

MASTEROPPGAVE

Masterstudium i organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse og utdanningsledelse

I disse samhandlingstider

”Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?”

av

Margareth Brødholt

September 2014





Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Masterstudium i organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse og utdanningsledelse

Tittel: **I disse samhandlingstider**

“Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?”

Engelsk tittel: **Times of coordination**

“How do nursing homes in Bergen municipality meet the inter organizational coordination challenges following an increasing number of psychiatric and / or drug dependent patients, in view of the requirements of the Coordination Reform on comprehensive treatment?”

Forfatter: Margareth Brødholt

Emnekode og emnenavn: MR 690
Masterstudium i organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse og utdanningsledelse

Kandidatnummer: 1

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):
Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA_x_ Nei__

Dato for innlevering:
12.09.2014

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire): Interorganisatoriske samhandlingsutfordringer, koordinerte og helhetlige tjenester, psykiatri og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sykehjem og samarbeidspartnere

Tittel og sammendrag:

I disse samhandlingstider

«Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?»

Bakgrunn:

I fremtiden vet vi at flere vil utvikle psykiske lidelser, akkurat som vi vet at også flere vil utvikle rusmiddelavhengighet, og samhandlingsreformen pålegger også at disse pasientene skal motta helhetlige og koordinerte tjenester. Samtidig vet vi at det finnes generelt lite forskning om aldring og psykiske lidelser og/eller rusmiddelbruk i kontekst.

Målet med studien har vært å se på hvordan det interorganisatoriske samarbeidet fungerer mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rusmiddelavhengighet for å gi gruppen koordinerte og helhetlige tjenester.

Metode: I studien er det brukt kvalitativ metode med semistrukturert intervju. Studiens design er komparativ. Det ble gjennomført ti intervjuer, hvert med en individuell informant. Ni av informantene var sykepleiere. En informant var lege. Av disse var ni ledere og en var saksbehandler. Dataene i studien er analysert i en kombinert tilnærming av både person- og temabasert analyse.

Resultater: Studien viser at pasientene i denne gruppen ikke mottar de samme koordinerte og helhetlige tjenestene uavhengig av hvilken avdeling de er inneliggende på ved sykehjem i Bergen kommune. De psykogeriatriske avdelingene har i langt større grad enn korttidsavdelingene klart å etablere gode samarbeidslinjer til spesialisthelsetjenesten, mens korttidsavdelingene derimot formidler tjenesten som vanskelig å samarbeide med. De psykogeriatriske avdelingene har også i langt større grad enn korttidsavdelingene utviklet en kultur hvor de ser på seg selv som en del av en sammenhengende behandlingsskjede. Lederne og de ansatte på de ulike avdelingene har ingen eller liten formell kompetanse eller videreutdanning innenfor psykiatri og/eller rus. Begge typer avdelinger etterlyser mer veiledning, hospitering og nettverksgrupper hvor alle samarbeidspartnere deltar. De psykogeriatriske avdelingene klarer i relativ stor grad å gi disse pasientene helhetlige og koordinerte tjenester, mens det ved korttidsavdelingene ofte oppstår brudd i behandlingsskjeden.

Title and Abstract:

Times of coordination

“How do nursing homes in Bergen municipality meet the inter organizational coordination challenges following an increasing number of psychiatric and / or drug dependent patients, in view of the requirements of the Coordination Reform on comprehensive treatment? ”

Background: In the future we know more people will develop mental health problems, just as we know that even more will develop drug dependence. The Coordination Reform also requires that these patients receive comprehensive and coordinated services. We also know there is general little research on aging and mental illness and/ or substance in context.

The aim of the study has been to look at how the inter-organizational coordination work between nursing homes in Bergen municipality and their partners with regard to the group of psychiatric and / or drug dependent patients in giving coordinated and comprehensive services.

Method: In this study a qualitative approach with semi-structured interview is used. The study design is comparative. Ten interviews were conducted, each with one individual informant. Nine of the informants were nurses. One informant was a medical doctor. Of these were nine leaders and one was an executive officer. The data in this study are analyzed in a combined approach consisting of both personal and theme-based analysis.

Results: The study shows that the patients in this group do not receive the same coordinated and comprehensive services regardless of the department at which they are in-patients at the nursing homes in Bergen municipality. The psycho- geriatric wards have in a much larger degree than the short-time wards managed to establish good working lines to the specialist health-service, while the short-time wards tell of a service they perceive as difficult to cooperate with. The psycho-geriatric wards have also, in a far larger degree than the short-time wards, developed a culture where they see themselves as part of a continuous chain of treatment. Leaders and employees at both the psycho-geriatric wards and at the short-time wards have little or no formal competence or any additional or special education in psychiatry and/or substance abuse. Independent of each other, both types of departments wants more guidance, internship and networking groups where all partners should participate. The psycho-geriatric wards do in a relatively large extent manage to provide these patients with comprehensive and coordinated services, while the short-term departments often breach the chain of treatment.

Forord

Dette har vært en spesiell og spennende kunnskapsreise. Da jeg startet på videreutdanning i administrasjon og ledelse, i godt voksen alder, så var det med en klar tanke om at: Det var ingen skam å snu! Men i stedet ble det en ”Birkebeiner” av fire års varighet. Jeg ble fanget av drivet og trangen til å vite mer. Det skal innrømmes at fra starten og litt ut i løpet var ”smørningen” helt feil. Det ble en bråstopp. Temaet jeg hadde valgt lot seg ikke gjennomføre, og med 14 dager til rådighet til å levere noe helt nytt, finne ny ”smøring”, var det plutselig en fordel og allerede ha tilbakelagt relativt lange distanser i både ”studentrennet” og ”helsepleierrennet”.

Gjennom arbeidet mitt i helsesektoren, har jeg alltid hatt en spesiell interesse for pasientgruppen psykiatri og rus. Jeg har sett at dette er en ”glemt gruppe” og at det medfører store utfordringer å gi disse pasientene koordinerte og helhetlige tjenester på tvers av tjenestenivåene. Jeg hadde også vært opptatt av Samhandlingsreformen lenge før den ble vedtatt, og slik ble to store interesser til en oppgave som jeg har brent for helt fra ”litt ut i løpet”!

Min veileder Oddbjørn Bukve, har vært en uerstattelig støtte, inspirator og utfordrer gjennom hele prosessen. Dine kreative innspill og støtte har vært svært velkomne!

Jeg vil også få rette en takk til alle informantene som delte sin kunnskap og erfaringer med meg, og deres ønske om at forskningen ville rette søkelyset på noe de også var genuint opptatt av. Mitt mål videre er at studien skal bli et redskap som kan brukes videre i arbeidet med å oppnå Samhandlingsreformens krav om helhetlige og koordinerte tjenester også for denne pasientgruppen.

Min søster, takk! Gjennom hele ”Birkebeineren” har du diskutert temaet livlig og kreativt med meg! Med korrekturen har du også ”stått løpet ut”!

Min svoger: Takk for at du har bidratt med gode innspill, tålmodighet og gode middager!

En takk til min arbeidsgiver, Bergen Røde Kors Sykehjem. De har innvilget permisjon og slik muliggjort at jeg kunne følge samlingene.

Min sønn: TAKK! Gjennom hele turen har du ”lyst opp løypen” ved å lage og servere de beste middager ”ever”! Og for stilltiende og med glimtet i øyet og å ha godtatt en relativt tankefjern mor! Du er herved invitert på en bedre middag med alt tilbehør!

Bergen, september 2014
Margareth Brødholt

Innhold

Forord	
Figurliste	
1. Innledning	8
1.1 Tema	8
1.2 Nasjonal kontekst	9
1.3 Kunnskapsstatus/tidligere forskning	11
1.4 Organisering av masteravhandlingen	14
2. Teori	15
2.1 Organisasjonsstruktur	16
2.2 Kultur	20
2.3 Ledelse av samarbeid	22
2.4 Kompetanse	26
2.5 Oppsummering av teorikapitlet	29
3. Metode	33
3.1 Vitenskapsteoretisk posisjon	33
3.2 Valg av forskningsdesign og vitenskapelig metode	35
3.3 Presentasjon av utvalg og demografiske data	38
3.4 Henvendelse til informantene	41
3.5 Utarbeidelse og kvalitetssikring av intervjuguiden	41
3.6 Gjennomføring av intervjuet	42
3.7 Reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning	43
3.7.1 Reliabilitet	43
3.7.2 Validitet	44
3.7.3 Ethiske dilemmaer	45
4. Analyse av data	45
5. Presentasjon av funn	48
5.1 Innledning	48
5.2 Grunnlag	49
5.3 Om samarbeidet mellom enhetene	49
5.4 Samarbeidsavtaler	52
5.5 Organisasjonsstruktur	55
5.6 Kultur	58
5.7 Ledelse av samarbeid	62
5.7.1 Forventninger til samarbeid	62
5.7.2 Kulturelt mangfold	63
5.7.3 Lederrollen	64
5.7.4 Forvaltningsnivåer	65
5.8 Kompetanse	66
5.9 Oppsummering av funn	76
5.9.1 Psykogeriatriske avdelinger	76
5.9.2 Korttidsavdelinger	76
5.9.3 Hjemmesykepleien	78
5.9.4 Spesialisthelsetjenesten	79
5.9.5 Forvaltningen	80
6. Konklusjon	80
6.1 Organisasjonsstruktur	81
6.2 Kultur	85
6.3 Ledelse av samarbeid	87
6.4 Kompetanse	91
6.5 Oppsummering	93
7. Ønsker for fremtiden – en mangel i dag?	93
Etterord	

Litteratur

Vedlegg 1 Intervju guide til sykehjemmene. Forskningsopplegg Margareth Brødholt

Vedlegg 2 Intervju guide til sykehjemmenes samarbeidspartnere. Forskningsopplegg Margareth Brødholt

Vedlegg 3 Informasjonsskriv. Forskningsopplegg Margareth Brødholt

Vedlegg 4 Samtykke til deltakelse i studien. Forskningsopplegg Margareth Brødholt

Vedlegg 5 Prosjektbeskrivelse. Forskningsopplegg Margareth Brødholt

Vedlegg 6 Svar på forespørsel om å rekruttere informanter til masteroppgave

Vedlegg 7 NDS. Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vedlegg 8 Prosjektvurdering – kommentar. Personvernombudet for forskning

Figurliste

Fig. 2.1 Begrepsmodell

Fig. 3.1 Vitenskapelig metode (Ragin/Amoroso 2011:17).

Fig. 3.2 Overordnet matrise for løsning av masteravhandlingen (Peter Ardon og Rita Bjørgan Holand, 2011).

Fig 5.1 Samarbeidsavtaler (Bergen kommune)

1. Innledning

1.1. Tema

Gjennom mitt arbeid i rus- og eldre omsorgen, har jeg sett en økning av godt voksne pasienter med alvorlig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, selv om denne pasientgruppen ikke kan sies å være i flertall. Det ble tidlig klart for meg at veldig mange godt voksne pasienter med ulike typer rusmiddelavhengighet og/eller psykiske lidelser, som kom til innleggelse for avgiftning, som regel ikke var henvist til videre behandling av henvisende instans som kunne være både sosialkontor, hjemmesykepleien eller pasientenes fastleger. Det karakteristiske for denne gruppen pasienter i rusomsorgen var hyppige avgiftningsopphold, men liten eller ingen oppfølging.

Som avdelingsleder ved en korttidsavdeling på et sykehjem, opplevde jeg stadig at flere av pasientene som kom til innleggelse ved avdelingen hadde komplekse sykdomsbilder, som medførte behov for sammensatte tjenester. Dette kom spesielt til syne når vi snakker om pasientgruppene med rusmiddelavhengighet og/eller en psykisk lidelse. Jeg opplevde at disse pasientgruppene ofte kom fra sykehusopphold til et korttidsopphold hvor bestillingen fra forvaltningen var rehabilitering for tilbakeføring til hjemmet. Først når de kom til oss, kom det frem at de hadde store og til dels komplekse tilleggsdiagnoser, som krevde en annen og omfattende behandling i tillegg til bestillingen fra forvaltningen. Dette kunne være avgiftning og/eller medisinerer av psykiske lidelser. At dette først ble oppdaget når de kom til innleggelse ved korttidsavdelingen, skyldtes som oftest ufullstendige epikriser og at pasientjournalene ikke fulgte pasienten mellom de ulike tjenestenivåene. For disse pasientgruppene opplevde jeg flere problemstillinger. Det kunne dreie seg om mangel på samarbeid mellom sykehjemmet og de ulike etater som forvaltningen, hjemmesykepleien, fastleger og spesialisthelsetjenesten, men også dem i mellom. Det kom også fram at man ved sykehjemmet ikke innehadde den nødvendige kompetansen som kreves for å være i stand til å ivareta disse pasientgruppenes behov. Jeg erfarte til stadighet at disse pasientgruppene ble en kateball i et vanskelig og tungrodd system, fordi de hadde et særskilt behov for samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene. Disse pasientgruppene har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstillere alene.

Avdelingen opplevde i tillegg å bli avvist av enkelte tenkte naturlige samarbeidspartnere. Dette gjaldt kun for gruppen godt voksne/eldre med rusmiddelavhengighet og eller psykiske lidelser og eller demens.

I dag er ansvar og oppgaver fordelt på to forvaltningsnivåer, hvor kommunene forvalter primær- og omsorgstjenesten, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. Dette opplevde jeg var med på å understøtte mangelen på pasientenes behov for et helhetlig pasientforløp. De ulike aktørene hadde i liten grad ansvar for å legge til rette for samarbeid med andre aktører, og dette medførte at pasientene ofte opplevde tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige. Mangelen på en helhetlig tilnærming til behandlingsforløpet ble dermed et problem for den enkelte pasient, som opplevde at de ikke mottok gode nok koordinerte tjenester.

Min interesse for disse pasientgruppens behandlingmuligheter, innenfor det norske helsevesen, strekker seg over en årrekke. Interessen har heller ikke avtatt med tanke på den demografiske utviklingen og endringer i framtidens sykdomsbilde. I 2050 vil vi få en betydelig økning av eldre, samtidig som aldersbæreevnen viser at forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, blir mindre. Høy levealder innebærer også at det blir flere som blir syke og flere som får behov for helse- og omsorgstjenester.

Som en følge av dette, vil sykehjem motta et økende antall pasienter med underliggende diagnoser. I tillegg kommer at liggetiden på sykehus skal ned og overføring til sykehjem skal skje hurtigst mulig. Sykehjemmenes stilling i behandlingssyklusen vil endres og vil være en utfordring i årene som kommer.

I lys av denne konteksten stiller jeg meg spørsmålet om hvordan sykehjem i Bergen kommune møter de ulike utfordringene som disse pasientgruppene representerer, og hvordan sykehjemmene ivaretar disse pasientgruppens rettigheter og behandlingsbehov.

1.2 Nasjonal kontekst

Det er mange som har store forventninger til Samhandlingsreformen. Den er en administrativ og organisatorisk reform, samtidig som den også er en reform som vil endre arbeids- og samarbeidsmåten for den enkelte profesjonelle utøver. Reformen understreker betydningen av

at kommunene skal ta mer vare på sine innbyggere i form av en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at det helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor det beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Samhandlingsreformen vektlegger strukturelle grep for å bedre samhandlingen, og den tar utgangspunkt i tre sentrale utfordringer: 1. Pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, tjenestene er fragmenterte. 2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. 3. Den demografiske utvikling og endring i sykdomsbilde gir utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld. nr. 47 2008-2009: 1 Sammendrag).

Samhandlingsreformen foreslår fem hovedgrep for å kunne møte de påpekte utfordringene og for å unngå at vi får en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller hvor samfunnet blir nødt til å foreta nødvendige prioritetsbeslutninger, som vil bryte med grunnleggende verdier i det norske samfunn. Den norske velferdsstaten bygger på velferdsidealene som likhet, rettferdighet, sosial og økonomisk trygghet og sosial integrasjon. I tillegg står frihetsidealet sentralt i den norske velferdsstatens idealer (Knut Halvorsen, 2010). Disse utfordringene krever tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene, som at tiltakene må være av strukturell karakter, ved at det må skje endringer i den strukturelle oppbyggingen av tjenestene som skal møte fremtidens behov. Det må derfor også etableres rammebetingelser, som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og til å levere tjenester i samsvar med målene. I den forbindelse vurderte regjeringen fem hovedgrep: 1. Klarere pasientrolle. 2. Ny fremtidig kommunerolle. 3. Etablering av økonomiske insentiver. 4. Specialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. 5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer (St.meld. nr. 47 2008-2009: 1 Sammendrag).

Dette er med på å sette store krav til forskjellige institusjoner og etater innenfor helsetjenestene, som nå må jobbe bedre sammen. Kommunen får flere oppgaver, mens sykehusene skal samle spesialiserte fagmiljøer, slik at de blir sterke på sine spesialiteter (St. meld. nr. 47 2008-2009).

1.3 Kunnskapsstatus/tidligere forskning

Samhandlingsreformen er en ny reform, og det finnes derfor ikke mye relevant forskning. I dette kapitlet om kunnskapsstatus/tidligere forskning, har jeg vist til hva jeg har funnet som er av relevans for denne avhandlingen.

Det foreligger lite empiri om forskning på Samhandlingsreformen og pasientgruppen psykiatri og/eller rus. I søket etter litteratur, fant jeg at plandokument for alderspsykiatri 2011-2020, konkluderer med at det alderspsykiatriske feltet står foran store oppgaver. De demografiske endringene de nærmeste 20–30 årene viser at den største befolkningsøkningen vil finne sted blant de eldste, noe som vil utfordre den nasjonale helsetjenesten på alle nivåer. Høy levealder innebærer også at det blir flere syke, og flere som får behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg ser vi en stor økning av sykdommer som kan være knyttet til folks helse- og levevaner, og som folk vil leve med hele livet. Verdens helseorganisasjon har beregnet at depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsekostnadene i 2020, og dette er grupper med store og økende samhandlingsbehov (St.meld. nr. 47 2008-2009).

Av forskning som belyser hvordan det er å arbeide med eldre rusmiddelbrukere på sykehjem, fant jeg en Masteroppgave av Liv Flesland (2010), hvor studien var å undersøke kompetansebehov relatert til rusmiddelbruk blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Forskingen konkluderte med at det i liten grad var tilrettelagt for kontinuerlig kunnskapsutvikling i kommunale pleie- og omsorgstjenester, og at personalressurser ser ut til å være en nøkkelfaktor for å kunne etablere gode læringsarenaer. Hun påpekte at skal man skape lærende organisasjoner, så må det være en organisasjonskultur og -struktur som er tilrettelagt for dette.

Hun viser også til en kunnskapsoppsummering fra Norden av Jyrkämä & Haapamäki (2008), som konkluderer med at det forventes en økning i rusproblemer blant eldre. I den forbindelse vil det være behov for forskning på alkoholforbruk og aldring, og på hvilken betydning bruk av rusmidler vil ha for de eldres helse.

Hun refererer til internasjonal forskning rundt temaet, hos blant andre Ahlström (2008), som viser at det er nødvendig for helsepersonell å få økt kunnskap og forståelse om alkoholforbruk

og hertil relaterte problemer blant de eldre. Hun nevner også Cummings et. al. (2008) sin studie, som viser at alkoholforbruk blant eldre voksne gir risiko for økt sykdom og dødelighet. Han viser videre til at 68 generasjonen er en generasjon som er større enn noen annen tidligere kohort, og at denne gruppen i større grad enn tidligere generasjoner blir eksponert for og er vant til å bruke alkohol og andre rusmidler. Helsepersonell i kommunale tjenester vil i økende grad møte disse pasientene. Det vil derfor bli et enda større behov for at helsepersonell har forståelse for rusmiddelbruk blant eldre, samtidig som det blir viktig at de har kunnskap om effektive behandlingsstrategier.

En kunnskapsoppsummering av Runa Frydenlund (2011), viser at det finnes mange eldre med et risikofylt alkoholforbruk og at det er grunn til å tro at antall risikokonsumenter vil øke i framtida. Mange av disse vil ta med seg sin drikkevane og sin livsstil inn i pensjonisttilværelsen. En mulig konsekvens av dette vil gi en økt andel risikokonsumenter og flere alkoholrelaterte skader, som igjen vil føre til nye utfordringer for pleie- og omsorgstjenestene.

I Norge og internasjonalt er det krav om koordinering av tjenester, og krav om at profesjonelle i helse- og sosialsektoren skal samarbeide i praksis og utdanning. Willumsen (2009) viser til at dette har vært nedfelt i ulike offentlige meldinger og lovreguleringer, som i NOU'en "Samordning i helse- og sosialtjenesten (NOU 1986). Vi har en rekke lover som har bestemmelser om samarbeid, og som regulerer krav om samarbeidet generelt med andre tjenester. Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), Lov om helsetjenester i kommunen (1982), lov om helsepersonell (1999), lov om sosiale tjenester (1991) og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) er eksempler på dette. Allikevel påpeker Willumsen (2009) at selv om det har vært fokus på tverrprofesjonell praksis i ulike offentlige dokumenter samt pålegg i sentrale lover, så har Norge kommet forholdsvis kort med tanke på utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid i teori og praksis.

Willumsen (2009) viser til at når det gjelder tverrprofesjonell utdanning (TPU), som kvalifiserer studentene til tverrprofesjonelt samarbeid i praksis, så har dette i liten grad skjedd innen utdanningene. Willumsen (2009) viser til at ledere for velferdstjenester utfordres som en følge av stadige forandringer i planlegging, organisering og tilbud av offentlige tjenester.

Det er et krav om at tjenestene skal være lett tilgjengelige, individuelt tilpasset og samordnet, og at brukerne skal medvirke ved utforming og gjennomføring av tiltak. Dette innebærer at samarbeid representerer en utfordring for ledere av helse- og sosialtjenestene, og handler både om hvordan de leder tjenesten og hvordan de tilrettelegger for samarbeid for å kunne tilby koordinerte tjenester. Willumsen (2009) viser til en studie hun utførte i 2006, som tar utgangspunkt i ledelse og tverrprofesjonelt samarbeid i to barneverninstitusjoner. Målet var og utforske ledernes erfaringer og belyse hvordan de utførte lederrollen, og hvordan de organiserte og tilrettela for samarbeid mellom profesjonelle og mellom profesjonelle og brukere. Resultatene viste at ledernes erfaringer med tverrprofesjonell ledelse omfattet tre kategorier: 1. Eksternt ansvar. 2. Opprettholde kommunikasjon. 3. Internt ansvar. Lederne hadde det interne ansvaret og myndigheten for sin egen institusjon. Samtidig hadde de ansvar eksternt for å binde sammen egne interne innsatser med sine eksterne samarbeidspartnere, for å kunne gi helhetlige og integrerte tjenester. Lederne måtte samhandle med både sine egne ansatte og eksterne partnere for å kunne gi en sammenhengende og hensiktsmessig ledelse.

San Martín- Rodríguez m. fl (2005) fant i sin internasjonale gjennomgang av teoretiske og empiriske studier at det må være visse faktorer til stede i de ulike organisasjonene, innad og på tvers for at vellykket samhandling skal kunne finne sted. Hun fant at vellykket samarbeid handler om: 1. Organisatoriske faktorer innad i organisasjonene, som handler om støtte fra organisasjonene for å få til effektivt samarbeid, ledelse, tid, rom og koordinering.

2. Mellommenneskelige faktorer, dvs. samhandling mellom profesjonene, som handler om flere faktorer som felles målsetting, tillit og respekt, kommunikasjon, engasjement, møteplass, rolleinnndeling og sammensetning. 3. Systemfaktorer, dvs. omgivelsene rundt organisasjonen, som handler om politisk vilje til å fremme tverrfaglig samarbeid.

Oppsummert kan vi si vi vet at det i årene som kommer vil bli en sterk økning i pasientgruppen eldre med rus og/eller psykiatri, og at det i den forbindelse vil være behov for forskning på alkoholforbruk, aldring og rusmiddelbrukens betydning for de eldres helse.

Vi kan konkludere med at det på dette feltet i fremtiden vil være behov for å utvikle personalets kompetanse i helse- og omsorgssektoren. Vi kan fastslå at det fortsatt er en lang vei å gå for å innfri målene om en tverrprofesjonell utdanning (TPU), som kvalifiserer

studentene til tverrprofesjonelt samarbeid i praksis. Selv om det har vært fokus på tverrprofesjonelt samarbeid, så har vi fortsatt ikke kommet særlig langt i denne prosessen. Vi kan slå fast at dagens ledere utfordres som en følge av stadige forandringer i planlegging, organisering og tilbud av offentlige tjenester. Det innebærer at samarbeid representerer en utfordring for dagens ledere av helse- og sosialtjenestene.

Ut fra denne bakgrunnen er det viktig at det nå og i fremtiden gjennomføres empiriske studier av samarbeidsutfordringene i den norske helse- og omsorgssektoren.

1.4 Organisering av masteravhandlingen

I denne studien ønsker jeg å se på hvordan samhandlingspraksisen er mellom utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus.

Gjennom å kartlegge hvordan den interorganisatoriske samhandlingen fungerer ved utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, kan jeg i forskningen min avdekke og sette søkelyset på den samhandlingspraksisen som foregår. Jeg vil se om det oppstår eventuelle ”brudd” i samhandlingspraksisen og se på mulige tiltak for å forbedre denne.

Jeg vil rette fokus på de mellommenneskelige faktorene som vilje til samarbeid, gjensidig respekt og tillit, og om et eventuelt interorganisatorisk samarbeid oppleves som nyttig for de aktuelle informantene. Jeg vil fokusere på de organisatoriske faktorene som mål og ledelse, og se på hvilke ressurser og tiltak som er igangsatt for tilrettelegging av interorganisatorisk samarbeid. Jeg vil kartlegge kompetansebehovet blant personalet ved de utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen rus og/eller psykiatri, samt å se på hvordan deres ledere møter dagens utfordringer sett i lys av samhandlingsreformens krav om koordinerte og helhetlige tjenester.

I lys av dette ønsker jeg å forske på hvordan det interorganisatoriske samarbeidet fungerer mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus.

For å finne svaret på dette har jeg formulert følgende problemstilling:

”Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?”

I Norge er helse- og omsorgstjenestene en av velferdssamfunnets viktigste oppgaver, og disse tjenestene utføres på ulike nivåer hvor kommunen har ansvaret for primærhelsetjenestene og stat/helseforetakene forvalter spesialisthelsetjenestene.

Dette innebærer mange samspillrelasjoner som sammen skal danne utgangspunkt for en god samhandling med et helhetlig pasientforløp som mål. Dette vil by på utfordringer, og siden samhandlingsreformen er en reform hvor staten legger føringer for hvordan helsetjenestene skal gis, vil dette kreve evne til omstilling. Teorikapitlet fokuserer på det interorganisatoriske samarbeidet mellom sykehjem og deres samarbeidspartnere, og spesielt på faktorene organisasjonsstruktur, kultur, ledelse av samarbeid og kompetanse som betingelser for interorganisatorisk samhandling for å oppnå helhetlig behandling av pasientgruppen psykiatri og/eller rus. Kapitlet Presentasjon av funn omhandler de data som kom fram i denne undersøkelsen. I konklusjonskapitlet presenteres drøftninger og konklusjoner før jeg avslutter det hele med et kapittel kalt ”Ønsker for fremtiden – en mangel i dag?”

2. Teori

Teoriene jeg har valgt er relevante for min problemstilling og de er grunnleggende for å kunne se om de nødvendige forutsetningene for interorganisatorisk samhandling er tilstede. Det vil være naturlig å ta utgangspunkt i teoriene når forskningsspørsmålene skal detaljeres til informantene. I teorikapitlet har jeg sett på organisasjonsstruktur, kultur, ledelse av samarbeid og kompetanse som vilkår for å oppnå interorganisatorisk samhandling.

Før jeg går videre har jeg valgt å definere de teoretiske begrepene rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser.

(Fra http://snl.no/.sml_artikkel/rusmiddelavhengighet: 3. desember 2012 kl 16:42).

Rusmiddelavhengighet, tilstand der det er utviklet et avhengighetsforhold i bruken av rusmidler. Rusmidler er stoffer som gir opplevelse av rus, samt forskjellige andre symptomer og tegn på f.eks. sentralnervøs stimulering, demping av sentralnervesystemet (sløvhet, søvnighet, bevisstløshet) eller illusjoner, hallusinasjoner og andre psykosesyntomer. Alle rusmidler har det til felles at bruken av dem kan føre til utvikling av rusmiddelavhengighet og forskjellige typer rusmiddelskader.

(Fra http://snl.no/psykiske_lidelser: 3. desember 2012 kl 16:50).

Psykiske lidelser, sykdommer og lidelser av psykisk eller mental karakter; ofte medfører de endret oppførsel og væremåte hos pasienten. Årsaken kan være genetisk, fysiokjemisk, psykologisk eller sosial. De psykiske lidelsene er klassifisert etter International Classification of Diseases and related health problems, ICD-10.

2.1 Organisasjonsstruktur

Begrepet organisasjonsstruktur viser til hvordan man fordeler arbeidsoppgaver og hvordan man styrer og koordinerer arbeidet for å realisere organisasjonens mål (Jacobsen og Thorsvik, 1997: 59-60). Organisasjonsstruktur er konstruert for å fremme en bestemt atferd og for å koordinere atferd med sikte på å løse bestemte oppgaver. Den består av formell fordeling av arbeidsoppgaver, plikter og rettigheter, og formelle virkemidler for styring og koordinering av arbeidet i den hensikt å oppnå stabile atferdsmønstre blant de ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 1997).

Den hierarkiske organisasjon har vært den ledende organisasjonsform innenfor produksjon siden framveksten av industri. Max Weber argumenterte på begynnelsen av 1900-tallet for at en slik organisering var en forutsetning for rasjonell og effektiv produksjon. En løs definisjon av hierarkiet er at det er en organisasjon med en klar arbeidsdeling og med vertikale over- og underordningsforhold. Kjennetegn ved hierarkiet er at organisasjonen har klare grenser mot omgivelsene, beslutningsmyndigheten er sentralisert, en overordnet har myndighet til å instruere og kontrollere sine underordnede, arbeidsoppgaver er preget av spesialisering og rapportering, og kommunikasjon skjer vertikalt (NOU 2000:21). Tradisjonell byråkratisk forvaltningsmessig organisering er tuftet på flere hierarkiske nivåer og strenge regler og

rutiner for rapportering og kontroll, hvor både arbeidsoppgaver og løsning er forutsigbare. Virksomheten er delt opp i avdelinger etter funksjon og kompetanse, og ledelsens frihetsgrader og påvirkningsmuligheter er begrenset. Ledelsesfunksjonen går hovedsakelig ut på å utforme og følge opp kontroll av regler og rutiner.

Utviklingen i offentlig sektor i Norge de siste 20 årene har vært sterkt påvirket av New Public Management (NPM), som vokste frem som en motsats til den sterke hierarkiske styringen av offentlig sektor. En sektor som var preget av en sterk byråkratisering og regelstyring, samt saktegående og langdryge saksbehandlingsprosesser for å finne beste regel og anvendelse av denne. Kritikken innbefattet at offentlig sektor var for stor, produserte med for høye enhetskostnader, hadde svak brukerorientering, brukerstyring og svak ledelse. Med NPM fikk man en kost – nytte tankegang med krav om tidsmessig og kostnadsmessig forvaltning av offentlige tjenester. Med innføringen av NPM så man en forskyvning fra en sterk statlig intervensjon til en større grad av rammestyring og desentralisering av makt og ansvar. Samtidig ser vi en utvikling i offentlig forvaltning eksempler på at nettverksorganisering har fått mer å si de siste tiårene, og mange forskere snakker om en generell vending fra government i betydningen hierarkisk styring – til governance – i betydningen nettverksbaserte styringsformer – som paradigmer for moderne offentlig forvaltning (Kjær, 2004 i Bukve 2012).

Gery Stoker i Bukve (2012) viser i sin modell til forskjeller mellom tradisjonell offentlig administrasjon, NPM og verdibasert offentlig ledelse når det gjelder styrings- og ledelsesformer. Hans tankegang er at tradisjonell forvaltning har vært for nært knyttet til regelføring som verdi, og NPM har erstattet dette med like ensidig vektlegging av effektivitet. Verdibasert ledelse legger vekt på de felles verdiene forvaltningen kan realisere, og hvordan oppgaveutformingen kan realisere disse målene. Her er nettverk og dialog viktige verktøy for å avklare hva som skal være felles verdier. Spørsmålet blir da om det er slik at det er utviklet nettverk og dialog mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere for å kunne gi disse pasientgruppene et helhetlig pasientforløp?

Nettverksorganisering av forvaltningen kan være preget av ulike nivåer av samordning. Agranoff (2007) i Bukve (2012) skiller mellom informasjonsnettverk, utviklingsnettverk, spredningsnettverk og handlingsnettverk, og de er nettverk mellom organisasjoner som tar

sikte på å skape en merverdi eller synergieffekt gjennom samarbeid. I informasjonsnettverk er arbeidsmåten preget av utveksling av informasjon, problemløsing, felles agendaer og arbeidsplaner i forhold til å identifisere problem. Utviklingsnettverk er preget av et felles forum for utvikling av kompetanse og handlingsevnen til medlemmene med tilbud om assistanse i utviklingsarbeidet. Spredningsnettverk tar sikte på å utveksle informasjon, teknologier og ressurser slik at gode løsninger og felles program kan bli satt i gang på tvers av formelle organisasjonsgrenser. De leverer oppskrifter på god praksis til medlemmene og de evaluerer gjerne måloppnåelse. Handlingsnettverk er preget av gjensidig tilpassing av politikk og program, og nettverket utvikler forpliktende program og tiltak. Bukve (2012) påpeker at det er ikke slik at nettverk i offentlig forvaltning går gjennom disse utviklingsstegene i tur og orden, mange blir der de startet og andre blir gradvis mer forpliktende.

Det pekes også på at ikke alle forvaltningsnettverk er formaliserte nettverk mellom organisasjoner. Profesjonsnettverk er nettverk som knytter sammen aktører med felles yrkesbakgrunn, og er orienterte mot å holde profesjonelle standarder oppe i hverdagspraksisen. Sektor og saksnettverk binder sammen aktørene med ulike formelle posisjoner, men de samarbeider på tvers for å fremme interessene til en bestemt sektor eller for å få gjennomslag i en sak. Disse nettverkene er som oftest uformelle arenaer for samordning og samarbeid mellom ulike aktørgrupper, men de kan også være formaliserte samarbeid (Bukve, 2012). Man kan da stille seg spørsmålet om prosessene rundt helhetlige pasientforløp medfører at vi får nytenkning og innovasjon med grunnlag i dialog og kommunikative prosesser, eller skjer det en standardisering med grunnlag i etablerte yrkesmessige og statusmessige relasjoner?

Nettverksorganisering finnes i mange former og rundt ulike deler av den kommunale og fylkeskommunale virksomheten. Nettverk er en styringsform for samarbeid mellom aktører som har en formell selvstendighet (Thompson, 1991 i Bukve 2012). Det finnes to hovedmekanismer for samarbeid: 1. Samarbeid på grunnlag av felles verdier og tillit, hvor forutsetningen for samarbeidet er at aktørene stoler på hverandre. 2. Samordningsmekanismen er basert på forhandlet enighet, hvor aktørene i et nettverk kan snakke sammen og dermed finne fram til kompromiss og felles plattformer, som de kan nedtegne i formelle eller uformelle avtaler (Bukve, 2012). Bukve (2012) peker på at en annen dimensjon som påvirker

nettverkene er graden av interessefellesskap. Der hvor aktørene i nettverket har felles interesser, kan nettverket i større grad konsentrere seg om hvordan man skal samordne handlinger og arbeide for å realisere fellesinteressene. ”Diskursen i nettverket får en samordnende eller koordinerende karakter” (Bukve, 2012: 220). Har aktørene i nettverket ulike interesser, må nettverket løse problem som er knyttet til interessemotsetninger, og påvirkningskraften og styrkeforholdet internt blir da viktigere for hvordan nettverkene fungerer og hvordan de kan styres (Bukve, 2012).

Bukve (2012) viser til at i governability teorier er man opptatt av hvordan autonome aktører med felles interesser klarer å samhandle og hvordan de gjennom slik samhandling kan øke styringsevnen i samfunnet (Mayntz, 1993 i Bukve 2012). En av fordelene med nettverksorganisering er at den kan medvirke til å bygge bru over systemgrenser og organisasjonsgrenser, og hvor forhandlet enighet og felles kontrakter er viktig for å få til samordning. Aktørene kan også som et resultat av samordningen utvikle felles normer og tillitt til hverandre. Der det finnes felles verdier og kulturer, kan det lettere oppstå nettverk på tvers av formelle grenser (Putnam, 1993 i Bukve 2012).

Bukve (2012) viser videre til at det i avhengighetsteoriene legges vekt på at nettverk kan romme konflikter mellom aktører med ulike interesser, og at aktørene i slike konflikter er orienterte mot egennytte. Det som holder nettverkene sammen er at aktørene er avhengige av hverandres ressurser, og der hvor det er slik avhengighet finnes det derfor motiv til å etablere felles styringsnettverk for å samordne ressurser og dermed oppnå mer. Et interessant spørsmål i lys av dette er hvordan Sykehjem i Bergen kommune har møtt de organisatoriske utfordringer det vil være med innovasjon av opprettelse av interorganisatoriske nettverk for å oppnå helhetlige pasientforløp?

I tillegg finnes det nettverk som er en mellomform hvor organ med hierarkiske relasjoner til andre kan pålegge disse å samarbeide i nettverk. To mulige og relevante varianter vil være:

1. Bergen kommune pålegger sykehjem i Bergen kommune og andre kommunale tjenester å bygge nettverk for å fremme samhandlingsreformens krav til en helhetlig pasientbehandling for denne pasientgruppen.
2. Staten pålegger statlige og kommunale organ å samarbeide for å oppnå det samme. Dette kan da sees som et nettverk som er påtvunget ovenfra, i motsetning

til et som har grodd naturlig fram nedenfra. Metastyring av nettverk handler om at spillereglene for nettverkene blir fastlagte, og mer hierarkiske styringsformer kan bli innført for å få aktørene til å handle slik at de produserer det forventede resultatet. I følge Bukve (2012) opptrer slike nettverk i skyggen av hierarkiet, og spesielt på de områdene hvor kravene til lik gjennomføring av politikken og like rettigheter for innbyggerne er sentrale. På den andre siden understreker Bukve (2012) at slik metastyring ikke nødvendigvis bare er negativt, fordi den kan være rettet mot å institusjonalisere nettverkene og slik gi de ressurser på måter som gjør at de kan fungere optimalt. Et interessant spørsmål blir da i hvilken grad Bergen kommune eventuelt har pålagt sykehjem og andre kommunale tjenester å samarbeide, og hvordan slike nettverk eventuelt fungerer sammenlignet med andre nettverk for å fremme en helhetlig pasientbehandling for denne pasientgruppen ved sykehjem i Bergen kommune.

2.2 Kultur

”Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser – oppfunnet, oppdaget eller 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 derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene” (Schein, 1985:9 i Jacobsen og Thorsvik 1997:103).

Samhandlingsreformen understreker at skal samhandlingen mellom de ulike forvaltningsnivåene bli bedre er det avgjørende at det utvikler seg en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og de organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Det må utvikles en felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og man må samles om felles mål for behandlingen (St.meld. nr. 47 2008-2009: 5.2).

For at innfallsvinkelen med standardiserte pasientforløp skal gi de tilsiktede resultatene, understrekes det i samhandlingsreformen at det er to supplementter som er viktige:

1. At man bruker det beskrevne pasientforløpet til å vurdere hvilke pasienttilfeller som har så mange særtrekk at tjenestene heller bør ta utgangspunkt i de særlige forholdene ved sykdomstilfellet, og ikke i oppsett for standardiserte pasientforløp.
2. Der det tas utgangspunkt i standardiserte pasientforløp, bør det vurderes om det for enkeltstående forløp skal velges andre løsninger.

Departementet mener at en slik tilnæringsmåte kan gi positive effekter i forhold til å utvikle lærende organisasjoner og gode virksomhetskulturer (St.meld. nr. 47 2008-2009: 5.2).

Knudsen (2004) påpeker at en viktig forutsetning for samarbeid er at partene har kompatible ideologier og kompatible kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre. Ideologisk kompatibilitet vil si syn på hva som er god terapi, gode arbeidsmåter og behandlingsformer, oppfatninger av hva den enkelte enhet eller institusjon står for og hva andre enheter som mulige samarbeidspartnere står for. Kvalitetsmessig kompatibilitet uttrykker partenes vurderinger av hverandres faglige prestasjonsnivå. Dette innebærer ikke at bare enheter med topp kompetanse og faglig nivå kan samarbeide, men at enheter som skal samarbeide bør ha noenlunde likt kvalitetsnivå, slik at de har respekt for hverandres arbeid.

Axelsson og Axelsson (2009) viser til at samarbeidet mellom profesjonelle fra ulike velferdsinstitusjoner ofte skjer i multidisiplinære team og at et slikt samarbeid kan være vanskelig på grunn av kulturelle forskjeller i språkbruk, holdninger, verdier etc. Det vil vanligvis kreves en lang utviklingsprosess for at de profesjonelle skal lære å kjenne hverandres kompetanse og se forskjellene mellom dem som en ressurs heller enn et problem. For å oppnå en profesjonell altruisme vil det kreves stor profesjonell modenhet for å kunne innse egne begrensinger i sin egen arbeidsmåte og behovet for andres bidrag, slik at profesjonene kan utfylle hverandre.

I følge Jacobsen (2004) er den kanskje sterkeste kulturen i norsk offentlig forvaltning profesjonskulturen, noe som innebærer at profesjonene har monopol på visse stillinger og fører ofte til det som kalles profesjonelle organisasjoner. Slik blir profesjonskulturer forsterket av organisasjonsgrenser som igjen medfører at koordinering mellom organisasjoner vanskeligjøres ytterligere. Jacobsen (2004) viser til at en mulig måte å bygge ned de profesjonskulturelle barrierene på er å lage mer multiprofesjonelle organisasjoner. En annen

strategi er å rekruttere personer som tidligere har arbeidet i organisasjoner man bør koordinere sin virksomhet med, fordi når man flytter fra en organisasjon til en annen, så tar man med seg kjennskap om den tidligere organisasjonen. Slik kan barrierene for samarbeid bli mindre. En annen viktig strategi er at man gjennom rekruttering kan ta hensyn til at begge organisasjoner er med og deltar i utformingen av stillingsannonsen, innstillingen, intervjuer og anbefalinger. Innenfor ulike organisasjoner har det utviklet seg ulike kulturer basert på blant annet organisasjonskultur, profesjonskultur og sektorkultur, og mennesker kommuniserer bedre med medlemmer av samme kultur enn med medlemmer av andre kulturer. Mangel på kapabilitet vil kunne forsterke forskjellene mellom de ulike organisasjonskulturene, profesjonskulturene og sektorkulturene ved at man ikke er villig til å lære om og av hverandre.

Skal sykehjem og de forskjellige aktørene de samarbeider med klare å oppnå et godt samarbeid, må de klare å gå utover kulturelle forskjeller. Det å oppnå en felles forståelse vil være en viktig forutsetning for å få en god samhandlingssituasjon. Kulturelle faktorer vil derfor ha stor betydning for hvordan ansatte i organisasjoner tolker informasjon, hendelser og aktiviteter og hvordan de kommuniserer med hverandre og andre.

2.3 Ledelse av samarbeid

I dette kapitlet presenterer jeg teori som viser til den kompleksiteten som finnes i samarbeidssituasjoner og de ulike ledelses utfordringer som er knyttet til dette. Kapitlet handler ikke om ledelse generelt, men om ledelse av samarbeid.

Når det gjelder det interorganisatoriske samarbeidet mellom sykehjem og deres samarbeidspartnere, kan vi snakke om mål på flere nivåer. For det første er det kommunens overordnede mål, for det andre er det målene til de ulike samarbeidspartnerne/etatene, og til sist kan det også være at hver enkelt deltaker har egne mål for å delta i et samarbeid. Det vil derfor være nødvendig at de grunnleggende målene for samarbeid er synliggjort og avklart hos og mellom de ulike aktørene.

Vangen og Huxham (2009) er opptatt av å synliggjøre kompleksiteten som ligger til grunn for ulike samarbeidssituasjoner og utfordringene som er knyttet til dem, og de viser til fire temaer som er viktige faktorer for samarbeid: 1. Mål. 2. Tillitt. 3. Kulturelt mangfold. 4. Ledelse.

Det å bli enige om felles mål er ofte en utfordring, og Vangen og Huxham (2009) viser til flere forskere som har vært opptatt av dette (Bryson mfl. 2006, Oliver 1990, Hudson 2004, Anslinger og Jenk 2004, Buckley mfl. 2002, Luo 2001). Kjernen i deres forskning er ifølge Vangen og Huxham (2009) at det er essensielt å utvikle tydelige, omforente eller framforhandlede mål for å oppnå framdrift for samarbeid. De viser til at i de fleste situasjoner er forventningene om samarbeidsgevinster basert på oppnåelse av en potensiell synergieffekt mellom deltakerne selv om de samtidig har ulike resurser, erfaringer og ekspertise. Slike ulikheter medfører at partene i utgangspunktet har sine egne og derfor forskjellige målsettinger og visjoner for samarbeidet, og at dette fører til at de i ethvert samarbeid vil ønske å bidra på hver sin måte og vil søke etter ulikt utbytte. Det kan derfor være problematisk å oppnå enighet om mål. Vangen og Huxham (2009) viser til at det er viktig å synliggjøre og avklare hva som er de grunnleggende målene for det aktuelle samarbeidet, og de viser til at mål som kan påvirke innhold og retning i en samarbeidsprosess, kan skilles fra hverandre ut fra seks dimensjoner:

1. Målenes nivå som viser til at vi kan skille mellom mål for selve samarbeidet, mål for de aktuelle organisasjonene hver for seg, og mål som de deltakende personene ønsker å oppnå for sin egen del.
2. Målenes utgangspunkt som viser til at målene som er utformet av deltakerne ofte er påvirket av nasjonale føringer.
3. Målenes autensitet/oppriktighet som viser til i hvilken grad deltakerne identifiserer seg med de målene som er satt for samarbeidet.
4. Målenes relevans som viser til at en viktig suksessfaktor for å lykkes i samarbeidet er å identifisere og definere de spesifikke målene for hver enkelt samarbeidspartner og felles mål for samarbeidet. Her er det viktig også å avgrense hvilke mål som kan forventes oppnådd og hvilke som ikke kan forventes innfridd gjennom samarbeidet.
5. Målenes innhold som handler om at mange av de uttalte målene ofte angår kjernen i det som samarbeidet handler om, slik som å skaffe seg tilgang til resurser og ekspertise, fordele risiko, øke effektiviteten, forbedre koordinering av tjenestetilbudene og oppnå læring.

6. Grad av åpenhet som handler om at mål kan bli diskutert åpent og uttalt tydelig. Men det kan også finnes grunner for at dette ikke skjer, ved at mål med hensikt ikke blir avdekket eller uttalt, og at mål kan forbli uuttalte selv om det ikke er en intensjon å skjule dem.

Når målene for samhandlingspraksisen er avklart, blir spørsmålet videre om de ulike aktørene i det interorganisatoriske samarbeidet har tillitt til hverandre. Vangen og Huxham (2009) viser til at i faglitteratur om samarbeid fremheves tillitt som en forutsetning for et vellykket samarbeid (Lane og Backmann, 1998, Bradach og Eccelles, 1989, Das og Teng, 1998, alle i Vangen og Huxham 2009). Vangen og Huxham (2009) viser til hva de kaller en "tillitssløyfe", som fremhever to faktorer som viktige for å etablere et tillitsforhold: 1. Å avklare forventninger til et framtidig samarbeid. 2. At samarbeidspartnere stoler nok på hverandre til å tillate seg å ta sjansen på å initiere samarbeidet. Hvis begge disse faktorene er avklart, vil man kunne forvente at tillitt gradvis vil bygges opp ved at man starter med noen beskjedne, men realistiske mål som kan innfris. En god start på en slik tillitsbyggende prosess er at ledere oppnår enighet om formålet med samarbeidet, at de er tydelige på sin egen innsats i samarbeidet og at de er tydelige på hva de forventer å få igjen.

Kulturelt mangfold er en kilde til samarbeidsgevinst – og til samarbeidstregghet.

En viktig faktor for å oppnå god samhandlingspraksis i det interorganisatoriske samarbeidet, vil være om de ulike aktørenes ledere innehar de ferdigheter og egenskaper som kreves for å utnytte de kulturelle ulikhetene til en samhandlingsgevinst.

Vangen og Huxham (2009) viser til at forskning tyder på at man oppfatter og forholder seg til ulikhet med grunnlag i nasjonale røtter og i organisasjons- og profesjonskulturer, som de samarbeidende aktørene identifiserer seg med (Bird og Osland, 2006, Gray og Mallory, 1998, alle i Vangen og Huxham 2009). De fremhever at det er tre områder for hvordan kulturelle ulikheter kan komme til uttrykk og påvirke et samarbeid, og at dette stiller spesielle krav til ferdigheter og personlige egenskaper hos samarbeidspartnernes ledere:

1. Håndtering av annerledeshet er ulike måter å være på, omgås på og arbeide på. Det dreier seg om å integrere et mangfold av ulikheter i den enkeltes kultur som har innvirkning på vedkommendes grunnleggende orientering overfor andre, og som kommer til uttrykk i samarbeidssituasjonen. Forskning tyder på at forventninger til samarbeidspartneres adferd

baserer seg på en forventning om likhet/stereotypier, og at slike innarbeidede forestillinger kan føre til misforståtte forventninger og oppfatninger som vil kunne påvirke samarbeidet (Bird og Osland, 2006, Walsh, 2004 alle i Vangen og Huxham 2009). Dette kan medføre spesielle utfordringer, som på den ene siden innebærer at det er nødvendig å opparbeide kulturell bevissthet for å håndtere misforståtte forventninger og oppfatninger om over-/underordnethet versus at allmenn kunnskap ikke kan gripe den spesifikke sammensetningen av kulturelt mangfold i enhver situasjon, og at bevisstgjøring om kulturelle implikasjoner innebærer et behov for å generalisere med den implisitte fare dette utgjør for å lage stereotypier.

2. Samhandlingsmønstre dreier seg om kulturelle forskjeller som kommer til syne i praktisk arbeid og i samhandling mellom deltakerne i en arbeidssituasjon, og spesielt om hvordan kultur på ulike måter påvirker kommunikasjonen mellom samarbeidspartnere. Vangen og Huxham (2009) viser til at ulike kommunikasjonsstiler samt naturlig språk, profesjonell terminologi og organisasjonsspesifikk sjargong kan øke tilbøyeligheten til mistolkninger og misforståelser. Utfordringen blir da på den ene siden å understreke at kulturell bevissthet er nødvendig for effektiv samhandling mellom ulike grupperinger versus enhver allmenn form for kommunikasjon som er nødvendig for å bestemme at en felles agenda ikke trenger å ta hensyn til det kulturelle mangfoldet som er tilstede i ethvert samarbeid.

3. Utnytte forskjeller. Vangen og Huxham (2009) viser til at behovet for å håndtere annerledeshet og å etablere et samhandlingsmønster sammen med forskjeller i organisasjoners systemer og prosedyrer, har avgjørende betydning for å oppnå samarbeidsgevinster. De peker på tre spenningsfelt som er viktige å håndtere: 1. At fleksibilitet m.h.t. struktur og prosesser på den ene siden er nødvendig for å innpasse annerledeshet i samhandlingsmønsteret versus at etablerte strukturer og prosesser kan være det som i utgangspunktet gjør organisasjonene i stand til å bidra til samarbeidsprosjektet. 2. At autonomi som på den ene siden understreker at enkeltpersoner trenger autonomi for å kunne handle på vegne av sine organisasjoner for å få framdrift i samarbeidet versus at ansvarlighet er nødvendig for å beskytte organisasjonenes interesser og deres opprinnelige bidrag til samarbeidet. 3. At å opprettholde kontroll som på den ene siden er nødvendig for å oppnå framdrift i samarbeidet versus at det å streve med

kompleksitet er nødvendig for at samarbeidsprosjektet skal få tilgang til ekspertisen til alle som kan bidra til å skape samarbeidsgevinster.

Hvor viktig er ledelse for å påvirke samhandlingspraksisen i det interorganisatoriske samarbeidet for å unngå nettopp uforenlige mål, manglende tillitt og fare for stagnasjon og sammenbrudd i samarbeidet?

Vangen og Huxham (2009) viser til at det viktige med ledelse i samarbeidskontekster er å fokusere på ledelse som handlinger som bidrar til at aktiviteter og resultater blir ført i en bestemt retning framfor en annen. Ledelse handler om redskaper og mekanismer som utløser handling, og de beskriver ledelsesredskapene i en samarbeidskontekst som strukturer, kommunikasjonsprosesser og deltakere. Videre understreker de behovet for at ledelse noen ganger bør være fasiliterende og andre ganger mer styrende, og at begge roller synes å være vesentlige for å oppnå framdrift i et samarbeid.

Gjennom arbeidet mitt med disse pasientgruppene erfarte jeg at de ulike organisatoriske enhetene ofte ikke klarte å samarbeide med det formålet å få til helhetlige tjenester. Dette kom frem når jeg var i kontakt med ulike ledere og/eller ulike profesjoner, som på hver sin måte anså at de hadde de beste løsningene for disse pasientgruppene ut ifra eget ståsted. Som tidligere nevnt er det i dag slik at ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivåer, hvor kommunene forvalter primær- og omsorgstjenesten og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. Spørsmålet blir om denne delingen er med på å komplisere samhandlingspraksisen for å oppnå et helhetlig pasientforløp. Videre kan man stille spørsmålet om denne delingen i to nivåer medfører en samhandlingspraksis som bidrar og /eller opprettholder og/eller forsterker revir og revirtenking?

2.4 Kompetanse

I dette kapitlet presenterer jeg teori som omhandler ulike typer kompetanse, tverrprofesjonell utdanning, tverrprofesjonell praksisutplassering og betydningen av kapabilitet.

Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i arbeidslivet, og det er viktig at helsetjenesten sikrer et tilstrekkelig antall kompetent helsepersonell i alle deler av tjenestene (St.meld. nr. 47 2008-2009: 13.2).

Kompetanse (Gulbrandsen, 1994 i Almås 2009) utgjør både en forutsetning for handling og et indre referansesystem eller en bakgrunnskunnskap for persepsjon eller oppfatning av omverden. Kompetanse innbefatter *påstandskunnskap*, *ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap*, og som *er*, eller inkluderer, *kunnskap-i-handling*. Kompetanse er dels eksplisitte påstandskunnskaper som angår en objektiv virkelighet ”der ute” (Aadland, 1997 i Almås 2009), og dels implisitte eller *tause*. Nyere profesjonsforskning understreker at kompetanse omfatter både de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for utøvelsen av profesjonen, men også evne og tilbøyelighet til å reflektere over den virksomhet man driver (Lycke, 1996 i Almås 2009). Almås (2009) viser til kapabilitet som evnen til å endre og generere ny kunnskap og hele tiden forbedre sin atferd. I dagens komplekse verden er det viktig at fremtidige studenter innenfor helse- og omsorg tilegner seg ikke bare kompetanse, men også kapabilitet. Almås (2009) viser til at personellgrupper med ulik trening og ulikt ansvar har forskjellig syn på hva som er den beste løsningen på et problem, og at når de faglige relasjonene er uavklarte mellom profesjonene, kan spesialiseringen utløse profesjonsmotsetninger. Det er derfor nødvendig å få i gang dannelses- og læringsprosesser som utvikler en kultur der de ulike profesjoners fagområde kommer i fokus. Almås (2009) viser til at mellom 1960 og 1970 dukket begrepet tverrprofesjonell utdanning opp, og viktigheten av en gjensidig forståelse for andre profesjoner er blitt sentralt for profesjonsutøverne. Almås (2009) argumenterer for at gjennom en tverrprofesjonell utdanning oppnår man ikke bare at man lærer det samme, men man lærer også om og av hverandre. Samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene (St.meld. nr. 47 2008-2009: 13.2 og 13.5.2).

Som en følge av innføringen av Samhandlingsreformen er det av interesse om dette har ført til at de ansatte ved sykehjem har fått nye arbeidsoppgaver og nye ansvarsområder i forhold til disse pasientgruppene, og om de føler seg usikre og/eller lite kompetente. Det har tidligere vært lite fokus på rusmiddelbruk blant eldre (Gurnack et. al., 1997 i Liv Flesland 2010), og det kan være utfordrende å møte denne pasientgruppen også fordi rusmiddelbruk lett kan skjules av andre symptomer (Coogle et. al., 2000 i Liv Flesland 2010).

Skal samhandlingsreformen lykkes forutsetter det at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren. For å kunne gi god kvalitet på tjenestene i kommunens pleie- og

omsorgstjeneste er det en viktig forutsetning at det rekrutteres og beholdes personell. Erfaringer viser at gode faglige arbeidsmiljøer, god grunnbemanning, en hensiktsmessig bemanningssammensetning, god ledelse samt muligheter for fagutvikling innenfor sitt felt er viktige virkemidler i denne sammenhengen. Dermed blir det viktig å se på behovet for ulike helsepersonellgrupper, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å møte framtidens behov for personellgrupper det blir mangel på (St.meld. nr. 47 2008-2009: 13).

Som en følge av Samhandlingsreformen er det et spørsmål om det er utarbeidet arenaer for tverrprofesjonell praksisutplassering mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten, for slik å sikre helhetlig behandling av denne pasientgruppen? Og om dette eventuelt er med på å bryte barrierer og skape forståelse for hverandres roller, skape god kommunikasjon og et godt koordinert samarbeid. Reeves (2009) viser til at effektivt samarbeid mellom aktørene i helse- og sosialsektoren er et verdensomspennende politisk mål (Barr, 2005 i Reeves 2009). Og selv om forskning indikerer at godt tilrettelagt samarbeid kan redusere fravær blant ansatte, skape et mer tilfredsstillende arbeidsmiljø og forbedre kvaliteten på behandlings- og omsorgstjenestene til pasientene (Zwqrnsein og Reeves, 2006 i Reeves 2009), så registrerer man fortsatt problemer i samarbeidet mellom profesjonene. Reeves (2009) viser til at gjennom TPU kan man sammen lære på en interaktiv måte og slik bedre samarbeid, behandling og omsorg. Selv om Reeves (2009) er opptatt av praksisutplassering for studenter, mener jeg at dette er overførbart til praksisutplassering av helsepersonell, og at det vil kunne gi/øke den kompetanse eller kapabilitet som er nødvendig for å arbeide effektivt sammen i behandling og omsorg for pasienter og brukere. Knudsen (2004) påpeker at enheter som kan utfylle og utnytte hverandres kompetanse, som kan betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig, vil kunne ha nytte av samarbeid, dvs. domenekompatibilitet.

Personalet innenfor sykehjem innehar kompetanse på geriatri og demens, og det vil være naturlig å dedusere at skal samhandlingsreformens krav til helhetlige pasientforløp innfris overfor pasientgruppen rus og/eller psykiatri også innenfor sykehjem, må det skje en kompetanseutvikling av personalet på disse fagfeltene. Det vil bli viktig å skape arenaer for læring og innovasjon for å møte fremtidens utfordringer med tanke på nye og endrede oppgaver. Å stimulere til systematisk kompetanseoverføring på tvers av og mellom

forvaltningsnivåene blir viktig, slik at man kan utnytte personalressursene på andre og bedre måter enn i dag.

2.5 Oppsummering av teorikapitlet

Vangen og Huxham (2009) forsøker å vise at temaet mål utfordrer forestillingen om at identiske mål er avgjørende for å oppnå samarbeidsgevinster. De hevder at virkelige mål kan finnes side om side med andre mål, de kan være reelle og fiktive, og de kan berøre selve samarbeidet, de respektive organisasjonene og de involverte personene. Erkjennelsen av denne kompleksiteten kan være et redskap for å håndtere ulikheter i målene. De viser til at temaet tillitt representerer en tilsvarende oppfatning om at tillitt er nødvendig for å lykkes med samarbeid, mens det i realiteten er slik at tillitt mangler i mange samarbeidssituasjoner. I temaet kulturelt mangfold belyser de spenninger som kan oppstå i samhandlingen mellom ulikheter som er forankret i nasjonale, organisatoriske og profesjonelle kulturer, og at dette medfører spesielle ledelsesutfordringer. De viser til ledelse hvor de understreker at det er behov for både en styrende og en fasiliterende form for ledelse for å oppnå samarbeid.

Utviklingen i offentlig sektor i Norge de siste 20 årene har vært sterkt påvirket av New Public Management (NPM), hvor man fikk en kost – nytte tankegang med krav om tidsmessig og kostnadmessig forvaltning av offentlige tjenester. Man kan nå også se en utvikling i offentlig sektor på at nettverksorganisering har fått mer og si, og man snakker om en vending fra government i betydningen hierarkisk styring - til governance - i betydningen nettverksbaserte styringsformer (Kjær, 2004 i Bukve 2012). Gery Stoker i Bukve (2012) understreker at verdibasert ledelse legger vekt på de felles verdiene forvaltningen kan realisere og hvordan oppgaveutformingen er med på å realisere disse målene, og hvor nettverk og dialog er verktøy for å avklare disse felles verdiene. Nettverksorganisering av forvaltningen er preget av ulike nivåer av samordning og Agranoff (2007) i Bukve (2012) skiller mellom informasjonsnettverk, utviklingsnettverk, spredningsnettverk og handlingsnettverk, hvor målet er å oppnå merverdi gjennom samarbeid.

Ikke alle forvaltningsnettverk er formaliserte nettverk (selv om de kan være formaliserte) mellom organisasjoner, og Bukve (2012) viser til både profesjonsnettverk og sektor/saksnettverk som uformelle arenaer for samordning og samarbeid mellom ulike aktørgrupper. Nettverk er en styringsform for samarbeid mellom aktører som har en formell

selvstendighet. De bygger på samarbeid gjennom tillitt og felles verdier, eller de er basert på forhandlet enighet hvor aktørene snakker sammen for å komme frem til felles plattformer. Bukve (2012) påpeker at graden av interessefellesskap har betydning for hvordan aktørene samordner handlinger og hvordan de samarbeider for å realisere felles interesser.

Avhengighetsteoriene (Bukve, 2012) viser til at nettverk også kan romme konflikter mellom aktører med ulike interesser, men at de blir holdt sammen fordi aktørene er avhengige av hverandres ressurser. Det finnes nettverk som er en mellomform, hvor organ med hierarkiske relasjoner til andre kan pålegge disse å samarbeide (Bukve, 2012) og at en slik metastyring av nettverk handler om å få aktørene i nettverket til å produsere et forventet resultat.

Skal samhandlingen mellom ulike forvaltningsnivåer bli bedre, må det utvikles en kultur der de ulike organisatoriske enhetene ser sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp (St.meld. nr. 47 2008-2009). Skal samarbeid mellom de ulike partene oppnås, må det utvikles kompatible ideologier og kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre (Knudsen, 2004). Skal samarbeidet mellom profesjonelle fra ulike institusjoner bli vellykket, må de profesjonelle være villige til å innse sine egne begrensninger i sin egen arbeidsmåte og behovet for andres bidrag, slik at de kan utfylle hverandre. Mangel på kapabilitet vil kunne forsterke forskjellene mellom ulike kulturer og medføre at de ulike kulturene ikke er villige til å lære om og av hverandre.

Kompetanse opparbeides gjennom utdanningssystemet, videreutvikles i arbeidslivet, og innbefatter påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Det er viktig at helsepersonell og fremtidens studenter tilegner seg kapabilitet. Almås (2009) viser til kapabilitet som evnen til å endre og generere ny kunnskap og hele tiden forbedre sin atferd. Almås understreker og viser til begrepet tverrprofesjonell utdanning, hvor det er viktig å få i gang dannings- og læringsprosesser som utvikler en kultur der de ulike profesjoners fagområder kommer i fokus.

Samhandlingsreformen stiller nye krav til helsepersonells kompetanse og dermed vil det være viktig at man ser på behovet for ulike personellgrupper og hvilke tiltak som kan iverksettes for å møte fremtidens behov. Et viktig aspekt her er at praksisutplassering av helsepersonell vil kunne gi og øke den kompetansen eller kapabiliteten som trengs for effektivt å kunne

arbeide sammen i behandling av pasienter og brukere. Gjennom domenekapabilitet vil man kunne utnytte og utfylle hverandres kompetanse og slik ha nytte av et samarbeid. Det å stimulere til kompetanseoverføring mellom og på tvers av forvaltningsnivåene vil bli viktig i fremtiden, slik at man kan utnytte personalressursene bedre og på andre måter enn i dag. Det kan hevdes at sykehjemmene nå og i fremtiden står overfor store utfordringer når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus, og at kompetanseutvikling på dette området vil være viktig.

Nedenfor vises en begrepsmodell som illustrerer hvordan de uavhengige variablene, organisasjonsstruktur, kultur, ledelse av samarbeid og kompetanse påvirker den mellomliggende variabelen, interorganisatorisk samarbeid. Modellen viser hvordan dette påvirker samarbeidet mellom sykehjem og deres samarbeidspartnere for å oppnå koordinerte og helhetlige tjenester for denne pasientgruppen; den avhengige variabelen.

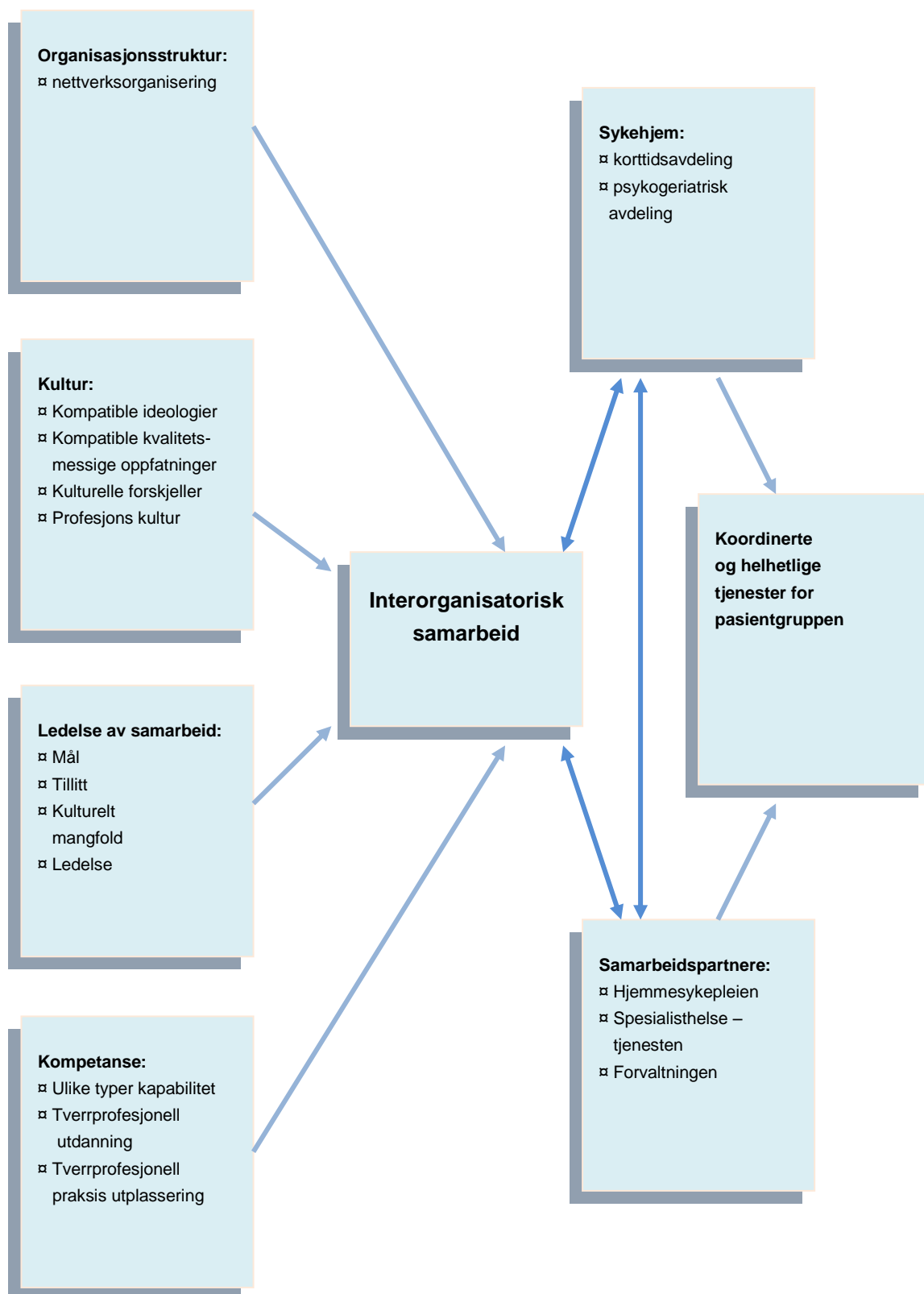


Fig. 2.1 Begrepsmodell

I kapitlet om metode nedenfor vil jeg utdype og beskrive prosessen ytterligere.

3. Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk posisjon

Vitenskap kan defineres som systematiske studier av fysiske eller sosiale fenomen. De fleste vitenskapene er empiriske eller erfaringsbaserte der vitenskapelig kunnskap skapes i et samspill mellom teori og observasjoner av virkeligheten. Vitenskapsteori er refleksjon over vitenskapelig aktivitet og kunnskap. En skiller mellom normativ vitenskapsteori som handler om hvordan forskeren bør gå fram for å skape vitenskapelig kunnskap, og beskrivende vitenskapsteori som fokuserer på hvordan vitenskapen utføres i praksis.

Samfunnsforskning er en representasjon av samfunnet hvor forskeren tar opp betydningsfulle samfunnsfenomen. Samfunnsforskning er videre direkte eller indirekte forbundet med teori om samfunnet og er et resultat av systematisk analyse av innsamlet data (Rindal, 2012).

Fritt oversatt sier Ragin/Amoroso at samfunnsforskning er en av mange måter å konstruere fortolkninger av samfunnsliv – å fortelle om samfunnet. Det er produktet av innsatsen til et individ (eller gruppe av individer) som peker på samfunnsmessige viktige fenomen, engasjerer direkte eller indirekte i ideer eller samfunns teori, innlemmer store mengder av passende bevis som har blitt samlet inn av en hensikt og resultater fra systematisk analyse av dette bevis (Ragin/Amoroso, 2011:8).

Jeg vil ta utgangspunkt i den hermeneutiske posisjonen, som går ut på å forstå eller fortolke en handling ved å knytte den til en hensikt, en intensjon, en plan, et prosjekt hos den handlende (Ringdal, 2012).

(Fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Hermeneutikk>: 19. desember 2012 kl. 19:37).

(Fra: <http://home.hio.no/~helgerid/litteraturogmedieleksikon/hermeneutikk.pdf>: 19. desember 2012 kl. 19:43).

Hermeneutikk (gresk: *hermeneuein*, som har en tredelt betydning 1) å uttrykke eller uttale, 2) å utlegge eller forklare og 3) å oversette eller fortolke) er et sett med teorier som omhandler prosessen å fortolke en tekst og å skape mening av denne. Hermeneutikken søker en

bevisstgjøring over denne prosessen, og den foreslår også fremgangsmåter for tolkning. (Ordet tekst blir her brukt i utvidet form, og gjelder enhver form for budskap.) Hermeneutikk brukes også om selve handlingen å fortolke en tekst for å skape mening ut av denne. Det kan også kalles fortolkningskunst eller forståelselære.

Det viktigste begrepet innen hermeneutikken kalles Den hermeneutiske sirkel eller den hermeneutiske spiral. Den beskriver helheten av det som skjer når vi fortolker en tekst og danner oss en mening av innholdet i den, fra vår vurdering av avsenderens bakgrunn, situasjon og intensjon, til vår vurdering av teksten selv og mediet den når oss gjennom, og videre til vår egen selvrefleksjon. Dette er hvordan mening dannes gjennom fortolkningsprosessen, uavhengig av om vi er bevisst at prosessen foregår eller ikke.

Å bruke den hermeneutiske sirkel er å bevisstgjøre seg sine egne og tekstens horisonter, og å la denne bevisstheten være en del av den prosessen det er å skape mening av en tekst. **Delene forstås og fortolkes ut fra helheten – og helheten forstås og fortolkes ut fra delene.** Altså som en sirkel eller spiral, med et gjensidig utvekslingsforhold mellom deler og helhet. Slik forandres og utvides vår oppfatning og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen.

EX: To hver for seg vakre hus som står ved siden av hverandre, kan gi et disharmonisk helhetsinntrykk. To romankapitler som begge er fylt av patos på hver sin måte, kan framkalle en ironisk effekt når de leses etter hverandre. I uttrykket “How do you do” er helheten av uttrykket noe helt annet enn delene hver for seg. Helheten kan innen ulike metodiske tolkningstradisjoner være teksten som helhet (autonomiestetikk), forfatterens liv og virksomhet (inkludert intensjonen med verket), andre tekster av samme forfatter, andre tekster i samme sjanger, tekster skrevet i samme tidsperiode/epoke, tekster skrevet i samme situasjon, osv. Forståelse innebærer å se sammenhenger.

(Fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Empiri>: 19. desember 2012 kl. 19:47).

Empirisme står for den oppfatning at våre observasjoner er gitte, mens hermeneutikk står for den oppfatning at våre erfaringer er betinget av vår forståelse, vårt språk og sosiale og kulturelle bakgrunn. Dette avspeiler seg i de forskjellige metodeidealer i empiriske og hermeneutiske forskningstradisjoner.

Jeg ser for meg at jeg muligens kan benytte kritisk teori som kalles den trippel hermeneutiske metode. Metoden består av enkel hermeneutikk som handler om individets tolkning av seg selv og sin intersubjektive situasjon eller virkelighet. Dobbel hermeneutikk som handler om forskerens fortolkning av denne virkeligheten og i tillegg en kritisk tolkning av de samfunnsforholdene som påvirker både respondenten og forskeren. ”Fokus rettes mot prosessene som bidrar til at bestemte interesser fremmes på bekostning av andre. Denne tilnærmingen innebærer et kritisk standpunkt til etablerte institusjoner og interesser i samfunnet” (Thagaard, 2011:42).

I hermeneutikken så forstår vi noe på grunnlag av visse forutsetninger (Gilje & Grimen, 1993). Vi møter aldri verden forutsetningsløst, men vi har alltid med oss våre opplevelser, erfaringer og tidligere kunnskap inn i vår forståelse. Når man driver forskning er det viktig at man er bevisst sin egen forståelse, og det blir derfor viktig at jeg har et reflekterende forhold til min egen påvirkning og innflytelse på forskningsmaterialet gjennom denne prosessen. Slik kan jeg bli mer åpen for det som informantene formidler av sin forståelse av det fenomen som studeres.

3.2 Valg av forskningsdesign og vitenskapelig metode

Prosjektets design beskriver retningslinjer for hvordan forskeren tenker seg å utføre prosjektet. Retningslinjene for prosjektet omfatter beskrivelse av *hva* undersøkelsen skal fokusere på, *hvem* som er aktuelle informanter, *hvor* undersøkelsen skal utføres, og *hvordan* den skal utføres. En forskningsdesign inneholder altså en beskrivelse av undersøkelsens hvem, hva, hvor og hvordan (Thagaard, 2011:48).

Ragin/Amoroso (2011) har flere modeller av den vitenskapelige metode, her representert ved den ene. Fritt oversatt: De sier den vitenskapelige metode er et sett av forskningstrinn ment for å fremme tilegnelse av kunnskap slik at forskere kan unngå å foreta subjektive konklusjoner basert på partisk bevis. De spesifikke trinnene er representert i figuren under på neste side.

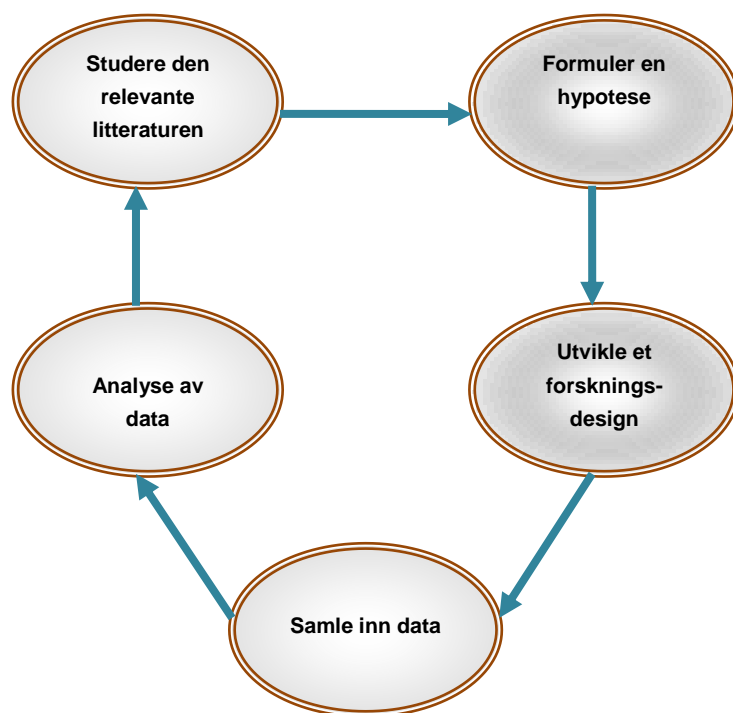


Fig. 3.1 Vitenskapelig metode (Ragin/Amoroso, 2011:17)

Gjennom en prosess ønsker jeg å finne svaret på hvordan det interorganisatoriske samarbeidet fungerer mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere. Overordnet så kan denne prosessen synliggjøres ved at jeg har valgt å benytte meg av følgende matrise for å forstå det samfunnsfenomen som jeg forsker på.

Problemstilling med forskningsspørsmål

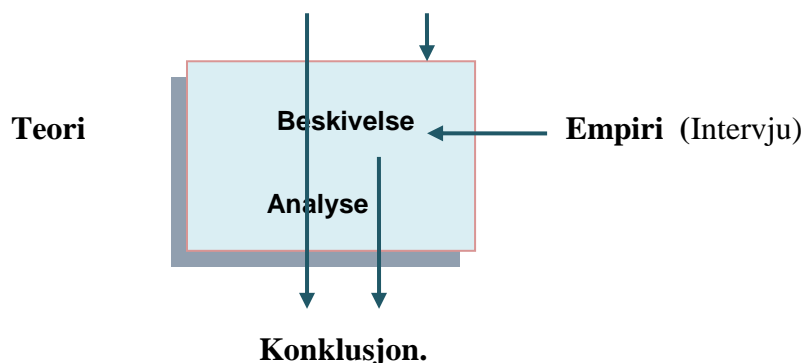


Fig. 3.2 Overordnet matrise for løsning av masteravhandlingen (Peter Ardon/Rita Bjørgan Holand, 2011)

Målet med denne undersøkelsen er å se på hvordan det interorganisatoriske samarbeidet foregår mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rusmiddelavhengige pasienter.

I forskningen min vil jeg ta utgangspunkt i fire strategisk utvalgte sykehjem i Bergen kommune hvor to er psykogeriatriske avdelinger og to er korttidsavdelinger. Jeg vil intervju strategisk utvalgte informanter som er ledere på disse avdelingene. Jeg vil deretter foreta et strategisk utvalg av de samarbeidspartnerne som de fire strategisk utvalgte sykehjemmene/avdelingene samarbeider med, for så å intervju ledere/saksbehandlere hos disse.

Metodelæren gir råd om hvordan man kan samle inn, behandle og analysere data. ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder.” (Vilhelm Aubert i Ottar Hellvik 1991:14)

Ringdal (2012) skiller mellom to ulike forskningsmetoder basert på henholdsvis kvantitativ og kvalitativt forskningsmateriale. Kvantitativ forskningsmetode bygger på tallmateriale, mens kvalitativ forskningsmetode bygger på tekstdata. Kvantitativ metode gir beskrivelser av virkeligheten i tall og tabeller, mens en kvalitativ metode gir tekstlige beskrivelser, som for eksempel utskrift fra et intervju. Videre krever en kvantitativ forskningsstrategi et relativt stort antall enheter, men en kvalitativ forskningsstrategi kan være basert på få enheter, som kalles case. Selve problemstillingen legger grunnlaget for valg av metoden (Ringdal, 2012).

Jeg har valgt en komparativ forskningsstrategi hvor jeg sammenligner to ulike institusjonstyper, som jeg ut fra et strategisk resonnement mener har ulike vilkår for å realisere god samhandling for pasientgruppen. Casene er valgt ut med tanke på at alle andre faktorer enn de variablene jeg er interessert i kan kontrolleres så langt dette er mulig. Mest like case design fokuserer på utvalgte teoretiske sammenhenger, og gjennom systematisk kontroll settes mest mulig av de øvrige egenskapene ved det systemet de inngår i parentes. I mest ulik design, som er mitt ståsted, er utgangspunktet likt på den måten at det fokuseres på

utvalgte sammenhenger, men utvelging av case tar sikte på å maksimere forskjeller i omkringliggende variabler (Svein S. Andersen, 1997).

Jeg forstår casestudier som intensive undersøkelser av et lite antall case (analyseenheter) som kan være individer, familier, bedrifter, organisasjoner eller land, men også hendelser og beslutninger (Ringdal, 2012: 149).

Jeg vil benytte en kvalitativ forskningsmetode, fordi jeg mener at det fenomen som jeg skal studere trenger en helhetlig forståelse og kartlegging. ”Viktige metodiske utfordringer er knyttet til hvordan forskeren analyserer og fortolker de sosiale fenomenene som studeres” (Thagaard, 2011:11). For å oppnå dette vil jeg benytte meg av et semistrukturert intervju. Det innebærer at temaene for spørsmålene er bestemte på forhånd, men at rekkefølgen de stilles i kan bestemmes/endres underveis. Dette er en metode som åpner for innspill fra informantene og som dermed medfører at jeg både kan følge informantens fortelling og i tillegg motta nyttig informasjon om de temaene som jeg har fastlagt på forhånd. Lund og Haugen (2006) poengterer at det er viktig at informanten får mulighet til å snakke åpent og fritt om det de blir spurt om.

Jeg ser ikke at det vil være nødvendig med kvantitative målinger i tillegg til kvalitative målinger for å tydeliggjøre problemstillingen min, selv om det i utgangspunktet kan være små muligheter for å finne tilgjengelige data til rene kvalitative casestudier (Ringdal, 2012). Selv om flere fremhever fordeler ved å kombinere begge typer av metode innenfor samme forskningsprosjekt (Johannessen, Tufte & Kristoffersen i Thagaard 2011:18), velger jeg å benytte kun kvalitativ metode i form av et kvalitativt intervju. Dette fordi kvalitativ metode er kjennetegnet av fleksibilitet som gir rom for både improvisasjon og kreative situasjonstilpasninger (Ringdal, 2012). Videre egner kvalitative metoder seg godt til temaer som det foreligger lite forskning på (Thagaard, 2011) da den er både åpen og fleksibel. Siden det i Norge ikke har vært forsket på min problemstilling tidligere er det også viktig og utforske dette området med en stor grad av åpenhet.

3.3 Presentasjon av utvalg og demografiske data.

I vitenskapelige undersøkelser kan man bare undersøke et utsnitt av virkeligheten. Det betyr at jeg må velge et utvalg fra populasjonen. I min studie vil populasjonen være alle fagfolk

som jobber med pasienter med psykiatri og/eller rus på sykehjem og deres samarbeidspartnere. Utvalget er den undergruppen av populasjonen som jeg har valgt ut og brukt i den empiriske delen av denne studien, og består av ledere og saksbehandler. Funnene baserer seg på intervjuer med ni sykepleiere og en lege/psykiater, som alle med unntak av en (forvaltningen), var ledere ved sykehjem, hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten i Bergen kommune. Ved sykehjemmene var det fire informanter, hvor to jobbet som ledere ved psykogeriatriske avdelinger, og to jobbet som ledere ved avdelinger for korttid. I hjemmetjenesten (hjemmesykepleien) jobbet alle de tre informantene som ledere, i likhet med de to informantene i spesialisthelsetjenesten. I forvaltningsenheten for alders- og sykehjem var informanten ansatt som saksbehandler. Alle informantene var kvinner. Informantene var i aldersgruppen 27 til 49 år, og erfaring med pasientgruppen varierte i fra 2,5 år til 14 år. Flere av informantene hadde videreutdanning innen for flere ulike områder som geriatri og ledelse, men det var kun informantene fra spesialisthelsetjenesten som hadde videreutdanning rettet mot pasientgruppen.

Når det gjelder intervjuets form, vil jeg foreta individuelle intervju av de strategisk utvalgte informantene ved de utvalgte sykehjemmene og deres samarbeidspartnere. Jeg vil benytte meg av strategisk utvelgelse både når det gjelder valg av sykehjem og deres samarbeidspartnere, og av de jeg skal intervju. Det vil si at jeg velger bestemte informanter som innehar de egenskapene eller kvalifikasjonene som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2011:55). Resonnementet for den strategiske utvelgelsen av sykehjem baserer seg på at jeg har en oppfatning av at det er forskjeller mellom korttidsavdelinger og psykogeriatriske avdelinger når det gjelder om denne pasientgruppen mottar koordinerte og helhetlig tjenester mellom de ulike tjenestenivåene. Ved en slik strategisk utvelgelse kan jeg gjennom denne studien synliggjøre de forskjeller/likheter/mangler som eventuelt finnes. Kriteriene for utvelgelsen av informantene baserer seg både på at de er avdelingsledere på sykehjem og at de er ledere/leger/saksbehandler hos sykehjemmenes samarbeidspartnere, at de har behandlet pasienter med psykiatri og/eller rus, og at de innehar kompetanse/kunnskap når det gjelder denne pasientgruppen. Rekruttering av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål og utvelgelsen/rekrutteringen av informanter gjøres ut i fra hensiktsmessighet. For å kunne velge hensiktsmessige informanter som har egne erfaringer med det fenomenet som studeres,

bør strategisk kriteriebestemt utvalgelse benyttes (Johnnessen et al., 2011). Jeg vil ikke ta hensyn til kjønnsfordeling når jeg foretar den strategiske utvalget, da jeg ikke anser det som et kriterium for å få svar på problemstillingen.

For masteroppgaven vil det være begrensninger i forhold til tid, noe som vil påvirke og begrense antall informanter. Antallet kan uansett ikke være for omfattende. En hovedregel når det gjelder størrelsen på utvalget i kvalitative undersøkelser er at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (Thagaard, 2011). I kvalitativ metode er det implisitt at antall informanter kan endres i løpet av forskningsprosessen, da man kan oppnå et metningspunkt på et tidligere tidspunkt enn antatt. Studiens omfang innebærer at det er begrensede muligheter til å generalisere funnene, og hovedfokus vil derfor være å gjøre dyptgående analyser og tolkninger av utvalget. Gjennom intervju vil jeg kunne få nøye informasjon om informantens situasjon, og på dette grunnlaget forsøke å finne nøkkelbegreper som kan brukes til å forstå informantens tanker, erfaringer og følelser. I en kvalitativ undersøkelse vil jeg oppnå og få informantens subjektive meninger, og derigjennom få en forståelse av det tema jeg skal undersøke.

Det er ulike perspektiver på hva intervjudata egentlig sier noe om. Et er det positivistiske ståstedet hvor intervjusituasjonen representerer den ”ytre” verden, og hvor respondentens beskrivelser består av opplysninger om opplevelse, kunnskaper og synspunkter som gjenspeiler tidligere erfaringer. Her sees forskeren på som en tilnærmet nøytral mottaker. Fra et konstruktivistisk ståsted derimot, er det ikke primært erfaringer i den ”ytre” verden som kommer til uttrykk i intervjusituasjonen, men at fokus rettes mot betydningen av sosial interaksjon mellom forsker og informant, og hvor begge parter sammen utvikler kunnskap og forståelse under intervjusituasjonen. I Thagaard (2011) representerer Silverman det første ståstedet mens Rapley representerer det andre. Boken til Thagaard (2011) representerer en mellomposisjon, hvor hun på den ene siden fremhever at det er betydningen av den sosiale interaksjonen mellom forsker og informant som preger de kunnskaper og den forståelsen som kommer fram i intervjusituasjonen, og hvor intervjuets forløp reflekterer den settingen som forsker og informant konstruerer i fellesskap. På den andre siden fremhever hun at kulturelle og sosiale omgivelser preger hvordan respondenten gir kunnskaper, erfaringer og synspunkter i intervjusituasjonen. Dette syn er i samsvar med Miller & Glassner (Thagaard, 2011:88).

3.4 Henvendelse til informantene

De tenkte respondentene til studien skulle være ansatte ved sykehjem i Bergen kommune, og jeg søkte derfor etatssjefen for alders- og sykehjem om å få godkjent forskningsprosjektet. De hadde ingen innvendinger, noe heller ikke Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) hadde. Da Byrådsavdeling for helse og omsorg ga den endelige formelle godkjenningen, var jeg klarert for å ta kontakt med potensielle informanter.

Jeg initierte kontakten ved å ringe ledere ved de fire utvalgte sykehjemmene og spurte om de kunne tenke seg å delta i studien. Til min skuffelse takket to av informantene ved to sykehjem nei, og jeg tok da kontakt med to andre sykehjem. Der var avdelingslederne positive og sa ja til å delta! Nå viste jeg hvilke sykehjem som skulle delta i undersøkelsen og jeg var klar til å ta kontakt med samarbeidspartnerne deres, som alle takket ja! Jeg hadde sikret meg ti informanter hvorav fire var fra sykehjem og seks var fra samarbeidspartnerne. Informasjonsskriv og intervjuguiden sendte jeg til alle informantene på e-mail.

Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om studiens hensikt og tema, at det var frivillig og delta på intervjuet og at man når som helst kunne trekke seg fra studien, at alle data ville bli anonymisert og slettet etter endt studie og at jeg ville bruke lydopptaker under selve intervjuet. Intervjuguiden inneholdt generell info og alle spørsmålene jeg ønsket å stille.

3.5 Utarbeidelse og kvalitetssikring av intervjuguiden

For å kunne få svar på de temaene jeg skal belyse, har jeg valgt å utarbeide en intervjuguide. En intervjuguide er et hjelpemiddel i selve intervjusituasjonen, og det er en plan for hvordan man skal gå frem, hva en skal spørre om og i hvilken rekkefølge spørsmålene skal stilles (Thagaard, 2011). Det finnes tre måter et forskningsintervju kan utformes på. 1. Lite strukturert. 2. Relativt strukturert. 3. Delvis strukturert. Det mest brukte er den tredje varianten (Thagaard, 2011). Siden jeg har liten erfaring har jeg valgt å bruke en relativt strukturert intervjuguide, der jeg har laget både stikkord og spørsmål som tar utgangspunkt i en teoribasert forståelse hvor jeg holder meg tett til den teorien jeg har presentert i oppgaven. Intervjuet er også tilrettelagt for både oppfølgingsspørsmål og oppklaringsspørsmål som eventuelt er relevante for problemstillingen. En annen grunn til at jeg velger et relativt strukturert intervju er at jo mer strukturert en intervjusituasjonen er, jo lettere vil det være å strukturere og analysere intervjuene senere (Kvale, 1997). Et relativt strukturert intervju vil

også hjelpe meg å sikre at vesentlige temaer som jeg ønsker å få svar på ikke blir utelatt. Thagaard (2011) understreker viktigheten av at man begynner intervjuet med nøytrale spørsmål før man kommer inn på mer komplekse og reflekterende spørsmål. Jeg vil derfor i begynnelsen av intervjuet stille generelle spørsmål om utdanning, yrkeserfaring, kompetanse m.m, før jeg går over til de mer reflekterende spørsmålene. Jeg vil også gi informantene anledning til å utdype eventuelt fortelle mer om temaet til slutt i intervjuet.

3.6 Gjennomføring av intervjuet

Selve intervjuene ble avtalt gjennomført med informantene i november, desember, januar og februar. Intervjuene varte i ca en time og alle intervjuene ble gjennomført uforstyrret på kontorer på informantenes arbeidsplasser. Før selve intervjuet startet, repeterte jeg en del informasjon som allerede var kjent for informantene gjennom det tilsendte informasjonsskrivet. Jeg informerte om hensikten med studien og at informanten forblir anonym samt at intervjuet ville bli tatt opp på lydopptaker. Jeg spurte også informantene om det var noe de lurte på i forbindelse med selve studien og intervjuet. Under selve intervjuet forsøkte jeg å gi positiv bekreftelse på det som informantene formidlet og bruken av lydopptaker gjorde at jeg kunne konsentrere meg om det de formidlet. Jeg opplevde selve intervjusituasjonen som god og Jacobsen (2003) understreker at det i intervjusituasjonen er viktig at intervjueren skaper en relasjon av tillitt til den som intervjues.

Kvale (1997) nevner visse kriterier man må være bevisst på i intervjusituasjonen for å oppnå tillitt, som at intervjueren inntar en lyttende posisjon og ikke avbryter, men forsøker å lytte til det som informanten forteller. Noe jeg forsøkte etter beste evne. Alle informantene var også veldig positive til at det ble satt fokus på det temaet som studien tar opp. Jeg opplevde alle engasjerte, og at de alle oppriktig ønsket å bidra til studien ved å formidle sin erfaring og kunnskap om temaet. Kvale (1997) nevner at det er viktig at spørsmålene som stilles under intervjuet er enkle, klare, korte og lette og at man unngår ledende spørsmål. Under intervjuene erfarte jeg flere ganger å måtte utdype og forklare noen av spørsmålene, men jeg opplevde at det førte til at informantene fikk en riktigere og også en bedre forståelse for spørsmålene.

3.7. Reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte (Thagaard, 2011:198).

Reliabilitet referer til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene ville komme fram til samme resultat. Det er imidlertid et spørsmål om repliserbarhet er et relevant kriterium i kvalitativ forskning. Seale i Thagaard (2011) forholder seg til dilemmaet som er knyttet til begrepet reliabilitet ved å skille mellom ekstern og intern reliabilitet, og hvor ekstern reliabilitet er knyttet til spørsmålet om repliserbarhet. Det vil si om et forskningsprosjekt utført i en situasjon kan gjentas/repliseres av andre forskere i en annen situasjon. Han konkluderer med at repliserbarhet er vanskelig i kvalitativ forskning. Seale knytter intern reliabilitet til grad av samsvar i konstruksjonen av data mellom forskere som arbeider innenfor samme prosjekt, ved å tydeliggjøre forskningsprosessen gjennom hva han betegner som "low-inference descriptors". Det vil si data som er konkrete og i så stor grad som mulig er adskilt fra forskerens fortolkninger. Forskeren gjør rede for hva som er referat fra intervju samtaler og/eller notater fra observerte hendelser, og hva som er forskerens vurderinger og kommentarer. Gjennom bruk av lydbandopptak og video fra intervjuer gir dette grunnlag for å utvikle data som i utgangspunktet er mer uavhengig av forskerens oppfatninger enn notater, som til en viss grad er preget av at forskeren rekonstruerer utsagn og hendelser. Argumentasjonen for reliabilitet innebærer at forskeren reflekterer over konteksten for innsamlingen av data, og hvordan relasjonen til respondenten kan influere på den informasjonen forskeren får. (Thagaard, 2011: 198-200). Den kvalitative metode ved intervju baserer seg på et subjekt-subjekt forhold mellom forsker og informant, med den konsekvens at prinsippet innebærer en oppfatning av at både forsker og informant påvirker forskningsprosessen (Thagaard, 2011). Interaksjonen mellom forsker og informant er av stor betydning. Fra respondentens side er dennes oppfatning av forskeren av stor betydning for hva respondenten er villig til å bidra med. Forskeren må derfor reflektere over hvordan respondentens adferd og måter å snakke om sin situasjon på, kan være forskerens tilstedeværelse (Thagaard, 2011).

3.7.2 Validitet

Validitet handler om gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til; validitet er altså knyttet til tolkning av data. Validiteten kan vurderes med henblikk på spørsmålet om resultatene av undersøkelsen representerer den virkelighet vi har studert. Siden kvalitative studier har som målsetting å gå utover det rent deskriptive, representerer analysen fortolkninger av de fenomener vi studerer, og det vil si å stille spørsmål om de tolkninger vi kommer frem til er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2011).

”Forskningsresultatenes troverdighet og overførbarhet er avhengig av at grunnlaget som kunnskapen vises på, gjøres eksplisitt. Det innebærer å gjøre rede for fremgangsmåter under datainnsamling, opplegg for analyse og hvordan resultatene tolkes” (Thagaard, 2011:11).

Seale i Thagaard (2011) skiller mellom intern og ekstern validitet, hvor intern validitet er knyttet til hvordan årsakssammenhenger støttes innenfor en bestemt studie. Han knytter ekstern validitet til hvordan den forståelsen som utvikles innenfor en studie også kan være gyldig i andre sammenhenger. For dette brukes begrepet overførbarhet. Vi kan styrke forskningens validitet gjennom begrepet ”transparency” som et relevant utgangspunkt. Begrepet innebærer at grunnlaget for fortolkningene tydeliggjøres ved å forklare hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjonene man kommer fram til (Thagaard, 2011).

Validiteten styrkes ytterligere ved en kritisk gjennomgang av analyseprosessen, og forsterkes ved å vise til at alternative tolkninger er mindre relevante.

Man kan ytterligere styrke forskerens validitet ved at denne reflekterer over sin posisjon under arbeidet. Betydning om en over /underordningsrelasjon vil gi et annet grunnlag for utvikling av data enn ved mer likeverdige situasjoner. Videre styrkes validiteten ved å ta hensyn til om forskeren kan knyttes til miljøet som studeres eller om forskeren er utenforstående. Det faktum om han har kjennskap til miljøet som studeres eller ei kan være en styrke, men også en begrensning. Det er viktig at forskeren presenterer sitt ståsted slik at leseren kan vurdere tolkningene på bakgrunn av det. Spørsmålet om validitet må altså knyttes til de mulighetene den kritiske leseren har for å vurdere hvordan forskerens ståsted kan ha påvirket tolkningene av resultatet. (Thagaard, 2011: 201).

Fritt oversatt påpeker Ragin/Amoroso (2011) at forskeren må være oppmerksom på at

informantene ubevisst kan eller med overlegg søke å bedra de som studerer dem (Ragin/Amoroso, 2011:22).

3.7.3 Etske dilemmaer

Det er noen områder man må legge spesiell vekt på når det gjelder de etiske aspektene som er knyttet til de ulike fasene av forskningsprosessen. Etske dilemmaer ved utformingen av problemstillingen, etske dilemmaer ved innsamlingen av dataene, etske dilemmaer ved presentasjonen av ulike analysemåter, etske dilemmaer ved framstillingen av forholdet mellom teori og data og etske dilemmaer ved beskrivelsen av hvordan resultatene av kvalitative studier kan presenteres. Når det gjelder de etiske reglene som er knyttet til forskere og forskningsmiljø, er dette definert og presisert i innstilling fra ”De nasjonale forskningsetiske komiteer”. Det er viktig å dokumentere sine kilder og vise god henvisningskikk.

På grunn av nærheten mellom forsker og informant er det viktig for forskeren å innhente informert samtykke, garantere konfidensialitet og å opplyse om eventuelle konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet (Thagaard, 2011).

4. Analyse av data

Når det gjelder analysen av intervjuene vil jeg transkribere disse fortløpende mens jeg har de friskt i minne, og ikke blir påvirket av forstyrrende faktorer. På denne måten vil jeg også oppnå og få god innsikt i datamaterialet. Under intervjuene vil jeg om nødvendig ta notater, og det vil være viktig etter hvert intervju å notere ned egne refleksjoner og tanker rundt intervjusituasjonen. For å unngå mulige feilkilder, vil det også være nødvendig ved transkriberingen av intervjuene å høre på disse flere ganger. Slik kan jeg forvisse meg om at det som blir sagt er det jeg faktisk skriver.

Det finnes tre analysemåter som fokuserer på meningsinnholdet i tekster fra innsamlet datamateriale. Den ene tilnærmingen er personsentrert og knyttes til fremstillinger av materiale hvor personer er i fokus. Fokus for denne tilnærmingen er at vi har personer i tankene når vi utfører analysen. Denne tilnærmingen gir forskeren mulighet til å studere sammenhengen mellom de ulike temaene for hver av de personene undersøkelsen fokuserer på. Den andre tilnærmingen kalles temasentrert og knyttes til presentasjoner av materialet

hvor temaene er i fokus. Disse analysene innebærer at vi sammenligner informasjon om hvert tema fra alle informantene. Hovedpoenget er å gå i dybden på de enkelte temaene. Temasentrerte tilnærminger kritiseres ofte for ikke å ivareta et helhetlig perspektiv. Den tredje tilnærmingen er en kombinasjon av de to ovennevnte. En slik kombinasjon ivaretar helhetsforståelsen, noe som er grunnleggende i kvalitativ forskning.

Når man vurderer opplegget for analysen av data, er det viktig å ta stilling til hvordan man skal fremstille resultatene. Man må avgjøre om fremstillingen skal rette seg mot de temaene som er sentrale i undersøkelsen, eller om framstillingen skal handle om personer. Det vil ofte være hensiktsmessig å utføre analysen på en systematisk måte, hvor man klassifiserer materialet i analytiske enheter og inndeler enhetene i kategorier. ”Analyser av kategorier gir grunnlag for å utvikle tolkninger hvor personer er i fokus. Inndelingen i kategorier gjør det mulig å utføre både personsentrerte og temasentrerte analyser. Ofte kombineres tilnærmingene innenfor samme undersøkelse. I en del kvalitative studier fremstilles resultatene både som presentasjon av persontyper eller grupper og som beskrivelse av temaer” (Thagaard, 2011:148).

Et felles analytisk utgangspunkt kan være at teksten deles i kategorier så vel for personsentrerte som for temasentrerte tilnærminger. Temasentrerte tilnærminger stiller større krav til sammenlignbarhet enn det den personsentrerte tilnærming gjør (Thagaard, 2011).

En kombinasjon av de to tilnærmingene kan jevne ut hovedproblemet der den temasentrerte tilnærmingen av informasjonen om de enkelte temaene løsrives fra sin opprinnelige sammenheng, mens personsentrerte tilnærminger gir større helhetlige perspektiver. ”For å ivareta den helhetsforståelsen som er grunnleggende for kvalitativ forskning er det derfor viktig at vi kombinerer temasentrerte og personsentrerte tilnærminger” (Thagaard, 2011:184).

I analysen av dataene vil jeg benytte en kombinasjon av de to modellene. Jeg vil sammenligne all informasjon fra alle informantene, og det vil gi meg en god forståelse for hvert enkelt tema jeg har fokusert på i undersøkelsen. En slik kombinasjon av modellene vil gi meg mulighet til å få frem den enkeltes informants helhetssyn. I funndelen av data vil jeg velge å presentere dataene samlet etter tema, samtidig som helhetsinntrykket fra hver informant vil være med meg gjennom hele prosessen.

I Malterud (2003:100) anbefaler Giorgi at analysen gjennomføres i fire trinn, hvor stikkordene er: 1. Å få et helhetsinntrykk. 2. Å identifisere meningsbærende enheter. 3. Å abstrahere innholdet. 4. Å sammenfatte betydningen av dette. De fire trinnene utgjør hovedstrukturen i den metodologi som representeres av analysemetoden systematisk tekstkondensering. I arbeidet mitt med analysen av dataene vil jeg forsøke å lese intervjuene uten forutinntatthet for å få frem informantenes ståsted. Den teoretiske forankringen min vil gi meg en samlet forståelse, og jeg vil gjennom en meningsfortetting gi en sammenfatning av informasjon om viktige temaer i innholdet. På denne måten vil jeg klare å fremheve det jeg mener er essensen av innholdet før jeg begynner med fortolkningen av materialet (Kvale, 1997:127).

For å forberede analysen vil jeg lese igjennom alle intervjuene for å danne meg et inntrykk av helheten i hvert enkelt intervju. Jeg vil foreta en meningsfortetting av innholdet ved at data med lignende innhold vil bli sortert inn i en matrise som vil bli bygd opp rundt de ulike temaene om organisasjonsstruktur, kultur, ledelse av samarbeid og kompetanse. Jeg vil systematisere og sammenfatte materialet ytterligere før jeg vil presentere dataene som informantenes meninger og motsetninger.

Funnene vil jeg presentere inndelt etter de samme temaene som i teoridelen, med unntak av kapittel 7.3 og kapittel 7.4. Kapittel 7.3 er fortellingen om hvordan og hvor godt sykehjem i Bergen kommune faktisk samarbeider med sine samarbeidspartnere, når det gjelder å nå målet om koordinerte og helhetlige tjenester for pasientgruppen. Kapittel 7.4 viser til eksisterende samarbeidsavtaler mellom de to tjenestenivåene. I funn kapitlet vil jeg for hvert spørsmål i intervjuene presentere noen utvalgte sitater som beskriver informantenes opplevelse av sitt eget arbeid som er knyttet til organisasjonsstruktur, kultur, samarbeid om ledelse og kompetanse i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Til slutt vil jeg knytte funnene i undersøkelsen opp mot teori og egne tolkninger i et kapittel jeg har kalt "Konklusjon." Jeg vil avslutte med kapitlet: "Ønsker for fremtiden- en mangel i dag?" Her vil jeg dele egne tanker om hvordan man kan ivareta denne pasientgruppens rettigheter til helhetlige og koordinerte tjenester nå og i fremtiden.

5.0 Presentasjon av funn

5.1 Innledning

I studien ønsket jeg å se på hvordan det interorganisatoriske samarbeidet var mellom utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjaldt pasientgruppen psykiatri og/eller rus.

Målet var å få svar på følgende overordnede forskningsspørsmål:

1. Hvordan foregikk det interorganisatoriske samarbeidet mellom utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere?
2. Hadde de mellommenneskelige faktorene som vilje til samarbeid, gjensidig respekt og tillit betydning for et interorganisatorisk samarbeid?
3. Hadde de organisatoriske faktorene som mål, ledelse og organisasjonsstruktur betydning for et interorganisatorisk samarbeid?
4. Hva var kompetansen og eventuelt kompetanse behovet blant personalet ved sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjaldt pasientgruppen rus og/eller psykiatri?

I presentasjons kapitlet har jeg delt informantene inn etter hvor de arbeider i de ulike tjenestenivåene. Dette er forkortet etter følgende forklaringer:

SpHT = Spesialisthelsetjenesten

FV = Forvaltningen

Korttid = Korttidsavdeling ved sykehjem

PG = Psykogeriatriske avdelinger ved sykehjem

DPS = Distrikts Psykiatrisk Sykehus

HjSPL = Hjemmesykepleien

5.2 Grunnlag

I forkant av denne studien tenkte jeg at det interorganisatoriske samarbeidet, som eksisterte mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, ikke var godt nok tilrettelagt for pasientgruppen psykiatri og/eller rus. Jeg hadde en formening om at samarbeidet var preget av brudd, og at gruppen ikke mottok koordinerte og helhetlige tjenester. Siden ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivåer, hvor kommunene forvalter primær- og omsorgstjenesten, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten, tenkte jeg at delingen ville komplisere samarbeidet ytterligere, og også bidra til og /eller opprettholde og/eller forsterke revir og revirtenking for gruppen. Når det gjaldt kompetansen ved sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, så var min oppfatning at den heller ikke var tilfredsstillende for denne pasientgruppen.

5.3 Om samarbeidet mellom enhetene

I dette kapitlet presenteres skillet mellom de psykogeriatriske sykehjemsavdelingene og korttidsavdelingene når det gjelder hvordan og hvor godt de samarbeider med sine samarbeidspartnere.

Kapitlet inneholder informantenes beskrivelser av egne erfaringer om hvordan sykehjemmenes avdelingsledere og deres samarbeidspartnere møtte dagens utfordringer for å nå målet om koordinerte og helhetlige tjenester for pasientgruppen sett i lys av samhandlingsreformens krav.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

For de to psykogeriatriske avdelingene viste funnene at det var avklart hvordan de skulle samarbeide for å nå målet om å gi pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester, og at målene fulgte hver enkelt pasient individuelt.

PG: "Forvaltningen har det overordnede ansvaret. Forskjellige samarbeidspartnere. Alt etter hvem som har fått vedtak om plass her. DPS følger de pasientene som kommer derfra. Noen har utredning. Noen har oppfølging gjennom tvangsvedtak, gjennom behandling, tilsyn av psykiater, oppfølging av psykolog."

Sykehjemmenes samarbeidspartnere underbygde funnet at de koordinerte og helhetlige tjenestene fulgte hver pasient individuelt.

SpHT: "Vi har ikke noe fast samarbeid generelt, men vi har jo samarbeid individuelt i sakene. Sånn at vi har en policy, her hos oss, at vi skal kunne ha ansvar for de som trenger spesialisthelsetjenester innenfor psykoselitetet i vårt opptaksområde. Og det gjelder alle sykehjem som er i "denne sonen."

For de to korttidsavdelingene og deres samarbeidspartnere, viste funnene at det ikke var avklart hvordan de skulle samarbeide for å nå målet om å gi denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester. De formidlet også at det heller ikke var avklart hvordan de kunne henvende seg, og at det interorganisatoriske samarbeidet stoppet opp, helt enkelt fordi det ikke var opprettet klare linjer til blant annet spesialisthelsetjenesten.

Korttid: "Vi får ikke koordinert skikkelig i forhold til denne gruppen her. Og vi har jo, for eksempel, rulleringspasienter innen psykiatri. De som kommer inn igjen og inn igjen. Men de hører jo absolutt ikke til her. Men de har en fysisk sykdom i bunnen, som gjør at de på en måte likevel kommer her. Og når de da sendes hjem etter rulleringsopphold, så har de oppfølging fra hjemmesykepleien. Selv om de helt klart kanskje burde hatt psykiatrisk sykepleier. Og de skulle hatt DPS'n inne i bildet. Ikke minst! Og de skulle vært på DPS'n på et opphold i stedet for her! Fordi den fysiske sykdommen ikke er det som er hovedproblemet, men som er hoveddiagnosen."

Korttid: "Blant annet så skriver jo de med rus og psykiatri seg ut på egen hånd. De skriver seg ut før tiden. Og de blir på en måte ikke ferdig behandlet herfra før de reiser hjem. Og DET blir jo samarbeidet. Det vil jo påvirke pasienten i stor grad. For vi får ikke kartlagt de. Fulgt de opp. Sikret at de blir fulgt opp hjemme. Vi får ikke koordinert tjenestene rundt de."

Korttid: "Vi har jo pasienter, som på en måte har mye fysiske sykdommer i tillegg. Og det er ofte derfor de kommer inn til oss. Og de behovene håndterer vi. Men de

psykiske behovene er jo ikke alltid like lett å få på banen. Vi snakker ikke alltid helt sammen når det gjelder hvilke hjelpebehov de har. Og vi har vel ikke et sånt veldig godt samarbeid for å koble inn andre instanser.”

Funnene viste at lederne ved korttidsavdelingene opplevde det som problematisk å få lagt pasientene inn i spesialisthelsetjenesten når det var behov for det, men hvis kontakten med spesialisthelsetjenesten allerede eksisterte for den enkelte pasient, så fikk de hjelp uten problem. Dette stemte godt overens med at de psykogeriatriske avdelingene ikke møtte på denne problemstillingen, siden deres inneliggende pasienter allerede var kjente i systemet. Det underbygde samtidig funnene om at målet om å gi koordinerte og helhetlige tjenester fulgte pasientene individuelt.

Korttid: ”Spesialisthelsetjenesten oppfattes som vanskelig. Ofte stopper det bare opp. Det må være veldig spesielt for å få lagt de inn.”

Korttid: ”Vi hadde jo en dame som gikk på DPS i forkant av at hun kom her. De tok jo imot henne. Men hun var ikke her pga. rus eller psykiatri. Hun var her pga. kreft. Så de tok imot henne som en sånn ute pasient. Der var det i hvert fall et samarbeid ved at vi kunne snakke med dem. Fordi kontakten allerede var etablert.”

Når det gjaldt spørsmålet om identiske mål var avgjørende for å oppnå samarbeid, viste funnene at det synliggjorte målet om koordinerte og helhetlige tjenester, syntes å ha vært avgjørende for å initiere og for å oppnå et samarbeid mellom de psykogeriatriske avdelingene og deres samarbeidspartnere. Når det gjaldt korttidsavdelingene derimot, syntes ikke det synliggjorte målet om koordinerte og helhetlige tjenester å ha hatt noen betydning.

Det viste at identiske mål, på den ene siden, kan være avgjørende for et samarbeid, mens det på den annen side, ikke behøvde å ha noen betydning. Uansett fikk det her konsekvenser for hvilken behandling pasientene fikk.

Korttid: ”Det er ingen klare retningslinjer hvor vi kan ta kontakt med den eller den tjenesten. Og de færreste som kommer inn til oss er jo knytt opp mot forvaltningen for rus og psykiatri.”

Funnene viste at for de psykiatriske avdelingene så var både målet om helhetlige og koordinerte tjenester og hvordan de skulle samarbeide med sine samarbeidspartnere avklart. Målet om å gi pasientgruppen helhetlige og koordinerte tjenester fulgte pasientene individuelt.

For korttidsavdelingene viste funnene at det ikke var avklart hvordan de skulle samarbeide med sine samarbeidspartnere for å nå målet om å gi denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester. Korttidsavdelingene opplevde det som problematisk å få lagt pasienter inn i spesialisthelsetjenesten hvis ikke pasienten allerede var kjent. Identiske mål synes heller ikke å være avgjørende for om denne pasientgruppen mottar koordinerte og helhetlige tjenester.

5.4 Samarbeidsavtaler

Jeg har valgt å gi en redegjørelse for hva som finnes av formelle avtaler mellom de to tjenestenivåene som er av betydning for denne undersøkelsen før funnene i kapitlet om organisasjonsstruktur presenteres.

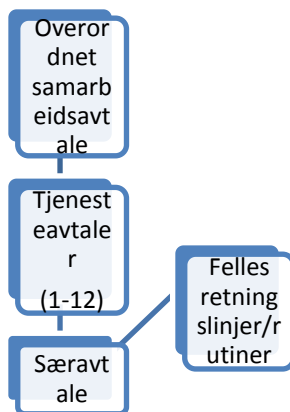


Fig 5.1 Samarbeidsavtaler

01.01.2012 ble det innført et nytt avtalehierarki med samarbeidsavtaler på tre nivå: Nivå I representerer de overordnede samarbeidsavtalene. Nivå II er forankret i nivå I og her finner vi

de ulike tjenesteavtalene. I nivå III finner vi særavtalene som er knyttet til de ulike tjenesteavtalene for å regulere mer avgrensede faglige eller geografiske områder.

Avtaler på alle de tre nivåene kan i tillegg gi hjemmel og grunnlag for utarbeidelse av felles retningslinjer, som ikke har avtalestatus, men som i praksis er forpliktende for partene og som kan ses på som et fjerde nivå for administrativ/faglig regulering av samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Den overordnede samarbeidsavtalen gjelder mellom kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde og Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Solli distriktpsikiatriske senter, Hospitalet Betanien Distriktpsikiatriske senter og Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli.

Formålet er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket, og å etablere gode arenaer og rutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere får et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Avtalen skal gi overordnede føringer for samarbeidsstruktur og samarbeidsformer og generelle føringer som gjelder uavhengig av tjenesteområde og vedtatte tjenesteavtaler. Samarbeidet skal være preget av løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser blir tatt så nærme bruker som mulig.

Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sin kompetanse og ansvarsområde. Virkningsområdet for samarbeidsavtalen vil være områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtaler og områder der ansvaret til partene overlapper hverandre.

Under kommer tjenesteavtalene (1-12), hvor følgende avtaler er av interesse for denne undersøkelsen.

Tjenesteavtalene skal inngå som vedlegg til den overordnede samarbeidsavtalen, og er på samme måte som samarbeidsavtalen rettslig bindende mellom partene, med mindre annet går frem. Denne overordnede samarbeidsavtalen har følgende tjenesteavtaler:

Tjenesteavtale 1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og felles oppfatning av hvilke tiltak partene til en hver tid skal utføre.

Tjenesteavtale 2. Retningslinjer for samarbeid knyttet til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Tjenesteavtale 3 og 5. Retningslinjer for samarbeid om innleggelse i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Tjenesteavtale 6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

Tjenesteavtale 9. Samarbeid om IKT-løsninger.

Når det gjelder samarbeidsstruktur og samarbeidsformer så sier grunnlagsdokumentet: ”Det er behov for samarbeid på alle nivå og å gjennomføre tiltak av svært ulik karakter for å kunne møte utfordringsbildet på en god måte.”

Det er enighet om prinsipper for samarbeidet som; brukerperspektivet i sentrum, positive holdninger, kultur og klima, dialog, likeverd i samhandling og likeverd i tjeneste.

Når det gjelder strategiske grep er det enighet om følgende; robust og effektiv samarbeidsstruktur, utvikle møteplasser både for ledelse og fag, felles infrastruktur, her også IKT, systematisk evaluering og læring, ansvarsavklaring, felles prioriteringer, god likelydende informasjon/styringsdata tilgjengelig for partene, kompetansebygging og rekruttering, utvikling av felles handlingsplan og pasientforløpstilnærming. Samarbeidet skal bygge på likeverd mellom partene.

Når det gjelder de psykiatriske avdelingene så fungerer avtalene stort sett tilfredsstillende. Det er utarbeidet et samarbeid både når det gjelder innleggelser i spesialisthelsetjenesten, overføring fra spesialisthelsetjenesten til disse avdelingene og veiledning og samarbeid for å kunne gi denne pasientgruppen helhetlige tjenester.

For korttidsavdelingene fungerer ikke avtalene tilfredsstillende. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er heller ikke godt opparbeidet og korttidsavdelingene er preget av at de ikke er informert om de tilbud og avtaler som eksisterer. Det gjelder også både

innleggelse fra avdelingene og til spesialisthelsetjenesten og mulighetene for veiledning og hospitering.

5.5 Organisasjonsstruktur

I dette kapitlet ønsket jeg å finne kunnskap om og å belyse hvorvidt det eksisterte nettverksorganisering mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere. Jeg ville også undersøke om det eksisterte nettverk som ikke var formaliserte, og om det eksisterte nettverk som var en mellomform, hvor organ med hierarkiske relasjoner til andre hadde pålagt disse å samarbeide.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Alle informantene svarte at det ikke eksisterte noen formell organisering av nettverk mellom sykehjemmene og deres samarbeidspartnere. De to psykiatriske avdelingene formidlet at det eksisterte et nettverk mellom dem og de andre psykiatriske avdelingene i kommunen, men at dette var opprettet kort tid i forveien.

PG: "Har også begynt samarbeid med sykehjem i Bergen kommune. Vi har vært veldig for oss. Alle disse tre psykiatriske har vært på hver sin lille tue. Så nå har vi plukket opp telefonene og arrangert to møter for å kartlegge: Hvilke rutiner har dere? Hvilke tilbud har pasientene hos dere? Tanken er at vi skal bruke hverandre litt, og hospitere hos hverandre."

En av samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten formidlet at det eksisterte et nettverk mellom noen av sykehjemmenes leger, ved at disse sykehjemmene hadde vært med på et prosjekt kalt Gaustadmodellen i regi av spesialisthelsetjenesten og Bergen kommune.

SpHT: "Den Gaustadmodellen med sykehjem. Så er det bare leger i det forumet der. Lege og psykiater fra oss."

En av informantene svarte at det eksisterte et samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten (DPS), sykehus og kommunen, men at sykehjemmene ikke var med der.

SpHT: "Jeg er jo med i et sånt samarbeidsforum med sykehus, DPS og kommunene som handler om forskjellige utfordringer."

Lederne ved de to korttidsavdelingene uttrykte et ønske om at det burde opprettes en nettverksgruppe mellom de ulike organisatoriske enhetene og en bestående av alle korttidsavdelingene, for at de kunne utveksle erfaringer. De mente bestemt at organiseringen av nettverkene burde pålegges fra både kommune og helseforetak.

Korttid: "Jeg vet det finnes korttidsavdelinger, men ikke om noe samarbeid mellom dem. Det kunne jo vært interessant i forhold til hvilke erfaringer de har."

Korttid: "Jeg kunne tenkt. Utfordringer på korttidsavdelinger med ulike diagnoser og grupper. Og hatt samarbeid med andre ledere fra andre korttidsavdelinger. Det har jeg faktisk etterspurt. Hatt et bedre samarbeid og veiledning ville hjulpet. Eventuelt en nettverksgruppe. Det hadde vi vært glad for. De har det jo i forhold til kreft og alt mulig, livets slutt. Og her er ingen ting."

Korttid: "Hvis det hadde vært noen overordnet, som på en måte hadde sagt at vi SKULLE samarbeidet mellom de ulike tjenestene; DPS og oss. Så ville nok ting fungert litt greiere, for da hadde det blitt sagt at vi skulle gjøre det. Da kunne vi fått kontakt og forventet at det ble gjort."

Syv av informantene fra primærhelsetjenesten formidlet at det burde opprettes et fast nettverk med spesialisthelsetjenesten hvor sykehjem, hjemmesykepleie m.fl. kunne delta for å få råd og veiledning, mens informantene fra spesialisthelsetjenesten stilte seg positive til ytterligere samarbeid.

PG: "Det er nok sikkert ganske mange beboergrupper, eller pasienter uti sykehjem med ulike utfordringer. Enten det er psykiatri eller andre ting, der man kunne ha profitert mye mer på å ha et eget kontaktnettverk i spesialisthelsetjenesten."

SpHT: "Det er jo det vi ser på sammen med annen spesialisthelsetjeneste. Og der er en av oppgavene våres dette her med informasjon ut. Hvordan skal vi favne om alle? Hvordan skal vi reklamere for oss selv? Tilby våre tjenester? Så vi er jo i prosessen."

Funnene viste at for tre av samarbeidspartnerne så eksisterte det forvaltningsnettverk som ikke var direkte formaliserte, og som bar preg av å være uformelle arenaer for samordning og samarbeid. Det var også et ønske at disse nettverkene skulle bli mer formaliserte på sikt.

FV: "Samarbeid med sykehjem har vi jo gjort en endring med i det siste. Og sammen med leder, hatt besøk på sykehjemmene med styrer og de på korttidsavdelingene, for å snakke sammen. Hva kan vi? Hvordan kan vi få til et bedre samarbeid? Og da har vi tatt opp med leder at vi ønsker et samarbeid med alle sykehjemmene. For å bli mer lik i vår praksis. Fordi det ikke nytter at jeg gjør sånn med et sykehjem, og så sitter en annen på et annet sykehjem. Og så får vi ikke praksisen lik."

SpHT: "Det er psykiatritjenesten. Lederen for psykiatritjenesten. Og vi tenker at vi skal ha et forum fremover for å se hva vi kan gjøre sammen. Hvordan vi kan hjelpe hverandre og samarbeide bedre."

Jeg fant ingen funn som tydet på at det eksisterte nettverk som var en mellomform.

Oppsummert viste funnene at det at det ikke eksisterte noen formell organisering av nettverk mellom sykehjemmene og deres samarbeidspartnere. Det eksisterte et nettverk mellom spesialisthelsetjenesten og de sykehjemmene i kommunen som hadde vært med i et felles prosjekt kalt Gaustadmodellen. De psykogeriatriske avdelingene formidlet at de nylig på eget initiativ hadde opprettet kontakt med andre psykogeriatriske avdelinger ved sykehjem i Bergen kommune for å utveksle erfaringer. Alle informantene uttrykte ønske om og stilte seg positive til at nettverk mellom de ulike organisatoriske enhetene burde etableres, og flere mente at dette burde pålegges fra kommune og helseforetak.

Funnene viste at det ikke eksisterer noen nettverk som er en mellomform.

5.6 Kultur

I kapitlet om temaet kultur var jeg opptatt av å finne kunnskap om det hadde utviklet seg en kultur mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, der de ulike organisatoriske enhetene så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viste at de psykiatriske avdelingene mente at det hadde utviklet seg en kultur der de ulike organisatoriske enhetene så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp.

PG: "Vi fikk en annen pasient. Veldig psykisk syk. Veldig godt samarbeid. Forvaltningen var flink. Kom på møte: Psykolog fra "sykehjem". Psykiatrisk sykepleier fra "hjemmesykepleien", som hadde fulgt opp denne pasienten i mange år. Pasienten hadde bodd hjemme - ut og inn av "det samme sykehjem" i mange år. For å oppnå en godt tilrettelagt plass. Vi hadde møte. Vi besøkte der ute. Pasienten besøkte oss. Det gikk over all forventning. Veldig bra. Alle var skeptiske til hvordan dette skulle gå. Der syntes jeg at alle disse instansene fungerte veldig bra sammen."

Når det gjaldt de to korttidsavdelingene formidlet de at det bød på store utfordringer at de og samarbeidspartnerne skulle se på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp.

Korttid: "Vi har ikke tjenester rundt dem (denne pasientgruppen) å hente inn innen psykiatri og rus. For det er ingen andre enn hjemmesykepleien som stiller opp de, hvis det er noe fysisk. Hvis de nekter å ta imot, så står vi litt på stand still."

Korttid: "Og vi klarer ikke å få koordinert tjenestene heller."

Funnene viste at både spesialisthelsetjenesten og forvaltningen så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp. To av de tre fra hjemmesykepleien mente at de oppnådde dette, mens en av informantene mente at dette var vanskelig å få til i forhold til spesialisthelsetjenesten.

DPS: ”Et enkelt eksempel. Den pasienten min er jo en veldig psykotisk person, og det var snakk om å endre medisiner. Det er veldig vanskelig for meg å evaluere det, sant? Nesten umulig. Så da blir det å innhente informasjon fra de som går rundt pasienten i dagen. Der de kan fortelle om små nyanser, som i løpet av lang tid kan bli mange ting. Men det er ikke ting jeg kunne funnet ut på egen hånd.”

FV: ” De med langvarig psykisk syke, og for eksempel rus: Kan jo ofte være en kombinasjon, og det er jo mange som gjerne har vært lenge i systemet. Og vi kjenner de veldig godt. Da er det ofte sånn at vi melder et møte før utskrivning, og at hjemmesykepleien er de som blir med på møte. Så da er ikke forvaltningen lenger med. Men vi planlegger. Vi drar i tråder. Vi diskuterer oss fram til hva som kan være greiest. Hvis det er snakk om at pasienten trenger å søke om langtidsopphold i sykehjem, så er vi med på møtene. Men hvis de skal hjem igjen, så kaller vi inn hjemmesykepleien. Og det er da sykehjemmene som kaller inn til møte.”

HjSPL:” Samarbeidet mellom oss er veldig viktig for det endelige resultatet, og hvordan vi klarer å stille opp når de er hjemme. Sykehjemmene er jo, på en måte derfra skal de videre. Det er veldig viktig, for at vi kan gi de beste og de rette tjenestene. Vi har gjerne et utskrivningsmøte, i det henseende at vi har fulgt dialogen på disse telefonmøtene og disse møtene med lederne (sykehjemmene). Og at vi da har diskutert pasienten godt. Og at tingene er på plass for at de skal kunne være hjemme. At alt er godt planlagt.”

HjSPL: ” Vi har jo en del psykiatri. De kommer gjerne inn på Sandviken, men vi får ingen telefon fra de om at de er kommet hjem igjen. Nei, da er det bruker selv som ringer og sier at de er kommet hjem fra Sandviken.”

Under temaet var kultur jeg også interessert i å finne kunnskap om det hadde utviklet seg kompatible ideologier om hva som er god behandling, mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjaldt pasientgruppen.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Lederne ved de to psykiogeriatriske avdelingene mente det eksisterte kompatible ideologier mellom dem og samarbeidspartnerne, og at dette bidro til riktig og god behandling.

PG: "Har pasient som har hatt støttekontakt i 20 år. Alt mister en når en kommer til oss. Han hadde hatt samme kontakt i 20 år. Vi klarte å få det forlenget. Og der har forvaltningen for rus og psykiatri vært utrolige flinke til å følge opp, og høre hvordan det går. De fattet til og med et nytt vedtak der det økte fra tre til fire timer."

Korttidsavdelingene formidlet at det var en stor grad av enighet om hva som er god behandling for denne pasientgruppen, men at det var vanskelig å nå målet, og at en medvirkende årsak kunne være at det i utgangspunktet ikke var etablert noe formalisert samarbeid.

Korttid: "Vi har jo ikke inntaksmøter, sånn at vi kan se om pasienten passer inn på denne avdelingen. Det blir bare bestemt. Og så sier legen at vi må ikke ta i mot sånne! Men hva gjør vi da? Jeg tenker av og til at vi kunne vært litt i forkant. Planlagt. Nå kommer den og den. Men vi får jo oftest vite det om morgenen, og så kommer de i løpet av dagen. Hva kan vi gjøre da, sant? Så jeg tror vi kunne gjort en mye bedre jobb både for pasienter, pårørende, alt. Hadde vi vist litt mer, vært litt i forkant."

Når det gjaldt sykehjemmenes samarbeidspartnere, så mente alle at det eksisterte kompatible ideologier om hva som er god behandling, og at dette var med på å gi denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester.

HjSPL: "For vi sitter gjerne med ulike ting. Og ulikt ståsted. Å komme med ulike innspill, sant? Å finne hva som kan være det rette for pasienten."

Jeg ønsket å belyse om det eksisterte kvalitetsmessige oppfatninger, dvs. vurderinger av hverandres faglige prestasjonsnivå, mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien på dette området.

Funnene viste at alle informantene hadde en positiv oppfatning av hverandres faglige prestasjonsnivå. Alle syntes at alle gjorde en god jobb!

SpHT: "Vi har en kjempegod erfaring med dem vi har på psykiogeriatrisk. Kjempesflinke folk. Synes de har veldig gode tilnærminger. Og veldig dårlige folk (pasienter). Og de opprettholder en veldig høy faglighet og pågangsmot og empati, som gjerne ikke er så lett over tid."

PG: "Fått så godt rykte på oss at vi kan ta inn veldig utfordrende pasienter."

Det siste jeg ønsket å undersøke under temaet kultur, var om de profesjonelle ved sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere innså sine egne begrensninger og behovet for andres bidrag, for å kunne gi en helhetlig behandling til denne pasientgruppen.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Alle informantene med, unntak av spesialisthelsetjenesten, formidlet at de innså sine egne begrensninger og behovet for andres bidrag for å kunne gi denne pasientgruppen helhetlig behandling.

Korttid: "Så er ikke dette en sånn veldig god avdeling for de med psykiatriske lidelser. Det er for hektisk. Og ikke nok tilbud. Ingen sosiale tilbud. Ingen oppfølging i forhold til pårørende. Og vi har ikke nok kompetanse til å ivareta de. De er underprioritert i forhold til de med somatiske lidelser som har et akutt behov."

PG: " Vi må være så ærlige å innrømme at vi kanskje ikke vil innrømme hvor inkompetente vi av og til kan være. Later som vi kan mer enn vi kan. Og sjekker det opp i ettertid."

Oppsummert så viser funnene at både de psykiogeriatriske avdelingen, forvaltningen, spesialisthelsetjenesten og to av tre fra hjemmesykepleien mente at det hadde utviklet seg en kultur der de ulike organisatoriske enhetene så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Korttidsavdelingene mente at dette bød på store utfordringer. De

psykogeriatriske avdelingene, forvaltning, spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien formidlet at det eksisterte kompatible ideologier om hva som er god behandling for denne pasientgruppen. Korttidsavdelingene uttrykte at det var enighet om hva som er god behandling, men at dette var vanskelig å oppnå siden det var et manglende samarbeid.

Funnene viste at alle informantene, med unntak av spesialisthelsetjenesten, innså sine egne begrensninger og behovet for andres bidrag for å kunne gi pasientgruppen helhetlig behandling. Til slutt, men ikke minst, mente alle informantene at de alle gjorde en god jobb når det gjaldt pasientgruppen.

5.7 Ledelse av samarbeid

5.7.1 Forventninger til samarbeid

Kapitlet omhandler informantenes beskrivelser om avdelingsledere ved sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere hadde avklart sine forventninger til et samarbeid, om de hadde tillitt til hverandre, og om slik tillitt er nødvendig for å lykkes med et samarbeid.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viste at sykehjemmenes avdelingsledere og deres samarbeidspartnere hadde en relativ klar oppfatning av hvilke forventninger de hadde til et samarbeid, men at forventningene ikke var tydeliggjort ovenfor hverandre.

PG: ” Men vi må være villig til å gå i møte med andre linje tjenesten eller spesialisthelsetjenesten og si noe om: Hva trenger vi. Og være veldig klar på at det er ikke alt vi kan. Hvis vi får litt hjelp: Så kan vi veldig mye.”

Sykehjemmenes avdelingsledere formidlet at de hadde tillitt til de som de allerede hadde et samarbeid med, men at det til tider kunne være vanskelig å ha tillitt til ulike aktører innen spesialisthelsetjenesten. En av årsakene til dette syntes å være at de ofte opplevde det som vanskelig å få lagt pasienter inn.

PG: ”Det (samarbeidet) som vi har nå, påvirker behandlingen egentlig veldig godt, ved at det har vært veldig mye støtte. God kunnskap om beboer i forkant. God veiledning og tips på hvordan vi skal jobbe. Gode tips på hvordan vi skal håndtere

beboer. Og gode tips på hvordan vi skal veilede hverandre. Å danne en egen ressursgruppe for denne beboeren. Der vi har jevnlig møter og tar opp: Hva gjøres bra? Hva gjøres feil? Revurdere handlingsplaner og sånn. Ja. Og personalgruppen. Med måten det ble igangsatt på, så har de fått en veldig høy trygghetsfølelse.”

Korttid: ”Jeg synes spesielt forvaltningen har jeg et godt samarbeid med. Det har kommet seg mye etter hvert, for vi har jo hatt det ganske tøft akkurat når samhandlingsreformen startet”.

Korttid: ”Nei, der var det så voldsomt vanskelig. De kunne ikke ta imot han.”

For samarbeidspartnerne viste funnene at de opplevde å ha tillitt til sykehjemmene generelt.

SpHT: ”Vi har en kjempegod erfaring med dem vi har på psykiatri. Kjempeflinke folk. Synes de har veldig gode tilnærminger. Og veldig dårlige folk (pasienter). Og de opprettholder en veldig høy faglighet. Og pågangsmot og empati, som gjerne ikke er så lett over tid.”

5.7.2. Kulturelt mangfold

Kapitlet formidler informantenes beskrivelser av egne erfaringer relatert til hvorvidt sykehjemmenes avdelingsledere og deres samarbeidspartnere klarte å utnytte det kulturelle mangfoldet som eksisterer i samarbeidssituasjoner, og om dette eventuelt medførte spesielle ledelsesutfordringer.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Når det gjaldt spørsmålet om sykehjemmenes avdelingsledere og deres samarbeidspartnere var bevisste på å utnytte det kulturelle mangfoldet i samarbeidssituasjoner, så viste ikke funnene noe som tydet på dette. En forklaring kan være at det ikke eksisterer noe kulturelt mangfold mellom sykehjem og deres samarbeidspartnere. Sykehjem, hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten består av mange av de samme profesjonene, som også gjennom utdanning, har utviklet samme sett av normer, verdier og grunnleggende antakelser som de deler. De har like teknologier, snakker samme språk og benytter samme symboler, og de har

en felles kultur. Der hvor samarbeid eksisterte brukte de hverandres ulike kompetanser og tilbud, og slik utnyttet de implisitt det kulturelle mangfoldet som er tilstede i enhver samarbeidssituasjon.

Det som imidlertid kom fram var at flere av informantene hadde stereotype oppfattelser av hverandres arbeidsområder og profesjonenes betydning i behandlingshierarkiet.

PG: "Det jeg føler. At mye av det blir sånn brannslukking. Vi har en case med en pasient. Vi ringer. Hvordan skal vi håndtere dette? Hva tenker dere? Hva ville bli bra? Så får vi en kriseløsning der og da. Også løser vi det der og da"

Korttid: "Så vi har jo litt samarbeid. Men det er i forhold til psykose og forskjellig. Men til rus/alkohol har vi ingenting med spesialisthelsetjenesten å gjøre."

PG: "Jeg tror det bunner mye i hvordan primærhelsetjenesten ser på seg selv. Og hvordan spesialisthelsetjenesten ser på seg selv. Jeg har jobbet i spesialisthelsetjenesten, så jeg vet at de tenker: At det må de jo kunne klare på sykehjemmet! De ser litt ned. Og vi ser litt ned på de. Også fordi de tror de er så høyt på strå. Og det er jo sånn det er."

5.7.3. Lederrollen

Kapitlet inneholder informantenes beskrivelser av sine egne erfaringer om ledelse er avgjørende for å påvirke det interorganisatoriske samarbeidet mellom sykehjem og deres samarbeidspartnere.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viste at alle informantene mente at ledelse er viktig for å påvirke det interorganisatoriske samarbeidet.

PG: "Og det er veldig avhengig av oss som ledere. Hvor mye vi ønsker egentlig å ha mulighet til å påvirke."

SpHT: "Gjennom ressurser og i forhold til nettverksbygging. Og å melde behov oppover i systemet, for å få ressurser og midler."

Korttid: "Til dels. Jeg føler jo at jeg kan styre tingene. Få legene; det er ofte legene det må gå via. Få legene til å henvise. Vi må ha en god dialog innad i avdelingen for å få skapt kontakter utforbi. Samtidig på et overordnet plan, så føler jeg at jeg ikke har helt kontroll. Det er veldig tilfeldig hvem man møter på. Hva utfordringer. Og hvordan kontakten blir."

Korttid: "Jeg synes jeg: Det blir spesielt i forhold til om de får være lenger. Fast plass. Så hvis vi gjør en god jobb og kartlegger - og jeg kan begrunne hvorfor, så synes jeg faktisk at jeg blir hørt. Vi har ganske tillitt i forhold til det. Forvaltningen blir jo spart for mange møter hvis vi ser at dette går ikke. Vi kan ikke sende han hjem, da. Ok, hvis dere har gjort det og det. Så greit."

5.7.4. Forvaltningsnivåer

Kapitlet formidler de ulike lederes beskrivelser av egne erfaringer om den eksisterende delingen av ansvar og oppgaver i to forvaltningsnivåer er med på å komplisere samhandlingspraksisen når det gjaldt å oppnå et helhetlig pasientforløp for denne pasientgruppen. Det belyser også om denne delingen er med på å opprettholde en samhandlingspraksis som eventuelt bidrar til og/eller opprettholder og/eller forsterker revirtenking.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Avdelingslederne ved korttidsavdelingene formidlet at delingen i en viss grad, bidro til å komplisere samhandlingspraksisen fordi det ikke var etablert et samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og at det bidro til å opprettholde en praksis hvor de ulike organisatoriske enhetene ikke så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp.

Avdelingslederne fra de psykiatriske avdelingene ga ikke noe klart svar på dette.

Samtidig formidlet lederne fra spesialisthelsetjenesten at det var vanskelig å se at det ikke skulle være en slik to deling i forvaltningsnivåene. Dette ble støttet av avdelingslederne fra både sykehjem, hjemmesykepleien og fra saksbehandleren i forvaltningen.

Korttid: "Det vanskeligjør det ved at vi ikke har klare samarbeidspartnere."

SpHT: ”Jeg ser ikke helt for meg hvordan det kunne være uten. Vi jobber jo nå en del med avdeling for psykisk helse. Og på en måte å vite mer. Bli bedre kjent med hverandre. Så vi ser jo at det er et skille. Og det er ikke sikkert at det er bra. Men det og ikke å ha noe? Synes det er vanskelig å se det for meg at det bare var noen i kommunen. Og noen bare var på DPS.”

FV:” Jeg tenker at det enkelte ganger kan være vanskelig, men likevel at det er nødvendig. Og fastlegene må prøve å være våkne og innhente. Og kanskje å henvise mer? Det kan være litt vanskelig i forhold til informasjon.”

Oppsummert så viste funnene at sykehjemmenes avdelingsledere og samarbeidspartneres ledere hadde en klar oppfatning om hvilke forventinger de hadde til hverandre, selv om disse forventningene ikke var tydeliggjort. Avdelingslederne ved sykehjemmene hadde tillitt til dem de allerede hadde et samarbeid med, men at tillitten til spesialisthelsetjenesten var varierende. Samarbeidspartnerne uttrykte alle sammen at de hadde tillitt til sykehjemmene generelt. Der hvor det eksisterte et samarbeid så utnyttet alle det kulturelle mangfoldet ved å bruke hverandres ulike kompetanse. Alle informantene uttrykte også at de anså at ledelse var viktig for å påvirke det interorganisasjonelle samarbeidet. Det var en felles oppfattelse at en todeling i forvaltningsnivåene vanskelig kunne være annerledes, men korttidsavdelingene påpekte at delingen i en viss grad bidro til å komplisere samhandlingspraksisen.

.

5.8 Kompetanse

Kapitlet omhandler temaet kompetanse. Jeg ønsket å finne ut hvilken kompetanse sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere faktisk hadde når det gjaldt pasientgruppen psykiatri og/eller rusmiddelavhengighet.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viste at det ikke var noen sykepleiere med videreutdanning innen psykiatri og/eller rus når det gjaldt sykehjemmene, men at det var en hjelpepleier på en av de psykogeriatriske avdelingene som hadde videreutdanning innen psykiatri. Hos samtlige samarbeidspartnere, med unntak av spesialisthelsetjenesten, var det få eller ingen med videreutdanning i psykiatri og/eller rus hos de ansatte. I hjemmesykepleien var det kun hjelpepleiere som hadde

videreutdannelse i psykiatri, og det var en som hadde påbegynt videreutdannelse innen rus. Flere av informantene understreket dog: At selv om de ikke hadde formell kunnskap, så hadde de erfaringskunnskap.

Korttid: *”Vi har sykepleiere som er kjempeflinke på somatisk, men vi har særdeles liten kompetanse på psykiatri og rus. Jeg tror ikke vi har noen med videreutdannelse innenfor dette verken av sykepleiere eller hjelpepleiere. Det blir den erfaringskompetansen vi har.”*

HjSPL: *”Vi har noen hjelpepleiere med 1 års videreutdanning i psykiatri, men ingen sykepleiere som har psykiatri. Jeg har en nå som tar rus, men det er lite hos oss.”*

Kapitelet formidler også informantenes oppfatning av hva de anså å være kompetansebehovet blant personalet ved sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjaldt pasientgruppen.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viser at åtte av informantene understreket behovet for mer kompetanse når det gjaldt psykiatri og/eller rus. En av informantene mente at kompetansen blant personell på sykehjem var god.

HjSPL: *”Og vi har ikke kompetanse. Vi har latt de få videreutdannelse i kreft og palliasjon. Og aldring og omsorg. Vi ser jo at vi kanskje burde hatt flere i forhold til psykiatri, for vi har jo flere og flere av dem, og de blir bare yngre og yngre de som kommer inn.”*

FV: *”Jeg opplever at det er god kompetanse. Og jeg tenker at folk blir kurset. Så vi er nok obs på at det er en problemstilling som vi får mer av i fremtiden. Spesielt i forhold til rusproblematikk, så er det god kompetanse. Legene og tar kontakt med spesialisthelsetjenesten, for å få utredet pasienten. Og få satt i gang en prosess sant,*

hvis de ikke er utredet og sånn. Jeg opplever egentlig at det er en god kompetanse. Jeg (for meg selv,) kunne godt tenkt meg mer kurs i forhold til rusomsorg.”

En av avdelingslederne på korttidsavdelingene nevnte at mangel på kompetanse innad på avdelingen medførte at de helt enkelt ikke visste hvordan og hvor de skulle henvende seg for å få hjelp når det gjaldt pasientene i denne gruppen.

Korttid: ”Det er vel ikke tilrettelagt for så mye. Kursing eller noe. Det er snakket litt om det, men ikke kommet så langt at vi har gjort noe med det. I forhold til kompetanseheving, må vi jo ha internundervisning. Vi vet vel ikke hvem vi skal kontakte, hvis vi har behov for hjelp innen psykiatri og rus. Hvem er det som kan noe? Som kan fortelle oss noe? Gi oss noe produktivt?”

En av informantene mente at de som allerede hadde en videreutdanning innen psykiatri og/eller rus, ikke velger å jobbe i primærhelsetjenesten, men i spesialisthelsetjenesten.

PG: ”Så vi savner disse som er videreutdannet i psykiatri. De jobber ikke hos oss. Vi er ikke Spesialisthelsetjenesten. Der føler jeg at vi har mye å hente. Vi trenger mer faglig styrke, for å kunne vite at det vi faktisk gjør er riktig.”

Informantene delte kunnskapen sin om det var utarbeidet arenaer for kompetanseutvikling og tverrprofesjonell praksisutplassering mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjaldt denne gruppen.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viste at ved en av de psykogeriatriske avdelingene var det utviklet arenaer for tverrprofesjonell praksisutplassering og arenaer for kompetanseutveksling. Ved den andre psykogeriatriske avdelingen, var det tidligere mer kompetanseutveksling, og at den kompetanseutvekslingen hadde endret seg.

PG: ”Vi har jo i starten på oppholdet. I dette samarbeidet. En utveksling med personalet, der personalet hadde hospitering på Sandviken. Og når vi fikk ny

beboer, så fulgte det personale med noen vakter. Og vi føler vel egentlig at hvis vi ønsker hospitering i en avdeling, så har vi en god mulighet til å kunne gjøre det.”

PG: ”Forventingen når jeg begynte som avdelingsleder, var jo at vi skulle dra de mer inn (DPS). Kunne få skikkelig veiledning gruppevis. Så hele avdelingen kunne få veiledning av psykolog og psykiater. Vi hadde det de første månedene. Men så kom det nye bygget nede på Danmarks plass. Travelt. Utskiftninger. Doktorgrader. De fikk ikke tid. Ble at de kunne ta en veiledning med meg. Jeg skal formidle videre! Da blir jeg veilederen på min avdeling! De kan altså veilede meg. Men det funker ikke.. Det er jo ikke meg som jobber med pasientene i feltet! Jeg er avdelingsleder! Jeg steller de ikke om morgenen! Gir mat eller shopper med dem! Mye bedre om de i feltet hadde fått veiledningen direkte! Tatt det opp med psykiater og psykolog, når de var her i forbindelse med et tvangstiltak! Sånne her kriseplaner: Det er de flinke til!”

En av informantene etterlyste også bedre informasjon fra Bergen kommune når det gjaldt muligheten for å være med i prosjekter som foregår mellom Bergen kommunes egne sykehjem og spesialisthelsetjenesten.

PG: ”Jeg har jo lest i avisen at Ulseth var med på et prosjekt. (Gaustadmodellen) Så tenker jeg: Hvorfor har ikke vi fått tilbud? Men vi er ikke kommunale! Hadde vi vært det, hadde vi sikkert fått sjansen. Mine ansatte leser jo dette i avisen: Hvorfor er ikke vi med på noe sånt? Jeg har ikke blitt informert.”

Begge korttidsavdelingene formidlet at det ikke var utarbeidet noen arenaer for verken kompetanseutveksling eller tverrprofesjonell praksisutplassering. Det foregikk heller ikke internundervisning hvor fokus var rettet mot pasientgruppen.

Korttid: ”Og det har det ikke vært snakk om. Det hadde vært veldig interessant og fått utvekslet litt erfaringer fra andre. At vi hadde fått kommet ut og fått litt fra andre steder. Absolutt. Det har kanskje (hospitering) kommet forbi i en bisetning, men ikke noe videre. Men absolutt: Det er jeg positiv til. Det hadde jo vært

kjempegreit om det hadde vært tilrettelagt for å kunne gjøre noe sånt! I hvert fall skaffet oss en ressursperson. En sykepleier som hadde litt ekstra.”

Korttid: ”Det er vel ikke tilrettelagt for så mye. Kursing eller noe. Det er snakket litt om det, men ikke kommet så langt at vi har gjort noe med det. I forhold til kompetanseheving må vi jo ha internundervisning.”

Hos samarbeidspartnerne, foruten spesialisthelsetjenesten, var det i varierende grad utarbeidet kompetanseutveksling eller praksisutplassering, men ikke noe som var satt i system. Hos spesialisthelsetjenesten var det utarbeidet arenaer for både kompetanseutveksling og tverrprofesjonell praksisutplassering, men heller ikke her var noe satt i et fast system. Den ene informanten fra spesialisthelsetjenesten understrekte at de hadde en utfordring når det gjaldt å nå alle sykehjem i Bergen kommune med det de hadde å tilby av tjenester, også når det gjaldt tilbudet om kompetanseutveksling og praksisutplassering.

SpHT: ”Her i Bergen har vi, vet ikke om du har hørt om det: Gaustadmodellen. Og det er jo et samarbeidsprosjekt. Og der er vi med. Og de sykehjemmene ser vi jo, etter en tid at vi kan få henvisninger fra. Og Gaustadmodellen er jo et prosjekt der personalet på sykehjem får opplæring i scoringsverktøy. De får undervisning. Refleksjonsgruppe. Og så får de veiledningsgruppe. Og så er det et med sykehjems leger. I tillegg til samlinger. Men da er det ikke bare fra et sykehjem. Da møtes de fra flere sykehjem. Og det vi ser spesielt, når de har hatt disse samlingene med sykehjems leger, så får vi og henvisninger. Det blir enklere å samarbeide. Man får et fjes. Man blir kjent.”

SpHT: ”Jeg tror det kommer like mye av at vi ikke er ute og flagger det (hospitering). At de ikke vet at det er en mulighet for det.”

Til slutt om temaet kompetanse, formidlet informantene sin erfaring om ansatte innenfor sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere hadde fått nye arbeidsoppgaver og nye ansvarsområder når det gjaldt pasientgruppen, etter at samhandlingsreformen trådte i kraft.

Jeg vil kort presentere noen hovedtendenser fra empirien.

Funnene viste at det som var merkbart annerledes enn før Samhandlingsreformen trådte i kraft, var at pasientene hadde færre liggedøgn på sykehus.

HjSPL: ”Merker at de blir liggende færre døgn på sykehus. Og det er ikke mer enn et døgn, så kommer det rapport om at de er utskrivningsklare. Og at de gjerne er mer dårlige når de kommer hjem. Mye mer som feiler, og vi må ha bedre kompetanse der ute. Det merkes.”

Informantene fra spesialisthelsetjenesten formidlet at veiledningsplikten var blitt mer sentral enn tidligere.

SpHT: ”Jeg synes at for vår del, så har vi skjerpet oss på veiledningsbiten. Vi har fått tydeligere oppgavefordeling og har mer fokus på samarbeid enn før.”

Alle informantene, bortsett fra spesialisthelsetjenesten, formidlet at reformen ikke nødvendigvis hadde medført nye arbeidsoppgaver og nye ansvarsoppgaver i forhold til pasientgruppen. De påpekte at generelt sett var dette en utfordrende og krevende pasientgruppe å jobbe med, og at mangel på kompetanse medførte store utfordringer fordi disse pasientene ofte var yngre enn de er i andre pasientgrupper. Individuell plan ble nevnt som et mulig redskap for bedre å kunne ivareta denne pasientgruppen, men at det veldig ofte viste seg at disse pasientene ikke hadde en slik ordning.

SpHT: ”Vi har jo, når det ble lovendring i kommunene med samhandlingsreformen. Det ble lovendring i spesialisthelsetjenesten som følge av det. Så står det jo dette om individuell plan og koordinator. Hvis man skal være koordinator, skal man koordinere både før, under og etter. Og der før. Hvordan skal vi klare det hvis vi ikke vet hvor og hvem de er?”

SpHT: ”Og utfordringer rundt det å jobbe med individuell plan i den eldre populasjonen. De er ikke vant til å stå på krava, sant? Det at de skal være delaktig i sin egen plan. Det er mye jobb å gjøre der. Og for oss.”

Korttid: ”Men i forhold til konkret å kunne følge opp psykiatri og rus med individuell plan, for da hadde du hatt kontaktpersonene inne i de ulike gruppene.”

Avdelingslederne ved korttidsavdelingene opplevde at disse pasientene ble ”svingdørspasienter”. De passer helt enkelt ikke inn noe sted, også fordi de ofte er langt yngre enn andre inneliggende pasienter. Dette underbygges fra forvaltningen.

Korttid: ”Det hender jo at noen vil hjem. Og da har vi helt klump i halsen. For det her kommer aldri til å gå bra, sant? Og som oftest holder de seg en stund. Og så får ikke hjemmesykepleien komme inn. Og så er det på han igjen.”

Korttid: ”Ja, vi har ofte mange av de samme som vi ser igjen av disse pasientene.”

FV: ”Ja, de kommer inn jevnlig. Det er ikke sikkert at de får rulleringsopplegg, men at de gjerne må komme inn av og til når hjemmesykepleien ser at det er tid for det. Når det er ille, sant?”

Korttidsavdelingene formidlet at opplysningene som fulgte pasientene ofte var mangelfulle også når det gjaldt diagnoser, og at dette ofte først ble oppdaget når de kom til innleggelse ved avdelingene deres. I tillegg opplevde de at det var vanskelig å få formidlet disse pasientenes helseopplysninger videre i behandlingsskjeden.

Korttid: ”Det oppdages ofte her. Og ofte har de ingen klare diagnoser på ting. Det er bare ting som kommer frem.”

Korttid: ”Hvis det ikke er skrevet i journalen deres fra tidligere, så har vi ingen info. Vi ser det veldig ofte på medisinene. De kommer med ganske mange antipsykotika. Veldig høye doser, men ingen ting som sier hvorfor. Dette har vi opplevd flere ganger.”

Korttid: ”Men når vi ikke har noen annen mulighet enn å sende en epikrise, som kommer uker, dager etter at pasienten har reist hjem! Så har vi ikke fått tilfredstilt eller kartlagt.”

Avdelingslederne ved korttidsavdelingene ga uttrykk for at de savnet noen de kunne kontakte for å få hjelp til både å hjelpe de videre, men også hjelp til hvordan de skulle håndtere disse pasientene når de var inneliggende hos dem.

Korttid: ”Det hadde jo vært kjekt at det hadde vært direkte linjer. I hvert fall kunne skrevet en henvisning. Direkte linje til DPS og psykiatrisk sykepleier. Og den tjenesten de på en måte trengte innen psykiatri og rus innen kommunen.”

Korttid: ”Hatt et bedre samarbeid og veiledning ville hjulpet.”

Noen av informantene nevnte også etiske dilemmaer som personalet måtte stå i når det gjaldt forhold som det å servere alkohol til pasientene på avdelingene.

Korttid: ”Det som er problemet, for eksempel en med rus og alkohol: De får jo ikke det her. Men samtidig har du en annen gruppe her, som liker å ta seg et glass vin til kvelden. De må jo få et glass! Pårørende kommer jo med alkohol. Og så har vi doble rom. Fire stykker. Og nei. Så det er en utfordring med det og. Vi har ikke lov å ha total forbud heller. Det har vi ikke. Men vi har jo mange som ikke kan. Så blir det en utfordring.”

Avdelingslederne ved korttidsavdelingene fortalte at de ikke hadde hørt om, eller at de nylig hadde fått rede på at det eksisterte en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus. De hadde ikke engang mottatt et kontaktnummer til denne organisatoriske enheten, og at det forsterket følelsen av å være overlatt til seg selv. De følte seg alene, og mente at informasjonen fra Bergen kommune om opprettelsen av denne enheten var mangelfull eller ikke eksisterende. Samtidig formidlet forvaltningen for alders- og sykehjem at det til tider heller ikke var avklart mellom de to forvaltningsenhetene om hvor disse pasientene skulle sortere inn under. De

psykogeriatriske avdelingene og sykehjemmenes samarbeidspartnere var alle informert om opprettelsen av denne etaten.

Korttid: *”Ja, jeg visste jo ikke at det var noen forvaltningsenhet for psykiatri og rus. Og jeg har fortsatt ikke hørt noe om dem. Ingen kontaktnummer på de.”*

Korttid: *”Vet ikke at det eksisterer. Føler meg litt aleine.”*

FV: *”Det er faktisk sånn at med engang de får en somatisk sykdom så, for eksempel et brudd, så hives de over til oss. Så får vi litt sånn diskusjon da. Hvor skal de være henne, sant? Det er sånn, at pasienter med langvarig psykiatrisk sykdom og ligger under der.”*

HjSPL: *”Nå når vi har en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus.”*

Med unntak av spesialisthelsetjenesten, formidlet alle informantene at de var veldig positive til utviklingen av elektroniske meldinger. De hadde store forventinger til at det ville gi bedre dokumentasjonsflyt mellom de ulike organisatoriske enhetene, og at det ville være til det bedre når det gjaldt behandlingen av pasientene.

Korttid: *”Det at det er bygd opp elektroniske meldinger. At journalen nå følger, og at det skal flyte bedre mellom systemene. Vi vil jo få mer tilgang på informasjon, etter hvert som dette blir tilrettelagt, enn hva vi har hatt tidligere.”*

Flere av informantene snakket om endringer uavhengig av reformen, som for eksempel endringer i psykiatritjenestens tilgjengelighet, og at disse endringene ikke alltid syntes å være til det bedre. Det kom ikke fram hva de mente var årsaken til endringene.

HjSPL: *”Kveld og helligdager. Virkelig pasienter som blir syke. Og da har jeg gjerne ufaglærte som må gå til de og gi de medisiner. De klarer ikke å observere på samme måte! Så jeg tenker at psykiatrien skal ha disse samtalene. Nå når vi har en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus. Den tenker jeg: Der burde de*

(psykiatrisk sykepleier) ha gått både på dag og kveld til pasientene. Og vi har faktisk to veldig unge med narkotika! Og da skal jeg sende! Vi vet jo at helsetjenestene i helgen er mye ufaglærte. Sånn at jeg tenker at det er utrolig at de ikke er mer ute i felten.”

Oppsummert så viste funnene at det var få eller ingen, med unntak av spesialisthelsetjenesten som hadde videreutdannelse i psykiatri og/eller rus. De psykogeriatriske avdelingene understreket at selv om det ikke forelå noen formell videreutdannelse, så hadde de stor erfaringskunnskap når det gjaldt pasientgruppen. Det er likevel et stort behov for mer kompetanse hos de ansatte både ved sykehjem og i hjemmesykepleien. Når det gjaldt kompetanseutveksling eller tverrprofesjonell praksisutplassering, så forekom dette bare ved de psykogeriatriske avdelingene. Fra spesialisthelsetjenesten sin side ble det understreket at det var en utfordring å nå alle sykehjem i Bergen kommune med informasjon i forhold til hvilke tjenester de kan tilby. En av informantene fra sykehjemmene ønsket bedre informasjon fra Bergen kommune når det gjaldt mulige samarbeidsprosjekter. Ved korttidsavdelingene så hadde de ikke mottatt informasjon om at det var opprettet en forvaltningsenhet for psykiatri og rus, noe som igjen forsterket følelsen av å være ”alene”. I form av endringer hadde Samhandlingsreformen ført til at pasientene som kom til sykehjemmene hadde færre liggedøgn på sykehus, samt at veiledningsplikten for spesialisthelsetjenesten var blitt mer sentral. Behandlingen av denne gruppens pasienter byr generelt på store utfordringer, noe som delvis kan forklares ved at de ofte er yngre enn andre pasienter, og at de oftere er ”svingdørspasienter”. Opplysningene som fulgte disse pasientene var gjerne mangelfulle når det kom til diagnoser, og at det var vanskelig å få formidlet helseopplysningene videre i behandlingsskjeden. Individuell plan og elektronisk meldingsutveksling ble nevnt som mulige redskaper for å ivareta denne pasientgruppen enda bedre. Det ble uttrykt ønske fra korttidsavdelingene om å få en egen ressursperson i kommunen, som kunne bistå sykehjemmene med pasientgruppen generelt og den videre behandlingen, slik at gruppen oppnår koordinerte og helhetlige tjenester.

5.9 Oppsummering av funn

5.9.1 Psykogeriatriske avdelinger

I studien kom det frem at de psykogeriatriske avdelingene og avdelingene for korttid ved sykehjem i Bergen kommune ikke ga pasientgruppen psykiatri og/eller rus like tjenester. Det kom relativt klart fram når det gjaldt hvordan og hvilken behandling pasientgruppen mottok. Ved de psykogeriatriske avdelingene var det mye som fungerte veldig bra. Her var flere av de nødvendige forutsetningene for et interorganisatorisk samarbeid avklart, og til spesialisthelsetjenesten hadde de både opprettet gode samarbeidslinjer, en stor grad av kompetanseutveksling og muligheter til hospitering. Bedre veiledning og informasjon ble etterlyst av en av avdelingene fra spesialisthelsetjenesten og Bergen kommune for ytterligere å bedre gruppens mulighet for god behandling. En god kultur var utviklet i synet på å se sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp og om hva som er god behandling. De hadde et positivt syn på sine samarbeidspartnere, en god bevisstgjøring av egne evner og begrensninger når det gjaldt vurderingen av hverandres faglige prestasjonsnivå og av egne evner til å gi gruppen god og helhetlig behandling. Samlet førte det til at de også benyttet seg av andre tjenester for å nå målet. Seg imellom hadde de etablert et nettverk hvor de utvekslet erfaringer om ulike sider ved behandlingen for gruppen, men uttrykte samtidig et ønske om at det i større grad burde opprettes arenaer for tverrsektorielt samarbeid hvor alle organisatoriske enheter skulle delta. De så klart at det ville støtte det interorganisatoriske samarbeidet og lede til bedre koordinerte og helhetlige tjenester for pasientgruppen. Å få bedre kompetanse i egne avdelinger var det et ønske om, men at det generelt var vanskelig å rekruttere personale med spisskompetanse i psykiatri og rus til primærhelsetjenesten. Viljen til samarbeid var tydelig til stede og pasientgruppen mottok i stor grad koordinerte og helhetlige tjenester i samsvar med Samhandlingsreformens krav.

5.9.2 Korttidsavdelingene

Ved korttidsavdelingene viste funnene at de sto overfor store utfordringer i forhold til det interorganisatoriske samarbeidet og til å nå målet om koordinerte og helhetlige tjenester for pasientgruppen psykiatri og/eller rus. Til spesialisthelsetjenesten var det ikke etablert klare samarbeidslinjer og det førte til brudd i behandlingen. Behovet for å opprette et mer formelt samarbeid til tjenesten var tydelig, og det var også noe de selv etterlyste, mens de manglet både kunnskap og informasjon om behandlingsmulighetene som tjenesten faktisk kan tilby

denne gruppens pasienter. Avdelingslederne uttrykte at de følte seg veldig alene og til dels hjelpeløse i forhold til det å gi denne gruppen god behandling. Å gi tilstrekkelig hjelp var en utfordrende oppgave både fordi de ofte var ”svingdørspasienter” i tillegg til å være en gruppe med komplekse og sammensatte behov. Behovet kompetanseutveksling og hospitering både så de og etterlyste selv, men de viste ikke helt hvordan de skulle skaffe seg dette. Interessant var at ingen av avdelingslederne ved de to korttidsavdelingene viste at det var opprettet en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus. For de ansatte ved korttidsavdelingene ble det avdekket et behov for opplæring/kompetanseheving relatert til psykiatri og rus. Det manglet tilrettelegging av interne opplæringsprogram, kurs, videreutdanning og kompetanseutveksling, og det kunne til dels virke som om fokus på nettopp videreutdanning innenfor psykiatri og rus var fraværende. De samme avdelingene etterlyste også at det på kommunalt nivå burde etableres en ressursperson i kommunen, slik det allerede eksisterer i forhold til kreft. De uttrykte også et klart ønske om å være en del av ulike nettverksgrupper: en gruppe for korttidsavdelingene, og en gruppe hvor alle de ulike organisatoriske enhetene innen både primær og spesialisthelsetjenesten deltok. Det hadde heller ikke utviklet seg en kultur hvor de så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp, og de opplevde disse som fragmenterte. Selv om avdelingslederne uttrykte et klart ønske om å gi disse pasientene god behandling, opplevde de det som vanskelig. Avdelingslederne så sine egne begrensinger og behovet for andres bidrag for å kunne gi gruppen god, koordinerte og helhetlige behandling. Gjennom intervjuene kom det frem at de kjente på stor frustrasjon, stor usikkerhet og til dels hjelpeløshet når det gjaldt å ivareta denne pasientgruppens sine rettigheter til koordinerte og helhetlige tjenester. De opplevde pasientene i gruppen å være ressurskrevende, å ha alvorlige sykdommer og ha en krevende atferd som både kan være utfordrende og uforutsigbar. Pasientene i gruppen utløste situasjoner de ansatte på korttidsavdelingene opplevde å være problematiske å håndtere, også sett i forhold til medpasientene på avdelingene og for pårørende som kom på besøk.

Avdelingene påpekte at når disse pasientene kom til innleggelse så var det først da at pasientens psykiske og/eller rusproblematikk ble avdekket. At dokumentasjonen som fulgte pasienten ved innleggelse ved avdelingen opplevdes ofte å være mangelfull og si lite om eller i hvilket omfang pasienten hadde psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Slik manglende kjennskap til pasientens historie, og at pasientens sykdomshistorie først ble avdekket når de

kom til innleggelse fikk konsekvenser for den behandlingen de ble tilbudt og mottok. En av avdelingslederne påpekte konsekvensen av at dokumentasjon ofte også kom seint videre i behandlingsskjeden til for eksempel hjemmesykepleien eller fastlegen, og at dette kunne få konsekvenser også for den videre behandlingen av denne pasientgruppen.

De somatiske sykdommene er de flinke på, men det er lite tilrettelagt for å håndtere pasienter med psykiske og/eller rusmiddelavhengighet. Det var en utpreget mening at disse pasientene ikke passet inn på korttidsavdelingene da dette er hektiske avdelinger, og de er ofte yngre enn andre tjenestemottakere. De har så store og komplekse behov at avdelingene for korttid ikke er tilrettelagt for å håndtere gruppen på en tilfredsstillende og god måte. Den ene avdelingslederen mente at gruppen egentlig ikke passet inn noe sted, at de ikke innehadde nødvendig kompetanse og at heller ikke avdelinger for langtidsplasser var egnet for å ta i mot gruppen og at de nærmest uttrykte ”redsel” når de ble tildelt disse pasientene som de anså vanskelig å integrere. Et eksempel som nevnes er at sykehjem forsøker å tilrettelegge for at eldre skal få ta med seg sin etablerte alkoholkultur inn i alderdommen og opprettholde sine alkoholvaner. Ethiske dilemmaer oppstår og blir et tema når de møter pasienter med et problematisk forhold til alkohol eller andre rusmidler.

5.9.3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien mente i varierende grad at de klarte å gi disse pasientene koordinerte og helhetlige tjenester. De påpekte behovet for at samarbeidet mellom de ulike organisatoriske enhetene burde settes i et formelt system for å påse at kravet om koordinerte og helhetlige tjenester for denne gruppen innfris. Kompetansebehovet i hjemmesykepleien ble understreket å være økende fordi de ofte møtte på spesielle og vanskelige problemstillinger som de måtte håndtere når det gjaldt gruppen. Mange følte seg utrygge i møte med disse pasientene, de opplevde det som utrygt å hjelpe dem, de opplevde gruppen som krevende og at det ofte oppstod utfordrende situasjoner. Hjemmesykepleien påpekte at som en følge av å inneha liten kompetanse på området så innehadde de heller ikke evnen til å observere og eventuelt avdekke aktiv rusing blant tjenestemottakerne. Å gi tjenester av god kvalitet ble derfor svært vanskelig. De hadde hatt fokus på palliasjon og kreft, men de så klart at det var store behov for en kompetanseheving også innen psykiatri og rus. Spesialisthelsetjenestens tilbud om kompetanseutveksling og praksisutplassering kjente de til, og stilte seg positive for slik og

kunne heve egen kompetanse. Erfaringskunnskap har de mye av og at de forsøker å bruke hverandres erfaringsbaserte kompetanse når det gjelder denne pasientgruppen. Flertallet av informantene mente at det hadde utviklet seg en kultur mellom dem og sykehjemmene (korttidsavdelinger) der de så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp og at de hadde kompatible ideologier når det gjaldt synet på hva som er god behandling. Det hadde også utviklet seg en god kultur der de både innså sine begrensninger og hvor de ved behov søkte å søke andre instanser om hjelp når det oppstod behov. Organisatoriske endringer i psykiatritjenesten har medført at disse ikke lenger jobber kveld og helg, og at dette er noe hjemmesykepleien mente ga dårligere tjenester til gruppen. Det medførte igjen til at de ikke fikk nødvendig assistanse i disse tidsrommene. Taushetsplikten ga seg utslag i at de ikke fikk nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten om pasientene var innliggende hos dem eller var overført til hjemmet. Hjemmesykepleien uttrykte en klar mening om at det ville vært nyttig med nettverk hvor de ulike organisatoriske enhetene kunne møtes for å dele felles erfaringer og lage gode avtaler for hvordan man best kan ivareta denne pasientgruppens rettigheter om gode, koordinerte og helhetlige tjenester.

5.9.4 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten underbygde også funnet om at målet om å gi disse pasientene koordinerte og helhetlige fulgte hver pasient, men at det var store mangler fordi det ikke var etablert et samarbeid med alle sykehjem i Bergen kommune. De påpekte at de hadde en utfordring med å nå alle aktuelle kandidater når det gjaldt å tilby sine tjenester. Sykehjem viste helt enkelt ikke at de kunne sende henvisning til utredning og/eller innleggelse for aktuelle pasienter eller at de kunne få hjelp av ambulerende team som bistår sykehjem ved behov med oppsøkende virksomhet og veiledning. De mente også at samarbeidet med sykehjem fungerte der det allerede var opprettet et samarbeid fordi sykehjemmene da viste at de eksisterte. Gaustadmodellen er et godt eksempel. De jeg intervjuet i spesialisthelsetjenesten hadde ikke et samarbeid med noen korttidsavdelinger. Spesialisthelsetjenesten hadde ingen generelle eller organiserte tilbud til sykehjem om hospitering. Praksisen med å følge pasientene ut enten til psykiatriske avdeling eller annen boavdeling ved sykehjem fungerte bra. Spesialisthelsetjenesten tok veiledningsplikten alvorlig og følger denne opp.

5.9.5 Forvaltningen

Forvaltningen for alders- og sykehjem mente at de klarte å innfri målet om gi koordinerte og helhetlige tjenester til denne pasientgruppen. For omtrent et år siden ble det etablert en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus, og det kom frem at det ikke var etablert klare mål og retningslinjer for hvilken forvaltningsenhet som skulle ha ansvaret for pasientgruppen, og at det hadde ført til ulike diskusjoner mellom de to enhetene. Det ble understreket at det var ønskelig med en avklaring rundt problemstillingen. Forvaltningsenheten for alders- og sykehjem formidlet at de ikke hadde spesialkompetanse innen rus og psykiatri, men at det var ønskelig selv om det nå var etablert en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus.

6. Konklusjon

Konklusjonskapitlet er basert på ulike faser i den hermeneutiske sirkel mellom intervjuetekstene, teori og min egen forståelse. Jeg har kombinert hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming, fordi dette har ga meg anledning til å få frem både en beskrivende og et fortolkende perspektiv. Fortolkningene mine baserer seg på at den viser til andres fortolkninger, og jeg har brukt den hermeneutiske sirkel som et uttrykk for at fortolkning skjer mellom helhet og deler av helheten. Fortolkningen skapes i et samspill mellom forskerens forforståelse, det en skal fortolke og den konteksten det skal fortolkes i (Kvale, 1997).

Det sentrale i denne studien om hvordan den interorganisatoriske samhandlingen foregår mellom utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjaldt pasientgruppen psykiatri og/eller rus, var å undersøke hvordan samhandlingspraksisen faktisk foregikk. Studien har vist og belyst ulikheter i hvordan den interorganisatoriske samhandlingen foregår mellom korttidsavdelinger og psykiatriske avdelinger og deres samarbeidspartnere når det gjaldt hvordan organisasjonsstruktur, kultur, ledelse av samarbeid og kompetanse påvirket målet om å oppnå koordinerte og helhetlige tjenester.

Målet med studien har vært å belyse de overordnede forskningsspørsmålene som hvordan foregikk det interorganisatoriske samarbeidet mellom utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, hadde mellommenneskelige faktorer som vilje til samarbeid, gjensidig respekt og tillit betydning for et interorganisatorisk samarbeid, hadde

organisatoriske faktorer som mål, ledelse og organisasjonsstruktur betydning for et interorganisatorisk samarbeid, og hvordan var kompetansen og et eventuelt kompetanse behov først og fremst blant personalet ved sykehjem i Bergen kommune, men også for deres samarbeidspartnere når det gjaldt pasientgruppen rus og/eller psykiatri?

Drøftningen er delt inn i fire underkapitler. Første kapittel tar for seg organisasjonsstruktur og nettverksorganisering. Andre kapittel handler om kultur og om hvordan kompatible ideologier, kompatible kvalitetsmessige oppfatninger, kulturelle forskjeller og profesjonskultur påvirker den interorganisatoriske samhandlingspraksisen. Tredje kapittel omhandler ledelse av samarbeid og hvordan mål, tillitt, kulturelt mangfold og ledelse påvirker det interorganisatoriske samarbeidet. Fjerde kapittel beskriver kompetanse og hvordan ulike typer kapabilitet, tverrprofesjonell utdanning og tverrprofesjonell praksisutplassering har betydning for om denne pasientgruppen mottar koordinerte og helhetlige tjenester.

6.1 Organisasjonsstruktur

De kommunale helsetjenestene i Norge er i liten grad forberedt på den "eldrebølgen" av psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter som vi kan vente oss i tiden fremover (St.prp.nr. 1, 2007-2008) og dette understøttes av funnene i oppgaven som viser at det i liten grad er utviklet nettverk og dialog mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere for å kunne gi denne pasientgruppen et helhetlig pasientforløp. Selv om korttidsavdelingene hadde et etablert samarbeid både med forvaltningen og hjemmesykepleien førte ikke dette til helhetlige tjenester for gruppen. Når det i utgangspunktet heller ikke finnes et etablert samarbeid mellom ulike tjenester og ulike tjenestenivå så var det en forsterkende årsak til å vanskeliggjøre den videre oppfølgingen av gruppen. Korttidsavdelingen etterlyste at det etableres et samarbeid, men hadde ikke noe eget forslag til hvordan det kunne gjøres, annet enn ved pålegg fra Bergen kommune. Skal man oppnå et samarbeid så er det også slik at man i tillegg må søke å få til et samarbeid. Dette gjenspeiler seg i manglene på hvordan korttidsavdelingene har møtt de organisatoriske utfordringene det vil være med innovasjon og opprettelse av interorganisatoriske nettverk for å oppnå helhetlige pasientforløp. Det blir derfor viktig at enheter som skal samarbeide får mulighet til å finne fram til samhandlingsprosesser som vil styrke samarbeidet. Skal et samarbeid lykkes er det nødvendig at hver av de ulike organisatoriske enhetene har et

minstemål av makt og ressurser, de må ha noe å bidra med, og/eller noe de andre enhetene er interessert i. Eksisterer ikke en slik gjensidighet vil samarbeid by på problemer (Vangen og Huxham 2009). Vangen og Huxham (2009) viser til at det ofte er slik at offentlige myndigheter er pådrivere for å etablere samarbeidsprosesser og at de legger føringer på selve utformingen. Knudsen (2004) viser til at samarbeid noen ganger bør finne sted selv om de ulike organisatoriske enhetene ikke selv kan innse at de har noen fordel av et slikt samarbeid eller når de ulike enhetene ikke har en oversikt over hvem de burde samarbeide med, så er det nødvendig at en overordnet myndighet etablerer et mandat for et samarbeid. I undersøkelsen kom det frem fra informantene at Bergen kommune verken hadde pålagt sykehjem, andre kommunale helsetjenester eller deres samarbeidspartnere å skape, utvikle, opprette nettverk. Det forelå derfor heller intet grunnlag for informantene til å kunne sammenligne hvordan slike nettverk eventuelt fungerte sammenlignet med andre nettverk for å fremme den helhetlige pasientbehandlingen for disse pasientgruppene ved sykehjem i Bergen kommune.

For korttidsavdelingene ser vi av funnene at det ikke var etablert noe organisert samarbeid med blant annet spesialisthelsetjenesten, og man kan jo stille seg spørsmålet om hvorfor det er slik. Dette er ingen ukjent gruppe! Hvorfor mottar ikke denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester når de er til innleggelse ved avdelingene for korttid i motsetning til ved de psykiatriske avdelingene? Dette understøttes av funnene i undersøkelsen som viser at prosessene rundt helhetlige pasientforløp medfører at det ikke har skapt nytenkning og innovasjon med grunnlag i dialog og kommunikative prosesser, og at pasientforløpet skjer etter en standardisering med grunnlag i etablerte yrkesmessige og statusmessige relasjoner. Organisasjoner er i stor grad lukkede systemer, innelukket sammen med sine nære omgivelser, og er i stand til å skjerme seg mot utfordringer over lengre tid og bare i liten grad egnet til å ta signaler, oppfatte trusler og muligheter for å regissere endring av seg selv (Morgan, 1986, Maruyama, 1982, Varela, 1972. Alle i Knudsen 2004). I Vangen og Huxham (2009) påpekes det at selv om organisasjoners strukturer og prosedyrer reflekterer deres spesifikke oppgaver så er det ikke nødvendigvis hensiktsmessig med et samarbeid. Det blir viktig å merke seg at funnene tydet på at det å gi denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester bød på større samhandlingsutfordringer enn for andre pasientgrupper. Det syntes også klart at det ikke var synliggjort og avklart hva som burde være de grunnleggende

målene for hvordan et samarbeid mellom korttidsavdelingene og spesialisthelsetjenesten burde organiseres når det gjaldt denne pasientgruppen.

En annen medvirkende årsak kan tenkes å være at det ved korttidsavdelingene er ikke pasientene på opphold av noen særlig lang varighet, og at roteringen som da oppstår ikke gagnar pasientene i denne pasientgruppen. En tredje årsak kan være at denne pasientgruppens behandlingsbehov her oppleves veldig annerledes enn for andre pasientgrupper av både avdelingslederne og de ansatte. Skal man klare å oppnå koordinerte og helhetlige tjenester også for denne gruppen uavhengig av hvor de er inneliggende, så kreves det at man starter koordineringen tidlig i behandlingen, at man vet hvor man skal henvende seg og at man har en forsikring om å få hjelp til å hjelpe disse pasientene. Det er ofte dessverre slik at hjelpebehovet til pasienten først oppdages når de kommer til innleggelse. I utgangspunktet så kommer de i hovedsak på grunn av en somatisk/fysisk sykdom, og de mottar god behandling i forhold til dette. Det er korttidsavdelingene flinke på. Problemet oppstår når det avdekkes andre underliggende lidelser, enten psykiske lidelser og/eller en rusmiddelavhengighet. Vangen og Huxham (2009) viser til at organisasjoners evne til samarbeid er forbundet med deres evne til å tilpasse seg en felles samarbeidsagenda, men at enhver endring av strukturer og prosedyrer medfører en trussel for disse avdelingenes behov for å opprettholde sine etablerte prosedyrer som gjør de i stand til å levere de tjenestene som de har erfaring i. Aktører i organisasjoner er langt på vei innfanget i en kontekst av etablerte tankebaner, språk, verdinormer, fortolkningsnormer og organisasjonskultur og de har tendens til å skjerme seg mot impulser som kan true eller utfordre den etablerte praksisen. For å kunne oppnå økt interorganisatorisk samarbeid er det derfor viktig at medlemmene i de ulike organisatoriske enhetene ser behovet for å vurdere nye samarbeidsformer og behovet for kapabilitetsutvikling (Knudsen, 2004).

Manglende helseopplysninger var et problem når det gjaldt denne gruppen. Korttidsavdelingene nevnte at informasjonen/epikrisene som følger pasientene i gruppen ofte var mangelfulle. Hjemmesykepleien nevnte også at de, pga. taushetsplikten, ofte ikke fikk nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten. En av forklaringene kan kanskje være at det ikke var laget tilstrekkelige rutiner for informasjonsutveksling. Bergen kommune har innført elektroniske meldinger, men det var ennå slik at ikke alle de organisatoriske enhetene

var tilknyttet dette systemet. Fremdeles er ikke den enkeltes pasients journal er tilgjengelig for alle de organisatoriske enhetene. I Norge setter personvernet grenser for hvilken informasjon man har lov å registrere og hvem som kan benytte seg av denne informasjonen. For informasjon lagret på datasystemer har norske myndigheter opprettet Datatilsynet, en egen instans som godkjenner registrering og bruk av slik informasjon. Taushetsplikten representerer en hindring for informasjonsutveksling mellom organisasjoner, og den aksentuerer et evig dilemma fordi man som helsepersonell i mange tilfeller er avhengig av å gi et løfte til pasientene om taushet for at informasjon i det hele tatt skal gis, selv om den informasjonen er så viktig at den burde vært gitt videre (Jacobsen, 2004). Olsen i Jacobsen 2004, påpeker at den enkelte organisasjon står fritt til å gi opplysninger om a) at en bestemt person er i kontakt med en organisasjon, b) hvilke vedtak som treffes i organisasjonen, og c) alt som fremmer etatens oppgaver. Han hevder at de legale barrierene for samarbeid er små fordi taushetsplikten bare i liten grad regulerer informasjonsstrømmen mellom enheter, etater og organisasjoner og at man i større grad ser ut til å benytte seg av taushetsretten enn å følge en taushetsplikt (Jacobsen, 2004). Denne debatten pågår fremdeles!

Et viktig virkemiddel er utviklingen av bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren, og alle informantene påpekte at bruk av elektroniske meldinger var positivt, men at det fortsatt var store hindringer fordi man ikke hadde felles tilgang til den enkelte pasientens journal og at viktig og nødvendig informasjon ikke var tilgjengelig for alle..

Oppsummert viste funnene at det ikke eksisterte noen formell organisering av nettverk mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, også inkludert nettverk som er pålagt fra Bergen kommune. Samlet var dette også faktorer som påvirker hvordan denne pasientgruppen mottok helsetjenester.

Til slutt: Forskning på at rusfeltet og spesielt forskning på rus og eldre er et forholdsvis utforsket område og kommunale helsetjenester bør rette fokus på endringer overfor pasientgruppen psykiatri og/eller rusmiddelavhengige pasienter for å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for denne gruppen.

6.2 Kultur

I denne studien var jeg opptatt av å finne kunnskap både om det hadde utviklet seg en kultur mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, der de ulike organisatoriske enhetene så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp, og om det hadde utviklet seg en god kultur når det gjaldt synet på hva som er god behandling for denne pasientgruppen.

Vangen og Huxham (2009) argumenterer for at man kan oppnå en synergieffekt ved å nyttiggjøre seg ekspertise og ressurser fra forskjellige organisasjoner og at man gjennom samarbeid kan variere og utvikle sin virksomhet, for slik å oppnå andre resultater enn hvis man opptrer hver for seg. Siden de psykiatriske avdelingene i hovedsak er øremerkede avdelinger for pasienter i gruppen psykiatri viste funnene tydelig at personalet på disse avdelingene over tid hadde utviklet en god kultur både når det gjaldt synet deres på hva som er god behandling for disse pasientene, og hvor de så på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Disse faktorene bidro til at de innfridde kravet om å gi denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester.

Når det gjaldt korttidsavdelingene og deres manglende samarbeid med deler av spesialisthelsetjenesten, så kan det hevdes at en av årsakene til at det ikke hadde utviklet seg en felles kultur når det gjaldt å se på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Denne faktoren bidro ytterligere til å skape avstand mellom de to tjenestenivåene. Både sykehjem og spesialisthelsetjenesten består av mange av de samme profesjonene, et faktum som i stedet vanligvis burde bidra til å oppnå et samarbeid, og slik burde ikke dette bidra til problemer i et samarbeid. En kultur består av et sett av normer, verdier og grunnleggende antagelser som deles av en gruppe. Dette gir seg ofte utslag i felles symbolbruk, felles språk og felles ritualer og prosedyrer. Har man en felles kultur kan man konkludere med at det skaper samhold og minsker avstand og slik gjør det enklere å samarbeide (Jacobsen, 2004). For at det kan skje et samarbeid så må det foreligge en tydelig nok beskrivelse der de ulike organisasjonene vet om eller er enige om hvem som er involvert og med hvilken hensikt. Når det i praksis er vanskelig å vite hvilken organisasjon, hvilket samarbeidsområde eller hvilke interesser de ulike aktørene representerer vil det være tidkrevende og vanskelig å samarbeide (Vangen og Huxham, 2009). Ved korttidsavdelingene viste funnene manglende kunnskap om

hvem de skulle samarbeide med. Nettopp fordi de ikke hadde opparbeidet seg et kulturfellesskap gjennom samarbeid i praksis, hadde de heller ikke bestemt hvem burde være sentrale deltakere og, ikke minst hvilke roller de skulle ha i et samarbeid.

Vi vet at det vil bli flere eldre som vil leve lenger og som vil ha et økende hjelpebehov. Det vil igjen gi en økende gruppe bestående av eldre med ulike typer psykiatri diagnoser og/eller rusmiddelavhengighet, noe som vil medføre økte utfordringer og at presset på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene vil øke (EONN, 2008). For fremtidens behandling av denne pasientgruppen vil det derfor bli avgjørende at det utvikler seg en kultur mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, der de ulike organisatoriske enhetene ser på sine tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Funnene i undersøkelsen viste at de fleste av informantene mente at de hadde et slikt syn. For korttidsavdelingene bød dette på større utfordringer enn for de psykogeriatriske avdelingene, ikke bare på grunn av manglende interorganisatorisk samarbeid, men også fordi rusmiddelavhengige som mottar tjenester fra sykehjem eller andre kommunale pleie- og omsorgstjenester er yngre, og de får alvorlige og aldringsrelaterte sykdommer tidligere enn ”normalbefolkningen”. Videre har de ofte høy grad av komorbiditet (psykiatri/rus) (Ahlstrøm, 2008 i L. Flesland 2010), og de er ofte en ressurskrevende pasientgruppe med krevende og utfordrende atferd.

I Norge i dag innenfor ”eldreomsorgen” så innehar sykehjem en viktig og sentral rolle, og for å kunne sikre at denne pasientgruppen mottar god behandling hvor tjenestene er koordinerte og helhetlig, vil det være avgjørende at det utvikles både kompatible ideologier og kompatible kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere. Funnene i studien viste at alle informantene, med unntak av korttidsavdelingene, formidlet at det eksisterte kompatible ideologier om hva som er god behandling for denne pasientgruppen. Korttidsavdelingene uttrykte at det var enighet om hva som er god behandling, men at dette var vanskelig å oppnå på grunn av det manglende samarbeidet. Alle informantene mente at det eksisterte kompatible kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre. For å oppnå et godt samarbeid i fremtiden vil det være avgjørende at de ulike aktørene er villige til å gå utover eventuelle kulturelle forskjeller og gjennom å skape arenaer for dialog og samarbeid sikre at denne pasientgruppen mottar god behandling gjennom gode koordinerte og helhetlige tjenester.

6.3 Ledelse av samarbeid

Samhandlingsreformen er styrende for dagens og morgendagens helse- og omsorgstjenester, og har gitt nye utfordringer for lederne både ved de kommunale tjenestene, og for lederne i spesialisthelsetjenesten. For å innfri reformens krav om koordinerte og helhetlige tjenester, må dagens ledere ha oversikt og kompetanse om helheter og sammenhenger. De må være innovative og strategisk handlende i en virkelighet som er i stadig endring for å møte dagens og morgendagens muligheter og løsninger. Samtidig må de også være kapable til å lede sine avdelinger og personell i det som for mange et helt nytt og ukjent landskap. Ledere må inneha eller få muligheten til å utvikle evner til å samarbeide på tvers og mellom ulike fag- og yrkesgrupper og ikke minst, med og spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være avgjørende at det må utvikles bedre samhandlingskompetanse for dagens ledere innen de kommunale helsetjenestene, for at denne pasientgruppen skal få mer helhetlige og koordinerte tjenester.

Det vil også være av betydning at de ulike organisasjoners toppledelse og Bergen kommune retter oppmerksomheten mot de ledelsesmessige aspektene ved samarbeid, og motiverer sine ledere på avdelingsnivå til å oppnå den synergieffekten som ligger i å nyttiggjøre seg ressurser og ekspertise fra forskjellige organisasjoner. Det må i alle ledd tilrettelegges for at alle samarbeidende organisasjoner skal forstå viktigheten og verdien av et samarbeid. Når samarbeidet eller mangelen på samarbeid er preget av uforenlige mål og manglende tillitt må det etterspørres hvilken form for lederskap som vil egne seg. Vangen og Huxham (2009) påpeker at mye av den klassiske litteraturen om ledelse i organisasjoner tar utgangspunkt i lederskap utøvd av en formell leder som påvirker medarbeiderne i en gruppe eller i en organisasjon til å slutte opp om og forplikte seg til å oppnå noen spesifikke mål (Bass, 1985, Bryman, 1996. Alle i Vangen og Huxham 2009). De påpeker at hierarkiske relasjoner sjelden utgjør noen sentral funksjon i samarbeid mellom organisasjoner og at lederroller som tar utgangspunkt i formelle posisjoner sannsynligvis har lite å tilføre i en samarbeidskontekst. De fremhever isteden betydningen av ledelse som fokuserer på og fasilitere, motivere og myndiggjøre sine medarbeidere. Det er derfor viktig at dagens øverste ledere fokuserer på å være støttende og bidrar til handlinger som fører til at aktiviteter og resultater blir ført i en bestemt retning fremfor en annen (Vangen og Huxham, 2009).

Når det gjelder ledelse og ledelses egenskaper, kan man se av funnene at ved de psykiatriske avdelingene hadde man gjennom en årrekke utviklet et samarbeide med ulike

deler av spesialisthelsetjenesten. Det er nærliggende å anta at lederne her har blitt inspirert av energien i samarbeidet og slik har fokusert på måter for forbedring av samarbeidet. Funnene på korttidsavdelingene viste imidlertid at her hadde lederne i stedet hatt fokus på fravær av samarbeid, noe som hadde ført til frustrasjon og strev, og det kan se ut som om lederne her opplevde usikkerhet i forhold til hvilke løsninger som kunne være aktuelle for å oppnå et samarbeid rundt disse pasientene. Noen av utfordringen de står ovenfor vil være å oppnå samarbeidsgevinster ved å skape oppslutning om felles mål, få folk til å samle seg og forplikte seg og arbeide sammen på tvers av organisatoriske grenser. I en samarbeidskontekst kan det å utøve lederskap bety å påvirke hele organisasjoner og ikke bare enkeltpersoner. Uansett hvor dyktig og effektiv en leder måtte være, kan dette være krav som overgår mestringsevnen til enhver enkeltperson (Vangen og Huxham, s. 82, 2009).

Det var tydelig store forskjeller i den behandling denne pasientgruppen mottok avhengig om de fikk behandling ved korttidsavdelinger eller de psykiatriske avdelingene. Det vi imidlertid skal huske på er at de psykiatriske avdelingene er bo avdelinger, mens korttidsavdelingene er det: korttidsavdelinger. På de ti årene som har gått siden de psykiatriske avdelingene ble opprettet, hadde de klart å utvikle gode mål og tillitt til sine samarbeidspartnere for hvordan de skulle samarbeide for å gi gruppen koordinerte og helhetlige tjenester. Pasientene i gruppen ved disse avdelingene var kjente siden de hadde klare diagnoser, de hadde vært i behandlingssystemet i mange år, de hadde gjerne en individuell plan og en ansvarsgruppe rundt seg når de fikk tildelt plass. Dette er faktorer som klart hadde gjort det lettere å etablere det interorganisatoriske samarbeidet og også fordi spesialisthelsetjenesten da allerede var en del av behandlingsskjeden. Tillitt mellom partene og muligheten for å få nytte av samarbeidet er viktige forutsetninger for et interorganisatorisk samarbeid. Uten et slikt tillitsforhold kan et interorganisatorisk samarbeid være en kostbar, ineffektiv og kjedelig affære (Knudsen, 2004). Lederne ved de psykiatriske avdelingene hadde i motsetning til lederne ved korttidsavdelingene gjennom en årrekke opparbeidet seg ferdigheter og egenskaper når det gjaldt å håndtere annerledeshet og å utnytte forskjeller for å oppnå en god samhandlingspraksis.

I funnene kommer det frem at lederne ved korttidsavdelingene savnet en ”oppskrift” på hvordan og hvem de skulle kontakte for at de skulle bidra til å ivareta pasientene i gruppen

videre og ikke bare i forhold til hjemmesykepleien. Med denne bakgrunnen kan man stille seg spørsmålet om årsakene skyldes mangel på kunnskap om hvordan de ulike tjenestenivåene henger sammen, og er strukturert i forhold til oppgavefordeling og samarbeid på tvers. Man kan tenke seg at årsaken kan skyldes en kombinasjon som en økning i antall pasienter i gruppen på korttidsavdelingene uten at man har tilført nødvendig kunnskap om denne gruppens sammensatte behov, og også at disse lederne ikke har fått nødvendig opplæring om hvordan de ulike tjenestenivåene faktisk samarbeider. En medvirkende årsak kan også være at de ikke har fått nødvendig informasjon om hvordan man kan utnytte de ulike tjenestene som faktisk eksisterer. Ikke minst er det viktig å merke seg er at avdelingslederne på korttid uttrykte at de følte seg "alene", og at de uansett forsøkte å gjøre sitt beste, men at de hadde erfart og opplevd at det var vanskelig å få i stand et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De opplevde de ansatte de hadde hatt kontakt med i spesialisthelsetjenesten som "arrogante" Mellom korttidsavdelingene og spesialisthelsetjenesten så var ikke forventningene om et samarbeid tydelig nok avklart, noe som kan tenkes å være en av årsakene til at korttidsavdelingene ikke stoler nok på disse til å tillate seg til å ta sjansen på å invitere til et mer avklart samarbeid. Skal man lykkes med et interorganisatorisk samarbeid er det avgjørende at de ulike organisatoriske enhetene ser et behov for et samarbeid. Partene må innse at det er nyttig å samarbeide og at det er avklart hvorfor de skal samarbeide. Det må erkjennes at man har et problem som man ikke kan håndtere alene, og at man derfor søker til andre for løsninger, ressurser eller ekspertise. For at en tjeneste skal kunne betegnes som helhetlig må alle delene fungere sammen, og de ulike oppgavene må koordineres for å få et effektivt produkt. Det hjelper ikke hvor godt et delprodukt er hvis ikke dette produktet inngår i en helhet (Jacobsen, 2004). For pasientgruppen er dette viktig, slik at det ikke oppstår gråsoner hvor ingen har ansvar eller hvor ansvaret er uklart. Det er avgjørende at arbeidsoppgavene til de ulike organisatoriske enhetene er avklart og at man har kunnskap om hvordan ens egen oppgave henger sammen med andre oppgaver. Et manglende samarbeid om å løse oppgavene for denne pasientgruppen får konsekvenser for behandlingen av pasientene i gruppen. Behandlingen blir fragmentert og ikke helhetlig og koordinert. Det er viktig at de ulike organisatoriske enhetene går i dialog med hverandre og avklarer seg imellom hva som er den enkelte organisasjons ansvar.

Lederne ved korttidsavdelingene etterlyste klarere regler og/eller rutiner for hvordan man bedre skulle kunne koordinere tjenestene for denne pasientgruppen, noe som ble støttet av hjemmesykepleien og til dels spesialisthelsetjenesten. De påpekte at de savnet en klargjøring av hvor disse pasientene skulle behandles og hvem det var som skulle delta i behandlingen av disse pasientene. For lederne fremsto beslutningsstrukturen som uklar og de hadde ingen klar oppfattelse av hvem det var som hadde deltakelsesrettigheter og hvem som hadde hvilke plikter når det gjaldt behandlingen av denne pasientgruppen. Interessant i denne sammenhengen er om dette skyldes ledersvikt som at lederne på disse avdelingene ikke hadde den nødvendige kunnskap om hvordan de ulike tjenestenivåene fungerte eller om det kan skyldes at det generelt var for komplekse organisatoriske utfordringer for de nevnte avdelingslederne. Jacobsen (2004) viser til Cohen, March og Olsen (1976) viser at opprettelse av en aksess og en beslutningsstruktur som sier hvilke saker som skal tas opp hvor og hvem som skal delta, vil kunne bidra til og koordinere tjenesten for pasientgruppen på en bedre måte. Det synes klart at lederne for korttidsavdelingene ikke hadde synliggjort eller avklart målene for et samarbeid med de ulike aktørene.

De samme lederne formidlet at de ikke klarte å gi disse pasientene koordinerte tjenester pga uklarheten om ansvars- og oppgavemessige forhold. Det kan i tillegg se ut som at det forelå liten kompetanse hos disse avdelingslederne om de samarbeidsavtaler som gjelder mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten, og at dette var med på å påvirke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene for gruppen. Samtidig viste funnene at det i liten grad er organisert systemer for prioriteringer og beslutninger hvor det var tatt utgangspunkt i helheten av pasientens og brukernes behov for helse- og omsorgstjenester hvor alle de ulike organisatoriske enhetene som deltok i behandlingen av gruppen, skulle være delaktige. Dette kan være en av årsakene som kan forklare at det skjer brudd i disse pasientens behandlingsforløp ved korttidsavdelingene. Et brudd i forløpet er et uttrykk for at ytelsen fra de ulike tjenestedelene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Dette kan fremstå som brudd i tidsaksen med venting som resultat, brudd i informasjonsflyten som fører til sviktende grunnlag for kliniske beslutninger, eller brudd i ressurstilførselen til pasientforløpet som på ulikt vis kan gi mangelfull behandling (St.meld. nr. 47 2008-2009: Boks 5.1). Samhandlingsreformen understreker at sett fra pasientens ståsted så er det neppe særlig viktig om ansvaret er delt mellom en kommunehelsetjeneste og en spesialisthelsetjeneste. Målet må være at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste

som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene (St.meld. nr. 47 2008-2009: 5.2).

6.4 Kompetanse

Skal Samhandlingsreformen lykkes er det en forutsetning at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren fremover for slik å sikre god kvalitet på tjenestene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester (St.meld. nr. 47 2008-2009).

I forkant av denne studien ønsket jeg å finne ut hvilken kompetanse sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere faktisk hadde når det gjaldt pasientgruppen psykiatri og/eller rusmiddelavhengighet. Videre om det foregikk noen kompetanseutveksling eller tverrprofesjonell praksisutplassering mellom de ulike tjenestenivåene, og om det etter innføringen av Samhandlingsreformen hadde ført til nye oppgaver og ansvarsforhold for ledere og ansatte i de kommunale helsetjenestene.

Selv om det ikke var klare forskjeller når det gjaldt formell kompetanse blant personalet på korttidsavdelingene og de psykogeriatriske avdelingene, var det klart at ved de psykogeriatriske avdelingene så hadde det gjennom en årrekke utviklet seg en god erfaringsbasert kunnskap om gruppen, samt også en erfaringskunnskap i forhold til hvordan samarbeid mellom og på tvers av ulike organisatoriske enheter foregikk. Betingelser for bedre samarbeid og økt samhandling mellom de ulike enhetene i offentlig sektor, med tanke på å bedre kompetansen og kapasitetsutnyttelsen for slik å bedre servicen overfor klienter og brukere, blir fortsatt viktig for å kunne gi denne pasientgruppen helhetlige og koordinerte tjenester (Knudsen, 2004). Det syntes klart at de psykogeriatriske avdelingene i større grad enn korttidsavdelingene innehadde nettopp denne kompetansen som kreves for å utnytte de personalressurser og personal kompetanse, noe som kan være en forklaring på at de langt bedre klarte å gi denne pasientgruppen de tjenestene de har krav på. Gjennom sin erfaringsbaserte kunnskap hadde de opparbeidet god innsikt i hvordan de ulike organisatoriske enhetene arbeidet, det var avklart hvem som gjorde hva i forhold til de inneliggende pasientene både når det gjaldt ansvar og oppgavefordeling mellom disse avdelingene samarbeidspartnerne. I hovedsak er forklaringen at de psykogeriatriske avdelingen hadde arbeidet med pasientgruppen over en årrekke og hadde slik fått en god

forståelse for denne pasientgruppens ikke bare psykiske behov, men også deres fysiske og sosiale behov. De hadde fulgt pasientene over en årrekke og har slik en bedre forutsetning for å kunne tilrettelegge og koordinere tjenestene. Også et annet viktig poeng var at disse pasientens møte med spesialisthelsetjenesten ble oppfattet som enklere ved at de hadde et sted å vende tilbake til som var trygt og forutsigbart for pasientene. Pasientene hadde også en trygghet i forhold til at personalet på de psykiatriske avdelingene fulgte de gjennom den behandlingen de mottok av spesialisthelsetjenesten. Korttidsavdelingene på sin side hadde ikke opparbeidet seg en slik kunnskap, de innehadde verken tilstrekkelig faglig kompetanse i forhold til gruppens diagnoser eller den nødvendige kompetansen det kreves for å initiere samhandling på tvers av de ulike organisatoriske enhetene. Organisatoriske enheter som kan utfylle og utnytte hverandres kompetanser, som betjener samme pasientgruppe som trenger flere tilbud samtidig og som har avklart fordelingen av oppgaver seg imellom, vil kunne ha nytte av et interorganisatorisk samarbeid. I tillegg må de ulike organisatoriske enhetene kommuniserer effektivt for å få til et kombinert tilbud (Knudsen, 2004).

Det er likevel ingen tvil om nødvendigheten av å øke kunnskapen både blant ledere og ansatte, og spesielt på korttidsavdelingene både når det gjelder kompetanse om brukergruppens fysiske/psykiske og sosiale behov, men også når det gjelder kompetansen om hvordan man kan samhandle for å kunne gi nettopp denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige behov. Det bør kanskje også i større grad undersøkes om sammensetningen av de ulike profesjonene på de ulike avdelingene er med på å fremme denne pasientgruppens behov. Interessant er det jo at de psykiatriske avdelingene i større grad hadde en variasjon av flere profesjoner enn ved korttidsavdelingene, noe som spesielt kom frem i bruken av vernepleiere. Med skiftende omgivelser og et skiftende behov for tjenester, nye teknologier og nye arbeidsmetoder er det behov for nye og vekslende kompetansesammensetninger, samarbeid og fleksible nettverksstrukturer (Hanf, 1978 i Knudsen 2004).

En viktig faktor for å kunne møte gruppens stadig økende omfang og krav til helhetlige tjenester vil være å stimulere til systematisk kompetanseoverføring på tvers av og mellom forvaltningsnivåene for å utnytte personalressursene annerledes og bedre enn i dag. Det var ingen slik kompetanseoverføring eller utveksling av kompetanse verken mellom korttidsavdelingene og spesialisthelsetjenesten eller andre samarbeidspartnere, og en slik

mangel var klart med på å bidra til at denne pasientgruppen ikke her mottok helhetlige tjenester. De psykiatriske avdelingene hadde i langt større grad et nærmere samarbeid med sine samarbeidspartnere og kompetanseutveksling og hospitering var heller ikke ukjent. Likevel understrekte disse avdelingene at det var et stort forbedrings potensial også her for å bedre et interorganisatorisk samarbeid mellom de ulike aktørene. De pekte på faktorer som en mer strukturert veiledning, flere nettverk, bedre informasjon og økt kompetanse. I lys av dette er det også verdt å notere seg at det hele tiden legges et sterkt press på de ulike organisasjonene om budsjettnedskjæringer og et behov for organisasjonsmessig rasjonalisering. Samtidig er det et press på å styrke kapasitet og kompetanse og det er et behov for kapabilitetsutvikling; som vil si en kombinasjon av kompetanse og kapasitet, det som skal til for å mestre oppgaven (Knudsen, 2004).

Selv om ingen rapporterte at det hadde medført nye oppgaver etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, så rapporterer både korttidsavdelingene og hjemmesykepleien at denne pasientgruppen økte i omfang, og at dette i seg selv med både ulike og sammensatte behov, ville medføre stadig nye utfordringer og annerledes oppgaver. Ved at sykdomsbildet til pasienter som får kommunale tjenester på sykehjem har blitt mer komplekse, så har de ansattes behov for opplæring også innen både psykiatri og rus økt uten at systematiserte tiltak for å bedre kompetansen har blitt iverksatt verken fra de enkelte organisasjonene eller Bergen kommune. Det vil derfor bli viktig å øke kompetansen blant ansatte i primærhelsetjenesten generelt i Bergen kommune nå og i fremtiden for å ivareta samhandlingsreformens krav til helhetlige tjenester også for denne pasientgruppen.

6.5 Oppsummering

Vangen og Huxham (2009) peker på at det å oppnå et samarbeid og gevinster ved et samarbeid også handler om å dra fordeler av de forskjellige partneres ekspertise og samtidig å håndtere deres respektive ambisjoner og behov. Med dette som bakgrunn kan man da stille spørsmålet om hvorfor korttidsavdelingene, i forskjell fra de psykiatriske avdelingene erfarer samarbeidstregghet i stedet for samarbeidsgvinster og også opplever samarbeidssituasjoner som utfordrende å håndtere?

Det var store variasjoner mellom de psykiatriske avdelingene og korttidsavdelingene i forhold til både etablerte samarbeidslinjer og i forhold til det å etablere nye samarbeidslinjer når det gjaldt denne pasientgruppen. Ved korttidsavdelingene manglet etablerte samarbeidslinjene til deler av spesialisthelsetjenesten, og det syntes klart at det var variasjoner når det gjaldt erfaringer i å håndtere samarbeidssituasjoner med spesialisthelsetjenesten. Avdelingslederne her formidlet at de i stor grad var usikre på det å håndtere slike situasjoner og at løsninger for å oppnå gode samarbeidssituasjoner ofte var fraværende i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Samtidig ga de uttrykk for at de opplevde deler av spesialisthelsetjenesten som motvillig når det gjaldt å bidra med ressurser, og samlet sett hadde de liten eller ingen tillitt til denne tjenesten. Disse faktorene bidro også til de brudd som relativt ofte oppsto i behandlingsforløpet for den gruppen. Vangen og Huxham (2009) viser til at der det er et gap mellom oppfatningen av at tillitt er en forutsetning for vellykket samarbeid og den opplevde virkeligheten hvor tillitten er svak eller fraværende og mistenksomhet er utbredt, indikerer dette at det er et behov for å fokusere særskilt på hvordan tillitt kan bygges opp mellom samarbeidspartnere.

Mellom de ulike avdelingstypene var det relativt store forskjeller i forberedelsene på hvordan de tok i mot pasienter i gruppen. På de psykiatriske avdelingene foregikk det i større grad et samarbeid mellom de ulike samarbeidspartnerne i forkant av en innleggelse. For korttidsavdelingene derimot var det dessverre ofte slik at de fikk meldt en pasient på morgenen fra Forvaltningen og pasienten kom samme dag. De hadde derfor heller ingen mulighet til å være litt i forkant verken når det gjaldt å planlegge eller å kartlegge pasientenes behandlingsbehov på forhånd. Korttidsavdelingene opplevde dessverre også ganske ofte at disse pasientenes helseopplysninger var mangelfulle når de kom til innleggelse, en faktor som ytterligere bidra til å forsterke den manglende og helhetlige behandling for gruppen. Slik korttidsavdelingene er organisert i dag er de lite egnet til å møte disse pasientenes komplekse og sammensatte behandlingsbehov også når det gjelder å ivareta gruppens krav på koordinerte og helhetlige helsetjenester. Vangen og Huxham (2009) viser til at det å skaffe seg tilgang til ressurser og ekspertise, fordele risiko, øke effektiviteten, forbedre koordineringen av tjenestetilbudene og slik oppnå læring er viktige forutsetninger for å oppnå resultater i et samarbeid.

De to avdelingstypene viste en stor ulikhet i hvordan overføring av kunnskap om hvordan samhandling foregikk mellom de ulike tjenestenivåene. De psykiatriske avdelingene hadde i langt større grad klart å beholde den erfaringskunnskapen som avdelingene hadde opparbeidet seg, mens dette fremsto som nesten fraværende ved korttidsavdelingene. Det kan være flere årsaker til ulikheten, men Vangen og Huxham (2009) viser til at samarbeid kan være lett påvirkelig ved endringer av deltakere og formål siden alle organisasjoner er foranderlige i sin natur og endringer av strukturen i en organisasjon eller utskiftning av personer i nøkkelstillinger kan være med på å komplisere en samarbeidskontekst.

Variasjonene i disse to avdelingstypenes evne til å gi denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige tjenester var flere, men noen årsaker syntes å være at de psykiatriske avdelingene i langt større grad enn korttidsavdelingene hadde klarlagt målene for et samarbeid med sine samarbeidspartnere, tillitten mellom de ulike organisatoriske enhetene var bedre og avdelingslederne virket å takle både spenninger og motsetninger i et samarbeid på en mer hensiktsmessig måte. Slik som korttidsavdelingene fremstår i dag er de lite egnet til å møte disse pasientenes komplekse og sammensatte behandlingsbehov og en forutsetning for at korttidsavdelingene nå og i fremtiden skal makte å ivareta denne pasientgruppens behandlingsbehov, må det manglende samarbeidet med spesialisthelsetjenesten synliggjøres og det må avklares hva som skal være de grunnleggende målene for samarbeidet. Vangen og Huxham (2009) viser til at skal man få til et samarbeid som ikke er preget av manglende utbytte, svak framdrift, frustrasjon og mye strev, så må hovedbudskapet være at det kreves aktiv håndtering av selve samarbeidsprosessen for å få det til å fungere og at fokus rettes mot å søke løsninger når det gjelder å søke enighet om mål, skape tillitt og utnytte et eventuelt kulturelt mangfold. For dagens ledere kan samarbeidssituasjoner være forbundet med usikkerhet og Vangen og Huxham (2009) viser til at ledere selv må bedømme hvilke løsninger som kan være de mest aktuelle å anvende.

Befolkningens økende behov og ønsker, og politisk vilje til på vegne av velferdsstaten å påta seg et stadig større ansvar, har ført til at omfanget av helse- og sosialtjenestene stadig har blitt større. Samtidig har oppgavens stigende vanskelighetsgrad ført til profesjonalisering og spesialisering. Kombinasjonen av stort tjenestevolum over et bredt spekter basert på utstrakt spesialisering og mange profesjoner, har ført til oppsplitting av ansvar og fragmentering av

tjenester. (Hagen og Sørensen, 1997 i Sirnes 2009). Sirnes (2009) viser til at samspill mellom forvaltningsnivå, tjenesteområder og virksomheter er en forutsetning for gode helse- og sosialtjenester til befolkningen, men at lover, forskrifter og økonomiske rammer kan vanskeliggjøre etableringen av sammenhengende kjeder av tjenester til brukerne. Samtidig er organisatoriske løsninger primært tilpasset det respektive forvaltningsnivå eller tjenesteområde og i liten grad innrettet med sikte på omfattende tjenesteproduksjon på tvers av grensene.

7. Ønsker for fremtiden – en mangel i dag?

I dette kapitlet presenteres en del forslag til tiltak for å bedre samhandlingen rundt denne pasientgruppen.

Samhandlingsreformen vektlegger blant annet at samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover, og i disse samhandlingstider er det også ønskelig at samhandlingen rundt denne pasientgruppen styrkes.

Siden Bergen kommune allerede har etablert en egen forvaltningsenhet for psykiatri og rus er det ønskelig at også korttidsavdelinger oppnår kontakt med denne forvaltningsenheten. Det er en tankevekker når ingen av de to avdelingslederne ved korttidsavdelingene viste at en slik enhet var blitt opprettet og at heller ikke at informasjon om hva som skjer på forvaltningsnivå alltid når også de ulike enhetene også lenger ned i systemet. Et mulig tiltak for å bedre samhandlingen kunne være å opprette en egen stilling i kommunen for en kontaktperson innenfor psykiatri og rus med oppgave å bistå de ulike sykehjemmene ved behov i forbindelse med behandlingsforløpet for denne pasientgruppen. Korttidsavdelingene, hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten påpekte alle at tiltaket med individuell plan var viktig for å gi pasientene og brukerne koordinerte tjenester. Selv om det er lovpålagt at pasienter med behov for koordinerte tjenester skal ha en person som kontaktpunkt i tjenestene, så fungerer dessverre ikke dette optimalt for denne pasientgruppen.

For å bedre tjenestenes evne til å levere, ville opprettelsen av nettverksgrupper for utveksling av erfaringer, også for de ulike korttidsavdelingene ved sykehjem i Bergen kommune være en forbedring. Det var fra alle avdelingslederne ønskelig å opparbeide etablerte nettverksgrupper

hvor de ulike sykehjemmene også kunne møte ulike deler av spesialisthelsetjenesten, hjemmesykepleien og psykiatritjenesten for å sikre bedre koordineringen. ”Nettverksperspektivet innebærer at man fokuserer mer på forbindelseslinjer og samspill mellom organisasjoner og organisatoriske enheter enn på organisasjonsinterne anliggender eller på samspillet mellom den enkelte organisasjon og dens omgivelser”(Knudsen, 2004).

Når vi nå vet at denne pasientgruppen kommer til å øke i omfang i årene som kommer burde det et satsningsområde være å utvikle flere psykogeriatriske avdelinger, men også egne avdelinger for pasientgruppen psykiatri og rus på sykehjem i Bergen kommune. Det vil også være nødvendig å legge føringer for at rus og psykiatri blir et satsningsområde for kompetanseheving blant personalet ved sykehjem i Bergen kommune.

Informantene understreket alle behovet for mer kompetanseutveksling mellom de ulike tjenestenivåene, og hospitering ble nevnt som et mulig tiltak for både å kunne utvikle kompetansen blant de ansatte i de kommunale helsetjenestene, men også for å fremme nytten det er å dele kunnskap og erfaringer mellom de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Et viktig aspekt er ledere og ledelsesstiler og spørsmålet om sykehjem i kommunen trenger å endre synet på hvem og hvilken ledelsesform man burde satse på allerede nå med tanke på fremtidens utfordringer for det vil ikke være hensiktsmessig å legge skjul på at fremtiden vil kreve ledere som både er innovative og styrende, men også har en fasiliterende form for ledelsesstil. Liv Flesland påpeker i sin masteroppgave (2011) at det blant annet er en lederoppgave å skape en lærende organisasjon hvor organisasjonskultur og – struktur er tilrettelagt for dette. Dagens ledere har store utfordringer i forhold til de utfordringer og læringsbehov som sykehjem og kommunale tjenester generelt har overfor denne pasientgruppen.

Albert Einstein:

” We cannot solve our problems with the same thinking we used when we created them.”

Etterord

Når jeg startet med denne studien hadde jeg en formenig om at pasientgruppen med psykiatri og/eller rusmiddelavhengighet ikke mottok koordinerte og helhetlige tjenester i tråd med samhandlingsreformens krav. Dessverre stemmer dette på flere områder. Gjennom analysen oppdaget jeg nye momenter som var av interesse for temaene i studien. For meg har denne studien vært en læringsprosess, og jeg tror at intervjuene også var en læringsprosess for informantene. Jeg har en formenig om at med den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom studien at hadde jeg i dag gjenopptatt samtalene med informantene, ville resultatene blitt ytterligere mer konkretiserte og kanskje mer utfyllende. Kvale (1997) sier at analysen starter i det første intervjuet, men at det ikke er tydelig når analysen slutter. Denne studien slutter her.

Litteraturliste:

Almås, S. (2009): Tverrprofesjonell kapabilitet, sosialisering og helse- og sosialfaglig identitet. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, S. (2009): Tverrprofesjonell utdanning og felles studiepoeng i rammeplaner for helse- og sosialfagene. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, Svein S. (1997): *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.

Peter Ardon og Rita Bjørgan Holand (20011). Samhandlingsreformen. En teoretisk studie knyttet til kritiske organisatoriske ledelses- og styringsmessige faktorer når samhandlingsreformens målsetting skal realiseres. Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København for graden Master of Public Administration.

Axelsson, S. og Axelsson, R. (2009): Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bukve, O. (2012): *Lokal og regional styring. Eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Det norske samlaget.

EONN/ EMCDDA (2008): Stoffbruk blant eldre voksne: et oversett problem. I *Fokus på narkotika*, april-juni 2008. Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk. Lisboa.

Flesland, L. (2010): *Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene*, Høgskulen i Sogn og Fjordane, september 2010.

Frydenlund, R. (2011): *Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering*. Kompetansesenter rus, Oslo, Rusmiddelstaten, Oslo kommune.

Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Halvorsen, K. (2011): *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Universitetsforlaget. 4. utgave.

Ottar Hellvik (1991) 5. utgave: *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget AS.

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (1997): *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Jacobsen, D. I. (2004): Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: Pål Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Tano, Oslo: (Kompendium).

Johannessen, A., Kristoffersen, L. & Tufte, P. A. 2011: *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlaget.

Knudsen, H. (2004): Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: Pål Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Lund, T., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.

Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder I medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk psykiatrisk forening. Plandokument for alderspsykiatri 2011-2020. 07 Aurskog AS
2. utgave.

NOU 2000:21. En strategi for sysselsetting og verdiskaping. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 23. april 1999. Avgitt til Finansdepartementet 30. juni 2000. Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning.

Charles C. Ragin/Lisa M. Amoroso: Constructing Social Research (2011) 2. utgave: Pine Forge Press, An Imprint of SAGE publications, Inc.

Reeves, S. (2009): Tverrprofesjonell praksisutplassering. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kristen Ringdal (2012) 2. utgave: Enhet og mangfold. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

San Martin-Rodriguez, Leticia et al. (2005): The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional Care*.

Sirnes, T. (2009): Ledelse av tverrprofesjonell virksomhet. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

St. meld. Nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp.nr.1 (2007-2008): *Statsbudsjettet for budsjettåret 2008: Opptappingsplanen for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Tove Thagaard (2011) 3. utgave: Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vangen, S. og Huxham, C. (2009): En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2009): Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2009): Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

http://snl.no/.sml_artikkel/rusmiddelavhengighet: 3. desember 2012 kl 16:42.

http://snl.no/psykiske_lidelser: 3. desember 2012 kl 16:50.

<http://no.wikipedia.org/wiki/Hermeneutikk>: 19. desember 2012 kl. 19:37.

<http://home.hio.no/~helgerid/litteraturogmedieleksikon/hermeneutikk.pdf>: 19. desember 2012 kl. 19:43.

<http://no.wikipedia.org/wiki/Empiri>: 19. desember 2012 kl. 19:47.

Vedlegg 1.

Intervju guide til sykehjemmene

INNLEDNING

Intervjuguiden er basert på de fire temaene ledelse, organisasjonsstruktur, kultur og kompetanse som utgangspunkt for min undersøkelse for å se hvordan samhandlingspraksisen er mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus.

Før vi begynner, vil jeg gjerne gjenta litt fra info og stille deg noen spørsmål om personalia og kompetanse.

Først litt info til deg:

- 1) Du har signert for bruk av diktafon, og jeg slår den på nå.
- 2) Du forblir anonym.

Før jeg går videre, er det viktig at du er klar på følgende:

- 1) Har du noen spørsmål eller noe du ønsker tydeliggjort når det gjelder denne undersøkelsen og din deltagelse?

Nå til litt info som jeg trenger om deg:

- 1) Hva er din ansettelsestittel?
- 2) Hvor gammel er du?
- 3) Hva er din utdanning? Hvor lang praksis har du? Hvilken og hvor lang erfaring har du med pasientgruppen rus- og/eller psykiatri?

Litt info om den videre gangen i intervjuet.

- 1) Alt jeg spør om skal i utgangspunktet kun besvares med tanke på og med bakgrunn i den utvalgte pasientgruppen undersøkelsen er rettet mot.
- 2) Hvis du synes du har informasjon du vil dele, men som ikke gjelder den utvalgte pasientgruppen, må du i tilfelle spesifisere slik at jeg kan ta stilling til om det kan være med i undersøkelsen allikevel.
- 3) Alt avhengig av svaret ditt, kan det tenkes at jeg kommer med tilleggsspørsmål.

Da starter vi:

☒ Hvem samarbeider dere med?

☒ Hvem samarbeider dere mest med?

☒ Kjenner du til andre du kunne ha samarbeidet med?

For hver av dem du samarbeider med:

☒ Hvordan foregår samarbeidet i praksis?

☒ Opplever du dette samarbeidet som tilfredsstillende?

☒ Hvordan mener du samarbeidet påvirker behandlingen av pasientgruppen?

- Kan du gi noen eksempler?

☒ Har du gjort deg noen tanker om hva som kan gjøres/eventuelt endres for å gi god behandling?

☒ Som leder; har du noen påvirkningsmulighet på samarbeidsspraksisen?

☒ Møter/treffer/snakker du noen gang med dem du samarbeider med?

☒ Er eller har dere vært med i noen felles prosjekter?

☒ Hvilken kompetanse har dere når det gjelder denne pasientgruppen?

☒ Er det noen praksisutplassering eller annen kompetanseutveksling mellom dere og de dere samarbeider med?

☒ Har du som leder noen påvirkningsmulighet når det gjelder kompetanseheving?

☒ Er det noen forskjeller/endringer slik du ser det, i samhandlingspraksisen mellom deg og dine samarbeidspartnere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft?

☒ Til slutt: Hvilke tanker gjør du deg om de utfordringer som sykehjemmet ditt står overfor nå og i fremtiden når det gjelder denne pasientgruppen?

Vedlegg 2.

Intervjuguide til sykehjemmenes samarbeidspartnere

INNLEDNING

Intervjuguiden er basert på de fire temaene ledelse, organisasjonsstruktur, kultur og kompetanse som utgangspunkt for min undersøkelse for å se hvordan samhandlingspraksisen er mellom sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus.

Før vi begynner, vil jeg gjerne gjenta litt fra info og stille deg noen spørsmål om personalia og kompetanse.

Først litt info til deg:

- 3) Du har signert for bruk av diktafon, og jeg slår den på nå.
- 4) Du forblir anonym.

Før jeg går videre, er det viktig at du er klar på følgende:

- 2) Har du noen spørsmål eller noe du ønsker tydeliggjort når det gjelder denne undersøkelsen og din deltagelse?

Nå til litt info som jeg trenger om deg:

- 3) Hva er din ansettelsestittel?
- 4) Hvor gammel er du?
- 3) Hva er din utdanning? Hvor lang praksis har du? Hvilken og hvor lang erfaring har du med pasientgruppen rus- og/eller psykiatri?

Litt info om den videre gangen i intervjuet.

- 4) Alt jeg spør om skal i utgangspunktet kun besvares med tanke på og med bakgrunn i den utvalgte pasientgruppen undersøkelsen er rettet mot.
- 5) Hvis du synes du har informasjon du vil dele, men som ikke gjelder den utvalgte pasientgruppen, må du i tilfelle spesifisere slik at jeg kan ta stilling til om det kan være med i undersøkelsen allikevel.
- 6) Alt avhengig av svaret ditt, kan det tenkes at jeg kommer med tilleggsspørsmål.

Da starter vi:

☒ Hvordan foregår samarbeidet med sykehjemmene i Bergen kommune når det gjelder denne pasientgruppen?

☒ Hvem samarbeider dere mest med?

☒ Kjenner du til andre du kunne ha samarbeidet med?

For hver av dem du samarbeider med:

☒ Hvordan foregår samarbeidet i praksis?

☒ Opplever du dette samarbeidet som tilfredsstillende?

☒ Hvordan mener du samarbeidet påvirker behandlingen av pasientgruppen?

- Kan du gi noen eksempler?

☒ Har du gjort deg noen tanker om hva som kan gjøres/eventuelt endres for å gi god behandling?

☒ Hvis du er leder; har du noen påvirkningsmulighet på samarbeidsspraksisen?

☒ Møter/treffer/snakker du noen gang med dem du samarbeider med?

☒ Er eller har dere vært med i noen felles prosjekter?

☒ Hva synes du om den kompetansen som sykehjem i Bergen kommune har når det gjelder denne pasientgruppen?

☒ Hvilken kompetanse har dere når det gjelder denne pasientgruppen?

☒ Er det noen praksisutplassering eller annen kompetanseutveksling mellom dere og de dere samarbeider med?

☒ Hvis du er leder har du noen påvirkningsmulighet når det gjelder kompetanseheving?

☒ Er det noen forskjeller/endringer slik du ser det, i samhandlingspraksisen mellom deg og dine samarbeidspartnere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft?

☒ Til slutt: Hvilke tanker gjør du deg om de utfordringer som dere står overfor nå og i fremtiden når det gjelder denne pasientgruppen?

Vedlegg 3.

INFORMASJONSSKRIV

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg er mastergradsstudent i organisasjon og ledelse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, og skal i den forbindelse skrive en avsluttende masteroppgave. I den anledning trenger jeg noen informanter som har lyst til å delta i et intervju.

Det overordna tema for min oppgave er **samhandlingspraksisen mellom Sykehjem i Bergen Kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus**. Prosjektet vil ta sikte på å gi en oversikt over den samhandlingspraksisen som faktisk foregår, for derigjennom å rette søkelyset på eventuelle hindre for samhandlingen og mulige tiltak for å forbedre denne. Spørsmålene i intervjuet vil i hovedsak dreie seg om erfaringer når det gjelder de mellommenneskelige forholdene som vilje til samarbeid, gjensidig respekt og tillit, og om et eventuelt interorganisatorisk samarbeid oppleves som nyttig for de aktuelle informantene. Det vil også bli stilt spørsmål om mål og ledelse, og om hvilke ressurser og tiltak som eventuelt er igangsatt for tilretteleggingen av et slikt samarbeid. Spørsmålene vil også dreie seg om kompetansebehovet blant personalet når det gjelder pasientgruppen rus og/eller psykiatri, og spørsmål om hvordan man møter dagens utfordringer sett i lys av samhandlingsreformens krav om koordinerte og helhetlige tjenester. For å få mer kunnskap om dette ønsker jeg å intervjuere fagfolk fra ulike instanser som har erfaring med denne pasientgruppen. Du får derfor denne forespørselen om du vil delta i forskningsprosjektet mitt.

Intervjuet vil bli spilt inn på en lydopptaker for å sikre forskningen, og i tillegg vil jeg ta egne notater underveis. For å få et oversiktlig intervju, har jeg laget en intervjuguide med de spørsmålene som jeg trenger svar på i samtalen med deg. Det hele vil ta ca. en time, og vi kan sammen bli enige om tid og sted. Det hadde vært fint om intervjuet kunne blitt gjennomført i løpet av januar.

All informasjon som kommer frem i løpet av intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet vil anonymiseres og lydopptakene vil slettes senest innen 1. oktober 2014. Det vil ikke være mulig å identifisere noen enkeltpersoner ut i fra eller i resultatene av studien. Det er helt frivillig å delta i prosjektet, og du kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke deg

uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du velger å trekke deg, vil all informasjon som du har bidratt med bli slettet eller anonymisert med en gang.

Veileder for mitt masterprosjekt er Professor Oddbjørn Bukve ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Min masteroppgave er meldt og tilrådd av Personvernombudet for forskning (NSD).

Har du spørsmål til studien, kan du kontakte Margareth Brødholt på:

Mobiltelefon 977 60 933

E-post: margarbr@stud.hisf.no

Adresse: Harald Sæverudsveg 190 E, 5239 Rådal

Mvh

Margareth Brødholt

Vedlegg 4.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

NAVN MED BLOKKBOKSTAVER

DATO: _____

SIGNATUR AV PROSJEKTDELTAKER

Vedlegg 5.

PROSJEKTBEKRIVELSE

I disse samhandlingstider –

”Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?”

Gjennom mitt arbeid i eldre omsorgen har jeg sett en økning av pasienter med alvorlig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, og deres komplekse sykdomsbilde medfører ofte behov for sammensatte tjenester. Min interesse for disse pasientgruppene og deres behandlingsmuligheter innenfor det norske helsevesen strekker seg over en årrekke, og har ikke avtatt med tanke på den demografiske utviklingen og endringer i framtidens sykdomsbilde. I 2050 vil vi få en betydelig økning av eldre, samtidig som aldersbæreevnen mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen vil bli mindre. Høy levealder innebærer også at det blir flere som blir syke og flere som får behov for helse- og omsorgstjenester, og i tillegg til dette ser vi en stor økning av sykdommer som kan være knyttet til folks helse- og levevaner, og som folk vil leve med hele livet. Verdens helseorganisasjon har beregnet at depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsekostnadene i 2020, og dette er grupper med store og økende samhandlingsbehov. Dette medfører at sykehjem vil motta et økende antall pasienter med underliggende diagnoser og sykehjemmenes stilling i behandlingssyklusen vil endres og bli en utfordring i årene som kommer. I dag er ansvar og oppgaver fordelt på to forvaltningsnivåer, hvor kommunene forvalter primær- og omsorgstjenesten, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten, og dette stiller store krav og utfordringer til det å gi pasientenes et helhetlig pasientforløp, slik at pasientene ikke opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige. **I lys av denne konteksten stiller jeg meg spørsmålet om hvordan sykehjem i Bergen kommune møter de ulike utfordringene som disse pasientgruppene representerer, og hvordan sykehjemmene ivaretar disse pasientgruppens rettigheter og behandlingsbehov. I denne studien ønsker jeg derfor å**

se på hvordan samhandlingspraksisen er mellom utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere når det gjelder pasientgruppen psykiatri og/eller rus.

Gjennom å kartlegge hvordan den interorganisatoriske samhandlingen fungerer ved utvalgte sykehjem i Bergen kommune og deres samarbeidspartnere, vil jeg i min forskning kunne avdekke og sette søkelyset på den samhandlingspraksisen som foregår, Gjennom min forskning ønsker jeg å finne eventuelle ”brudd” i samhandlingspraksisen, for derigjennom å rette søkelyset på hindre for samhandlingen og mulige tiltak for å forbedre denne. Jeg vil sette fokus på de mellommenneskelige faktorene som vilje til samarbeid, gjensidig respekt og tillit, og om et eventuelt interorganisatorisk samarbeid oppleves som nyttig for de aktuelle informantene. Videre vil jeg sette fokus på de organisatoriske faktorene som mål og ledelse, og også se på hvilke ressurser og tiltak som er igangsatt for tilrettelegging av interorganisatorisk samarbeid. Jeg ønsker å kartlegge kompetansebehovet blant personalet ved de utvalgte sykehjemmene i Bergen kommune når det gjelder pasientgruppen rus og/eller psykiatri, samt og se på hvordan deres ledere møter dagens utfordringer sett i lys av samhandlingsreformens krav om koordinerte og helhetlige tjenester.

METODE

For å belyse problemstillingen vil jeg benytte meg av en kvalitativ forskningsmetode hvor forskningsstrategien er en studie av **4 utvalgte sykehjem** i Bergen kommune, og hvor **2 er psykiogeriatriske avdelinger og 2 er korttidsavdelinger**. Jeg ønsker å **intervjue avdelingslederne** ved de utvalgte sykehjemmene på de respektive avdelingene. Jeg vil deretter foreta intervju av et strategisk utvalg av de samarbeidspartnerne som disse sykehjemmene samarbeider med når det gjelder denne pasientgruppen.

PRESENTASJON AV FUNN

Bergen kommune vil selvfølgelig få tilsendt det endelige resultatet fra denne undersøkelsen. Undertegnede er også villig til å presentere de funn og resultater som blir gjort i det fora dere finner egnet.

Vedlegg 6.



BERGEN KOMMUNE

BYRÅDS AVDELING FOR HELSE OG OMSORG

Bergen Rådhus
Postboks 7700, 5020 Bergen
Sentralbord 05556
Telefaks 55 56 74 99
postmottak.helse.sosial@bergen.kommune.no
www.bergen.kommune.no

Margareth Brødholt
Harald Sæverudsveg 190 E
5239 RÅDAL

Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		201208030-101	ESARK-40	12. november 2013
		GHAL		

Svar på forespørsel om å få rekruttere informanter til mastergradsoppgave

Det vises til forespørsel 6. november 2013 om å få rekruttere informanter i sykehjem til en mastergradsoppgave om hvordan sykehjem møter de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter.

Vi har mottatt dokumentasjon på at prosjektet er vurdert av Personvernombudet for forskning, NSD AS), som fant det ikke meldepliktig. Prosjektslutt er angitt til 1. oktober 2014.

Byrådsavdeling for helse og omsorg godkjenner med dette at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som er beskrevet i søknaden og fremlagt dokumentasjon.

Bergen kommune ser frem til å motta et eksemplar av masteroppgaven når denne foreligger. Dersom det skulle bli ønskelig, gjøres nærmere avtale om muntlig formidling av resultatene.

Vi ønsker deg lykke til med arbeidet.

Med hilsen

BYRÅDS AVDELING FOR HELSE OG OMSORG

Dette dokumentet er godkjent elektronisk.

*Nina Solberg Nygaard - seksjonssjef
Nina Mevold - kommunaldirektør*

Vedlegg 7.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Uib e-Tjenester og e-er
N-5007 Bergen,
Norge
Tel: +47 56 25 21 12
Fax: +47 56 25 21 59
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 989 321 884

Oddbjørn Bukve
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane
Vie, Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 01.11.2013

Vår ref: 36091 / 2 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36091

I disse samhandlingstider - Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder
Oddbjørn Bukve
Margareth Brødholt

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i melde skjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Margareth Brødholt Harald Sæverudsvog 190 e 5239 RÅDAL

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Bekreftelse nr. 2013/0091

NSD AS | Universitet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0416 Oslo | Tel: +47 22 85 19 11 | nsd@nsd.uib.no
NSD AS | Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 4031 Torshovm | Tel: +47 78 31 19 11 | kare.saverud@ntnu.no
NSD AS | Universitet i Tromsø, 9001 Tromsø | Tel: +47 77 51 11 26 | nsd@sci.ut.no

Vedlegg 8.

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36091

Det vil gjennomføres en intervjuundersøkelse med avdelingsledere ved fire sykehjem. Det opplyses at intervjuene vil bli tatt opp på diktafon, og at det ikke vil innhentes verken direkte eller indirekte person identifiserende opplysninger.

Personvernombudet legger til grunn at det i prosjektet ikke vil behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte (i form av navn, epost o.l) eller indirekte (i form av arbeidssted). Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.