykiatriens samarbeid med kommunene	34
4.2.2 Somatikkens samarbeid med kommunene	37
4.2.3 Kommunen som samarbeidspartner- Sammenfatning	40
4.3 Øvrige avdelinger som samarbeidspartner.....	42
4.3.1 Psykiatriens samarbeid med øvrige avdelinger.....	43
4.3.2 Somatikkens samarbeid med øvrige avdelinger.....	45
4.3.3 Øvrige avdelinger som samarbeidspartner - Sammenfatning	47
4.4 Oppsummering samarbeidsavtaler og samarbeidspartnere.....	48
Kapittel 5 Samarbeid med rehabilitering som mål.....	51
5.1 Samarbeid angående rehabilitering.....	51
5.1.1 Psykiatriens samarbeid angående rehabilitering	51
5.1.2 Somatikkens samarbeid angående rehabilitering	53
5.1.3 Samarbeid med rehabilitering som mål - sammenfatning.....	56
5.2 Individuell plan	57
5.2.1 Psykiatriens bruk av individuelle planer	58
5.2.2 Somatikkens bruk av individuelle planer	60
5.2.3 Individuell plan - Sammenfatning.....	62
5.3 Koordinerende enhet	63
Kapittel 6 Avslutning	65
Avsluttende kommentarer	67
Litteraturliste:.....	69
Vedlegg 1: Organisasjonskart Nordlandssykehuset HF.....	75

Kapittel 1 - Innledning

”Alle snakker om disse problemene. Lange ventetider, pasientkøer, milliardsprekk i sykehusøkonomien, mangelfull rehabilitering og for lite ressurser til forebygging. Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone - Det er systemet det er noe galt med. Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre.”

Helse og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen¹

Jeg har i mange år arbeidet med spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Jeg har også arbeidet med å få på plass koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. I dette arbeidet har jeg sett at samarbeidet på tvers av avdelinger, etater og nivå i helse- og sosialvesenet ikke bestandig fungerer slik det skal for at brukerne skal få koordinerte og sammenhengende tjenester. For å få på plass et godt rehabiliteringstilbud til den enkelte bruker på tvers av etater og nivå, må en ha systemer på ledelsesnivå som ivaretar behovet for samordning (Veileder individuell plan 2007).

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99), ”Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk”, også kalt rehabiliteringsmeldingen, la opp til en ny rehabiliteringspolitikk og laget en ny og felles definisjon for rehabilitering, som etter hvert kom inn i ”Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2”:

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

I flere utredninger som NOU 1997:2 ”Pasienten først” og NOU 2005:3 ”Fra stykkevis til helt” hevdes det at brukerne ikke opplever tjenestene som sammenhengende. Også i St.meld. nr. 21 (1998-99) ”Ansvar og meistring” er dette tema. I innledningen heter det: ”Rehabiliteringstilbudet er i dag i for stor grad prega av manglande planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve.” Stortingsmeldingen ønsker også en innstans som kan koordinere arbeidet rundt den enkelte, på tvers av etater, det såkalte ”en-dørs-prinsippet”. Samarbeid på tvers av etater og nivå er gjennomgangstema i St. meld. nr. 21. Målsettingen er et mer langsiktig og helhetlig tilbud til den enkelte bruker.

¹ Pressemelding nr 52 HOD 22.08.2008

I juni 2001 kom Forskrift om habilitering og rehabilitering som en oppfølging av flere av de forhold som var tatt opp i St.meld. nr. 21. Her pålegges kommuner og spesialisthelsetjenesten å opprette koordinerende enheter (§§ 8 og 13). Hensikten med bestemmelsene er at det regionale helseforetaket skal sørge for kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for på denne måten bygge opp faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåer. For kommunene har bestemmelsen særlig betydning for å sikre kontinuitet i det samlede rehabiliteringstilbudet for den enkelte bruker av tjenesten. Kravet innebærer at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta i mot henvendelser om behov for rehabilitering. Det innebærer at kommunen vil ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten, og at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet (§8).

Forskriften pålegger også både kommunene og spesialisthelsetjenesten å etablere et systematisk opplegg for informasjon fra helsepersonellet om mulige behov for rehabilitering. Bestemmelsen skal legge til rette for at behovene til den enkelte bruker blir fanget opp, sett i sammenheng med hverandre, og at aktuelle tjenester blir forberedt og satt i gang så tidlig som mulig (§§ 9 og 14).

Jeg ønsker i denne avhandlingen å se nærmere på den delen av definisjonen som lyder ” *hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand*”. I følge veilederen til Forskrift om habilitering og rehabilitering (2006), må en for å oppnå deltagelse sosialt og i samfunnet, ofte ha samarbeid med andre etater enn helsetjenesten, for eksempel sosialtjenesten eller Arbeids- og velferdsetaten. For noen vil det også være naturlig med samarbeid med frivillige organisasjoner som brukerorganisasjoners likemannsarbeid. Hva skal til for at de forskjellige delene av tjenestetilbudene skal ha gode betingelser for og være positive til samarbeid. Det er grunn til å anta at samarbeid som fungerer, i større grad vil bidra til at brukerne opplever å få koordinerte og sammenhengende tjenester.

Problemstilling og avgrensing

Jeg ønsker i denne studien å sette fokus på samarbeid sett fra spesialisthelsetjenestens ståsted. Hvordan oppleves samarbeidet, hvilke utfordringer for samarbeidet kommer eventuelt til uttrykk og finnes det elementer som fremmer samarbeid.

Jeg avgrensner studien til spesialisthelsetjenesten, og har således valgt informanter fra sykehus. Jeg har gjennom min praksis fornemmet at det er en forskjell mellom de somatiske og psykiatriske helsetjenestene og deres samarbeid med andre. Det har syntes som om oppfølging av pasienter og bruk av individuell plan var mer utbredt innen psykiatri. Jeg ønsker å se nærmere på om dette stemmer og i tilfelle hvordan denne forskjellen gjør seg gjeldende, samt kanskje kunne si noe om hvorfor det er slik. For å belyse eventuelle forskjeller, har jeg valgt å intervju seks avdelingssykepleiere, tre innen somatikk og tre innen psykiatri.

Studien avgrenses til å diskutere omkring ledelse og organisering på systemnivå og ikke i særlig grad se på tiltak på individnivå. Det er imidlertid grunn til å anta at årsakene til eventuelle problemer på individnivå, ligger i manglende kunnskap, organisering og ledelse.

Jeg har valgt å se nærmere på samarbeid i Nordlandssykehuset, NLSH. Dette er et helseforetak som består av de tidligere sentralsykehusene, Nordland Sentralsykehus og Nordland psykiatriske sykehus, og de to lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen i tillegg til noen mindre enheter og distriktskykiatriske senter (DPS). Sykehuset er organisert i tradisjonelle avdelinger og klinikker. Helseforetaket har to hovedinndelinger, somatiske og psykiatriske sykdommer; i avhandlingen kalt somatikk og psykiatri. Jeg ser nærmere på samarbeidet i forhold til samarbeidspartneren kommunen og i forhold til samarbeidspartneren øvrige avdelingene i helseforetaket. Jeg belyser også samarbeid i forhold til rehabilitering. Til slutt utdyper jeg bruk av individuell plan og koordinerende enhet som virkemidler for å få til samarbeid på tvers.

Oppgavens oppbygging:

I kapittel 2 presenteres og kommenteres de sentrale begrepene i oppgavens tema og problemstilling; nemlig spesialisthelsetjenesten, rehabilitering, samarbeid, spesialisering og profesjonalisering.

Redegjørelse for metode og introduksjon av informantene foretas i kapittel 3. Kapittel 4 presenterer og drøfter det empiriske materialet i forhold til samarbeid og samarbeidsrelasjoner til de to mest brukte samarbeidspartnerne; kommunene og andre avdelinger i foretaket.

I kapittel 5 presenteres og drøftes det empiriske materialet i forhold til samarbeid der målet er rehabilitering. Erfaring fra bruk av individuelle planer og behov for en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering belyses.

Avslutningsvis foretas en sammenfatning av besvarelsene på problemstillingen og det presenteres noen forslag til videre arbeid og forskning.

Kapittel 2 – Teori

Studien omhandler samarbeid sett fra spesialisthelsetjenestens side, og spesialisthelsetjenesten og noen av dens styringsverktøy presenteres derfor innledningsvis. Historikken til rehabiliteringsbegrepet vil gi innblikk i de rammevilkår dagens arbeidstakere jobber under. Ordningene individuell plan og koordinerende enhet som virkemidler for samarbeid på tvers presenteres videre. Spesialisering og profesjonalisering er kjennetegn ved spesialisthelsetjenesten som påvirker samarbeid, og en nærmere presentasjon av begrepet samarbeid er nødvendig for å kunne belyse problemstillingen.

2.1 Spesialisthelsetjenesten

I Norge har vi fire forvaltningsnivåer for organisering og styring av offentlige velferdstjenester; staten, de regionale helseforetakene, fylkeskommunen og kommunene (Stamsø 2005). Fylkeskommunen har bare unntaksvis noen betydning for helse- og sosialtjenestene, slik at jeg velger å forholde meg til staten, de regionale helseforetakene og kommunene.

Spesialisthelsetjenesten omfatter de offentlige sykehusene, institusjonene i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldetjenesten, sykehusapotek, laboratorier og noen institusjoner i rusomsorgen (Moen 2005). En folkelig måte å forstå tjenesten på er å snakke om "sykehusene". I januar 2002 kom eierskapsreformen eller sykehusreformen. Staten ville med reformen overta både eierskap, myndighet og finansiering av helsesektoren, noe som skulle bedre styringen av helsetjenesten (Stamsø 2005). Norge ble delt i 5 helseregioner med regionale helseforetak, RHF, som fikk det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenestene i regionen. Forskjellige sykehus ble satt sammen i helseforetak, HF. I 2004 ble ansvaret for rusbehandling overført fra fylkeskommunene til RHF, og i 2006 overtok RHF hele finansieringsansvaret for opptreningsinstitusjoner fra staten. Opptreningsinstitusjoner er private institusjoner som foretar opptrening og rehabilitering av enkelte pasientgrupper. De mest benyttede institusjonene i Nordland er Nordtun HelseRehab og Valnesfjord Helseportssenter. RHF styrer disse i form av å be om anbud på rehabiliteringstilbud til forskjellige pasientgrupper. RHF kan da styre hva de ønsker å kjøpe og dermed ha innvirkning på tilbudet til de forskjellige pasientgruppene.

Spesialisthelsetjenesten har forskjellige nivå; det som før reformen het lokalsykehus, sentralsykehus, regionssykehus og noen sentrale landsomfattende tilbud. Disse er nå knyttet

til forskjellige foretak, men har fremdeles samme funksjon. Spesialisthelsetjenesten kan grovt inndeles i somatiske helsetjenester som er mest rettet mot fysiske lidelser, og psykiatriske helsetjenester rettet mot psykiske lidelser (Stamsø 2005). Videre er hver av disse igjen inndelt i klinikker og avdelinger, med sengeposter, dagposter og poliklinikker. En avdeling består oftest av en medisinsk spesialitet, for eksempel medisinsk avdeling, mens sengeposten kan være inndelt etter grenspesialiteter som lunge, hjerte og mage/ tarm.

2.1.1 Utviklingen innen spesialisthelsetjenesten

Velferdspolitikken er offentlig politikk med den målsetting å sikre befolkningens velferd (Stamsø 2005). Tjenestene omfatter offentlige helsetjenester, sosialtjenester, skole, bolig og ulike trykdeordninger. Hoveddelen av dagens velferdsordninger er bygd opp etter andre verdenskrig. På grunn av økende etterspørsel etter velferdstjenester og dermed vekst i utgiftene, fokuseres det stadig sterkere på om tjenestene utnyttes på riktig måte. Sykehusene fikk en stadig økende betydning ettersom framvekst av moderne behandling og moderne diagnostikk (laboratorier og røntgen), gjorde at sykehus og leger inngikk i en gradvis økende gjensidig avhengighet (NOU 1997:2). De moderne sykehus framstår i dag som høyteknologiske kompetansebaserte institusjoner, og har en sentral plassering i det norske helsevesen i kraft av å være kompetansesentra for den medisinske vitenskap (ibid). I 1997 var det godkjent i alt 28 hovedspesialiteter for leger. Hovedspesialitetene indremedisin og kirurgi er ytterligere oppdelt i 14 grenspesialiteter. I følge Den Norske Legeforening finnes det i dag til sammen 44 hoved- og grenspesialiteter¹.

”Lov om sinnsykes behandling og forpleining” av 1848 fastslo at det offentlige hadde ansvar for å gi forpleining til sinnsyke. Det ble etter hvert bygd mange asyl rundt i landet, gjerne i landlige omgivelser både sosialt og geografisk isolert fra omverdenen (NOU 1997:2). Etter 1950 ble det også stor framgang i utviklingen av nye medikamenter og behandlingsmetoder, slik at flere pasienter kunne utskrives til et lavere omsorgsnivå. Det siste 10-året har en i stadig større grad, spesielt i kommunehelsetjenesten tatt i bruk begrepet psykisk helsearbeid i stedet for psykiatri (Hansen 2007). Dette for å synliggjøre et bredere fagfelt enn det som har preget institusjonsomsorgen, fagfelt der fagfolk med ulik utdanning samarbeider med tjenestemottakeren om å skape et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud.

¹ <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=56704&subid=0>

LEON- prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) er et mye brukt prinsipp for å si hvor den enkelte skal få et behandlingstilbud. Hensikten er nærhet til brukerne og at tjenesten skal produseres til lavest mulig kostnad (Stamsø 2005). Dette i tillegg til nye behandlingsformer, har for de somatiske helsetjenestene medført sterkt redusert behandlingstid. Antall polikliniske behandlinger har økt, og liggetiden i sykehus har gått ned. I følge St.meld. nr. 30 (2000 – 2001) har antall senger i norske sykehus fra 1980 til 1998, blitt redusert fra ca 21000 til 14000. Antall heldøgns plasser i psykiatriske institusjoner er nesten halvert (ibid).

Samtidig har antall plasser i kommunehelsetjenesten økt. I mange tilfeller er ikke nedbyggingen sentralt tilstrekkelig fulgt opp lokalt, spesielt innen psykiatrien har dette vært et problem (Stamsø 2005). Dette er en av årsakene til at det ble utarbeidet Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (i 2003 utvidet til 2008). Denne var ment å føre til bedre tjenester til mennesker med psykiske lidelser både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Album og Westin (2008) har vist at både sykdommer og spesialiteter i sykehus har en klar innbyrdes rangering. Hjerteinfarkt, leukemi og hjernetumor var blant de sykdommer med høyest prestisje, mens fibromyalgi og nevroser hadde lavest prestisje. Kroniske lidelser i lavere del av kroppen og lidelser som ikke kan lokaliseres til bestemte organer har generelt lav status, spesielt der pasienten er eldre. Ut fra dette kan det slutes at rehabilitering og psykiatri ikke har spesiell høy status.

2.1.2 New Public Management

Reformene i offentlig sektor har fått fellesbetegnelsen New Public Management, NPM. Bakgrunnen for reformene er kritikken om at offentlig sektor har vært for stor, ineffektiv og byråkratisk. NPM innebærer, vil noen hevde, at regelstyring blir avløst av resultatstyring (Stamsø 2005). Resultatstyring har færre regler for hvordan arbeidsoppgavene skal gjennomføres, men har flere og klarere mål man skal jobbe mot. Det er også lagt vekt på brukeren, og service og rettigheter overfor dem som mottar tjenestene. Retten til fritt sykehusvalg og individuell plan er to slike rettigheter. Målet med reformene er å redusere offentlige utgifter, øke effektiviteten og forbedre kvaliteten i offentlig sektor (ibid). Bestiller-utfører organisering og innsatsstyrt finansiering er to konkrete resultater av denne tenkingen.

Bestiller-utfører-modellen består av at et organ bestiller tjenester av et annet. Deretter følger det forhandlinger om pris og innhold i tjenesten. Ulike varianter av bestiller/utfører modeller brukes som en del av moderniseringsarbeidet for den offentlige sektor i store deler av Europa

(NOU 2005:3 Fra stykkevist til helt). Dels er dette motivert av behov for mer hensiktsmessige arbeidsdelinger mellom offentlig og privat sektor, dels er det et uttrykk for en søken etter tiltak for en mer effektiv og brukerorientert offentlig virksomhet. Siden helsetjenesten ofte utgjør den største delen av offentlig sektor, er mange av reformene også rettet inn mot denne sektoren.

Bestiller- utfører modellen representerer i prinsippet en overgang fra hierarkisk styring til kontraktstyring. En slik bestillerfunksjon omfatter gjerne ansvar for behovsvurderinger i forhold til befolkning, å balansere ulike behov mot behandlingsmessige muligheter, vurdere handlingsprogrammer for fremtiden og innarbeide disse hensyn i kontrakter, oppfølgings-systemer etc. Mange peker på at det nettopp her er mulig å innrette et press mot helsetjenesten som kan få den mer fremtidsrettet, mer brukerorientert og med bedre kvalitet og ressurs-utnyttelse (ibid). Busch og Vanebo (2001) peker på at det ofte i forskjellige undersøkelser vises til at det er oppnådd produktivitetsgevinster og at tjenestene er blitt billigere. Det ser imidlertid ikke ut til at disse studiene kan dokumentere noen systematiske kvalitetsforbedringer. De viser heller til at kvalitetsaspektet ofte er viet lite plass i kontraktene. Dette skyldes trolig at kvalitet, særlig i helse og sosialtjenesten er vanskelig å måle (ibid).

Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er verktøyet myndighetene bruker for å bestille av Helse Nord RHF. På samme måte bestiller Helse Nord RHF tjenester av helseforetakene i regionen. Kontraktene Helse Nord har forhandlet fram med private sykehus, spesialister, opptreningsinstitusjoner og andre, er også helt i tråd med bestiller-utførerprinsippet. I tråd med dette prinsippet har også Bodø kommune opprettet tildelingskontoret. Dette skal kunne svare på spørsmål, gi veiledning, ta imot søknader og fatte vedtak om helse- og sosialtjenester. Deretter går bestillingen til de som er ansvarlig for å utføre tjenesten¹.

Så når det gjelder *finansiering av spesialisthelsetjenesten*, ble det 1. juli 1997 innført innsatsstyrt finansiering i den somatiske spesialisthelsetjenesten (Stamsø 2005). Tidligere var sykehusene rammefinansiert, det vil si at de fikk en bestemt pott med penger de selv kunne velge hvordan de skulle disponere. Innsatsstyrt finansiering bygger på antagelser om at sykehusene vil styre og øke sin innsats etter økonomiske belønnings-systemer. Nå får de

¹ <http://www.bodo.kommune.no/index.php?ID=2197>

regionale helseforetakene 60 % av budsjettet som basisbevilgning. Resten, 40 %, gis som innsatsstyrt finansiering utfra hvor mange pasienter som behandles (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Innsatsstyrt finansiering gis utfra hvilke diagnoser pasientgruppene som behandles har, som kalles DRG (diagnoserelaterte grupper). Disse refusjonene er basert på historiske gjennomsnittskostnader ved å behandle pasienter i samme diagnosegruppe. Dette er ikke et prioriteringssystem, prioritering av pasienter skal skje etter prioriteringsforskriften. Likevel har riksrevisjonen funnet eksempler på at sykehus prioriterer de mest lønnsomme diagnosene (Stamsø 2005). Rehabilitering har spesielle satser for å vise at rehabilitering er en tverrfaglig virksomhet som tar tid. Satsene er derfor gjort avhengige av antall faggrupper og liggedøgn (diagnosekoder Z50.80 og Z50.89).

I psykiatrien er det vanskeligere å måle nytte- og kostnadseffekt av behandlingene. Lidelsene er langt mer sammensatte og i mange tilfeller vanskelig å diagnostisere (Stamsø 2005). Noen ganger har lidelsen en slik karakter at kontinuerlig behandling er nødvendig. Dette er noe av årsaken til at innsatsstyrt finansiering ikke er innført i psykiatriske sykehus.

2.2 Rehabilitering

Rehabiliteringsfeltet kan i følge Feiring (2004) betraktes som et produkt av politisk, administrativ, faglig og brukerorientert virksomhet. Rehabilitering har som særtrekk at tjenestene beveger seg på tvers av tradisjonelle forvaltningsområder og etablerte sektorer, og favner en rekke ulike yrkesgrupper. Rehabilitering er som nevnt i innledningen, en individrettet prosess for den enkelte bruker. En slik kompleks og mangfoldig virksomhet har ført til mange ulike benevnelser og definisjoner gjennom årene.

I Norge startet tilbudene med forskjellige spesialskoler, først for døve, siden også for blinde og åndssvake på 1800-tallet. De statlige trygdeordningene er også en del av dette bildet. Yrkesskadetrygden ble innført i 1894, og etter hvert fikk vi en midlertidig trygd for blinde og vanføre i 1936. Hele tiden har det ligget et formål om å hjelpe folk tilbake til yrkeslivet bak ytelsene. Reparasjon og gjenoppbygging av folk og land var sentralt på denne tiden (ibid).

England var det første land som vedtok rehabilitering politisk. Den såkalte Thomlingson-komiteen utformet et program for "comprehensive rehabilitation" i 1943. Denne ble laget fordi det ble behov for arbeidskraft under 2. verdenskrig, og programmet skulle få funksjonshemmede ut i arbeid (Feiring 2004). Omskoling var det første begrepet som ble

brukt om denne nye virksomheten i Norge, først brukt for omskoleringskurs for skadde sjømenn og andre i 1946 (ibid). Begrepet rehabilitering ble ikke benyttet i Norge fordi det ble anvendt i forhold til oppreising av personer som hadde vært nazister under andre verdenskrig. I stedet brukte Norge begrepet attføring. Senere begynte medisinene som forholdt seg til internasjonale miljø å foretrekke rehabilitering som begrep. Dermed ble rehabilitering knyttet til det medisinske rehabiliteringsarbeidet, mens attføring ble benyttet i forhold til det yrkesrettede arbeidet. Dette ble også formalisert ved at attføring ble Arbeidsdirektoratets ansvar, og rehabilitering ble helsetjenestens ansvar, hjemlet bl.a i lov om helsetjenesten i kommunene. Dette kan ha ført til at det fremdeles er mange som forbinder og bruker begrepet rehabilitering i betydningen opptrening eller reparasjon.

Utover 70-tallet slet attføringen i motvind (Feiring 2004). LEON- prinsippet ga kommunene ansvar for også å ivareta mennesker med funksjonshemming, og funksjonshemmede skulle integreres i lokalsamfunnet. Den første legespesialiteten innen feltet var sosialmedisin. Etter diskusjoner i legeforeningen ble spesialiteten i 1977 først delt i klinisk sosialmedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering, og midt på 80-tallet samlet igjen under navnet fysikalsk medisin og rehabilitering. Ellers ble fysioterapiutdanningen statlig i 1967 og arbeidsterapeutene fikk beskyttet tittel og treårig utdanning i ergoterapi i 1974. Utover 80-tallet kom forslagene om å splitte de yrkesrettede tiltakene fra de medisinske, og også videre kan en si at rehabiliteringsvirksomheten slik vi ser den i dag er dominert av helse- og sosialpolitikk, mens attføringsarbeidet er en del av sysselsettingspolitikken (Feiring 2004).

Utover 70- og 80-tallet har påvirkningen fra forskjellige brukerorganisasjoner og aktivister, ikke minst Michael Oliver, ført til at praksis måtte endres. Oliver (1996) er opphavsmannen til den sosiale modellen i forhold til rehabilitering, der han mener at funksjonshemming ikke handler om personens funksjonsnedsettelse, men at samfunnets manglende tilrettelegging av omgivelsene gjør personen funksjonshemmet. Modellen er et opprør mot den etablerte forståelsen av mennesker med funksjonsnedsettelse, der funksjonshemmingen blir gjort til en egenskap med personen selv, og dermed blir alle tiltak satt inn på å "reparere" personen i stedet for å se på at samfunnet ikke er tilpasset alle uansett funksjonsnivå.

St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring, signaliserte den nye rehabiliteringspolitikken i Norge. Den var et ledd i regjeringen sitt arbeid for å bedre kvalitet, få mer rasjonell drift og organisering, og et sterkere fokus på brukerne i helse- og omsorgspolitikken (s 5). Utgangspunktet var et brukerperspektiv, der brukernes behov skal ligge til grunn for

prioriteringer, organisering og tiltak. Målet med meldingen var å fremme selvstendighet og deltagelse, og å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblem eller kronisk sykdom. Videre heter det: *”Rehabilitering krev samarbeid mellom ulike faggrupper, etatar og forvaltningsnivå. Det finst derfor ikkje ei løysing på dei problema og utfordringane som er skisserte i denne meldinga. Det må arbeidast samstundes og over tid på ei lang rekkje frontar. Eit viktig siktemål med meldinga er å utvikle ein heilskapleg politikk på rehabiliteringsfeltet, som kan sikre at ulike tiltak trekkjer i same retning.”*

St.meld. nr. 21 ga også en ny definisjon av rehabilitering, som senere ble hjemlet i Forskrift om habilitering og rehabilitering som kom i juni 2001. Ut fra definisjonen er rehabilitering ikke en tjeneste, et tiltak eller en bestemt ytelse (Normann m. fl. 2003) - i en ideell rehabiliteringsverden skal tiltakene ordnes rundt den enkelte ut fra dennes ønsker og behov. Dette innebærer at rehabilitering ikke kan organiseres som en enkelt tjeneste eller etat, da rehabilitering er individuell, tidsavgrenset og har klare mål og virkemidler. Ut fra dette ble Forskrift om individuelle planer også vedtatt i juni 2001. Dette kommer vi tilbake til.

Den siste store reformen i Norge, NAV-reformen fra juni 2006, har et uttalt fokus på helhetlige tjenestetilbud, da den prøver å samle tjenestene innen sosiale tjenester, trygd og arbeid. Formålet er å gi helhetlige og koordinerte tjenester, og i § 15 gis også NAV plikt til å gi individuelle planer og delta i arbeidet sammen med andre etater om disse.

I rehabiliteringsdefinisjonen brukes begrepet *bruker*. Begrepet bruker bør kun brukes i relasjoner til de tjenestene en person mottar, ellers er de personer med sine individuelle sett av roller i samfunnet (Normann m. fl. 2003). Når du er innlagt på sykehus gjelder lov om spesialisthelsetjeneste og lov om pasientrettigheter. Jeg bruker derfor begrepet pasient om personer som er innlagte i sykehus og som denne studien omhandler.

2.2.1 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I somatiske sykehus foregår det rehabilitering i egne avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering og egne habiliteringsenheter for barn og voksne. I tillegg har mange spesialiteter som f.eks. geriatri, nevrologi og revmatologi deler av sin virksomhet rettet mot rehabilitering av pasienter innen målgruppen. Som nevnt har det regionale helseforetaket også avtaler med private opptreningsinstitusjoner for noen pasientgrupper. Innen psykiatri er rehabilitering samlet i egne rehabiliteringsavdelinger. Det er samme medisinske spesialitet,

psykiatri, som har ansvaret både for akuttpsykiatri, allmennpsykiatri og rehabilitering. Også her har det regionale helseforetaket avtaler med private institusjoner innen rehabilitering og rus.

I tidligere Nordland Psykiatriske sykehus, nå Nordlandssykehuset, Rønvik, startet utredningen av en egen rehabiliteringsavdeling i 1987, og avdelingen ble opprettet i 1990 (Fygle 2002). Ved Nordland Sentralsykehus, nå Nordlandssykehuset, Sentrum, startet utredningen i 1995 og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ble etablert i 1996/ 97 (St.meld. nr. 21). Dette som et ledd i et utviklingsprosjekt innen rehabilitering i regi av Nordland fylkeskommune. Både opprettelsen av denne avdelingen og andre tiltak innen rehabilitering i Nordland, ble finansiert med øremerkede statlige midler (St.meld. nr. 21, kap 10).

St.meld. nr. 21 beskriver spesialisthelsetjenestens ansvar for rehabilitering som ” *å i møtekomme kliniske behov som overstig kommunane sitt ansvar og deira kompetanse, i samband med diagnose, utgreiing, observasjon og opptrening av dugleiken til den enkelte. Spesialisthelsetenesta skal og rettleie og gi råd til kommunane*” (punkt 4.1.1).

En undersøkelse i regi av SKUR (Moen 2005), viser imidlertid at spesialisthelsetjenesten ikke opplever at forskriften har hatt betydning for utviklingen av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. De opplever at slike eventuelle samarbeidsrutiner har blitt utviklet over tid.

Erichsen (1996) peker på paradokset av at det moderne sykehuset fikk sitt gjennombrudd som behandlingsinstitusjon samtidig som at kroniske sykdommer i økende grad erstattet de akutte sykdommene som samfunnets største helseproblem. Et sykehussentrert helsevesen tenderer til å ha en innretning mot sykdom og plager preget av den akuttmedisinske orienteringen (Album og Westin 2008). Fokus er rettet mot akutte og episodiske lidelser på bekostning av kroniske helseproblemer, på behandling heller enn forebygging og på individualisert behandling heller enn at en er orientert mot populasjoner (Davies (1979) i Erichsen 1996).

2.3 Samarbeid angående rehabilitering

Innleggelse i sykehus kan ofte oppleves som en dramatisk hendelse for dem det gjelder. Noen blir innlagt akutt etter for eksempel skade, mens andre innleggelser er planlagt over tid. Mange kan ha hatt mistanke om at noe var galt, eller kjenne utviklingen av en kronisk sykdom. Når en da får mistankene bekreftet kan det oppleves som vanskelig (Normann m. fl. 2003). Dette gjelder både i somatikk og psykiatri. Det å bli syk gjør at en må endre egne forventninger og drømmer til hvordan livet skal være framover (Becker 1997). Mange kan ikke bare bli fortvilte og redde, men opplever også kaos; hvordan skal verden bli framover? For å kunne bistå pasientene i denne fasen, er det viktig å være klar over at de kan trenge assistanse til å gjenvinne kontrollen over eget liv (Normann m. fl. 2003). Som påpekt av Stamsø (2005) blir liggetiden i sykehus blir stadig kortere. Dette gjør at den tiden ansatte i sykehus har til å bistå pasientene også blir kortere. Det er derfor viktig at arbeidet er målrettet, og at en har rutiner for samarbeidet, for å sikre at nødvendige tiltak blir iverksatt.

Vi vet at etter mer akutte sykdomstilstander, vil noen sitte igjen med følgetilstander som vil kreve oppfølging og rehabilitering. Det er grunn til å anta at det vil være en ekstra utfordring for spesialisthelsetjenesten med sitt hovedfokus på det akutte, for å se pasientenes øvrige behov, som behov for oppfølging og rehabilitering. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke ser disse behovene, og at det tas initiativ til å skaffe nødvendig hjelp, kan det føre til at pasientene ikke får den oppfølgingen de burde ha fått. Som St.meld. nr 21 peker på, rapporterer brukerne om manglende oversikt, plan og kontinuitet i tilbudene, og at det er vanskelig å vite hvor de skal henvende seg. Det meldes også om hindringer knyttet til å få innvirkning på valg og utforming av tilbudene.

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 14 pålegger det regionale helseforetaket å ha et systematisk opplegg for informasjon om mulige behov for rehabilitering. Bestemmelsen skal legge til rette for at behovene til den enkelte bruker blir fanget opp systematisk og blir sett i sammenheng med hverandre, og at aktuelle tjenester, det vil si samarbeid, blir forberedt og satt i gang så tidlig som mulig (merknader § 14). Dette for å hindre at pasientene havner i gråsoner og dermed ikke får de tilbud som skulle vært tilbudt. Kommunene hevder imidlertid at pasientene skrives ut for tidlig og at det finnes for få rehabiliteringsplasser (Tingvoll og Sæterstrand 2008). De påpeker også at rehabilitering ikke prioriteres verken i sykehjem eller i åpen omsorg.

Det er to ordninger som er sentrale verktøy i forhold til samarbeid innen rehabilitering. Dette er ordningen individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

2.3.1 Individuell plan

Et hovedelement i den moderne rehabiliteringstenkingen som kom etter 1998, er stor grad av brukerstyring der hjelperne skal *gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats*. Dette innebærer at brukeren som skal ha størst mulig innflytelse og kontroll over egen rehabiliteringsprosess; brukeren skal selv bestemme hvilke problemer som til enhver tid skal gripes tak i og hvilke mål som skal være styrende for prosessen (Normann m.fl. 2003). De får dermed indirekte innvirkning på eget tjenestetilbud. Denne retten gjelder uansett om bruker ønsker en individuell plan (IP) eller ikke, da individuell plan er en frivillig ordning.

Retten til individuell plan er hjemlet i lov om pasientrettigheter § 2-5: *"Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern."* Også i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen er rett til individuell plan nå blitt hjemlet i § 15. Det er også fastsatt en egen forskrift om individuell plan fra juli 2001, sist endret 15. desember 2006. Hansen (2007) viser til at forskriften fastslår at målet med en individuell plan er å synliggjøre et tilbud som er individuelt tilpasset og bygd på brukermedvirkning og helhetlige og koordinerte tjenester. Han mener at det er to hovedbegrunnelser for å lage individuelle planer. Den ene er at det har vært store mangler ved tilbudet til mange brukere, og individuelle planer skal kunne motvirke noen av manglene. Den andre er prinsippene i New Public Management med generell kritikk mot offentlig virksomhet og styrking av de individuelle rettighetene (Hansen 2007).

Når noen (pasienten) har en rett, er det noen andre som får en plikt etter lovgivning. Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med planen igangsettes¹. Det betyr at dersom ansatte i spesialisthelsetjenesten ser at pasienter har behov for sammensatte tjenester, skal pasienten informeres om og tilbys individuell plan. For psykisk helsevern er plikten ytterligere presisert i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1. Individuell plan: *"Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for*

¹ http://shdir.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/

langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.”

Veilederen til individuell plan (pkt 2.1) påpeker at ordningen individuell plan er et verktøy og en prosess. Planen åpner for at tjenesteapparatet kan sette tjenestemottakeren i sentrum, og kan hevdes å utgjøre en ny arbeidsmetode ved at den utfordrer tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter. Det følger av forskriften § 16 nr. 2 at det regionale helseforetaket skal sørge for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og om utarbeiding av individuelle planer. I følge veilederen gjelder samarbeidskravet i forhold til brukere som har behov for tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og samarbeidskravet gjelder også både i forhold til brukere som har rett til individuell plan etter gjeldende lov- og forskriftsverk, og i forhold til andre brukere. Erfaringer fra brukere som har fått slik plan, er for en stor del positive (Thommesen m. fl. 2003). Rådet for psykisk helse har imidlertid pekt på at det likevel er rapportert om at individuelle planer er vanskelige å få til (Hansen 2007).

Individuell plan har siden forskriften kom, vært en kvalitetsindikator innen psykisk helsevern, og for pasienter innlagt under tvang var det et krav om at de skulle ha individuell plan. Det ble derfor lagt stor vekt på opplæring og innføring av individuell plan innen psykiatri. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten innenfor det området som måles. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorerne er å gi publikum og brukerne, helsepersonell, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten¹. Innenfor somatikken er individuell plan etter hvert blitt en kvalitetsindikator innen barnehabilitering, ikke ellers.

Arbeidsmetoden individuell plan betinger en målrettet innsats fra kommunene, helseforetakene og deres samarbeidspartnere for å løse felles utfordringer. Den individuelle planleggingen skal sikre at det foretas nødvendige kartlegginger og at det etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for at tjenestemottakeren skal få et helhetlig tilbud (Veilederen IP 2.1). Veilederen presiserer videre at for å få til dette samarbeidet må ordningen og prosedyrene for arbeidet forankres på ledernivå i organisasjonen. Når planarbeidet startes i spesialisthelsetjenesten er det viktig å ha oversikt over hvem man skal kontakte i pasientenes hjemkommuner for å kunne få til et samarbeid her på tidligst mulig

¹ <http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/>

tidspunkt. Som veilederen for individuell plan påpeker er det i praksis i kommunene hovedansvaret for koordineringen ligger, utfra at det er der folk lever og bor (Veilederen 3.1). Men dersom ikke spesialisthelsetjenesten melder om behov, kan det føre til at pasientene ikke får tilbud, eller at tilbudet kommer senere enn hva som er nødvendig. Dette gjelder ikke bare behov for helsetjenester, men også andre tjenester som f. eks. skole, arbeid og trygdeytelser, dvs. alle tjenester som trengs i forhold til å kunne delta i samfunnet.

2.3.2 Koordinerende enhet

I St.meld. nr. 14 (2002–2003) ”Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten”, tydeliggjøres behovet for å bedre samarbeidet og koordineringen: *«Offentlig virksomhet er til for brukerne, og organiseringen må skje ut fra brukernes behov. Det innebærer blant annet at brukerne skal ha lett tilgang til tjenestene uten å måtte sette seg inn i forvaltningens interne organisering».*

For å kunne få til bedre samarbeid mellom nivå ble både kommunene og spesialisthelsetjenesten pålagt å ha koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13). Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten har som hovedoppgaver å ha en generell oversikt over re-/ habiliteringstiltak i helseforetaket og i kommunehelsetjenesten. Den skal videre ha nødvendig kontakt med re-/ habiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har i tillegg generell og spesiell veiledningsplikt¹. I merknadene til forskriften utdypes dette: *”Hensikten med bestemmelsen er at det regionale helseforetaket skal sørge for kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for på denne måten å bygge opp faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåer, jf. Forskriften § 8. Bestemmelsen har særlig betydning for å sikre kontinuitet i det samlede re-/habiliterings-tilbudet for den enkelte bruker av tjenesten.”*

Spesialisthelsetjenesten er bygd opp med en spesialisering og oppgavefordeling som gjør at det kan være vanskelig for både brukere og samarbeidspartnere å få oversikt. De private rehabiliteringsinstitusjonene er også en del av dette bildet. Koordinerende enhet må være et knutepunkt for å sikre tilgjengelighet til oversikt over tilbud på alle nivå. Det er også viktig at

¹ Lov om spesialisthelsetjenesten § 6.3 og Forskrift om habilitering/rehabilitering § 16

enheten har oversikt over det totale bildet, det vil si tilbud til alle aldre og tilbud både innen somatikk, psykiatri og rus.

SKUR gjennomførte i 2003 en kartlegging av forekomsten av koordinerende enhet i samtlige kommuner i tre fylker i landet (Moen 2004). I alt deltok 84 kommuner i undersøkelsen, hvorav kun 49 % hadde etablert en koordinerende enhet. Undersøkelsen konkluderte med at avstanden fremdeles er stor mellom idealer og realiteter; mellom intensjonene i forskriften - og praksis i kommunene, og videre at mange kommuner er usikre på hvordan de skal oppfylle funksjonskravene til koordinerende enhet. Også i spesialisthelsetjenesten mangler det koordinerende enheter. Våren 2006 var det 45 % av landets helseforetak som hadde koordinerende enheter (Breimo og Lunde 2006).

Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering, SKUR, startet i 2004 opp forsøks- og utviklingsarbeid kalt "Samsynt og Framsynt". Det ble bl.a. opprettet et nasjonalt utviklingsnettverk om koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. Formålet med programmet var å hente fram og få formidlet erfaringsbasert kunnskap med sikte på en kvalitetsutvikling av rehabiliteringspraksis i kommuner, helseforetak og andre praksismiljøer. Programmet la fram rapporter med anbefalinger om organisering av og oppgaver for koordinerende enheter i kommuner og helseforetak. I følge "Samsynt og Framsynt", vil koordinerende enhet i kommunen, være et naturlig sted for plassering av ansvar vedrørende utvikling av samarbeidsavtaler mellom kommunen og viktige samarbeidspartnere som helseforetak og statlige førstelinje-tjenester. Enkelte helseforetak som allerede har etablert koordinerende enhet har også sett det som fornuftig å tillegge koordinerende enhet oppgaver knyttet til kompetanseutvikling og veiledning samt et generelt ansvar for utvikling av samarbeidsformer med kommunene (Fredriksson 2006).

2.4 Samarbeid

Samarbeid er et positivt ladet ord fastslår Repstad (2004). Dersom tjenesteyterne samarbeidet bedre, ville brukerne få det enklere og tjenestene kunne i mange tilfeller effektiviseres (ibid). Samarbeid, samordning og koordinering brukes ofte om hverandre når vi mener noen som arbeider sammen. Jacobsen (2004) skiller mellom disse begrepene. Han mener at *koordinering* er det mest generelle begrepet; delene tilpasses slik at helheten blir best mulig. I denne tilpassingen ligger et gi-og-ta-forhold og dermed også en kilde til konflikt der noen deler vinner over andre. *Samarbeid* anser Jacobsen å være der koordineringen skjer som følge

av frivillig innsats, og hvor partene er gjensidig avhengige av hverandre og vil tjene på samarbeidet. Problemer kan oppstå når ikke alle vil se at man tjener på å koordinere sin virksomhet med andre eller at noen prøver å delta i et samarbeid for å få godene uten å yte noe selv. Dette fenomenet kalles gratispassasjerproblemet. *Samordning* finner sted når en tredje part, ofte lederen, må innføre regler eller rutiner for en mer tvungen koordinering. Samordning kan også kalles formelt samarbeid, altså der samarbeidet er hjemlet i formelle avtaler (Jacobsen 2004), noe vi vil komme tilbake til i kapittel 4.1.

2.4.1 Spesialisering og profesjonalisering

Den norske velferdsstaten er preget av store, formelle organisasjoner. Komplekse og store oppgaver blir delt inn i deloppgaver, slik at hver enkelt deloppgave blir håndterbar. Helseforetakene er for eksempel delt inn i klinikker eller avdelinger ut fra legenes spesialiseringsområder (Jacobsen 2004). Helt fra Platon har en tenkt spesialisering utfra en effektivitetstankegang: dersom en kan konsentrere seg om et avgrenset område, vil en kunne utføre arbeidet raskere og bedre enn om en skulle drive med flere forskjellige oppgaver. Dette kan føre til koordineringsproblemer mellom disse enhetene selv om de formelt sett er innenfor samme styringssystem (Knudsen 2004). De to vanligste koordineringsproblemene når oppgavene er spesialisert er dobbeltarbeid og gråsoner (Jacobsen 2004). *Dobbeltarbeid* oppstår når to eller flere gjør den samme oppgaven, noe som blir sløsing med ressursene. *Gråsoner* oppstår når ingen har et klart ansvar for en oppgave. Sykehus har stor grad av spesialisering slik at det her vil være stor fare for dobbeltarbeid og gråsoner.

Spesialiseringen og arbeidsdelingen fører også til spesialisert utdanning for å kunne bli spesialist på et avgrenset felt (Jacobsen 2004). Spesialisert utdanning er meget utbredt i sykehus, og vi snakker i denne forbindelse om profesjoner. Torgersens definisjon fra 1972 (Lauvås og Lauvs 2004:89) beskriver at vi har en profesjon når "1) en bestemt langvarig utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som i følge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen." I sykehus er de to dominerende profesjonene leger og sykepleiere. Yrkesutdannelsen vil, gjennom de holdninger og verdier den formidler, påvirke holdninger og virkelighetsoppfatninger hos profesjonen (Lauvås og Lauvås 2004). Tiller (1985; Lauvås og Lauvås 2004 s 147), framholder "at utdanningen i det enkelte fag for det meste er en indoktrinering i "den rette tro." Utdannelsen og sosialiseringen til yrket kan dermed skape så

store ulikheter i tenkemåte og virkelighetsforståelse at det kan medføre problemer i tverrfaglig samarbeid.

Erichsen (1996) mener at helsetjenesten kan defineres som summen av alle de aktiviteter og gjøremål som utføres av helseprofesjonene. Hvordan de forskjellige profesjonene har utviklet seg er forskjellig fra land til land. Ut fra dette må profesjonene betraktes som sosialt konstruerte på den måten at de i stor grad er produkter av bestemte sosiale, politiske og kulturelle forhold (ibid). Dette ble som vi husker, berørt i historikken til rehabiliteringstjenesten. Både i og utenfor sykehus finnes det mange ulike profesjoner. Profesjoner styres og kontrolleres både av interne forhold i egen profesjon, av krav og ønsker fra klientene og av såkalt tredjepartskontroll, som i Norge i stor grad styres av staten (Erichsen 1996). Men av disse tre er det de interne forholdene som veier tyngst i utførelsen av yrket. Sykehus er inndelt i klinikker, avdelinger og sengeposter. Når man samler deloppgaver innenfor formelle enheter, prioriteres koordinering internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enhetene (Jacobsen 2004). Enhetene lager sine egne begreper og sjargonger som kan være vanskelig for folk utenfra å forstå. En kan bruke begrepet *organisasjonskultur* om dette fenomenet.

Kultur er avledet fra det latinske ordet *colere* som betyr å bearbeide, og handler om at vi danner oss meninger om oss selv og vår tilværelse sammen med andre gjennom å bearbeide inntrykk, erfaringer og kunnskap (Jacobsen og Thorsvik 2002). Schein (1985 i Jacobsen og Thorsvik 2002) definerer organisasjonskultur slik: "*Organisasjonskultur er 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 – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som dermed læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene*". Det kan således hevdes at sykehus som organisasjon har sin kultur. I tillegg har hver avdeling eller enhet i sykehus sin subkultur, det vil si sin måte å definere egne oppgaver og måter å utføre disse på. Nyansatte sosialiseres inn i denne kulturen (ibid). Subkulturene kan ha ulik orientering og dermed kunne overlape hverandre, stå i konflikt med og de kan motarbeide hverandre.

March og Simon (1958 i Jacobsen og Thorsvik 2002) viser til at kognitive mekanismer knyttet til spesialisering kan fremme sterke *subkulturer* i organisasjoner. Dette innebærer at de ansatte konsentrerer sin oppmerksomhet omkring spesielle arbeidsoppgaver og løsningen av disse, samtidig som de skjermes mot andre forhold som ikke oppleves som relevante. De

kommuniserer i tråd med dette mye omkring sine spesialiserte oppgaver, og når de orienterer seg mot omgivelsene vil de være selektive og bevisst søke informasjon som oppleves relevante for arbeidet og ignorere annet. Dette handler også om makt; hvem som gjennom påvirkning kan styre beslutnings- og arbeidsprosesser. Yukl (1981 i Lauvås 2004 s 119) definerer makt som ”*en aktørs mulighet, ved et gitt tidspunkt, til å påvirke holdninger og/eller adferd hos en eller flere bestemte andre, i den retningen aktøren ønsker*”. I alle organisasjoner finner man grupper som i kraft av sin rolle, posisjon eller profesjon, påvirker og styrer andre langt utover det den formelle makten kan tilsi.

Muligheten for maktutøvelse samt eksistensen av subkulturer aktualiserer begrepet respekt. *Respekt* betyr å se en gang til, å ta et nytt perspektiv (Sennet 2003). Frost¹ tolker begrepet respekt som å ha en høyt utviklet evne til å kunne se om igjen på vår egen måte å se på. Manglende respekt handler således om det å ikke ta seg tid til, eller ikke interessere seg for den andres situasjon. Men man må trene seg på å vise respekt og det er ikke noe en kan kreve at noen skal ha. Å forstå begrepet respekt, er imidlertid noe annet en å vise respekt. Vi må derfor gi uttrykk for at vi tror på det personen forteller oss, at vi anerkjenner dennes uttrykk (Sennet 2003). Gjensidig respekt framheves i ”Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og sosialområdet” som en grunnleggende forutsetning for at samarbeid skal være bærekraftig og utvikle seg over tid.

Jacobsen (2004) peker på ulike strategier for å *bedre samarbeidet*. Han viser at menneskene kanskje ikke er klar over hvor avhengige de er av hverandre i hverdagen, slik at tiltak for å øke denne bevisstheten er viktig. Aktuelle tiltak kan eksempelvis være opplæring i hvordan oppgavene henger sammen. Også klargjøring av arbeidsoppgaver er viktig. Helt klare skiller mellom forskjellige om hvem som gjør hva er vanskelig å få til, men opplæring kan gjøre en mer bevisst på arbeidsdelingen og hvordan en skal forholde seg når en er uenige. De enkelte profesjonene har gjennom sin utdanning blitt sosialisert inn i en yrkeskultur (Jacobsen 2004). Når de da begynner å arbeide blir de også en del av kulturen på arbeidsstedet. Dersom de skal ha kontakter med andre enheter, kontaktes ofte en med samme yrkesbakgrunn som en selv, en som snakker samme ”språk”. Utveksling av personale fra forskjellige enheter er også en metode for å fremme samarbeid (ibid). Slik utveksling kan være i form av hospiteringsordninger, rekruttering, felles skolering eller å ha felles møteplasser.

¹ http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd/respekt_menneskeverd.htm

Det viser seg at det er vanskelig å basere seg på helt frivillige ordninger for samarbeid. Det innføres derfor av mange organisasjoner, forskjellige belønningsordninger for å fremme ønsket adferd. Sannsynligheten er da stor for at den enkelte vil velge det en blir belønnet for. Ofte er belønningene i forhold til direkte tjenester, ikke mot samarbeidsoppgavene (Jacobsen 2004). I somatiske sykehus kan en se dette i at inntektene kommer fra DRG¹, altså rask produksjon, mens å initiere for eksempel individuell plan, ikke gir noen inntekt.

Det kan også inngås formelle avtaler om tvungen eller formelt samarbeid. Det kan bestå av faste avtaler og rutiner for hvordan arbeidet skal utføres (Jacobsen 2004). Faste møter er også en form for formelt samarbeid. Mer drastiske metoder for å bedre koordineringen, kan være å opprette nye enheter som skal ha et koordineringsansvar eller slå sammen to enheter som er avhengige av hverandre.

I neste kapittel vil jeg gå nærmere inn på metodene jeg har brukt for å finne svar på min problemstilling.

¹ Diagnoserelaterte grupper

Kapittel 3 Metode

Silverman anbefaler i sin bok "Doing Qualitative Research, at en gjør endel overveielser når en skal starte å forske: "*Begin in a familiar territory: if you can, work with data that is close to hand and readily accessible.*" (2000:39)". Men før tema og problemstilling konkretiseres er det viktig at man går kritisk igjennom hva det er man ønsker og undersøke, slik at man kan velge rett metode for studiens formål. Metode i sin opprinnelige greske betydning, betyr "*en vei, som fører til målet*" (Kvale 2000). For å kunne belyse det jeg ønsket å få fram med problemstillingen, valgte jeg intervju som metode. Kvale (2000:15) beskriver intervju som et "*inter view*", en utveksling av synspunkter mellom to personer som snakker sammen om et tema av felles interesse.

Formålet med denne studien var å se på hvordan samarbeid foregår, og hva som fremmer og hemmer samarbeid innenfor et profesjonelt system. Det var hvordan systemet fungerer, mer enn den enkeltes informants personlige opplevelser jeg var ute etter. Jeg valgte derfor å intervjuer lederne på 6 ulike sengeposter. Som benevnelse på disse benytter jeg "avdelingssykepleier" fordi den hyppigst forekommende tittel og den forteller at vedkommende jeg har intervjuet er øverste leder på en sengepost. Informantene hadde noe ulike titler. Jeg velger likevel å bruke samme tittel på alle informantene for best mulig å sikre deres anonymitet.

Seks avdelingssykepleiere som er den øverste ansvarlige på en sengepost (også kalt post), ble altså forespurt om å delta i denne studien. Disse er oftest den personen som har kontakt ut av sengeposten for samarbeid. Avdelingssykepleieren er også den som ofte blir en tradisjonsbærer i posten; ansvarlig for den daglige drift, opplæring av nyansatte, innføring av rutiner o.a. Jeg valgte tre representanter for Nordlandssykehuset sentrum, dvs. somatikk, og tre fra Nordlandssykehuset Rønvik, dvs. psykiatri. Valget er basert på et ønske om å belyse eventuelle forskjeller mellom somatikk og psykiatri, selv om å avdekke forskjeller ikke er studiens primære formål. Innen psykiatri valgte jeg bevisst å inkludere en av avdelingssykepleierne fra Salten Psykiatriske Senter, kalt Psykiatri 1, i studien, da jeg visste at de hadde arbeidet spesielt med samarbeid. Ellers valgte jeg sengeposter som pr. definisjon ikke var rehabiliteringsposter og som jeg personlig i min tidligere stilling som leder på fysikalsk medisin og rehabilitering, ikke har hatt spesielt samarbeid med, og aldri selv har arbeidet på. Dette for å legge til rette for at informantene skulle kunne snakke om samarbeid uten i for stor grad å være for preget av en forforståelse om hva jeg mente om emnet. I

Nordlandssykehuset sentrum har jeg arbeidet i mange år, så informantene ble valgt på bakgrunn av min kunnskap om sykehuset. I psykiatrien var jeg mindre kjent, og valgte derfor å diskutere valg av informanter med en klinikksjef.

Etter at jeg etter søknad, fikk tillatelse til å gjennomføre studien av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, søkte jeg Nordlandssykehuset ved fagdirektør om tillatelse til å intervju seks avdelingssykepleiere. Svaret var positivt dersom avdelingssjefene ved de berørte sengepostene gav sin tillatelse. Jeg fikk også her innvilget forespørselen hos samtlige og tok så kontakt pr e-post og telefon med de avdelingssykepleierne jeg ønsket å snakke med. Alle svarte ja til å delta umiddelbart, og jeg sendte dem skriftlig informasjon og en samtykkeerklæring som de skrev under på. Mitt inntrykk var at alle informantene var meget positive til å bli plukket ut, og kanskje litt smigret over at jeg ønsket å se på nettopp deres sengepost.

Jeg ønsker ikke å gi en nærmere presentasjon av informantene, da dette med sannsynlighet vil føre til at de ikke forblir anonyme. De ble lovet anonymitet både muntlig og skriftlig, for at dette kunne gjøre det lettere for dem å uttale seg. For å kunne skille dem fra hverandre er de gitt benevnelsene Somatikk 1, 2 og 3 og Psykiatri 1, 2 og 3. Det var fire damer og to menn, men så langt jeg kan bedømme framkom det ingen vesentlig forskjell i informasjonen som kunne knyttes til kjønn. Jeg har derfor ikke tilkjennegitt hvem som er kvinne og mann.

"Interview data give us access to "facts" about the world" (Silverman 2001:86). I intervjuene ønsket jeg å avdekke disse "facts". Et kvalitativt intervju kan utformes på forskjellige måter. Intervjuene kan være forholdsvis strukturerte, der spørsmålene og rekkefølgen av disse er mer eller mindre fastlagt. Fordelen med dette er at svarene da lettere er sammenlignbare. En annen måte å utforme et intervju på, er intervju preget av lite struktur, der intervjuet mer blir en samtale mellom forsker og informant hvor innholdet er bestemt på forhånd. Slik intervjuform har den fordelen at forskeren følger informantens fortelling og vil utdype tema som informanten bringer opp som forskeren eventuelt ikke hadde tenkt på på forhånd. Den mest brukte metoden, som også jeg har valgt, er en delvis strukturert tilnærming. Forskeren kan med denne formen følge informantens historie, men en intervjuguide sørget likevel for at jeg kunne få informasjon om de tema som var fastlagt i utgangspunktet (ibid).

Formålet med intervju er å forstå temaer ut fra intervjupersonenes perspektiv. Hvorfor de intervjuede opplever eller erfarer og handler som de gjør, er det forskerens oppgave å forsøke

å avdekke ved å innhente virkelighetsbeskrivelser som danner materiale for videre fortolkning (Kvale 2000). Intervjuet som samtale kan åpne for refleksjonsprosesser som bidrar til at informanten får en annen forståelse av tematikken etter intervjuet. Holstein og Gubrium (1995) argumenterer for at alle intervju er *aktive intervju*. Å intervju betyr enkelt sagt, å skaffe empiriske data om verden ved å be folk snakke om sine liv. De framholder videre at intervju er en spesiell form for konversasjon, og at alle data er produkt av samtalen mellom forsker og informant. Informanten responderer på forskerens spørsmål, og spørsmålene videre har bakgrunn i forskerens respons på informantens fortellinger; sammen arbeider de for å skape mening i intervjusamtalen som blir en meningsskapende prosess.

Holstein og Gubrium (1995) mener at en må se på både *hvordan* prosessen med å skape mening foregår i intervjuet og på *hva* som kommer fram av svar eller innhold. De mener at i et aktivt intervju vil informanten ikke bare gi informasjon om sine erfaringer, men også systematisk vil legge til, trekke fra og endre sine svar eller beretninger slik vedkommende føler passer for intervjuet. Dette uten at informanten går inn for å endre virkeligheten, men fordi det er slik en vanlig samtale forløper. Hva som er eller blir viktig, avhenger av, eller endres ut fra settingen. Dette utdraget fra et av intervjuene illustrerer nettopp hvordan kunnskap produseres i samspillet/ samtalen mellom informant og intervjuer:

Somatikk 3: *Ja men jeg tror at altså, hvorfor at kommunene velger å ikke ta kontakt for å få hospitere, tror det må ligge noe i kulturen ..*

Intervjuer: Ja ha??

Somatikk 3: *Tenker jeg, ja..*

Intervjuer: Ja?

Somatikk 3: *Og jeg tror kanskje at det kan ligge litt på det her med, muligens at det ligger på det her med stolthet, altså at de tenker at de er ikke noe bedre inne (i sykehuset) enn de er ute (i kommunen).*

Intervjuer: Hva tenker du deres bidrag er da?

Somatikk 3: *Ee, vårt bidrag?*

Intervjuer: I en sånn type samarbeid?

Somatikk 3: *Nei, vårt bidrag for å få et slikt samarbeid til å fungere, er at vi faktisk kan åpne dørene slik at de som ønsker å komme inn hit å lære faktisk kan få det.*

Intervjuer: Ja..

Somatikk 3: *Ja, i tillegg kan jo vårt bidrag være det å faktisk, at ikke vi er så, på en måte verdensmestere at vi ikke har noe å lære ute..*

Intervjuer: Ja..

Somatikk 3: *Ja, skjønner du, sånn at det blir et gjensidig samarbeid, at vi rett og slett tar en hospiteringsbytting, at vi tar noen av oss går ut og noen kommer inn..*

Intervjuer: Ja..

Somatikk 3: *Så det er jo en sånn ide som vi har diskutert litt om det er gjennomførbart og jeg tenker jo også at de sykepleierne som jobber hos meg bør komme ut å se*

hvordan det er faktisk ute i den virkelige verden, at vi ikke bare hører og snakker om, men som ingen faktisk har sett..

Intervjuer: Ja..

Somatikk 3: *Det kan føre til å få til en slags forståelse..*

Intervjuer: Ja?

Somatikk 3: *For da har de sett hvordan vi har det inne og vi har sett hvordan de har det ute, og jeg er helt sikker på at vi da kommer mye nærmere hverandre..*

Informanten hadde gitt kommunene et tilbud om å komme inn i sykehuset for å hospitere og for å få opplæring i forskjellige prosedyrer. Ingen av kommunene hadde gitt noen respons på invitasjonen, og først diskuterer informanten dette som om det handler om egenskaper ved kommunene. Vi kan anta at den lille ”motstanden” informanten møter i intervjuerens første og andre inngripen i samtalen, starter en refleksjonsprosess hos informanten som bidrar til ny innsikt, nemlig at de begge har noe å lære av hverandre.

”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på fortolkninger af meningen med de beskrevne fænomener” (Kvale 2000:41). Intervjuet er en måte å provosere informanten til å snakke om opplevelser. Forskeren godsnakker ikke bare med informanten, selv om en slik tilnærming sikkert kan være hensiktsmessig for noen intervjusituasjoner, men nærmer seg kjernen på en slik måte at forskjellige muligheter og overveielser kommer fram. Forskeren kan også hinte eller invitere informanten til å se til mulige sammenhenger i sine opplevelser. Sett på denne måten er et intervju en improvisert fortelling med forskeren som aktiv deltager, selv om den er strukturert og fokusert på noen tema forskeren ønsker å finne ut av (ibid).

I følge Thagaard (2003) er forskerens tilknytning til miljøet som skal studeres også viktig. Det å ha tilknytning til miljøet kan både være en styrke og en begrensning. På den ene siden kan forskeren forstå informantens situasjon, og forskerens erfaringer kan bidra til å bekrefte den forståelsen han eller hun utvikler. Jeg opplevde at det at jeg hadde arbeidet ved Nordlands-sykehuset i mange år, gjorde at informantene åpnet seg og snakket relativt fritt til meg. På den andre siden kan forskeren overse nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer, noe det er muligheter for at jeg har gjort. Kvale (2000) mener at den gjensidige påvirkningen mellom informant og intervjuer på kognitivt og emosjonelt nivå, ikke nødvendigvis er noen feilkilde, men kan være en av de sterke sidene ved et intervju som må anerkjennes og anvendes i analysen.

Informantene fikk bestemme når og hvor intervjuene skulle foregå. Med et unntak, ønsket alle at intervjuet ble foretatt på eget kontor. Man kan anta at intervjusted la en tryggere ramme rundt situasjonen, da informantene var på hjemmebane. Deres kontor illustrerer også deres posisjon som representant for et system. Informantene fikk også vist meg rundt og fortalt litt om egen avdeling før selve intervjuene startet. Det førte til at stemningen var god når selve intervjuet startet. Den siste informanten gjennomførte etter eget ønske, intervjuet på mitt kontor.

Alle intervjuene ble tatt opp og etterpå transkribert ordrett og med markeringer for pauser, stemninger osv., så langt mulig. Der informantene har nevnt konkrete behandlingstilbud eller annet som kunne gjøre dem gjenkjennbare, har jeg forsøkt å skrive om teksten. Utskriftene av intervjuene danner mitt datamateriale. Jeg har som anbefalt i Kvale (2000), gått grundig gjennom materialet og anvendt tekst jeg mente var vesentlig for å belyse temaet jeg ønsker å se på i min undersøkelse. På forskjellige måter har jeg prøvd å dele uttalelsene inn i forskjellige kategorier, for å finne mønstre på tvers. Så har jeg sett på hvert enkelt intervju utfra oppfatningen i det aktive intervju, for å se om de ga ytterligere mening. Jeg har valgt å kategorisere innholdet i to hovedpunkter: 1) samarbeid med kommunene og med øvrige avdelinger i helseforetaket, og 2) samarbeid i forhold til rehabilitering.

Teksten ble analysert, ikke bare ut fra innholdet, men også ut fra hvilken sammenheng opplysningene framkom i. De har svart meg utfra hvem jeg er og den responsen jeg gav i intervjuene. Kanskje informantene ville ha svart en annen forsker annerledes. Om dette ville gitt ulik mening og andre resultater vet man ikke, men det er en mulighet. Mitt fokus vil uansett være like mye på selve prosessen som på de tema som kom ut av prosessen. Denne måten å tenke på utvider analysemulighetene, en studerer både *hva* (innhold) og *hvordan* dette framkommer.

Dersom en tenker *reliabilitet* som at en ville fått de samme svar uansett hvem som gjør intervjuet og *validitet* som at vi ville få korrekte svar, så vil denne måten å betrakte intervju på velte disse oppfatningene. Reliabilitet vedrører forskningsresultatenes konsistens. I følge Holstein og Gubrium (1995) vil samhandlingen mellom forsker og informant påvirke meningene uansett hvor formalisert en gjør intervjuet. Deltagerne deltar i en meningskonstruksjon. Kvale (2000) mener at en skal prøve å øke reliabiliteten av intervjuresultatene for å motvirke tilfeldig subjektivitet, men at en for sterk vekt på reliabilitet vil kunne motvirke kreative fornyelser og mangfoldighet. Noen kvalitative forskere, som Lincoln og Guba (1985

i Kvale 2000), bruker ikke lenger begrepene validitet og reliabilitet som begreper for å vise sannhetsverdien av deres resultater, men bruker begreper som gyldighet og pålitelighet.

Kvale (2000:233) uttaler at validitet dreier seg om *"hvorvidt en metode undersøger det den har til formål å undersøge, i hvilket omfang vore observationer faktisk afspejler de fænomener eller, variable, vi interesserer os for"*.

Jeg har bare sett på samarbeidet i ett helseforetak, Nordlandssykehuset. Det er ikke noen grunn til å anta at dette foretaket er særegent i forhold til andre helseforetak i landet. Informantene er representanter for et system som sannsynligvis ikke avviker stort fra andre avdelinger i landet. Ut fra dette er det grunn til å anta at mine funn kan ha overføringsverdi til andre helseforetak.

I de neste to kapitlene vil jeg presentere empiri fra mine undersøkelser, og empirien vil bli diskutert i lys av teoretiske og tematiske begreper relevante for studiefeltet.

Kapittel 4 Samarbeidsavtaler og samarbeidspartnere

Samarbeid for at brukeren skal få et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud, har vært tema i flere offentlige utredninger. Dette er, som tidligere nevnt, hovedtema i Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring, også kalt rehabiliteringsmeldingen. Samhandling og koordinering av tilbud er også sentrale tema i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial og helsetjenestene, og i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. Til tross for alle disse utredningene er samarbeid fortsatt en hovedutfordring for å få til et godt og sammenhengende tilbud til pasientene, noe som blant annet har ført til at Helse- og omsorgsministeren har satt i gang arbeidet med en samhandlingsreform fra april 2009.

Analysen er delt inn i to kapitler, hvor kapittel 4 som omhandler samarbeidsavtaler og samarbeidspartnere. Jeg ser først på samarbeid der det finnes formelle samarbeidsavtaler, dette for å belyse hvilken betydning slike avtaler har for samarbeidet. Deretter belyses samarbeidet med kommunene som hovedsamarbeidspartner samt samarbeidet med andre avdelinger i foretaket. Dernest kommer kapittel 5 som omhandler samarbeid i forhold til rehabilitering. Her presenteres blant annet sykehusets bruk av ordningen individuell plan.

4.1 Samarbeidsavtaler

Mennesker samarbeider hele tiden, men det er viktig at samarbeidet oppleves som nyttig. En kan ikke, som tidligere nevnt, bare basere seg på frivillig samarbeid (Jacobsen 2004). Vanlige metoder er da å innføre regler og rutiner for samarbeidet, noe Jacobsen kaller samordning. Jeg velger først å belyse formelt samarbeid, det vil si samarbeid basert på formelle avtaler. Det er inngått formelle avtaler både med kommuner og opptreningsinstitusjoner. I denne delen ønsker jeg blant annet å undersøke om det å inngå formelle avtaler, gjør noe med kvaliteten på samarbeidet.

I styringsdokumentet fra Helsedepartementet (2003:17) kommer følgende pålegg til de regionale helseforetakene: *”Det skal i 2003 gis prioritet til arbeidet med systematiske tiltak for å bedre samarbeidet med primærhelsetjenesten.”*

I Helse Nord RHF har samhandling vært tema helt fra starten i 2002 (Helse Nord 2002). En utilsiktet konsekvens av sykehusreformen, var en økt asymmetri mellom nivåene i helsesektoren; sykehusene fusjonerte til større og mer komplekse foretak, med større befolkningsgrunnlag og større geografisk nedslagsfelt, mens kommunestrukturen var

uforandret. De regionale helseforetakene besluttet i direktørmøte 09.04.03 å etablere samhandling og desentralisering som strategisk satsningsområde. Det ble derfor oppnevnt en arbeidsgruppe fra de fem regionale helseforetakene som utarbeidet rapporten "Samhandling og desentralisering" i oktober 2004. Helsedepartementet deltok også i arbeidsgruppa. I styringsdokumentet fra Helse Nord til helseforetakene i 2004, fremkommer et krav om at helseforetakene skal inngå formelle samarbeidsavtaler med kommunene. Et annet krav var å sette i verk allerede pålagte krav, som pasientansvarlig lege og individuell plan. Nordlandssykehuset utarbeidet og inngikk samarbeidsavtale med kommunene i Salten og Lofoten i 2004¹. Nordlandssykehuset har et lokalsykehusansvar for pasienter fra disse kommunene. I tillegg har flere avdelinger i foretaket også ansvar for pasienter fra hele Nordland fylke, og for noen pasientgrupper også fra hele regionen.

I tillegg til disse overordnede avtalene, har Salten Psykiatriske senter utarbeidet egne samarbeidsprosedyrer med kommunene i Salten. Salten Psykiatriske Senter er lokalsykehus for Salten-regionen med ca 74 000 innbyggere². De har en fagkonsulentstilling med ansvar for utviklingen av kontakten mellom senteret og kommunene. Det er etablert et Råd for psykiatrien i Salten med representanter fra de ti Salten-kommunene, barne- og ungdomspsykiatrien og bruker- og pårørendeorganisasjonene, som skal bidra til den videre utviklingen av psykiatritilbudet i Salten. Rådet har sitt egen nettsted, www.saltenpsyk.no.

Innen somatikken har en ikke slikt sterkt formalisert samarbeid, men ifølge informantene er det møter mellom Nordlandssykehuset somatikk og kommunene i Salten to ganger årlig. Vi skal nå gå over til å se på samarbeidsavtaler innen psykiatri og somatikk.

4.1.1 Psykiatriens samarbeidsavtaler

Informanten Psykiatri 1, som er tilknyttet en av postene ved Salten Psykiatriske Senter forteller meg at de har etablert et samhandlingsorgan:

Psykiatri 1: *I Salten har en opprettet Saltenrådet (Råd for psykiatrien i Salten³). Det er NN som organiserer dette, klinikkjef er til stede, en del fra senteret er tilstede, alle kommunene er der, jeg er med og ikke minst brukerorganisasjonene er med og der utveksler en tanker, ideer med mer, slik at en er kjent med hva en gjør og hva som fungerer og hva som ikke fungerer, dette er kjempeflott forum.*

Intervjuer: Dette blir mer på overordnet nivå?

¹ Årsrapport NLSH 2004 <http://www.nordlandssykehuset.no/article7640-13221.html>

² <http://www.nordlandssykehuset.no/category2771.html>

³ www.saltenpsyk.no

Psykiatri 1: *Ja, det er det. Utenom dette er det utarbeidet samarbeidsprosedyrer mellom kommunene og oss – da gjelder det pasientbehandling, at skjema skal følge pasienten uavhengig av hvor denne er.*

De rutineene som var utarbeidet i samarbeid mellom sykehuset, kommunene og organisasjonene ble tydelig oppfattet som nyttige og viktige av denne informanten. Denne posten har et lokalsykehusansvar for pasientene. Det var litt vanskeligere for de andre avdelinger som samarbeidet mest med kommuner utenfor lokalsykehusområdet. En post hadde laget sin egen samarbeidsavtale som kommunene måtte fylle ut når pasienter skulle innlegges. En av årsakene til at de ønsket en slik samarbeidsavtale ble begrunnet slik av Psykiatri 2:

”Vi så nødvendigheten i å lage til denne samarbeidsavtalen, for vi så at kommunene var veldig forskjellig organisert, veldig ulikt tilbud som de hadde til denne gruppen, og vi tenkte at vi må ordne det slik at vi har et minstemål ut fra lovhjemler og det som det faktisk sies at kommunen skal stille opp med. Og denne samarbeidsavtalen den har vi løftet helt opp til juristen på NLSH for å sikre oss at ikke vi har gått inn og krevd kommunen noe som det ikke er lovhjemlet for, så den er helt etter hva loven sier.”

Denne samarbeidsavtalen er følgelig også laget for å sikre at det er de ”riktige” pasientene som får plass i posten. Som Psykiatri 2 uttrykker det: *”det kommer også denne samarbeidsavtalen inn på, det er denne gruppen som skal ha dette tilbudet”*. Posten ville videre med avtalen sikre seg at pasientene fikk det de hadde krav på – *”et minstemål ut fra lovhjemler”*. Slik jeg forstår det hadde posten tidligere erfaring med at så ikke alltid var tilfelle. Posten hadde sikret seg samarbeid med sykehusets jurist for å være styrket i møtet med kommunene. Uttalelsene fra informanten kan tolkes dit hen at det råder en viss skepsis i forhold til om samarbeidspartneren, kommunen, virkelig vil følge opp pasienten etter utskrivelsen, og at de derfor prøver å sikre seg et samarbeid ved å formelt forankre det i ledelsen.

Den tredje posten innen psykiatri hadde ikke formelle avtaler med kommunene, men hadde laget seg en liste med faste personer de kunne kontakte i kommunene. Psykiatri 3 uttrykte at: *”I de små kommunene er det et navn, i de større kommunene er det psykiatrikontoret”* – På den måten finnes det et slags system de har etablert, og som de jobber etter.

4.1.2 Somatikkens samarbeidsavtaler

Det viste seg at ingen av postene i somatikk hadde kjennskap til de formelle samarbeidsavtalene Nordlandssykehuset hadde med kommunene i Salten og Lofoten. Informantene hadde imidlertid laget seg sine egne system av hvem i kommunene de kontaktet.

Intervjuer: Hvem kan dere da ta kontakt med i kommunene?

Somatikk 2: *I Bodø kommune forholder vi oss til tildelingskontoret.*

Intervjuer: Enn de andre kommunene?

Somatikk 2: *Da tar vi kontakt med helseetaten der, vi har forskjellige kontaktpersoner i de forskjellige kommuner.*

Slik er det også i de to andre postene i somatikken. Alle postene er imidlertid positive til samarbeidsmøtene som var to ganger årlig, og det blir ikke gitt uttrykk for et behov for noe mer formalisert samarbeid med kommunene. Det ble imidlertid uttrykt ønske om formelle samarbeidsavtaler med Nordtun HelseRehab, en tidligere nevnt opptreningsinstitusjon som Helse Nord har avtale med¹. Den faktisk etablerte samarbeidsavtalen med Nordtun var ukjent for informantene, og de hadde en oppfatning om at dette var en institusjon stort sett bare ortopedisk avdeling kunne benytte. Fram til 2004 hadde ortopedisk avdeling en egen rehabiliteringsinstitusjon på Vensmoen. Da denne ble lagt ned (styresak 48/03), ble rehabiliteringen av ortopediske pasienter i stor grad flyttet til Nordtun HelseRehab. Det er trolig etter dette at oppfatningen av Nordtun HelseRehab som institusjon kun for ortopediske pasienter har oppstått.

En av postene ønsker å bruke Nordtun HelseRehab for noen pasientgrupper. Dette framkom som svar på spørsmål fra meg om de brukte opptreningsinstitusjonene, for eksempel Nordtun:

Somatikk 1: *Ja, så der arbeider vi med å få faste plasser, det er det NN som arbeider med, men jeg vet at når vi da planlegger at pasienter blir lagt inn til store operasjoner så planlegger vi også opptreningsinstitusjon slik at vi bestiller det i tillegg.*

Avdelingen gir uttrykk for at de ser at noen av deres pasienter trenger oppfølging etter store operasjoner og at de ønsker å legge til rette for dette. De to øvrige postene benyttet imidlertid seg nesten ikke av Nordtun HelseRehab:

Intervjuer: Enn Nordtun, har dere noen kontakt med dem?

Somatikk 2: *Veldig lite. Ortopeden har jo tatt alt – vi har veldig lite, av og til får vi plass til en pasient dersom pasienten ønsker det.*

Intervjuer: Så dere tar initiativ noen ganger når dere ser at de skulle ha vært der?

¹ <http://www.helse-nord.no/category18319.html>

Somatikk 2: *Ja, en og annen sjelden gang.*

Også somatikk 3 hadde en formening om at Nordtun var forbeholdt ortopediske pasienter:

Intervjuer: Overfører dere pasienter til Nordtun?

Somatikk 3: *Ja, altså Nordtun, det som jeg tror har satt seg litt mer fast i organisasjonen her er at Nordtun er dedikert til ortopedien.*

Intervjuer: Nei, det er ikke sant.

Somatikk 3: *Nei det er ikke sant, det er ikke sant i det hele tatt.*

Intervjuer: Nei..

Somatikk 3: *Så nå – ei stund før Vensmoen ble nedlagt var vi flinke til å få folk til Nordtun, men nå er det sjelden at vi gjør det.*

Intervjuer: Akkurat – hva tror du er det som gjør det?

Somatikk 3: *Jeg tror at folk ute tror at det er ortopedien som eier disse plassene vi har disponibel.*

Det synes som om oppfatningen av at Nordtun HelseRehab er forbeholdt en spesiell pasientgruppe, er gjennomgående i sykehuset, slik at i realiteten ble dette tilbudet lite og ikke brukt selv om det er inngått avtale for flere pasientgrupper. En kan også stille seg spørsmålet om denne kulturen baserer seg på et hierarki, der en pasientgruppe, ortopedisk opererte, er sterkere eller viktigere enn andre, og dermed har fortrinn på rehabiliteringsplassene.

4.1.3 Samarbeidsavtaler - sammenfatning

Hovedfunnene viser at de formelle samarbeidsavtalene mellom Nordlandssykehuset og kommunene og avtalen Helse Nord hadde inngått med Nordtun HelseRehab og andre private institusjoner er ukjente for informantene. Innen psykiatri er det formell avtale mellom kommunene og Salten Psykiatriske Senter, og en post har sin egen samarbeidsavtale kommunene må skrive under på i forhold til inneliggende pasienter. Ellers har informantene laget egne system for hvem de kontaktet i kommunene.

Informasjonen som framkommer i intervjuene viser at det ikke er nok å inngå en samarbeidsavtale, det må i tillegg arbeides internt i egen organisasjon for å informere om at det finnes slike avtaler, samt hva avtalene innebærer av rettigheter og plikter. Det ble tydelig at dette hadde Salten psykiatriske senter arbeidet med. Men til tross for at denne samarbeidsavtalen forelå, hadde andre avdelinger i psykiatri, som hadde pasienter både fra Salten og andre kommuner, tatt i bruk sin egen samarbeidsavtale. Det kan være grunn til å anta at det oppleves som uryddig av samarbeidspartneren kommunen, at de enkelte delene av Nordlandssykehuset har forskjellige avtaler de ønsker kommunene skal bruke. Dette har jeg imidlertid ikke undersøkt nærmere.

4.2 Kommunen som samarbeidspartner

Hovedsamarbeidspartneren for postene er kommunene og det var også dette samarbeidet alle informantene spontant begynte å fortelle om i intervjuene. Dette er kanskje naturlig, da det er i kommunene folk bor. De fleste pasientene kommer hjemmefra og reiser tilbake etter utskrivelse, så det er viktig med godt samarbeid med nettopp kommunene. Noe av dette samarbeidet er hjemlet i de formelle samarbeidsavtalene, men det meste er uformelt samarbeid som har vokst fram over tid.

Bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund inngikk en nasjonal rammeavtale om samhandling, var å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudene for brukere og pasienter. De ønsker å være pådrivere for å få i gang lokale avtaler. Ønske om rasjonell drift av postene var i følge informantene hovedårsaken til at de ønsket samarbeid. For å kunne ta inn en ny pasient, må en annen skrives ut. Gautun m flere (2001) gjorde en undersøkelse av samarbeidet mellom kommuner og sykehus i forhold til eldre pasienter. En av deres konklusjoner var at samarbeidet mellom de to nivåene er vanskelig bl.a. fordi ansvars- og oppgavefordelingen er uklar.

Fra overordnet myndighet er effektiv ressursutnyttelse tydelig i styringssignalene, det vil si behandling på lavest effektive omsorgsnivå og kortest mulig liggetid i sykehus (Stamsø 2004). I somatiske sykehus har en DRG- finansiering¹, der en i utregningen av takst, også har med forventet liggetid. De eneste takstene som tar hensyn til liggetid er takstene for rehabilitering², der liggetiden kan være opp til 100 dager. Dette i en erkjennelse av at rehabilitering tar tid. For å kunne bruke disse takstene forutsettes både kontakt og samarbeid med kommunene samt tverrfaglig tilnærming. Psykiatriske sykehus har ikke DRG, men også her er det press for å få ned liggetida. Dette for å kunne gi plass til nye pasienter.

For å imøtekomme de klare styringssignalene i forhold til drift og ressursutnyttelse, er en klar målsetting å ha kortest mulig liggetid i sykehus. Godt samarbeid med kommunene blir en metode for å oppnå dette, og på den måten blir sykehus og kommuner gjensidig avhengige av hverandre. Og frivillig samarbeid forutsetter at partene har noe å gi, samtidig som de har behov for å ta imot (Knudsen 2004). Knudsen viser til Thompson (1967) og Minzberg (1983) for å se på koordineringsbehovet i lys av avhengighetsmønstre, og påpeker at den sterkeste

¹ Diagnoserelaterte grupper

² Kodene Z5089 og Z5080 i Innsatsstyrt finansiering 2008, ShDir 2007

formen for avhengighet er når en har gjensidig avhengighet, slik som mellom sykehus og kommuner. Her må ofte samarbeidet skje raskt på grunnlag av informasjon som er vanskelig å rapportere raskt oppover- det kan ikke styres ovenfra. Bruk av A- og B-skjema er en måte å prøve å styre dette gjennom gjensidig tilpasning. Som Somatikk 2 beskriver dette: ”Av og til så sender vi først B og så A skjema etterpå, men vi skal jo først sende A skjema når vi ser at her er det et behov fra kommunen og så B skjema når pasienten er utskrivningsklar”. Korrekt måte er å først sende A- så B-skjema, men for at prosessen skal gå raskt er det akseptert både i sykehus og i kommunene at en noen ganger gjør det motsatt, for at kommunene raskt skal komme i gang med å skaffe pasienten et godt tilbud. Dersom ikke spesialisthelsetjenestene får skrevet ut pasientene, kan de ikke ta inn nye pasienter fra kommunene som trenger opphold. Partene er dermed gjensidig avhengige av hverandre, og de samhandler ut fra et gjensidig nytteperspektiv. De utvikler et gjensidig, ofte uskrevet sett av spilleregler.

4.2.1 Psykiatriens samarbeid med kommunene

Samtlige informanter beskrev først samarbeidet med kommunene som godt. Utover i samtalen kom det imidlertid fram at helt ukomplisert er det likevel ikke. Salten psykiatriske senter har laget samarbeidsprosedyrer sammen med kommunene. De har faste kontaktpersoner både i kommunene og i sykehuset¹. De hadde også systemer for avvik som beskrives slik:

Psykiatri 1: *Ofte er jo problematikken den at vi ikke kan ta kontakt med noen uten at pasienten har samtykket til dette.*

Intervjuer: Nei..

Psykiatri 1: *Så av og til får jeg melding om at ”hvorfør fikk ikke vi beskjed om at pasienten var innlagt, ikke samarbeidsmøte”, med mer. Da må jo bare jeg svare at pasienten ikke ønsket dette. Samtidig ser jeg jo at når pasienten er innlagt at vi snakker om verdien av oppfølgingen etterpå, og at vi kanskje ikke på førstegangsinnleggelsen, men en senere innleggelse - det gikk ikke så bra fordi du ikke ville ha oppfølging, og at det nesten blir et krav om at det må de ha.*

Psykiatri 1 har etablert et system for samarbeid mellom sykehuset og kommunene som fordrer at kommunen skal ha beskjed når pasienter er innlagt, og de skal ha samarbeidsmøter. Kommunen har registrert at en pasient som er utskrevet uten at det har vært noe samarbeidsmøte, og stiller spørsmål med dette. Sykehuset følger prinsippet om brukermedvirkning, noe som er helt sentralt i rehabilitering, slik at når pasienten ikke ønsker samarbeid, blir det heller ikke noe samarbeid. Posten arbeider med å forklare pasientene om viktigheten av oppfølging etter utskrivelse. Ved førstegangsinnleggelse virker det som om pasienten kanskje ikke innses

¹ www.saltenpsyk.no

dette, men at de ved senere innleggelse kan se at innleggelsen kanskje kunne vært unngått dersom de hadde fått oppfølging.

Ved posten til Psykiatri 2 har alle pasientene en ansvarsgruppe i kommunene. Posten uttrykker en viss skepsis i forhold til om kommunene vil følge opp pasientene etter utskrivelse. De hadde laget en samarbeidsavtale de ønsker underskrevet av lederen for helse- og sosialavdelingen i kommunene før pasienten får tildelt plass. Posten har reist rundt i Nordland for å informere om sin virksomhet, hvilke målgrupper den retter seg mot og krav til kommunene om oppfølging. De har et etablert system med forvern før innleggelsen. På forvernet deltar pasienten, samt representanter fra kommunen og fra posten. De diskuterer seg fram til en felles forståelse av hva som er hensikten med innleggelsen. Informanten forteller også at de har et system for oppfølging mens pasienten er innlagt:

Psykiatri 2: *De (psykiatritjenesten i kommunen) er inne her og etablerer kontakt, og vi har veldig gode erfaringer med det. Når de (pasientene) drar herfra er de etablert inn i det som skal fortsette, det er en unik mulighet. Men det er til Bodø kommune. Når det er kommunene ellers blir det vanskelig.*

Intervjuer: På grunn av avstand eller?

Psykiatri 2: *Ja på grunn av avstand, men tilbudet fra oss vil hele tiden være der, men det er jo om noen derfra har kapasitet til å dra. Vi vet at kommunene ikke har så mye folk, så drar nå en eller to så er det en eller to i minus den dagen i kommunen.*

Psykiatri 2 viser forståelse for kommunens situasjon i forhold til lav bemanning. Men posten gav imidlertid ikke uttrykk for andre alternativer til å få til dette gode samarbeidet enn at kommunens representanter kom inn til posten. Andre metoder som kunne vært benyttet er for eksempel møter i telestudio eller at representanter fra posten hadde reist ut til kommunen. Informanten har tanker om at samarbeid er noe som utvikler seg, men at det var viktig med en god start og at begge parter har et ansvar i forhold til dette:

”Jeg tenker at det er noe med smidigheten i et samarbeid, man skal forvente og stille krav til hverandre, men man må ikke begynne å rote det til slik at samarbeidet får en negativ start, da må man være på tilbudssiden til hverandre, og det er det vi ønsker å bidra med. Gjort er gjort og spist er spist, men vi ønsker å starte der og være effektiv i forhold til det individuelle møte”.

Informanten er opptatt av smidighet i samarbeidet, og understreket viktigheten av å være på tilbudssiden og legge til rette for en god start på samarbeidet.

Også Psykiatri 1 er opptatt av å være smidig i samarbeidet, og å finne løsninger heller enn å være opptatt av prosedyrer:

Psykiatri 1: *Ofte oppstår kontakten ved at pasienten tar kontakt eller at kommunene tar kontakt, og jeg har sagt at uansett må dere bare ringe.*

Intervjuer: Ja?

Psykiatri 1: *Noen trenger bare veiledning, og hvis denne er på generelt grunnlag kan jo jeg gå inn.*

Intervjuer: Har dere noen som jobber ambulant som kan reise ut?

Psykiatri 1: *Salten har reiseteam som reiser til sine kommuner slik at personell fra Salten, det kan være fra psykolog til de som jobber i miljøet på avdelingen reiser i lag og møter kommunehelsetjenesten og hvor de da kan drøfte pasientbehandlingen og de (kommunen) kan få veiledning. Men av og til er det ikke nok, de trenger hjelp der og da, så jeg har lagt meg til den praksisen at jeg snakker med folk og sier at det kan jeg gjøre noe med eller det kan jeg ikke gjøre noe med.*

Informanten har, slik jeg oppfatter det, over tid bygd opp en praksis der samarbeidspartneren, her kommunen, eller pasienter tar direkte kontakt. Slik ble det tilrettelagt for å få avklart spørsmål raskere enn ved skriftlige henvisninger.

Også Psykiatri 3 beskriver samarbeidet med kommunene i positive vendinger, de beskriver det som "veldig godt":

Når det gjelder samarbeid er det kommunene som er vår hovedsamarbeidspartner, de kommer derfra og blir utskrevet dit og får oppfølging der. Ja, vi har et veldig godt samarbeid med kommunene – vi kjenner kommunene veldig godt og de kjenner oss. Og ofte tar vi leiebil og drar ut med pasienten, samtidig får vi et samarbeidsmøte. Vi farter ikke ekstremt mye, men vi er veldig på tilbudssiden. Vi er ikke tungbedt, dersom de ikke kan komme hit, kommer vi dit.

Posten har en lite byråkratisk tilnærming, og er villige til å yte sin del for å få samarbeidet til å fungere. Men det fortelles imidlertid videre at:

Kanskje ikke like rosenrødt som jeg sier for personalet er jo en smule frustrert over hvor stor del av arbeidsdagen som går med til å sitte i telefonen og ikke få svar. At det er vanskelig å nå dem vi skal nå, så det går mye tid bort til bare å sitte og ringe.

Det er altså noen praktiske vanskeligheter med å nå de rette personene i kommunene. Disse er opptatte med sitt når de ansatte i sykehuset har tid til å ringe. Det høres ikke ut som at kommunene har noe system med telefontid, eventuelt at partene kunne ha inngått en avtale om slikt møtetidspunkt, eller om at noen kan ta imot beskjed.

4.2.2 Somatikkens samarbeid med kommunene

I de somatiske postene finnes det ikke noe fast system på hvem man kontakter i kommunene med unntak av Bodø kommune. Bodø har innført et system hvor alle henvendelser skal gå til tildelingskontoret, som så vurderer henvisningene¹. Dette gjelder også psykiatrien. Alle informantene kjenner til tildelingskontoret.

Somatikk 2: *Synes det er veldig greit med tildelingskontoret i Bodø kommune.*

Intervjuer: Så det fungerer, der får dere svar..?

Somatikk 2: *Ja, sånn passe, jooo de er jo behjelpelig, men vi sliter jo med at vi ønsker å ha samarbeidsmøter før de (tildelingskontoret) kan komme, de forholder seg til utskrivningsklar dato.*

Intervjuer: Akkurat, utskrivningsklar, det er i forhold til de pasientene som er såkalt ferdigbehandlet hos dere?

Somatikk 2: *Ja.*

Informanten gir uttrykk for at de ønsker å ha samarbeidsmøter tidligere enn kommunen har mulighet til å komme, og at dette medfører at pasientene blir lengre tid i sykehuset. Utviklingen i sykehusene har medført at liggetiden har gått ned over mange år (Stamsø 2004). Hele denne tiden har det vært diskusjoner om når pasientene var utskrivningsklare. I Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra desember 1998, har helse- og omsorgsdepartementet i §3 satt opp definisjonene av begrepet utskrivningsklar. § 4 sier at det er sykehuset som avgjør når pasienten er utskrivningsklar. Forskriften gjelder ikke for pasienter i psykiatriske sykehus (§1).

Når forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ble vedtatt, ble det laget ordninger om varsling om når en pasient har behov for oppfølging etter utskrivning fra sykehuset. En benytter A- og B- skjema. A-skjema sendes kommunen så snart sykehuset antar at en pasient vil ha behov for oppfølging etter innleggelsen. B-skjema sendes når sykehuset mener at pasienten er utskrivningsklar. Da har kommunen i følge "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter", 10 dager til å skaffe pasienten et tilbud i kommunen. Det er da behov for pleie- og omsorgstjenester, ofte sykehjemsplass, som meldes. Dersom pasienten blir liggende lengre i sykehus enn 10 dager, kan sykehuset kreve betaling fra kommunen (§6).

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsnivået ble inngått i juni 2007 mellom Helse- og Omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund. Et av punktene

¹ <http://www.bodo.kommune.no/index.php?ID=2197>

som skal arbeides videre med her, er ordningen med betaling, spesielt fordi hensynet til likeverd mellom partene tilsier at dette virkemidlet bør opphøre. De forklarer hvorfor slik: *"Med likeverd sikter vi til at samarbeidet er basert på gjensidig respekt mellom partene. Det betyr at de må respektere hverandres roller, verdier og kompetanse."*

Hvordan samarbeidet kan oppleves beskrives videre av Somatikk 2 slik:

Intervjuer: Når dere krangler om dato, er det at de (kommunen) ikke har plass eller?

Somatikk 2: *Nei, kommunen mener at en skal utredes i hytt og pine, når lidelsen er kjent fra før, det er ikke noe nytt. Vi har behandlet det pasienten kommer inn for, og fra vår side er han klar. Og så mener de da at man må ha han i CT, mens vi mener det ikke vil ha noen funksjon ut over det, uansett svar på CT eller røntgen. Hadde pasienten kunnet dratt hjem, kunne han ha dratt hjem og kunne ha fått en poliklinisk time*

Den noe negativt ladede ordbruken i dette utsagnet, *"utredes i hytt og pine"*, og videre ordbruk antyder at informanten har liten tiltro til kommunens kompetanse på feltet. Det kan virke som om informanten insinuerer at kommunen ønsker videre utredninger kun for at pasienten skal få være lengre tid i sykehuset *"fra vår side er han klar"*. Pasienten kan sies å være i en gråsoner mellom sykehuset og kommunen. Somatikk 2 gir indirekte uttrykk for at sykehuset ønsker å bestemme når kommunen skal motta pasientene uten å måtte ha samarbeidsmøter og diskutere utskrivningsdato med kommunen. Kan dette tyde på mangel på respekt for den andres synspunkt? Sennet (2003), beskriver respekt slik: *"Respekt betyr å finne de ord og handlinger som gjør at den andre føler og opplever seg respektert. Man kan ikke gi ordre om at man skal vise respekt, det må bygges opp en gjensidig anerkjennelse"*. De ordene som ble brukt i omtalen av kommunen, hvor kommunens ønske beskrives som overflødig, men at *"det er ikke noe nytt"* at kommunen kommer med slike preferanser, tydeliggjør at man har ulike ståsted, kultur, og at dette kanskje bidrar til problemer med å respektere den andres synspunkt.

Samtidig er det viktig å ha i mente at sykehuset har et stort press for å være effektivt. NPM-tankegangen og finansieringssystemet gir et press for å få behandlet flest mulig pasienter. Kort liggetid og stor gjennomstrømning av pasienter, gjør at ventelistene holdes korte, noe som oppleves positivt av dem som venter på behandling. Slikt press kan virke tyngende på den enkelte leder og det trenger ikke være uvilje som gjør likestilt dialog og samhandling vanskelig, men også sykehusets press for å øke effektiviteten og holde budsjettene. Informanten er i kraft av sin stilling, en representant for systemet.

Videre omhandlet samtalen mellom oss det samarbeidet som opplevdes vanskelig fra sykehusets side:

- Intervjuer: Dere har egne møter med kommunene da? (Når samarbeidet er vanskelig)
- Somatikk 2: *Ja, vi har hatt det, for sykepleier her kan oppleve representanten fra kommunen som veldig vanskelig og tverr.*
- Intervjuer: Handler det mer om oppførsel eller..?
- Somatikk 2: *Det handler mer om hvorfor skal.. kan ikke pasienten reise hjem med den hofta han har hatt i 10 år? Hvorfor mener man (kommunen) at.. nekter å skrive under papirene når det allerede er kjent? Altså får man en fot innenfor sykehuset så skal alt gjennomgå fra topp til tå.*
- Intervjuer: Du opplever at det bare er en måte for å få dem til å kunne være her lengre?
- Somatikk 2: *Ja, det mener jeg, men det er jo blitt bedre, og litt sånn vil det vel alltid være.*
- Intervjuer: Ja, men litt sånn.. det er noen åpne linjer slik at en kan ta det opp?
- Somatikk 2: *Jada, og så kommer det litt an på hvem som deltar på møtet, oppførselen fra vår side og fra deres side, det er det selvfølgelig forskjell på. Det er klart at kommer man fiendtlig inn i et møte og skal si "Hør her, sånn og sånn". Og vi har fått litt refs fra kommunen for at vi lover pasienten sykehjemsplass og det gjør vi ikke lengre, det er kommunen sitt ansvar.*
- Intervjuer: Det er de (kommunene) blitt mye mer tydelig på, slik jeg opplever det, la oss ordne det som er vårt og..
- Somatikk 2: *Ja, og jeg tror jo at kommunen de gjør sitt ytterste for at vi skal få det til, og jeg synes overhodet ikke at de gjør en dårlig jobb, men det er ting som kan bli bedre og det er det jo her også.*

Informanten opplever det som vanskelig at kommunen ønsker å få gjennomført flere undersøkelser av pasienten når denne er innlagt og posten har diskusjoner med kommunen om pasienten kan regnes som utskrivningsklar. Informanten er først klar på at posten opplever dette som kun en unnskyldning for at pasienten kan være innlagt lengre tid. Underveis, etter innspill fra meg, dreier informanten utsagnene til også å se på samspillet mellom avdelingen og kommunen. Etter hvert skifter informanten fra å være relativt skeptisk til kommunenes vurderinger, til å etter hvert å uttrykke at "jeg synes overhodet ikke at de gjør en dårlig jobb". I vårt "aktive intervju" (Holstein og Gubrium 1995), samkonstruerer vi kunnskap. Informanten responderer på mine spørsmål, og spørsmålene videre kommer utfra min respons på informantens fortellinger, sammen arbeider vi for å skape mening i beretningen om samarbeidet med kommunen.

Sykehusene blir som kjent kalt spesialisthelsetjenesten, og oppfattes som spesialister som skal gi råd og veiledning til kommunene. Dermed får de en slags overordnet rolle hvor de sitter øverst i "helsehierarkiet". Det kan være et hinder for likestilt samtale omkring samarbeidet. Manglende gjensidighet beskrives som en utfordring i dette utsagnet fra Somatikk 3:

- Intervjuer: Enn ellers med oppfølging, tar dere kontakt med kommunene?
- Somatikk 3: *Ja, det er jo et veldig interessant spørsmål du stiller der. Nå er det jo sånn at det blir gjennomført to ganger i året samarbeidsmøter med Saltenkommunene som du sikkert kjenner til..?*
- Intervjuer: Ja..
- Somatikk 3: *På siste møte de hadde, så ba jeg lederen om å være så snill å formidle ut i hele den gruppa av lederne i Saltenkommunene, at vi synes at kompetansen i forhold til denne behandlingen ute var veldig dårlig, og på bakgrunn av dette inviterte vi alle kommunene om å ta kontakt med oss for å komme inn til oss og lære prosedyren for å oppnevne ressurspersoner i kommunene som kunne dette her. Ja få en slags utdanning i dette. Og vi har ikke hatt en eneste henvendelse. Det sier jo sitt og dette er et halvt år siden*
- Intervjuer: Ja..? Har dere tatt noe aktivt initiativ ut og snakket med dem?
- Somatikk 3: *Nei, det har vi ikke gjort, det vi ser er at kompetansen når det gjelder prosedyren er aldeles for dårlig. Vi får jo inn pasienter her og gjør de tilsynelatende høvelig gode for oppfølging hjemme, og det er ikke sjelden at vi ser at de kommer tilbake og er veldig mye verre til tross for skriftlige prosedyrer og informasjon*

Dette utsnittet av samtalen indikerer at de ansatte i posten ser på seg selv som ekspertene, og at de er irriterte på at de andre – kommunens ansatte – ikke viser tilstrekkelig interesse for å komme inn i sykehuset og bli opplært. Da kan det fra kommunenes side oppleves som vanskelig å ta kontakt for å få nødvendig opplæring.

4.2.3 Kommunen som samarbeidspartner- Sammenfatning

Alle informantene innen psykiatrien virket som om de hadde et avklart forhold til kommunene i forhold til samarbeid. De stilte krav til dem, og hadde hatt noen runder med samtaler og møter for å få avklart rollene i samarbeidet. Det er forskjell fra informant til informant når det gjelder hvilke samarbeidsrelasjoner de formidler at de har til kommunene. Det er likevel en stor forskjell mellom somatikk og psykiatri generelt. Denne består i at alle postene innen psykiatri hadde gått aktivt ut, møtt kommunene og diskutert hvordan samarbeidet skulle være. Likevel kan ordbruk som ” *ordne det slik at vi har et minstemål*” og det at de selv hadde definert sin egen samarbeidsavtale, tyde på at sykehuset mener de kan selv definere samarbeidet ut fra sine vilkår og så må kommunene følge dette. Unntaket her er Salten psykiatriske senter som har laget avtaler i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene. De laget et felles dokument og en nettside som definerer både sykehusets og kommunenes rettigheter og plikter¹.

¹ www.saltenpsyk.no

I somatikken er det samarbeidsmøter med kommunene to ganger årlig, men utfra informantene er ikke alle avdelingssykepleierne deltagere på disse møtene. Ingen av postene i somatikken nevner at de har hatt noen møter direkte med kommunene. De har samarbeidsmøter med Bodø kommune i forhold til utskriving av pasienter.

Det er flere forhold som gjør at spesialisthelsetjenesten kan oppfattes å ha en overordnet rolle i forhold til kommunehelsetjenesten. Først selve ordet *spesialisthelsetjenesten*. En spesialist er en som kan mye om et emne, altså kan begrepet indikere at sykehuset kan mere enn kommunene om noe. Videre har spesialisthelsetjenesten *råd og veiledningsplikt* ovenfor kommunene (Lov om spesialisthelsetjenesten med mer § 6.3). I følge "Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter" § 4, er det sykehuset som avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Denne statusforskjellen kan prege samarbeidet, og bidra til at en ikke oppnår en dialog mellom likeverdige parter, som ifølge veilederen til "Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet (2007)" er en grunnleggende forutsetning for samarbeid.

Veileder for "Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet" (2007) påpeker at samarbeid må være basert på likeverd mellom partene. Med likeverd mener veilederen at samarbeidet er basert på gjensidig respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse. Respekt uttrykkes gjennom de handlinger der vi anerkjenner den andre (Sennet 2003). Han sier videre "*Respekt betyr å finne de ord og handlinger som gjør at den andre føler og opplever seg respektert. Man kan ikke gi ordre om at man skal vise respekt, det må bygges opp en gjensidig anerkjennelse*". Når sykehuset møter kommunene med en ferdig samarbeidsavtale, eller velger å fortelle dem at de trenger å bygge opp sin kompetanse, kan det tyde på at det mangler noe på respekten for kommunenes ståsted, deres kunnskap og deres virkelighet. Det blir et samarbeid på sykehusets premisser, preget av en ovenfra- og nedtankegang.

Sykehuset og kommunene har imidlertid, utfra et systemisk ståsted, forskjellige mål: sykehuset ønsker å få skrevet ut pasientene så tidlig som mulig for å gi plass til nye, mens kommunene har problemer med å ta imot pasienten. Det er rimelig å anta at systemet påvirker informantene, som representanter for systemet, og at utsagnene dermed må tolkes også ut fra det perspektivet. Det som kan løse spenningsforholdet mellom sykehuset og kommunen, er bedre samarbeid for å få på plass et tilbud i hjemkommunen

De refleksjonene som informantene bidrar med, viser at postene samhandler med kommunene ut fra en erkjennelse av gjensidig avhengighet og et ønske om en fornuftig arbeidsdeling. De har diskutert med kommunene slik at de vet når en pasient er utskrivingsklar, riktignok ikke uten uenighet underveis, men likevel blir de enige. Det samme gjelder samarbeidet mellom ulike avdelinger i foretaket.

4.3 Øvrige avdelinger som samarbeidspartner

Nordlandssykehuset er en kompleks organisasjon med stor grad av spesialisering. Hver avdeling har sine spesialområder. Mange pasienter trenger derfor tjenester fra forskjellige spesialister, organisert i forskjellige avdelinger. For å kunne få et koordinert og sammenhengende tilbud, og hindre dobbeltarbeid og gråsoner, må også samarbeidet og koordineringen av tilbud internt i foretaket fungere. Nordlandssykehuset er delt bygningsmessig med somatikk i et høyhus i sentrum og psykiatri i flere bygg som ligger innenfor et relativt avgrenset område noen kilometer unna.

I intervjuene begynte alle informantene å snakke om samarbeid, som samarbeid med kommunene. Det var tydelig at det var i forhold til kommunene samarbeidsrelasjonene hadde størst oppmerksomhet. Når de fikk spørsmål om samarbeid internt i foretaket, måtte de tenke seg mere om.

Alle informantene var opptatt av å finne måter å definere hvilke pasienter som hørte hjemme i deres post. Det medfører en del diskusjoner postene i mellom, om en pasient tilhører rett kategori til å få et tilbud i posten. Dette kan medføre at samarbeidet blir vanskelig fordi alle prøver å hindre flere innleggelse i egen post. Alle postene hadde ventelister, og prioriterer på egen venteliste hvem som skal få neste ledige plass. Psykiatri 1 forklarer hvordan dette fungerer:

..blir prioriteringen vår i forhold til hvordan vi tar inn, vi må ta dem som er dårligst, også for å hindre akuttinnleggelse slik at de (pasientene) slipper den traumatiske opplevelsen det kan være, så vi plukker hele tida av de dårligste. Dem vi kanskje skulle ha tatt på et tidligere tidspunkt for å forebygge før de blir så fastlåste, kommer ikke opp i prioriteringen, det er fryktelig.

Informanten opplever det som et dilemma å se at mange pasienter burde ha fått et tilbud tidligere i sykdomsforløpet for å forhindre at de blir alvorlig syke. I realiteten er det så få plasser at det bare er dem som har allerede er blitt dårlige som får plass. I forhold til en slik hverdag er det en mulighet og nesten forståelig at en prøver å skjerme seg for å ta inn noen fra

andre avdelinger. Det blir et dilemma mellom kapasitet og god pasientoppfølging. Denne problemstillingen er lik både i psykiatri og somatikk.

4.3.1 Psykiatriens samarbeid med øvrige avdelinger

Informantene la størst vekt på samarbeidet med de øvrige avdelingene innen psykiatri, men kom også inn på samarbeidet med de somatiske avdelingene:

Psykiatri 1: *Vi ser jo at enkelte har behov for noe utover det vi kan gi dem, noen søkes til rehabiliteringsavdeling på sykehuset, men ofte er våre pasienter i gåseøyne for friske, for de har ikke psykoseproblematikk eller ikke alvorlig, tung psykiatrisk diagnose så dermed kommer de ikke inn på rehabiliteringsavdelingen, det samme gjelder jo den nye rus/psykiatriposten.*

Intervjuer: Har dere noe kontakt med den somatiske verden i Nordlandssykehuset?

Psykiatri 1: *Ja det har vi. Det er jo sånn at våre pasienter har tilleggs lidelser av somatiske ting, det kan være alt faktisk, stoffskifte, diabetes, det kan være kreft, gynekologisk, hjerte, alt, så det har vi. Også i psykiatrien må en utelukke at det er andre ting, tar røntgen, MR eller.. Det har vi.*

Intervjuer: Fungerer det greit eller?

Psykiatri 1: *Mmmmmm ja etter hvert, når vi ble et samlet sykehus så skjønner de (somatikken) at psykiatrien har en lik rettighet som inneliggende pasienter i somatikk, så fungerer det bedre. Allikevel ser jeg jo at det er en god del ting som skulle vært avklart, ikke minst i forhold til pasienten som overføres, spiseforstyrrelse for eksempel, der er det en del ting som skulle vært avklart i forhold til hvem som tar ansvaret når.., og dette er jo dårlige pasienter med BMI¹ som er helt på grensen noen av dem. Noen ganger er det også ønske om at vi tar imot pasienter selv om vi ikke har kapasitet. Noen ganger er det liten kommunikasjon for jeg tror jo det at problematikken er for lite kjent, at vi snakker forbi hverandre og at vi ikke har skjønt, forstår nok av det den andre holder på med, Så der er det en bit å gjøre. Likevel ønsker jeg mer avgrensinger og klarhet i forhold til pasienten.*

Informanten diskuterer med seg selv rundt avklaring av hvilke pasienter som skal få innleggelse i posten, og hvem som har ansvar for hva. Mye synes uklart – somatikk eller psykiatri. Jacobsen (2004) peker på at nettopp avklaring av arbeidsoppgaver og grenselinjer er metoder for å bedre samarbeidet. Andre ganger er det et behov å få pasienten overført fra egen til annen avdeling. Da kan virkeligheten oppleves slik:

Psykiatri 3: *Vi sier at nå er det ikke akutt lenger og så presser vi systemene rundt omkring. Vi har hatt en pasient i ett år, men det var en veldig spesiell sak. Vi er veldig flink å jobbe pasientene ut.*

¹ Body Mass Index - Verdens helseorganisasjon (WHO) samt leger og forskere måler nå undervekt, overvekt og fedme etter BMI (Body Mass Index), som anslår fettvevets andel av kroppsmasse.
http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/vekt_helse_24150

Informanten forteller at de har opparbeidet seg en kompetanse på hvordan de kan få overflyttet pasienter til andre avdelinger, eller hjem, når de definerer at tilstanden ikke lenger er en akutt. De har hatt et helt spesielt tilfelle der de har vurdert annerledes. Dette kan forstås som at posten har en målgruppe som skal ha korte innleggelses, og at det oppleves som å ha gjort en god jobb når pasientene skrives raskt ut eller overføres til andre avdelinger. Jeg spør videre:

Intervjuer: Har dere noe samarbeid med den somatiske delen av sykehuset?

Psykiatri 3: *Ja, det som er litt artig nå, vi har hatt en hospitant fra Østlandet, en spesialsykepleier, tar praksisen i videreutdanningen hos oss. Pratet litt med henne i går for å få høre hvordan det går. Hun snakket om at dette var et helt annet sykehus, hun sa at dere er mye mer oppmerksom på somatikk enn de var, og at vi var mye bedre enn vi trodde selv. Vi ser jo at diabetes, det eksploderer jo, og vi har lungeproblemer, røyking, astma, kols. Diffuse kasus mot geriatri, dehydrerte, en del medisinske tilfeller. Vi har en liten følelse av at psykiatriske pasienter ikke får det de trenger i somatikken. Man kan skjønne det også, på medisinsk avdeling ligger det jo folk, folk som er syke og så skal de ta hånd om en krevende psykiatrisk pasient. Men jeg synes ikke det er noen unnskyldning for det, at de skal få dårligere somatisk behandling. Vi sier at når det primært er et somatisk problem, for eksempel at en er dehydrert og elektrolyttene er ute og kjører, da tenker vi at dette er et medisinsk problem som må taes fra medisinsk avdeling til den akutte medisinske fasen er over, da kan pasienten komme tilbake til oss. Det går stort sett greit, men vi plages av og til. Av og til skulle vi ha hatt det sånn her, gjerne deres og våre leger kunne sette seg sammen. Vi har etterlyst hva er problemet her, hvordan kan vi løse det, men det ser ikke ut til at somatikken tar i på det.*

Intervjuer: Sier du det?

Psykiatri 3: *Ja, det er spesielt nevrologiske problemer, de blir lett kasteball, de sier det er ikke nevrologi, det er psykiatri, og motsatt. Så ambulansen kjører skytteltrafikk i mellom, så der kunne vi ha hatt et bedre samarbeid.*

Intervjuer: Er det blitt noen forandring etter omorganiseringen?

Psykiatri 3: *Nei, det er to forskjellige verdener. Jeg har av og til tenkt at noen av sykepleierne hos oss kunne ha hospitert nede i somatikken, det hadde somatikken syntes var veldig bra. Har bare hatt en sykepleier der nede så langt, og han forsvant jo, men det gjør ingenting. Tenker at fra høsten skal noen hospitere i en måneds tid der nede. Såpass må det være for å få et grep om hva de arbeider med, da tenker jeg det vil være medisinsk avdeling, nevrologisk avdeling eller kanskje hjerte,- avdelinger jeg tenker at vi trenger økt kunnskap om.*

Intervjuer: Er det noen derfra som kunne komme hit?

Psykiatri 3: *Ja kanskje det, men tror likevel at det er måten å gjøre det på.*

Intervjuer: Ja, for jeg tenker at dersom man møtes, kan en få litt forståelse for hverandres situasjon på en annen måte..

Psykiatri 3: *Ja, vi har en forståelse for at det av og til er litt vanskelig med psykiatriske pasienter, men av og til er det ikke så vanskelig som de vil ha det til.*

Dette lange utdraget fra intervjuet, peker på kompleksiteten i vurderingene og avveiningene som gjøres i samarbeidet mellom avdelinger. Informanten opplever at det er vanskelig å få somatikken til å legge inn pasienter med alvorlig psykisk lidelse i tillegg til den somatiske problematikken. Diskusjonen mellom avdelingene blir hvor pasientene har størst behov for å være innlagt, og begge avdelingene begrunner at pasienten skulle vært hos den andre med at de selv mangler kunnskap om den andres felt. Dette viser også at sykehuset er veldig spesialisert, hver enhet har stor kunnskap om en del av pasientenes tilstand. For pasienter med mer enn en diagnose passer dette systemet dårlig og de kan lett bli kasteballer, som kjører "skytteltrafikk" mens fagfolkene diskuterer hvor de hører hjemme. Det er grunn til å tro at disse flyttingene av pasienter fram og tilbake innebærer mye dobbeltarbeid, i et system som opplever å ha for mye å gjøre. Informanten peker imidlertid på to tiltak for å bedre denne stadig uavklarte situasjonen, nemlig samarbeidsmøter mellom legene på de forskjellige avdelingene og hospitering.

4.3.2 Somatikkens samarbeid med øvrige avdelinger

Direkte spørsmål til informantene innen somatikk, gav liten respons. Det er nærliggende å antyde at samarbeid med øvrige avdelinger ikke er et spørsmål informantene var spesielt opptatte av. Men etter å ha tenkt seg litt om, kom informantene inn på en del utfordringer i dette samarbeidet. Det somatiske sykehuset er enda mer spesialisert enn det psykiatriske, med mange forskjellige avdelinger og legespesialiteter. Hver avdeling vurderer inntak til sin sengepost og poliklinikk selv, og har ventelister i forhold til egen spesialitet (Forskrift om ventelisteregistrering § 3). For pasienter som trenger utredning eller behandling fra flere, kan dette bety at de har forskjellig prioritet hos hver avdeling, og det kan medføre at pasienten ikke får vurdert flere tilstander samtidig mens de er på sykehuset. Det er i utgangspunktet pasientens fastlege i kommunen som søker pasienten inn til en utredning eller behandling, og som må koordinere de forskjellige spesialistenes uttalelser. Dette virker tungrodd for mange pasienter, som ønsker å få gjort alt de har behov for mens de likevel er på sykehuset.

Når en pasient er innlagt i en sengepost, hender det at de samtidig står på venteliste eller har fått time til undersøkelse eller behandling ved en annen avdeling et stykke fram i tid. Det er en påkjenning for enkelte pasienter å reise til sykehuset, så noen ønsker å få gjort unna disse undersøkelsene mens de likevel er innlagt. Det betinger samarbeid på tvers av avdelingsgrensene. I samtalen med Somatikk 2, snakket informanten først om at kommunene ønsket å

få undersøkt alt mulig når pasientene var innlagt, dette for å forlenge tiden pasientene fikk være i sykehus:

Intervjuer: Er det sånn at når de først er i Bodø at de kan få gjort flere ting?

Somatikk 2: *Jo da.*

Intervjuer: Det er jo ikke bare for en del av disse å reise heller.

Somatikk 2: *Nei, nå tenker jeg spesielt på Bodø kommune, at der har en mulighet til å ta undersøkelser poliklinisk*

Intervjuer: Men når de kommer fra distriktet så er det lettere å få (gjort flere undersøkelser)?

Somatikk 2: *Jo det er klart at dersom de har en poliklinisk time om tre uker, så prøver vi å få det gjort når de kommer fra distriktet, fra Hamarøy prøver vi å få tatt det mens de er inneliggende. Noen ganger, som oftest går det, men noen ganger går det ikke for at poliklinikken er full.*

Informanten virker først litt motvillig til at det er en god ide å få samlet undersøkelsene når pasienten først er innlagt. Man kan anta at posten har den oppfatningen at når de utført det pasienten er henvist innlagt i posten for, så kan pasienten reise ut. Dette er i tråd med forskriften om betaling for utskrivningsklare pasienter. Lignende tilfeller blir beskrevet av de andre informantene. Likevel ser informanten behovet for å kunne hjelpe pasienter som kommer langveis fra. Utfordringen for å få dette gjennomført kan være at poliklinikkene ikke har kapasitet til å ta en pasient i tillegg til dem som allerede har fått time. Sengeposten har heller ikke mulighet til å ha pasienter liggende innlagt i påvente av undersøkelser hos andre utfra effektivitetskrav i egen avdeling. Dermed blir det et dilemma mellom styringskrav og det som pasienten ville opplevd som god behandling.

Noen ganger kommer en pasient inn på en avdeling for en utredning som medfører intern henvisning til en annen avdeling for videre behandling. I og med at hver avdeling har selvstendige ventelister, medfører ikke et behov for, for eksempel et kirurgisk inngrep, noen automatikk i at pasienten da får flytte over på kirurgisk avdeling. Det er kirurgisk avdeling som vurderer henvisningen fra en intern henviser, sammen med henvisningene fra kommunene, og så tar kirurgisk avdeling inn de pasientene de mener det haster mest med. Dette kan medføre at pasienter ligger i andre avdelinger mens de venter på inngrepet. Dette oppleves frustrerende for de andre avdelingene, som nå har en seng opptatt av en pasient de ikke opplever skulle vært der:

Somatikk 2: *Ja det (samarbeidet med kirurgene), er jo et kapittel for seg, vi må jo krangle med kirurgene for å få dem (pasientene) over dit også. Når vi er ferdig med å utrede dem medisinsk og de bare skal vente på operasjon, så får vi dem ikke over før dagen før operasjonen, det kan ta både en og to uker og det er et problem.*

Informanten peker på problemet med at pasienten må ligge i deres avdeling, ikke at pasienten må vente på behandling. Målet er, fra avdelingssykepleiers ståsted, å få pasienten ut av avdelingen så fort som mulig. Det kan synes som at oppmerksomheten hovedsakelig er på systemet, og mindre på pasientens behov for sammenhengende tjenester. En ser igjen dilemmaet mellom helhetlig tilbud til pasientene og systemets krav til effektivitet. Det kan synes som om disse er uforenelige.

4.3.3 Øvrige avdelinger som samarbeidspartner - Sammenfatning

Alle informantene opplevde til dels store spenninger når det gjaldt samarbeidet med andre avdelinger i foretaket. Både innen somatikk og psykiatri opplevde informantene et dilemma mellom systemets krav til effektivitet og kort liggetid, og pasientenes behov for sammenhengende tjenester.

Avdelingene utvikler egne subkulturer – selvdefinerte oppgaver, basert på blant annet tidligere erfaringer og tradisjonelle profesjonelle standarder (Knudsen 2004). Seashore og Yuchtman (1967 i Knudsen 2004) viser at krav om ressurstilgang, beskyttelse av interesse-sfærer og kamp om oppgaver eller oppgavedefinering raskt utvikler seg til å bli sentrale målsettinger i de fleste organisasjoner. En må dermed regne med at for eksempel avdelingene i et helseforetak vil ligge i latente eller manifesterede konflikter med hverandre.

Blant mine informanter blir denne konflikten tydelig når det er snakk om samarbeid mellom avdelinger i foretaket. Informantene ønsker klare regler for hvordan samarbeidet skal være og hvilke pasienter som skal være innlagt hvor. Hovedlinjene er relativt klare, men en vil bestandig ha gråsoner (Jacobsen 2004). Avdelingene internt konkurrerer seg i mellom om felles ressurser som budsjett og personell. Psykiatri 3 fortalte hvordan de hadde prøvd å løse dette:

Det var et problem at de (somatikk) ikke tok imot, ikke kunne ha.. Så det vi er blitt enige om på avdelingssykepleiernivå på hele sykehuset, er at de kan ringe hit til oss, de kan få oversikt over vårt personale og ekstrahjelp, belastet på deres kostnadssted. Slik det ser ut etter dette, bruker de helst eget personale, men vi har et problem. Vi sier at når det primært er et somatisk problem, for eksempel at en er dehydrert og elektrolyttene er ute og kjører, da tenker vi at dette er et medisinsk problem som må taes fra medisinsk avdeling til den akutte medisinske fasen er over, da kan pasienten komme tilbake til oss. Det går stort sett greit, men vi plages av og til. Av og til skulle vi ha hatt det sånn her, gjerne deres og våre leger kunne sette seg sammen. Vi har etterlyst hva er problemet her, hvordan kan vi løse det, men det ser ikke ut til at somatikken tar i på det.

Informanten forteller om at det er vanskelig å få alvorlig psykisk syke pasienter innlagt i somatikken, selv om de trenger hjelp. Først fikk de avslag fordi den somatiske avdelingen ikke følte de kunne nok om den psykiatriske diagnosen. Når somatikken fikk tilbud om personell og dermed også kompetanse ble ikke dette tatt imot, de ønsket å bruke eget personale. Slik informanten forteller det, er det en dialog mellom avdelingssykepleierne, der de prøver å få samarbeidet til å fungere. Det gis et inntrykk av at det er manglende samarbeid mellom legene på tvers. Leger rapporterer om at samhandling på tvers i samme organisasjon, kan være vel så utfordrende som samhandling med kommuner og lokalsykehus (Pettersen og Johnsen 2007). Album og Westin (2008) så at det var et innbyrdes hierarki mellom legespesialister. Da kan det også tenkes at pasientene rangeres utfra samme hierarki, ”..vi har en liten følelse av at psykiatriske pasienter ikke får det de trenger i somatikken..”. Ut fra dette hierarkiet kan en anta at de somatiske avdelingene rangeres høyere enn de psykiatriske, og at det internt i både somatikk og psykiatri antas at det akutte rangeres høyere enn det som kan vente. Da er det trolig at det er den somatiske avdelingen som har makt til å si nei til den psykiatriske. Denne ubalansen i maktforhold gjør samarbeidet vanskelig (Knudsen 2004).

Også mellom avdelingene internt i somatikk eller psykiatri er det store spenninger, en kan tenke seg at det er en kamp om makt og domene.

4.4 Oppsummering samarbeidsavtaler og samarbeidspartnere

Det er utfra informantene svært lite *samordning*, altså tvungen koordinering. Det er bare i forhold til Bodø kommune at det er helt klare regler for *samarbeidet*, og det er initiert fra kommunens side slik en kan oppfatte informantene. Men det er mye frivillig samarbeid, både mellom avdelingene i foretaket og mellom postene og kommunene. Foretaket er meget spesialisert og mange pasienter har behov for tjenester fra flere spesialiteter. Da oppstår det problem i forhold til gråsoner mellom avdelingene. Informantene forteller om til dels store spenninger der avdelingene forhandler seg imellom om hvor pasientene hører hjemme.

Stor grad av formalisering og oppgavedeling, som mellom de ulike avdelinger i sykehus, skaper egne koordineringsproblemer. Hver avdeling har ”sine” regler, personell og andre ressurser og sine standarder for hvordan samarbeidet skal foregå. All forskning er i følge Jacobsen (2004) entydig på at når man samler deloppgaver innenfor formelle enheter og grupper, så prioriterer man koordinering internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter. Mine informanter beskriver også samarbeid mellom enheter i psykiatrien

som lettere enn mellom psykiatri og somatikk. Det samme gjelder ikke mellom forskjellige avdelinger i somatikk.

På bakgrunn av at det eksisterer relativt sterke subkulturer i hver avdeling, eksisterer det med sannsynlighet også subkulturer mellom hver sengepost internt i avdelingene. Jacobsen (2004) definerer kultur som at en gruppe deler et sett normer, verdier og grunnleggende antagelser. Kulturer har en tendens til å skape samhold i den gjeldende kulturen og skape avstand til andre kulturer. Representanter fra en kultur kan også være selektive i forhold til informasjonen de får utenfra (Marsch og Simon 1958 i Jacobsen og Thorsvik 2002). Det kan være grunn til å anta at psykiatri har en mer felles kultur enn somatikken, fordi samtlige enheter ledes av samme type spesialister, nemlig psykiatere. Et stort flertall av de andre ansatte har videreutdanning i psykisk helsearbeid, som er en tverrfaglig utdanning ved høgskolen i Bodø. Felles utdanning bidrar til å danne felles kultur (ibid). Det samme er ikke tilfellet mellom de forskjellige spesialitetene i somatikken. Her ledes avdelingene av ulike typer legespesialister, og de øvrige ansatte har ingen felles videreutdanning.

Ingen av informantene fortalte noe som tydet på at det var profesjonskonflikter mellom de forskjellige profesjonene i foretaket, derimot fortalte de om uenigheter mellom enhetene. Det kan tyde på at det å ha tilhørighet til en gruppe eller enhet, tilhørende en subkultur, er en sterkere mekanisme som skaper sterkere integrasjon, enn det å tilhøre samme yrkesgruppe. En kan likevel se at når en skal henvende seg på tvers i foretaket, så tar en kontakt med egen yrkesgruppe; avdelingssykepleierne forholder seg til hverandre, og de har innspill om at legene også bør snakke sammen på tvers.

Når det gjelder samarbeidet mot kommunene er det, utfra hva informantene forteller, ingen koordinering mellom foretakets forskjellige avdelinger og poster om hvordan de skal forholde seg. Hver post har over tid, utviklet sin måte å utføre samarbeidet på. I de somatiske postene styres samarbeidet med kommunene en del ved bruk av A- og B-skjema. To av de psykiatriske postene hadde egne samarbeidsavtaler, og den tredje hadde i samarbeid med kommunene utviklet en del rutiner. Nordlandssykehuset har inngått samarbeidsavtale med kommunene på overordnet nivå, men denne var ukjent for mine informanter. Nordlandssykehusets hjemmesider har så langt jeg har kunne finne ut, heller ingen informasjon om samarbeidsrutiner.

Det er et spenningsforhold mellom at dersom ikke spesialisthelsetjenestene får skrevet ut pasientene, kan de ikke ta inn nye pasienter fra kommunene som trenger opphold. Partene er dermed gjensidig avhengige av hverandre, og de samhandler ut fra et gjensidig nytteperspektiv. De utvikler et gjensidig, ofte uskrevet sett av spilleregler. De spenningene som oppstår mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan også antas å komme av måten en snakker med og til hverandre på. Dersom den ene parten opplever seg som overlegen den andre, og for eksempel ansatte i kommunene ikke opplever å bli behandlet med respekt, vil det kunne vanskeliggjøre dialog og dermed godt samarbeid. Spenningen kan være uttrykk en måte å balansere et opplevd ubalansert maktforhold på.

Koordinering mellom avdelingene er ikke karakterisert av den samme avhengighetsform som mellom avdelingene og kommunene. Mellom avdelinger kan en ved behov, koble inn et overordnet nivå for å tvinge fram, eventuelt kjøpslå for å få til et samarbeid (Knudsen 2004). Likevel kan ikke en overordnet tvinge fram en koordinering, denne krever aktiv medvirkning av aktørene, kanskje særlig legene på avdelingene.

Samarbeid med kommuner, opptreningsinstitusjoner og avdelinger internt i foretaket, har også stor betydning i forhold til pasienter som trenger rehabilitering. Dette vil jeg belyse nærmere i kapittel 5.

Kapittel 5 Samarbeid med rehabilitering som mål

I dette kapitlet, vil en se nærmere på betydningen av samarbeid mellom avdelinger, nivå og etater, for at pasienter med behov for rehabilitering skal kunne få dekket disse behov. En ser også nærmere på bruk av ordningen individuell plan og vurderer om innføring av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering kan være nyttig for samarbeidet.

5.1 Samarbeid angående rehabilitering

Når en er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det for fagfolkene den spesialiserte behandlingen som den enkelte enhet kan tilby som har hovedfokuset, ikke behovet for koordinerte, sammenhengende tjenester for den enkelte pasient. I forhold til rehabilitering skal *flere aktører samarbeide om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats*. Samarbeid blir en metode for å oppnå rehabilitering. Når en pasient har behov for flere tjenester, dukker disse imidlertid ikke opp av seg selv, det er slik at noen må be om dem. Det innebærer at pasienten må være klar over hvilke muligheter som finnes og få nødvendig bistand til å søke på tjenestene. Denne bistanden bør pasienten få mens vedkommende er innlagt i spesialisthelsetjenesten. I følge Forskrift om habilitering og rehabilitering § 14 skal det regionale helseforetaket legge til rette for at behovene til den enkelte bruker blir fanget opp systematisk og blir sett i sammenheng med hverandre, og at aktuelle tjenester blir forberedt og satt i gang så tidlig som mulig.

5.1.1 Psykiatriens samarbeid angående rehabilitering

Nordlandssykehuset, psykiatri har en egen rehabiliteringsavdeling med flere poster og poliklinikk. Salten Psykiatriske Senter har eget rehabiliteringsteam som reiser i Saltenkommunene. Noe av bakgrunnen for å opprette en egen rehabiliteringsavdeling var at sykehuset så et behov for en annen og mer langvarig behandling for noen pasientgrupper, som pasienter med farlighetsproblematikk og pasienter med behov for tjenester over lang tid (Fygle 2002).

Tilbudet på rehabiliteringsavdelingen var kjent for alle informantene innen psykiatri. De hadde også et positivt bilde av det som skjedde på denne avdelingen. De ytret imidlertid misnøye med at det var at det var for lang ventetid, og at rehabiliteringsavdelingen kun hadde tilbud til enkelte pasientgrupper:

Psykiatri 3: *Ja, når det gjelder rehabiliteringspostene her, er der kø og kø og atter kø. Men der får vi jo av og til en plass – vi tenker jo at dersom pasientene er i sykehuset så er de så syke at de kan ikke være hjemme, men... Rehab ser jo at det er mange som er syke og som er hjemme, så de tar pasientene våre, ikke så fort som vi vil, noen må vi skrive ut, men vi ser at dersom det blir bare tull hjemme, må de gå noen runder hos oss før de får komme på rehab. Behovet er større enn tilbudet, jeg skjønner jo det, men...*

Psykiatri 1: *Vi ser jo at enkelte har behov for noe utover det vi kan gi dem, noen søkes til rehabiliteringsavdeling på sykehuset, men ofte er våre pasienter i gåseøyne for friske.*

Informantene ønsker at det var flere plasser innenfor rehabilitering. Videre opplever de at de ikke alltid er enige i rehabiliteringsavdelingenes vurderinger av hvilke pasienter som skulle få plass der. Likevel må de stole på at rehabiliteringsavdelingen velger ut de pasientene som trenger tilbudet mest. Informantene er også meget tydelig på at det er forskjell på hva som skal foregå på allmennpsykiatrisk eller akuttposter i forhold til på rehabiliteringspostene. En av informantene sa det slik: *"Nei, vi kan ikke rehabilitering, det er en helt annen måte å arbeide på."*

Når postene vurderer at pasientene har behov for noe utover det de selv kan tilby, altså behov for rehabilitering, har postene flere måter å løse dette på. De kan søke pasienten inn på rehabiliteringsavdeling i sykehuset eller skrive pasienten ut med oppfølging i kommunen. Et tredje alternativ er å søke pasienten innlagt på rehabiliteringsinstitusjoner i Nord-Norge, eller som siste valg, at pasienten blir i avdelingen for det informantene kaller oppbevaring, til annet tilbud kan gis. Helse-Nord RHF har avtaler med forskjellige private institusjoner for rehabilitering, også innen rehabilitering av rus og psykiatri. Det er ikke lett å få plass på disse heller:

Psykiatri 2: *Det vi ser da er at de drar ikke direkte herfra, for det skal være veldig flaks at det passer sånn med inntaket, men vi har pasienter som har vært hjemme ei stund, fulgt opp av kommunen og så har de fått plass*

Ordet rehabilitering blir lite brukt av informantene. Det blir i større grad benyttet begreper som ettervern og oppfølging. Informantenes utsagn vitner om en oppfattelse om at dette er noe pasientene selvsagt har behov for, og at det er helt naturlig å samarbeide både med pasientene og kommunene om videre oppfølging etter innleggelse. Da er det kanskje ikke så viktig hva en kaller tilbudet, det vesentligste er at pasientene får det de har behov for.

5.1.2 Somatikkens samarbeid angående rehabilitering

Nordlandssykehuset somatikk hadde når intervjuene ble foretatt, en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, med en liten sengepost, dagpost og poliklinikk, og en nyåpnet geriatrisk avdeling med en liten sengepost og et geriatrisk team som tilbyr tilsyn og veiledning i sykehusets avdelinger og i sykehjem i Bodø. Dette i tillegg til veiledning av primærleger i Salten. Informantene gir uttrykk for at disse tilbudene er lite brukt: ” *Vi har veldig lite samarbeid med FMR, nesten overhodet ikke*”. Informantene er også usikre på hvilket tilbud avdelingene hadde:

Somatikk 3: *...Nye R2, geriatri, hvem er de – hvem kan vi henvise dit – vi har sikkert prøvd å henvise 100 pasienter og det er ikke alle som ...hva er kriteriene for å få lov å komme dit?*

Det framkom av intervjuene at det heller ikke er vanlig å henvise pasientene til opptreningsinstitusjoner som Helse Nord har avtale med. Disse avtalene med er heller ikke kjent.

Somatikk 2: *Nei, jeg tror kanskje jeg kan telle på en hand i løpet av de fem - seks siste årene at vi har sendt noen til Nordtun (opptreningsinstitusjon).*

Det kan synes som om informantene innen somatikk er mindre opptatt av oppfølging enn informantene fra psykiatrien. Det kan videre synes som om informantene mener at rehabilitering eller oppfølging, er det noen andre, ofte forstått som kommunene, som har ansvaret for. På spørsmål om samarbeid, er det oftest behov for sykehjemsplass eller hjemmesykepleie det blir fokusert på, noe utdraget av samtalen under viser. Jeg prøver å få fram om informanten kan se behov for rehabilitering hos eldre:

Intervjuer: Kunne noen av disse (eldre pasienter), nå tenker jeg ute i kommunen, nå tenker jeg rehabiliteringsplasser eller et intensivt opphold på Nordtun, at det kunne ha forhindret at de trengte permanent plass på sykehjem?

Somatikk 2: *Ja, så fremt kommunen legger til rette for det, så kunne det vært noe. Men det er jo også vanskelig å si, de eldre er jo ofte så komplekse at de har gjerne ikke bare en ting, de har mye. Og den ene sykdommen fører til forverring av den andre sykdommen, så at man må hele tida se på hele bildet. Utfra potensialet på enkelte kunne det nok.... Så har det jo også med det at pasientene må jo få lov til å bli gamle og de må jo få lov til å dø når de, når vi ikke har noe mer, vi må jo se våre begrensinger, vi er jo ikke Gud. Så ser vi også at de som har sterke pårørende som taler for sine de kommer dessverre, men de kommer lengre enn de som ikke har noen som taler for seg, det er jo veldig trist*

Det kan synes som om informanten her argumenterer for å opprettholde at postens syn på hva pasienter har behov for er det som skal gjelde. Det er tilbudet i posten som avgjør hva

pasienten får videre og når pasientene er gamle blir denne rettigheten å få lov til å dø, ikke behov for rehabilitering. I et slikt perspektiv blir sterke pårørende mer et problem enn en ressurs. En undersøkelse fra Sverige (Petersen m. fl. 1997) viser imidlertid at det lønner seg å rehabiliterer såkalte utskrivningsklare eldre. Det viste seg de fikk bedre funksjonsevne og at flere kunne utskrives til hjemmet. De hadde også færre reinnleggelser enn de pasientene som ikke fikk rehabiliteringstilbudet.

Når det gjelder definisjonen av rehabilitering, er det rehabilitering lik opptrening som rår: *”det er jo mobilisering og rehabilitering er det jo mye fysioterapien (som tar seg av det), ergoterapien har vi mindre med”*. Alle informantene snakker om at når det er snakk om rehabilitering, kobler de inn fysioterapeuten. Men ikke som et ledd i en samlet plan for pasienten, men som enkeltstående tiltak - det de definerer som rehabilitering. Noen ganger blir også sosionom og eller ergoterapeut brukt, uten at det virker som informantene er helt sikker på hva disse gjør i forhold til pasientens oppfølging etter utskrivelse: *”Ja, jeg regner med at det er sosionomen.. jeg har i hvert fall ikke vært noe involvert i det og jeg er ikke sikker på helt hva de, hva de gjør for noe der i forhold til det”*. Det fantes altså ingen klar tverrfaglig plan.

På en av postene hadde de prøvd tverrfaglig samarbeid én gang:

Somatikk 3: *Vi hadde ei dame som hadde lagt lenge, det var veldig komplekst, hun trengte.. Jeg kjenner ikke saken inngående, men ble informert av sykepleieren som stilte opp, og den her sykepleieren er ei som tenker veldig helhetlig.*

Intervjuer: Ja..

Somatikk 3: *..og hun tenkte faktisk så langt at her må vi ha et tverrfaglig møte. Det var første gangen vi har gjort det, hatt et tverrfaglig møte, og det var mange representanter inne, ikke sant, så de drøftet alt rundt situasjonen til denne damen..*

Intervjuer: Ja..

Somatikk 3: *Og så sier denne sykepleieren til meg: Hvorfor har vi ikke begynt med dette før? Så sier jeg, hvor mye tid har du brukt på dette her, forberedt, samla gruppa og hele pakka? Ja, det er et enormt arbeid, jeg ser jo effekten av det - så jeg spør henne: er dette noe du tror vi kan gjennomføre på alle pasientene, å ha slike faglige møter rundt dem – nei - for det har vi ikke ressurser til.*

Informanten gir uttrykk for at selv om de så at det var nyttig å ha tverrfaglig samarbeid når *det var veldig komplekst*, ble dette til et engangstilfelle. Begrunnelsen var at det ikke finnes ressurser i form av tid til slikt *enormt arbeid*. Det er nok et eksempel på dilemmaet mellom effektivitet og helhetlig tilbud til pasienten. Informanten definerer ikke det å ha tverrfaglige

møter som en av oppgavene til sengeposten, likevel ser informanten at noen pasienter har behov for dette og har etter hvert dette forslaget til hvordan dette kunne løses:

Somatikk 3: *Jeg tenkte jo at et spørsmål i forhold til pasienter som trenger noe ekstra, du kan si komplekse saker så - de trenger kanskje ikke akkurat å ligge på her – jeg kunne tenkt meg ei avdeling i huset her der den kompetansen for fagteamene hadde vært samlet, og når disse pasientene sto klar når alt dette skulle ordnes rundt dem så kunne de blitt flyttet dit, og at et team kunne være der. Eller at spesialistene på området var samlet.*

Intervjuer: Ja...

Somatikk 3: *..som kunne hatt en post eller hva det skulle være som kunne fulgt opp disse pasientene, for det første hadde de sluppet å være her, og for det andre hadde det vært veldig bra for pasientene fordi det ble tatt mer tak i kompleksiteten og helheten, ikke sant?*

Intervjuer: Jo..

Somatikk 3: *Jeg tror nå også det hadde ført til at pasientene ikke hadde trengt å ligge så lenge i sykehuset.*

Informanten uttrykker et ønske om at det skulle vært et tilbud om oppfølging innen sykehuset, når posten var ferdig med sin del av behandlingen. Dette utfra at informanten ikke mener at de selv har ressurser eller den nødvendige spesialkunnskap for å kunne imøtekomme behovet til pasientene i ”komplekse saker”, som informanten kaller det. Informanten gir uttrykk for at pasienten trenger et fagteam, altså tverrfaglig kompetanse, og at ved å få dette vil pasientene fått kortere liggetid i sykehuset. Pasienten har behov for rehabilitering, koordinerte og sammensatte tjenester, og informanten ser behovet, men påpeker at det ikke finnes noen slik avdeling å henvise pasienten til i sykehuset – det er ingen som kan gjøre jobben med å ivareta helheten. En kan si at det behov for rehabiliteringsplasser også innen somatikk. Informanten uttrykker ikke dette like tydelig som innen psykiatri, men sier at rehabilitering krever en annen type kunnskap enn det de har i en ordinær sengepost.

Alle postene har samarbeidsmøter med sykepleietjenesten i kommunene, men ikke noe spesielt samarbeid i forhold til de pasientene som trengte et tverrfaglig og kanskje tverretattlig tilbud. Når jeg spurte om de hadde kontakt med noen andre enn sykepleietjenesten i kommunen, altså en mer tverrfaglig tilnærming til kommunen, var svaret negativt.

5.1.3 Samarbeid med rehabilitering som mål - sammenfatning

Verken i psykiatrien eller somatikken syntes informantene å være opptatt av selve begrepet rehabilitering. I psykiatrien pekte imidlertid informantene nesten selvsagt på at pasientene måtte ha oppfølging etter utskrivelsen, men kalte dette ettervern. Noen pasienter ble henvist til rehabiliteringsavdelingen. Men det er kanskje mindre viktig hvilket begrep en bruker, bare pasientene får de tjenestene de trenger for å kunne komme seg tilbake til å delta sosialt og i samfunnet. Synes likevel det interessant at begrepet rehabilitering brukes lite innen psykiatri.

I somatikken er informantene opptatt av at de pasientene som trenger det, skal få hjemme-sykepleie eller sykehjemsplass etter utskrivelsen. Det er også en oppfattelse om rehabilitering som opptrening eller fysioterapi som rådde. Dersom noen ble henvist til rehabilitering, var det til rehabiliteringsavdeling i kommunen. Informantene gav inntrykk av en viss usikkerhet i forhold til hvilke pasienter som eventuelt skulle kunne henvises til både geriatrik avdeling og fysikalsk medisin og rehabilitering, slik at en kan anta at disse avdelingene var et lite eller ikke brukt alternativ. Det samme gjaldt opptreningsinstitusjoner; det knyttet seg usikkerhet knyttet til hvilken pasientgruppe som var aktuelle for dette tilbudet. En kan derfor si at det er et behov for kompetanseheving innen rehabilitering.

Både innen somatikk og psykiatri kom det fram behov for flere rehabiliteringsplasser.

Når det snakkes om psykiske lidelser, snakkes det ofte om at dette er langvarige eller kroniske tilstander. En har gode og dårlige perioder. I et slikt perspektiv er det naturlig å tenke langsiktige behov. St.meld. nr. 21 Ansvar og Meistring, peker på at ikke er gjort noe klart skille mellom behandling og rehabilitering i psykisk helsevern. Pasientene blir i liten grad sett på som *funksjonshemmet*, men primært sett på som *pasienter* som det psykiske helsevernet har ansvaret for. I somatikken var det viktig å behandle det som pasienten var henvist innlagt for, men så ble det definert som kommunens ansvar å ta tak i resten, *...Ja, vi kan formidle kontakt, men vi har ikke noe ansvar i forhold til akkurat det..*

Både i somatikken og psykiatrien er det helsepersonell i kommunene som er samarbeidspartner. Det er bare unntaksvis at andre etater, som sosialkontor, barnevern, NAV eller arbeidsgiver var med i diskusjoner rundt enkeltpasienter. Noen av pasientene i psykiatrien hadde ansvarsgrupper i kommunen. Det ble fra psykiatrien uttrykt at det var et savn at ikke pasientens fastlege deltok på samarbeidsmøter. Ellers syntes hovedfokus for samarbeidsmøtene både innen psykiatri og somatikk å være når og hvordan pasienten skulle skrives ut.

5.2 Individuell plan

Det kan hevdes at å tenke individuell plan, vil si å tenke oppfølging. Individuell plan (IP) er et viktig virkemiddel for å få til koordinerte og sammenhengende tjenester for den enkelte. For å få til koordinerte og sammenhengende tjenester, må imidlertid ordningen og prosedyrene for arbeidet forankres på ledernivå i organisasjonen (veilederen IP). Når planarbeidet startes i spesialisthelsetjenesten er det viktig å ha oversikt over hvem som skal kontaktes i pasientenes hjemkommuner for å kunne få til et samarbeid her på tidligst mulig tidspunkt. Som veilederen for individuell plan påpeker, er det i praksis i kommunene hovedansvaret for koordineringen ligger, utfra at det er der folk lever og bor. Men dersom ikke spesialisthelsetjenesten melder om behov, kan det føre til at pasientene ikke får tilbud, da kommunen ikke kjenner til behovet. Tilbudet kan også komme senere enn hva som er nødvendig. Dette gjelder ikke bare behov for helsetjenester, men også andre tjenester, som for eksempel skole, arbeid og trygdeytelser, det vil si alle tjenester som trengs i forhold til å kunne delta sosialt og i samfunnet.

En kan tenke at spesialisthelsetjenesten kan ha forskjellige roller i forhold til ordningen individuell plan; de kan blant annet informere pasienten om muligheten til å få en slik plan, og finne ut hvem pasienten kan kontakte i hjemkommunen for å få en plan på et senere tidspunkt. Ellers kan spesialisthelsetjenesten starte arbeidet med individuell plan sammen med pasienten. Undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten vil være nødvendig i kartleggingen av den enkeltes behov. Men det er meget viktig at det etableres kontakt til pasientens hjemkommune slik at arbeidet kan komme i gang også der, og at sykehuset ikke foreslår tiltak kommunen ikke kan effektivt utføre etter at pasienten er utskrevet. For noen pasienter vil det være slik at de allerede har en individuell plan fra sin hjemkommune. Ut fra undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten vil kanskje mål og tiltak i planen måtte endres. Dette bør spesialisthelsetjenesten følge opp i samarbeid med pasienten og koordinator i kommunen. Når sykehuset ser behov for oppfølging i hjemkommunen, må de sørge for at det finnes noen som følger opp pasienten etter utskriving. I følge forskriftens § 2 har pasienten krav på en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølging.

5.2.1 Psykiatriens bruk av individuelle planer

Det siste tiåret har man i større grad tatt i bruk begrepet psykisk helsearbeid i stedet for psykiatri (Hansen 2007). En ønsker med dette å vise at fagfeltet er bredere enn den medisinske spesialiteten psykiatri. I psykisk helsearbeid samarbeider forskjellige fagfolk med ulik bakgrunn med brukeren for å få et helhetlig tjenestetilbud. Opptappingsplanen for psykisk helse og andre virkemidler, som ordningen individuell plan, er satt inn for å få et fokus på dette. Alle informantene innen psykiatri kom uoppfordret inn på ordningen individuell plan. Det var tydelig at ordningen er noe de bruker aktivt. Samtlige informantene forteller om et omfattende opplæringsarbeid når kravet om individuell plan ble innført:

Psykiatri 1: *Ja, i starten når det kom, satset vi mye på det. Hadde en person her i posten som hadde hovedansvaret. Etter hvert så går det mye av seg selv. Ser at det er mye å arbeide med videre, type behandlingsplaner, journalføring, hva vi rapporterer, hvordan vi rapporterer, dette er jo en kontinuerlig prosesser. På denne avdelingen kjører vi jo med intern undervisning og litt i forhold til dette med behandlingsplaner skal vi nå gå igjennom.*

Lignende uttalelser som den som uttrykkes her, kom også fra de øvrige informantene i psykiatrien. Lederne har tatt tak i kravet om individuell plan og satt i gang konkrete tiltak for å finne praktiske måter å møte kravet på. Informantene er også opptatt av forskjellen på behandlingsplaner og individuelle planer. Behandlingsplaner forstås å være planer for oppholdet i sykehuset og fokuserer på målet med innleggelsen. Det kan for eksempel være utredninger og utprøving av forskjellige behandlinger som ikke kan utføres hjemme. Behandlingsplanen har andre mål og tiltak enn en individuell plan, samtidig som noen av tiltakene skal inn i en individuell plan i samarbeid med pasienten og kommunene.

Det framkom at mange av pasientene hadde en individuell plan fra før og innleggelsen kunne således være en del av planen. Informantene er også opptatt av at det måtte være en plan for hva som skulle skje etter innleggelsen:

Psykiatri 2: *Sånn at dersom pasienten kommer til oss og det ikke er startet med en individuell plan, så starter vi, vi sender ikke ballen tilbake til kommunen, det gjør vi ikke, men samtidig så har vi en klar forventning om at den er på plass. Vi ser jo at den kommer mer og mer på plass i kommunene.*

Intervjuer: Har det vært mye spørsmål om hva sykehuset skulle gjøre i forhold til hva de (kommunene) skulle gjøre og bestemme, og er de (kommunen) med dersom dere kommer med tiltak i forhold til individuell plan videre?

Psykiatri 2: *Absolutt, det er den erfaringen vi har, og vi bruker dette som et arbeidsredskap i mellom etatene, pluss at det er en plan for pasienten, de kan se at dette har vi bestemt, sånn at vi bruker den, dersom pasienten har en plan med seg når de*

kommer, vi bruker den aktivt og fører på videre når de er hos oss, så dette blir et verktøy som vi bytter på.

Informanten er positiv til ordningen individuell plan, og ser denne som et nyttig hjelpemiddel i samarbeidet med kommunen. En kan si at den individuelle planen blir en aktør i samarbeidsnettverket, sammen med pasienten, kommunen og sykehuset. Planen blir aktivt brukt som informasjon mellom kommunene og sykehuset, men det kan synes som om at det er mindre av at kommunene og sykehuset sammen med pasienten setter opp målsettinger i fellesskap. Det kan kanskje være praktiske årsaker til at det synes å være slikt, da lange avstander fra sykehus til kommuner er en utfordring.

Alle informantene er opptatt av at det er pasienten selv som skal være med å bestemme oppfølging etter innleggelse, men at det også er pasienter som velger å ikke ønske oppfølging, dette spesielt etter første innleggelse. De mente de ville klare seg selv, noe sykehuset aksepterte. Mange av pasientene hadde vært innlagt flere ganger, og da hadde de aller fleste, i følge informantene, en koordinator, det vil si en personlig tjenesteyter, med ansvar for oppfølgingen i hjemkommunen. Informantene så imidlertid at ikke alle pasientene hadde behov for en individuell plan:

Psykiatri 3: *Slik som vi arbeider med individuell plan, så har vi før 1.1.07 skulle alle pasientene ha en plan. Vi skulle ha et informert samtykke, de skulle skjønne hva dette var, få tilbud om de ville ha det. Sa de ja, tok vi kontakt med koordinator i kommunene og avtalte kontakt mellom dem og pasienten. Men nå etter det nye lovverket så.. Sånn som før så så vi at dette er ikke sammensatte og koordinerte tjenester, vi så det og det er ikke det, likevel meldte vi det, så fikk kommunene si beklager. Nå selekterer vi litt mer. Det vi gjør nå, formalia er på plass. Det vi tenker nå er mer å se på hva som skal være vårt bidrag inn i individuell plan. Vi har jobbet mye med individuell plan og vet at dette er et dynamisk produkt, ikke noe en skriver en gang for alle, men ting endrer seg.*

Informanten forteller her at i januar 2007 ble lov om psykisk helsevern § 4.1 om individuell plan endret, slik at det ble ei vurdering fra pasient til pasient om de hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester og dermed hadde rett til individuell plan. Tidligere hadde sykehuset gitt alle pasientene tilbud, og overlatt til kommunene å vurdere om pasienten hadde slik rett i forhold til lov og forskrift. Posten ser nå på hva som skal være deres bidrag i forhold til individuell plan videre. Det virker som om de har kunnskap om ordningen, kanskje nettopp fordi de har vært nødt til å praktisere den slik lovgivningen var tidligere.

Individuell plan skal se på pasientens samlede behov for tjenester på tvers av etater og nivåer. Informantene snakker mye om kontakten med helsetjenesten, spesielt sykepleietjenesten i kommunene. På spørsmål om de er i kontakt med andre etater enn helse, blir det avdekket at dette ikke er vanlig prosedyre, og at informantene mener at dette er kommunenes ansvar:

Psykiatri 3: *Vi har lite kontakt med trygdekontor, sosialkontor, arbeidskontor, arbeidsgiver. Men av og til har vi hatt kontakt. Vi tenker at det er ...- vi tenker at verden fungerer utmerket, folk gjør det de skal gjøre, sosialkuratorene gjør det som er deres jobb i kommunene – om det skjer vet vi jo ikke, men vi regner verden som fungerende. Klart vi kunne jo... det jeg kanskje ser at vi kunne, selv om det blir vanskelig å få til, er å ha en erfaren sosionom i posten, som kjenner sosialkontorene. Dersom pasienten er slik og slik, kan denne råde han til å ta kontakt med den og den – ikke nødvendig at denne sosionomen skulle ha gjort det, men vi kunne fått råd..*

Det kan se ut som om informanten tar for gitt at ting går av seg selv ute i kommunene, ”folk gjør det de skal gjøre”. Tilbakemeldingene fra brukerne, for eksempel i St.meld. nr. 21, er imidlertid samstemte på at ting ikke ordner seg av seg selv. Selv om at folk gjør jobben sin, er en avhengige av samarbeid for at tjenestene skal bli helhetlige og koordinerte. Underveis reflekterer informanten over hvordan tilbudet eventuelt kunne vært endret til det bedre, dersom de hadde hatt samarbeid med andre faggrupper, som for eksempel sosionom, og også hatt samarbeid med kommunen. Informanten ser at det kan være vanskelig å få til å ansette en sosionom, men samtidig så ser informanten at de gjennom samarbeid med flere ”kunne fått råd”. Ut fra dette kan en tenke at informanten ser at ulike yrkesgrupper ser problemstillingene på forskjellige måter og at et samarbeid kunne bedret tilbudet til pasientenes.

5.2.2 Somatikkens bruk av individuelle planer

Kun en av informantene fra den somatiske delen av foretaket visste hva individuell plan var, og ingen av informantene kom i samtalen inn på ordningen av seg selv. På spørsmål fra meg om de brukte individuell plan fikk jeg følgende svar:

Somatikk 1: *Nei, ikke som jeg har brukt det ordet, men vi har jo hatt da planer med pasienter som har vært dårlige og som har trengt hjemmesykepleier og sånne ting..*

Somatikk 2: *Har vel hørt ordet nevnt, ja, men vet lite, det er ikke noe vi bruker, sånn er det bare..*

Disse to informantene snakker om individuell plan som et *ord*, ikke som en nyttig *ordning*. Kanskje nettopp fordi de vet lite eller ingenting om ordningen, dette til tross for at ordningen har hatt fokus som et sentralt virkemiddel for å få til sammenhengende tjenester siden 2001. Samtalen med Somatikk 2 fortsatte slik:

Intervjuer: Er det (individuell plan) noe dere ønsker dere skulle visst mer om?

Somatikk 2: *Hva er det egentlig?*

Intervjuer: Individuell plan, det er en plan som skal stake ut kursen videre. Så alle som har behov for langvarige og sammensatte tjenester skal ha tilbud om å få en plan. Noen ganger begynner den i sykehuset, noen ganger begynner den hjemme, at folk har den med seg inn i sykehuset.

Somatikk 2: *Ja, men de pasientene vi har er jo stort sett eldre som enten må ha økt hjemmesykepleie eller høyere omsorgsnivå...i forhold til kontakt med sosionomer og klinisk ernæringsfysiolog så oppretter jo vi kontakt med dem her, men hvordan det videre arbeidet der fungerer når vi slipper pasienten ut, det vet ikke jeg.*

Intervjuer: Så det kan sies slik at dere er opptatt av å gjøre det dere har fått bestilling på, og så er det noen andre som følger opp videre?

Somatikk 2: *Ja, vi kan formidle kontakt, men vi har ikke noe ansvar i forhold til akkurat det, og nå nedprioriterer jo sosionomene oss fordi de har en stilling for lite, så da er det vi som får lide under det.*

Det blir ikke sett på som at posten har ansvar for å planlegge videre for pasientene, det er det andre, for eksempel sosionomene, som forventes å skulle gjøre. Forskrift om individuell plan § 6 pålegger imidlertid helseforetaket å sørge for at det utarbeides individuell plan til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Men informantens forklaring på deres prosedyrer tyder på at det ikke foregår et tverrfaglig samarbeid mens pasienten er innlagt. Det opprettes kontakt med andre yrkesgrupper, men hva disse yrkesgruppene arbeider videre med, synes det som om informanten ikke har kunnskap om. Somatikken har ikke slik psykiatrien har det, tydelige systemkrav om individuelle planer. Utfra informantens fortellinger, har det ikke vært noen opplæring eller andre initiativ for at ordningen individuell plan skulle bli tatt i bruk i somatikken.

Somatikk 3 sier de diskuterer å innføre individuell plan i første omgang i forhold til kreftpasientene, men tenker at dette kan gjelde mange pasienter etter hvert. Men de er ikke kommet i gang enda, og oppgir flere grunner til det:

NN (sykepleier i posten) er nå veldig god på dette her og har vært og hospitert og lært ved flere andre sykehus i forhold til det, og de kan bruke individuell plan. Men det går på ressurser og opplegg hvordan skal vi....altså hvordan skal det følges opp? For det er nå noe å skrive et sånt dokument, og det er jo viktig at det følges opp og blir brukt ikke bare når kreftsykepleierne er på jobb

– skjønner du – så det er en jobb å gjøre der. Derfor henger det litt enda. Vi har det absolutt på dagsorden.

Informanten ser at individuell plan kunne vært en ordning for flere av pasientene i posten, men er usikker på ”*hvordan skal det følges opp?*”. Også individuell plan blir vurdert ut fra kravet om effektiv drift og bruk av ressurser. Ellers synes det utfra informantenes utsagn, rimelig å anta at ingen av disse sengepostene anvender individuell plan. Dette selv om alle postene har pasienter som kunne sies å ha behov for koordinerte tjenester. Informantene visste lite om ordningen individuell plan, og utfra systemets kjennetegn som spesialisert og profesjonalisert kan en med sannsynlighet gå ut fra at de definerer sitt ansvar når det gjelder å bistå pasienten, til å ivareta de forhold pasientene er henvist innlagt for. Når det gjelder samarbeid, beskriver informantene at de samarbeider med lederne for hjemmesykepleie og sykehjem i kommunene, og sender plan for behov for sykepleie og oppfølging av medisinske forhold etter utskrivelsen.

5.2.3 Individuell plan - Sammenfatning

Mine funn viser at ordningen individuell plan er aktivt brukt innen psykiatri. Ordningen blir sett på som et redskap for samarbeid mellom sykehus og kommune. I somatikk ser det ut til at ordningen ikke er kjent og dermed også lite eller ikke tatt i bruk.

Ordningen individuell plan er i følge veilederen et verktøy og en prosess. Den åpner for at tjenesteapparatet kan sette tjenestemottakeren i sentrum, og som en ny arbeidsmetode ved at den utfordrer tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter. Når ordningen ble innført, var det et krav om at alle pasienter under tvunget psykisk helsevern skulle ha en individuell plan. I tillegg har Lov om psykisk helsevern en egen bestemmelse om at pasienter har krav på individuell plan og det har også vært en kvalitetsindikator innen psykisk helsevern. Disse påleggene fra myndighetene medførte at ordningen individuell plan fikk stor oppmerksomhet i psykiatrien. Det ble satset på opplæring for å møte dette nye kravet. Dette har medført at ordningen er tatt i bruk. Utfra opplysninger fra informantene er det også stadig opplæring i forhold til utvikling og bruk av verktøyet. Brukerne rapporterer imidlertid om at det er et stykke igjen til ordningen fungerer helt slik den skal (Hansen 2007).

En kan også tenke at opplæring og oppmerksomhet rundt ordningen individuell plan, også kan medvirke til økt kunnskap om og fokus på pasienters behov for rehabilitering.

I somatikken tyder opplysningene fra informantene om at ordningen individuell plan har hatt mindre oppmerksomhet, selv om retten er hjemlet i Lov om pasientrettigheter og i egen forskrift. På bakgrunn av den manglende kunnskapen om individuell plan, er det likevel rimelig å anta at det kun er de ansatte som er spesielt interesserte i ordningen, som har satt seg inn i hvordan den fungerer. Det er trolig andre styringssignaler, som for eksempel kortere liggetid og problematikk rundt utskrivningsklare pasienter, som har hatt fokus i den somatiske delen av foretaket.

5.3 Koordinerende enhet

I følge Forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13, skal både kommunene og spesialisthelsetjenesten ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Enheten skal fungere som kontaktpunkt for informasjon og tverrfaglig samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er naturlig at koordinerende enhet i kommunene har ansvar for ordningen individuell plan (Fredriksson 2006).

I intervjuene ble ikke informantene spurt direkte om koordinerende enheter, da en slik ordning kan ha forskjellig navn fra kommune til kommune. Informantene fortalte hvem de kontaktet i kommunene, og ingen andre enn Bodø kommunes tildelingskontor ble tydelig framhevet som fast kontaktpunkt. Ellers hadde hver post sine kontaktpersoner de hadde bygd opp kontakt med gjennom samarbeid over tid. Det kunne være leder for hjemmesykepleien, leder for pleie- og omsorg i kommunen, eller for psykiatrien, psykiatritjenesten i kommunene. Det synes ikke som det var opprettet noe fast kontaktsted i kommunene for spesialisthelsetjenesten. Ut fra informantenes opplysninger kan en heller ikke se at de savnet slike kontaktpunkt.

Unntaket her er imidlertid Salten Psykiatriske Senter og samarbeidsavtalen mellom dem og kommunene i nedslagsfeltet. Det er etablert klare rutiner for hvordan samarbeidet skal fungere, fra søknad til behandlingsslutt¹. De andre avdelingene innen psykiatrien og den somatiske delen av Nordlandssykehuset hadde andre rutiner, eller som dette utsagnet illustrerer, ønske om å få felles rutiner:

Somatikk 3: *Jeg, jeg tenker jo at vi skulle kunne lage gode rutiner for de pasientene som trenger det – hvem ringer vi til, hvordan møtes vi, hvordan kan vi på smidig*

¹ <http://saltenpsyk.no/samarbeid.html>

måte, på raskest mulig måte, men da uten at det går ut over kvaliteten og så videre, det vet .. det finnes kanskje, men jeg vet ingenting om det.

Intervjuer: Nei.. Hadde det vært en fordel at dette hadde vært felles, noe som Nordlands-sykehuset hadde?

Somatikk 3: *Ja, ja, – altså hadde vi kunnet, altså nå er det jo sånn i forhold til kreft-pasientene har vi jo tverrfaglige møter, og det er jo veldig nyttig og i forhold til andre typer pasienter som kunne blitt meldt inn eller til et tverrfaglig møte det vil jeg si er sånn ja.*

Intervjuer: Å få til at det er en plass på sykehuset en kan ringe og få råd og veiledning i forhold til pasientene og snakke med, og nettsider og sånt og at det er noen felles rutiner at ikke hver må sitte og lage sine..

Somatikk 3: *Ja, det hadde vært noe.*

Intervjuer: Ja, det er noe kommunene ønsker, at ikke sykehuset gir ut en ry rutine til stadighet

Somatikk 3: *Ja (ivrig nå), ja det er klart hadde man fått til noe sånt hadde det vært en svær kvalitetsforbedring.*

Informanten ønsker at det skulle ha vært ”noe”, et sted eller noen rutiner, er ikke helt sikker på hva, men savner noe. Da intervjuer legger fram forslag til hva dette noe kunne være, nemlig noen av oppgavene til en koordinerende enhet i sykehus, blir informanten ivrig og ser ”en svær kvalitetsforbedring”.

I følge utviklingsnettverket Samsynt og Framsynt, vil koordinerende enhet i helseforetak være et naturlig sted for utvikling av samarbeidsavtaler. Enheten kan også ha ansvar for kompetanseheving innen rehabilitering og individuell plan i helseforetaket. I tillegg kan en koordinerende enhet informere om de samarbeidsavtalene som er inngått, og kunne ta initiativ til å inngå nye dersom det blir meldt behov for det.

I tillegg til rutiner og samarbeidsavtaler, kan en koordinerende enhet legge til rette for møter både internt i foretaket og mellom foretaket og kommunene. I følge Jacobsen (2004) er møter den mest effektive og mest fleksible formen for samarbeid som finnes i organisasjoner. Møter er en arena for informasjonsutveksling mellom parter. Ikke alle møter har beslutningsmyndighet, men mye kan vinnes i forhold til at parter sammen kan diskutere det de opplever som problematisk i et samarbeid, direkte med dem dette gjelder. Da blir begge parter hørt, og en kan da utvikle forståelse for den annens synspunkter. Regelmessig samhandling over tid utvikler et gjensidig tillitsforhold (Jacobsen og Thorsvik 2002).

Jeg vil nå avslutningsvis sammenfatte mine funn, og se litt på veien videre i dette komplekse fagfeltet som samarbeid har vist seg å være.

Kapittel 6 Avslutning

Jeg ønsket i denne masteravhandlingen å se nærmere på den delen av definisjonen på rehabilitering som lyder ” *hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand*”. Formålet med studien var å sette fokus på samarbeid fra spesialisthelsetjenestens ståsted. Hvordan beskriver informantene at samarbeidet foregår, hvordan opplever de samarbeidet og hvilke utfordringer for å få samarbeidet til å fungere kommer eventuelt til uttrykk, og finnes det elementer som man opplever fremmer samarbeid. Jeg ville også vurdere om det var forskjell i samarbeidsrelasjonene mellom den psykiatriske og somatiske delen av spesialisthelsetjenesten.

En kan trekke den slutningen om at det ikke er nok å inngå en *samarbeidsavtale* for å få til samarbeid. Avtalenes innhold og gjensidige rettigheter og plikter må informeres om, slik at de berørte parter vet hvordan de skal forholde seg i forhold til avtalene. En informant fortalte at de hadde laget en egen samarbeidsavtale de brukte i forhold til hjemkommunen til sine pasienter. Dersom hver avdeling i Nordlandssykehuset ber den samme kommunen om å forholde seg til egne avtaler, er det nærliggende å anta at dette vil virke uryddig på kommunen som samarbeidspartner.

Kommunene er sykehusets hovedsamarbeidspartner. Sykehuset samarbeider med kommunene ut fra en erkjennelse om felles avhengighet og et ønske om fornuftig arbeidsdeling. Alle informantene beskriver først at de har et godt samarbeid med kommunene, men underveis i intervjuene kommer det fram at samarbeidet har en del utfordringer. Spenningene i samarbeidet oppstår når sykehuset ønsker å skrive ut en pasient, og kommunen ikke kan ta imot pasienten så raskt som sykehuset ønsket. Det er også spenning knyttet til at kommunene ønsker flere undersøkelser utført mens pasienten er innlagt. Spesialisthelsetjenesten, kanskje spesielt innen somatikk, men også innen psykiatri, har sterke krav i forhold til å drive effektivt og ha kort liggetid. Det er dette som belønnes i forhold til DRG¹. Det som kan løse dette spenningsforholdet er et godt samarbeid for å få på plass et tilbud i hjemkommunen.

Det er en vesentlig forskjell mellom somatikk og psykiatri ved at informantene innen psykiatri har reist rundt i Nordland og informert om sin virksomhet, målgrupper og diskutert utfordringer i samarbeidsrelasjoner direkte med kommunene. Innen somatikk er det samarbeidsmøter med kommunene to ganger årlig, men i følge informantene er ikke alle

¹ Diagnoserelaterte grupper

avdelingssykepleierne deltagere i disse møtene. Spesialisthelsetjenesten har både i kraft av navnet *spesialist* og gjennom lovgivning, der de gir råd og veiledning til kommunene, en overordnet rolle i helsehierarkiet. Dette skaper en maktubalanse og kan derfor være en utfordring i forhold til samarbeidet med kommunen.

Det er til dels store spenninger i *samarbeidet mellom avdelingene*, når de diskuterer seg imellom hvilken avdeling det er naturlig at pasienten er innlagt på, mens vedkommende får utredning eller behandling ved en annen. Sterkest kom dette fram i samhandlingen mellom psykiatri og somatikk. Jacobsen (2004) peker på at nettopp avklaring av arbeidsoppgaver og grenselinjer er metoder for å bedre samarbeidet.

Ingen av informantene forteller noe som tydet på at det var profesjonskonflikter mellom de forskjellige profesjonene i foretaket, men derimot forteller de om uenigheter mellom enhetene. Det kan tyde på at det å ha tilhørighet til en gruppe eller enhet, tilhørende en subkultur, er en sterkere mekanisme som skaper sterkere integrasjon, enn det å tilhøre samme yrkesgruppe. En kan likevel se at når en skal henvende seg på tvers i foretaket, så tar en kontakt med egen yrkesgruppe; avdelingssykepleierne forholder seg til hverandre, og de har innspill om at legene også bør snakke sammen på tvers.

Verken i somatikken eller psykiatrien syntes informantene å være opptatt av selve begrepet *rehabilitering*, men begge ser at det mangler eller er for liten kapasitet innenfor rehabilitering i foretaket. Innen psykiatri er det slik det framkom, selvsagt at pasienten skulle ha oppfølging etter utskrivelse, kalt ettervern. Noen pasienter blir overflyttet til rehabiliteringsavdelingen når denne har kapasitet. Andre pasienter innen psykiatri blir søkt til private institusjoner Helse Nord har samarbeidsavtale med. Innen somatikk er det behovet for hjemmesykepleie eller sykehjemsplass som er i fokus ved utskriving. Tilbudene på geriatrisk avdeling og fysikalsk medisin og rehabilitering er lite kjent, og det samme gjelder tilbudene på private institusjoner.

Innen somatikken er det framtrædende også her, en sterk spenning mellom kravet om effektiv drift lik kort liggetid og pasientenes behov for rehabilitering. En kunne også fornemme en viss usikkerhet i forhold til hvilke pasienter, spesielt eldre, som har behov for rehabilitering. At rehabilitering ble forstått som opptrening eller fysioterapi, ble også tydelig. En kan derfor se at behov for kompetanseheving innen fagfeltet.

Både somatikk og psykiatri tar i all hovedsak kontakt med kommunens sykepleietjeneste og ikke andre etater i forhold til utskriving.

Innen psykiatrien er *individuell plan* en mye brukt ordning, en kan si at den individuelle planen blir en aktør i samarbeidsnettverket, sammen med pasienten, kommunen og sykehuset. Ordningen individuell plan har hatt stor oppmerksomhet innen psykiatri, det har vært og er mye opplærings- og utviklingsarbeid i forhold til bruk av planen. Det er grunn til å anta at dette kan skyldes både at pasienter under tvang i det psykiske helsevern hadde et særlig krav om individuell plan før 01.01.07, og at individuelle planer er en av de nasjonale kvalitetsindikatorene psykiatrien rapporterer til sentrale myndigheter. Når det gjelder somatikken er det rimelig å tro at individuell plan er lite eller ikke brukt. Dette fordi at to av informantene ikke visste hva individuell plan innebar, og den tredje informanten hadde et ønske om å kunne innføre bruken av individuell plan for kreftpasientene først, men kunne ikke se at de hadde ressurser til å kunne sette i gang arbeidet med å innføre bruken.

Slik informantene beskriver det, er det bare tildelingskontoret i Bodø kommune som ble framhevet som *fast kontaktpunkt*. Ellers hadde de forskjellige informantene over tid utviklet egne samarbeidspartnere i de forskjellige kommunene. Det var som oftest psykiatritjenesten for psykiatrien, og leder for pleie- og omsorg eller leder hjemmetjenesten for somatikken. *Koordinerende enhet* i kommunen skal i følge forskriftens § 8 være et felles kontaktpunkt i kommunen for spesialisthelsetjenesten. Slik det framstår nå, kan det virke som om det finnes to parallelle system, et for somatikk og et for psykiatri.

Nordlandssykehuset har ikke en koordinerende enhet. Det blir fra informantene uttrykt savn etter "noe", et sted eller noen rutiner som kunne være til hjelp når de har pasienter med behov for sammensatte tjenester. Det blir også uttrykt ønske om felles opplæring om for eksempel individuelle planer.

Avsluttende kommentarer

Jeg vil til slutt komme med noen tanker om hva mine funn innebærer. Det knytter seg store utfordringer i å se behovet for sammenhengende og koordinerte tjenester, det vil si rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Studien viser også at det er en forskjell på hvordan somatikken og psykiatrien vurderer og handler i forhold til pasienter med sammensatte behov. Når det snakkes om psykiske lidelser, snakkes det ofte om at dette er langvarige eller kroniske tilstander. En har gode og dårlige perioder. Dette pekes det også på i St.meld. nr. 21, Ansvar

og Meistring. Når det gjelder somatikken framkommer det som viktig å behandle det som pasienten er henvist innlagt for, og så definerer informantene det som kommunens ansvar å ta tak i resten. Det er grunn til å anta at det er de somatiske sykehusenes organisering i forhold til organ-spesialiteter og også finansieringssystemet som utgjør den spesielle utfordringen for somatikken. Dette spenningsforholdet kommer tydelig til uttrykk i informantenes beskrivelse av samarbeid. Mange pasienter innlagt i somatiske avdelinger har langvarige og kroniske tilstander med behov for rehabilitering. Hvordan disse pasientenes behov for koordinerte tjenester kan løftes fram og imøtekommes i somatikken, kunne være tema for videre forskning.

På bakgrunn av de behov for å få til de koordinerte og sammenhengende tjenestene som informantene både innen somatikk og psykiatri gir uttrykk for, kan et mulig tiltak for å bedre samarbeidet og også for kompetanseheving, være å opprette koordinerende enhet i helseforetaket, med oppgaver som beskrevet av utviklingsnettverket Samsynt og Framsynt (Fredriksson 2006).

Det eksisterer i dag to motstridende styringssignaler; På den ene siden stykkprisfinansiering og krav om kort liggetid og på den andre siden krav om sammenhengende og koordinerte tjenester, det vil si rehabilitering. Informantene etterlyser rehabiliteringsplasser både innen somatikk og psykiatri, og opprettelse av flere slike bør kanskje være et satsningsområde videre. Det vil kanskje også hjelpe på utfordringen i forhold til utskrivningsklare pasienter, da forskning har vist at det lønner seg å rehabiliterer disse.

De klare styringssignalene i forhold til bruk av individuelle planer innen psykiatri, har etablert en kompetanse hos dem for bedre å kunne imøtekomme behovet for å tenke helhetlig og se pasientenes behov for rehabilitering. Lignende incentivsystemer bør kunne iverksettes innenfor somatikken.

Samarbeid skal på den ene siden bidra til hurtig og korrekt utskrivelse fra sykehus og på den andre siden bidra til langsiktige og koordinerte tjenester. I spenningsfeltet mellom disse oppstår utfordringene for samarbeid. Helse- og omsorgsministeren vil trolig som politiker, si ”ja takk begge deler” – og håpe på at samhandlingskomisjonen finner løsninger.

Litteraturliste:

Album, Dag og Westin, Steinar (2008): Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, Volume 66, issue 1, January 2008, pages 182-188

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2006): Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen

Becker, Gaylene (1997): *Disrupted lives: how people create meaning in a chaotic world*. University of California Press, Berkley, California

Bodø kommune: Tildelingskontoret. <http://www.bodo.kommune.no/index.php?ID=2197>
Lastet ned 28. oktober 2008

Breimo, Janne og Lunde Bente (2006): Koordinerende enhet for rehabilitering i helseforetak. *SKUR-rapport* nr 3/2006, Sosial og helsedirektoratet

Busch Tor og Vanebo Jan Ole (2001): Bestiller-ufører modellen: Utfordringer og problemområder. *TØH-serien* 2001:11, Høgskolen i Sør-Trøndelag

Den Norske Legeforenings nettsider: Oversikt over spesialiteter
<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=56704&subid=0>, lastet ned 17. juli 2008.

Erichsen Vibeke (1996): *Profesjonsmakt, på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug, Oslo

Feiring, Marte (2004): Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrepshistorie, i Wekre, Lena Lande og Vardeberg, Kjersti (2004): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen

Fredriksson, Stig (2006): Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak; Kjennetegn og kriterier for god praksis. Delrapport 1. Sosial- og helsedirektoratet
http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/KErapport_tiltrykking.pdf lastet ned 05.11.08

Fredriksson, Stig (2006): Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak; Erfaringer og anbefalinger vedrørende organisering, lokalisering og samarbeidsformer. Delrapport 2. K Sosial- og helsedirektoratet

http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/DelrapportII_KEnettverket.pdf lastet ned 05.11.08

Fredriksson, Stig (2008): Helhetlig tjenesteyting og reell brukermedvirkning. Sluttrapport Samsynt og Framsynt 2004-2007. Sosial- og helsedirektoratet

<http://www.hibo.no/index.php?ID=13824> lastet ned 05.11.08

Frost, Tore: Respekt for menneskeverdet – hva mener vi med det? Artikkel for *Aktive Fredsreiser*. [http://www.aktive-](http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd/respekt_menneskeverd.htm)

[fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd/respekt_menneskeverd.htm](http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd/respekt_menneskeverd.htm)

Lastet ned 05.11.08

Fygle Svein (2002): *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Nordlandssykehuset Bodø psykiatri, Bodø

Gautum H, Kjerstad, E og Kristensen, F (2001): Mellom to senger – Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. *SNF-rapport nr 57/01*, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen

Haugtomt, Sven Anders (2003): Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr 17, 2003; 123:2462 – 4

Helsedepartementet (2003): Styringsdokument 2004, Helse Nord,

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bestillerdokument/styringsdokument%20Helse%20Nord.pdf> lastet ned 04.11.08

Helse- og omsorgsdepartementet (2000): Forskrift om ventelisteregistrering

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2007): Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse og omsorgsområdet. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Rammeavtale.pdf>

Helsedirektoratet (2008): Individuell plan

http://shdir.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/ Lastet ned 080808

Helsedirektoratet (2007): Individuell plan – Veileder 2007

Hallandvik Jan Erik (2002): *Helsetjeneste og helsepolitikk*, Gyldendal Akademisk, Oslo

Hansen, Gunnar Vold (2007): Samarbeid uten fellesskap. Doktorsavhandling 2007:17, Karlstad University Studies

Helsedirektoratet (2008): Kvalitetsindikatorer

<http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/> Lastet ned 04.11.08

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Lov om helsetjenestene i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet (2008): Lov om Pasientrettigheter

Helse- og omsorgsdepartementet (2008): Lov om spesialisthelsetjenester

Helse- og omsorgsdepartementet (2004): Samhandling og desentralisering, Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene. Rapport fra nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering.

Helse Nord (2002): Samhandling er godt for helsa! Forslag til tettere samarbeide mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Rapport fra arbeidsgruppe juli 2002.

Helse Nord (2004): Styringsdokument 2004 fra Helse Nord RHF til Nordlandssykehuset HF, <http://www.helse-nord.no/getfile.php/Helse%20Nord%20RHF%20bilde-%20og%20filarkiv/Rapporter%2C%20dokumenter%20og%20utredninger/Styringsdokument%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20Nordlandssykehuset%20HF%202004.pdf> lastet ned 04.11.08

Helse Nord (2007): Samhandling mellom foretakene og primærhelsetjenesten – oppdatering av strategien for Helse Nord RHF. Sak på styreseminar Helse Nord RHF 21. august 2007

Holstein, James og Gubrium, Jaber (1995): The active intrview ; i Silverman, David (ed)(2006): *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. SAGE Publications, London

Jacobsen, Dag Ingvar (2004): Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv i Repstad, Pål (red.) (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Universitetsforlaget, Oslo

Jacobsen Dag Ingvar og Thorsvik Jan (2002): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget, Bergen

Knudsen, Harald (2004): Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser i Repstad, Pål (red.) 2004; *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Universitetsforlaget, Oslo

Kvale, Steinar (2000): *InterView, en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag, København

Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per (2004): *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget, Oslo

Moen, Hilde Berit (2004): "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." – en kartlegging av den koordinerende enhet for re-/ habiliteringsvirksomheten i kommunene. *SKUR-rapport nr 5/2004*. Sosial og helsedirektoratet

Moen, Hilde Berit (2005): Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Har §§ 16 og 17 i forskriften hatt betydning for samarbeidet med kommunene? *SKUR-rapport nr 1/2005*. Sosial og helsedirektoratet

Nordlandssykehuset (2004): Årsrapport 2004; <http://www.nordlandssykehuset.no/article7640-13221.html> lastet ned 04.11.08

Normann, Trine og Sandvin, Johans Tveit og Thommesen, Hanne (2003): *Om rehabilitering*. Kommuneforlaget, Oslo

NOU (1997:2): "Pasienten først". Sosial- og helsedepartementet

NOU (2001:22): "Fra bruker til borger". Sosial- og helsedepartementet

NOU (2004:18): "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene". Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet

NOU (2005:3): "Fra stykkevis til helt". Helse- og omsorgsdepartementet

Oliver Michael (1996): *Understanding Disability: From Theory to Practise*. Basingstoke: Macmillan

Petersen B Max og Wallin, Gjertrud og Samuelsson, Sven-Mårten (1997): Rehabilitering av klinikfærdige pasienter ger vinst; *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr 26 1997;117: 3804-9

Pettersen Betty og Johnsen Roar (2007): Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr 5, 2007; 127:565 - 8

Ringdal, Kristen (2001): *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget, Bergen

Sennet, Richard (2003): *Respekt i en verden af ulighed* Forlaget Hovedland, Højbjerg

Silverman, David (2000): *Doing Qualitative Research: a practical handbook*. SAGE Publications, London

Silverman, David (2001): *Interpreting Qualitative Data: methods for analyzing talk, text and interaction*. SAGE Publications, London

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Innsatsstyrt finansiering 2008

Sosial og helsedepartementet (2004): Forskrift om habilitering og rehabilitering.

Sosial og helsedepartementet (2007): Forskrift om individuell plan.

Sosial og helsedepartementet (2003): Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Stamsø, Mary Ann (red.) (2005): *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Gyldendal akademisk, Oslo

St.meld. nr. 21 (1998-99): "Ansvar og meistring". Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

St.meld. nr. 14 (2002–2003): "Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten",

Swain, John, French, Sally, Barnes, Colin, Thomas, Carol (2004): *Disabling Barriers – Enabling Environments*. SAGE Publications, London

Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse*. En innføring i kvalitativ metode.
Fagbokforlaget, Bergen

Thommesen, Hanne og Normann, Trine og Sandvin, Johans Tveit (2003): *Individuell plan, Et sesam, sesam?* Kommuneforlaget, Oslo

Tingvoll, Wivi-Ann og Sæterstrand, Torill (2008): Sats på rehabilitering. *Sykepleien magasin*
nr 13 2008

Vedlegg 1: Organisasjonskart Nordlandssykehuset HF

