

MASTEROPPGÅVE

Organisasjon og leiing,
masterstudium – helse- og sosialleiing og utdanningsleiing

Samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta som kunnskapsproblem?

Sett i eit lærings- og leiingsperspektiv

av

Evelyn Stavang

November 2008

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

Masteroppgåve i:

**Organisasjon og leiing
-helse- og sosialeiing og utdanningsleiing**

Tittel:

**Samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta
som kunnskapsproblem?
Sett i eit lærings- og leiingsperspektiv**

Engelsk tittel:

**Interaction between the specialist health care nurse and the community
health care nurse- a knowledge problem?
In a learning and management perspective**

Forfattar:

Evelyn Stavang

Emnekode og emnenamn: **MR 690**
Masteroppgåve i organisasjon og leiing

Kandiatnummer: **5**

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss):

JAx Nei___

Dato for innlevering:

26.november 2008

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):

Samhandling, spesialisthelsetenesta,
kommunehelsetenesta, kunnskap, læring, leiing

Tittel og samandrag:

Samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta som kunnskapsproblem?

Sett i eit lærings- og leiingsperspektiv

Studien har som føremål å kaste lys over samhandlinga som skjer mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta. Eg ynskjer å sjå på korleis kunnskap vert formidla mellom dei to nivåa, kva faktorar som påverkar samhandlinga og om det er mogeleg å lære og drive kunnskapsutvikling på tvers av nivåa. Søkelyset vert retta mot sjukepleieleiarar og deira tankar kring kunnskapsutvikling og kunnskapsleiing. Eg har nytta kvalitativ metode med uformelle intervju av 8 sjukepleieleiarar, fire frå kvart nivå. Datamaterialet er analysert etter Nonaka og Takeuchi sine kontekstomgrep. Gjennom desse kunnskapsutviklingsomgrepa drøftar eg om og i kva grad læringsprosessane som forfattarane kallar kombinerings, internalisering, sosialisering og eksternalisering finn stad mellom nivåa. Deretter diskuterer eg leiarrollene som følgjer Strand sin kontekstmodell for leiarfunksjonar; PAIE. Eg set Nonaka og Takeuchi sine kontekstomgrep og kunnskapsutviklingsprosessar saman med Strand sine leiarroller og konfigurasjonar.

Hovudfunna i studien tydar på at sjukepleieleiarane oppfattar romma for kunnskapsutvikling mellom nivåa som små. Det handlar ikkje om at leiarane ikkje ser på kunnskapsutvikling og overføring som viktig, men at rammene kring romma ikkje oppmuntrar til utvikling. Leiarane seier likevel at det føregår mykje god samhandling mellom nivåa, men det kan synast som struktur og rammer avgrensar interesse, motivasjon og forståing for kunnskapsutvikling. Eg oppfattar at leiarane ikkje "ser" samhandlingsprosessen som eit utviklingsrom.

Title and Abstract:

Interaction between the specialist health care nurse and the community health care nurse- a knowledge problem?

In a learning and management perspective

The aim of this study is to highlight the interaction between nurses

I investigate how knowledge is conveyed between the two levels, what factors influence interactions and whether it is possible to teach and develop the expansion of knowledge between the two levels. The focus is aimed at nursing managers and their thoughts about knowledge development and the imparting of knowledge. A qualitative method was used involving informal interviews with eight nursing managers, four from each level. The data was analysed using the Nonaka and Takeuchi's concept of context. Using these concepts of knowledge development I will discuss whether and to what degree the learning process which the authors refer to as combining, internalisation, socialisation and externalisation occurs between the levels. Subsequently I will discuss management roles following Strand's context model for managers: PAIE. Nonaka and Takeuchi's concept of context and knowledge development processes are then combined with Strands management roles and configurations.

The prime findings are that nursing managers regard the space for knowledge development between the levels as small. This does not mean that managers do not consider knowledge development and knowledge transfer important, but that their situation does not encourage development. However, managers notice there is good interaction between the levels, but it seems that structure and borders limits interest, motivation and the understanding for knowledge development. It can be perceived that manager's do not "see" the interaction process as a development area.

FORORD

Målet er nådd; eg har fullført oppgåva som avsluttar masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Eg er så utruleg glad og stolt! Studiet har vore lærerrikt, spennande og krevjande. Det er mange som skal ha takk for at eg no kan seie meg ferdig som student for denne gongen. Den aller største takksemd går til min rettleiar Øyvind Glosvik, som også har vore studieleiar store delar av tida eg har studert. Utan hans hjelp, tilretteleggjing og engasjement hadde eg ikkje kome i mål. «*Øyvind, du er ein fantastisk god rettleiar! Du har på finurleg og kløktig vis losa meg gjennom dette arbeidet. Tusen millionar takk!*»

Takk også til noverande studieleiar Leif Longvanes for fleksibilitet og gode råd.

Ikkje minst må eg rette ei stor takk til informantane mine. Utan dykk hadde det ikkje vorte ei oppgåve. De var alle så positive og engasjerte. Takk for tida dykkar og for god og nyttig informasjon.

Ei stor takk går også til Helse Førde, kirurgisk avdeling og kollegaene mine der. Særskilt takk til sjefen min, Nils Sletteskog, som har hatt tru på det eg gjer og heile tida har støtta meg, og til alltid blide og positive Berit Ullebust som har steppa inn som vikar for meg når eg har hatt studiepermisjon.

Takk også til Anne Storaker, Kari Kjos Grendahl og Marit Solheim for nyttige litteraturtips og gode diskusjonar. Takk til mine medstudentar, spesielt til Dagrun, Rolf og Åse Elin for støtte, oppmuntring og faglege innspel. Og takk til mine venner for ikkje å ha gjeve meg opp; no skal eg bli sosial igjen!

Sist, men ikkje minst må eg takke mannen min, Jan Ove, for oppmuntring til å stå på og for å ha tatt ekstra tak i hus og heim. Takk til barna våre, Sigve og June, som har vore så tolmodige og flinke. No skal eg ikkje sei «*berre vent litt..*» på fleire år!

Førde 26.november 2008

INNHALD

1.0 INNLEIING	4
Ny samhandlingsreform 2009	5
1.1 Problemstilling, avgrensing, føremål	6
1.2 Oppbygging av oppgåva	8
2.0 TEORETISK FORANKRING	9
2.1 Spesialisthelsetenesta	9
2.2 Kommunehelsetenesta	10
2.3 Forbetringskunnskap i skjæringsfeltet krev fokus på leiing	10
2.4 Sjukepleie og sjukepleiekunnskap	11
Sjukepleie som profesjon	12
Sjukepleiekunnskap	13
2.5 Kunnskapsformer og leiingsperspektivet	16
Nonaka og Takeuchi: Fire grunnleggjande kunnskapsutviklingsprosessar	16
Ba – kontekstar for kunnskapsutvikling	20
Strands kontekstperspektiv på leiing	21
2.6 PAIE	26
Kunnskapsformer når vi legg vekt på produsentfunksjonen	27
Kunnskapsformer når vi legg vekt på administratorfunksjonen	28
Kunnskapsformer når vi legg vekt på integratorfunksjonen	30
Kunnskapsformer når vi legg vekt entreprenørskapsfunksjonen	32
2.7 Oppsummering	
Eit integrert perspektiv på leiing og kunnskapsutvikling?	34
3.0 METODISK TILNÆRMING	36
3.1 Val av metode	37
Det kvalitative forskingsintervjuet	38
Forskarrolla og for-forståing	39

3.2 Val av informantar og tilgang til forskingsfelt	40
3.3 Metode for innsamling av data	41
Gjennomføring av intervju	42
3.4 Analyse og tolking	44
3.5 Validitet, reliabilitet og generalisering	46
Validitet	46
Reliabilitet	48
Generalisering	49
3.6 Etske vurderingar	50
3.7 Oppsummering	51
4.0 PRESENTASJON AV DATA	52
4.1 Presentasjon av informantane	52
4.2 Samhandling i eit produktperspektiv- styrt etter mål og resultat	53
Samhandlingsprosessen	53
4.3 Formell regulering i samhandlingsprosessen	57
Rettleiingsplikt	57
Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandla pasientar	58
Individuell plan	60
4.4 Samhandling som integrasjon	61
Kommunikasjon	61
Hospiteringsordningar	65
4.5 Nye tankar i samhandlingsprosessen	66
Felles arenaer for kunnskapsutveksling	66
Nytanking og forbetningsarbeid i samhandlingsprosessen	67
4.6 Oppsummering	69
5.0 ANALYSE	72
5.1 Kunnskapsutvikling gjennom kombinerings	
i den virtuelle læringskonteksten	72
Leiarroller i ekspertorganisasjonen	75

5.2 Kunnskapsutvikling gjennom internalisering i oppøvingsteksten	76
Leiarroller i hierarkiet	77
5.3 Kunnskapsutvikling gjennom sosialisering i den grunnleggjande læringskonteksten	78
Leiarroller i gruppeorganisasjonen	81
5.4 Kunnskapsutvikling gjennom eksternalisering i samhandlingskonteksten	82
Leiarroller i entreprenørorganisasjonen	82
6.0 KONKLUSJON OG FORSLAG TIL VIDARE FORSKING	84
6.1 Funn i studien	84
6.2 Teoretiske funn	85
Den virtuelle læringskonteksten	85
Oppøvingsteksten	85
Grunnleggjande læringskontekst	86
Samhandlingskonteksten	87
6.3 Forslag til vidare forskning	87
6.4 Avslutning - utfordringar i åra framover	87
LITTERATURLISTE	88
Vedlegg 1 Løyve til intervju i spesialisthelsetenesta	92
Vedlegg 2 Løyve til intervju i kommunehelsetenesta	93
Vedlegg 3 Informert samtykke	94
Vedlegg 4 Informasjon om studiet til informantane	95
Vedlegg 5 Intervjuguide	96

1.0 Innleiing

Samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er ei stor utfordring. NOU 2005:3:13 *Fra stykkevis til helt* (Wisløff-utvalet) definerer samhandling i helsetenesta som aktivt samarbeid og handlingar mellom alle som direkte eller indirekte er involverte i pasienthandsaminga. Samhandling vil kunne gjelde pasientar, pårørande, pasient- og brukarorganisasjonar, tenesteutøvarar i ulike delar av hjelpeapparatet, interesseorganisasjonar, besluttande styresmakter, ombudsordningar, kontrollmyndigheiter og klageinstansar.

Nokre behandlings- og rehabiliteringsforløp krev meir samhandling mellom tenesteutøvarane enn andre. Det er ofte dei mest sårbare og vanskelegstilte pasientane som har størst behov for å bli møtt av ei heilskapleg helseteneste. Felles for desse er at dei har eit behandlings- og omsorgsbehov ingen av tenesteyterane kan gje åleine. I slike tilfelle kan det stillast spørsmål om tenesteyterane møter pasientane med eit heilskapleg menneskesyn og med eit tenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon. Dei fleste pasientar er lite opptekne av dei organisatoriske skilja i helsevesenet, men heller opptekne av å verte skikkeleg utgreia, få rett behandling og god omsorg når dei treng det. Eit slikt perspektiv gjer det nødvendig å fokusere på pasientbehov og pasientforløp, og ikkje på kommunen eller sjukehuset sitt behov eller interesser.

Eit pasientforløp kan definerast som summen av alle aktivitetar, kontaktar og hendingar som pasienten opplever i møtet med helsevesenet i samband med eit helseproblem. (Medisinalmeldinga 2002) Sjølv enkle og vanlege pasientforløp har fleire aktivitetar og overgangar mellom aktivitetane enn vi som regel tenkjer over. Pasientane møter oftast ulikt helsepersonell og er innom ulike delar av helsetenesta både i kommunen og i spesialisthelsetenesta. Det er lett å tenkje seg at det er overgangen mellom ein aktivitet og den neste noko kan svikte. Di fleire deltakarar, aktivitetar og overgangar det er i eit pasientforløp, til større er sjansen for at vi opplever mistydingar, feil og uklåre ansvarstilhøve.

I røynda er det spesialisthelsetenesta som er tyngdepunktet i samspelet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, både gjennom høg fagleg status, ved at ho dominerer den helsepolitiske dagsorden og ved at det ofte er store, tunge institusjonar involverte.

Kommunane og kommunehelsetenestene er mange og små og manglar felles talerøyr som kan formidle deira synspunkt med tyngde. Denne situasjonen legg eit særleg ansvar på spesialisthelsetenesta og helseføretaka.

Ny samhandlingsreform 2009

Ei rekkje lover og forskrifter regulerer samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.¹ Dette er basert på normer som gjensidig respekt og forståing for kvarandres røyndom, fleksibilitet og vilje til å sjå pasienten i ein heilskap.

Framleis er det likevel langt igjen før det kan seiast at Helse-Noreg behandlar alle pasientar på rett nivå. I den seinare tida har det m.a. vore stort fokus på utskrivingsklare pasientar som vert liggjande på sjukehus. Dette er som oftast eldre og skrøpelege pasientar som vert definerte som ferdigbehandla i sjukehus, som kommunane ikkje har eit kvalitetsmessig godt nok tilbod til fordi dei er for dårlege til å klare seg sjølve. Desse pasientane vert ofte liggjande i korridorane på sjukehusa.

16. september 2008 hadde Verdens Gang eit stort medieoppslag i høve til «pasientparkering». Ullevål-direktør Tove Strand meinte at kommunane har sterke interesser i å «parkere» eldre og skrøpelege pasientar på sjukehus. Kvar dag ligg det mellom 30-50 ferdigbehandla pasientar på Ullevål universitetssykehus i Oslo. På landsbasis kostar oppbevaring av ferdigbehandla pasientar svimlande 800 millionar kroner i året, ifølge Helse – og omsorgsdepartementet. Tove Strand sa i det same medieoppslaget at ei viktig årsak til opphopinga av ferdigbehandla pasientar, er at det løner seg. Ikkje for Helse- Norge, ikkje for det einskilde sjukehus og ikkje for pasienten, men for

¹ <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-061.html> Lov om spesialisthelsetjenesten <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-19981216-1447.html> Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-20010628-0765.html> Forskrift om habilitering og rehabilitering <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-20041223-1837.html> Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2001/0006/ddd/pdfv/139352-hovedutgave.pdf> Veileder for individuell plan 2001 **St.meld. nr. 21: Ansvar og Meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk**

kommunane.

Desse pasientane er for sjuke til å reise heim, men heimkommunane har ikkje noko tilbod klart. Strand sa vidare at sjuke og eldre får vite at dei er uønskte og eit problem når kommunane ikkje har eit tilbod til dei. « *Dette er uverdige behandling av eldre og dyrt for sykehuset og fører til at mange avdelinger har flere pasienter enn de er dimensjonerte for å håndtere* »

Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen seier i den same artikkelen at han synest situasjonen er uholdbar. « *Det ville ha vært mye billigere å gi disse pasientene tilbud i kommunene. Isteden ligger de nå i Helse- Norges desidert dyreste senger* », seier Hansen. Å ha ein pasient på sjukehus kostar frå 4000-6000 kroner i døgnet. I april legg Hansen fram forslag til ny samhandlingsreform. Hansen vil føreslå eit nytt økonomisk system. Vidare seier han at det er ein ting at dette kostar Sjukehus-Noreg 800 millionar kroner årleg, men det verste er at det er dårleg pasientbehandling. « *De skulle ha vært i gang med opptrening og det å komme seg videre i livet.* » Helseministeren meiner i følge VG at rota til problemet ligg i systemet.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) si Landsgruppe Av Sykepleieledere (LSL) viar ein stor del av medlemsbrevet sitt for oktober i år til dette temaet. Kirsten Harstad, leiar i LSL, seier m.a. at korridorpasientar er eit symptom på at samhandling mellom 1. og 2. linjetenesta ikkje fungerer. Det er pasientane det går ut over og arbeidstilhøva for tilsette vert dårlegare hevdar ho vidare. Helseminister Bjarne Håkon Hansen legg no opp til ei samhandlingsreform som skal presenterast i april 2009. Hansen vil at pasientane skal komme snarare heim og få behandling og pleie av kommunehelsetenesta. Harstad seier i det same medlemsbrevet at dette virkar positivt, men at regjeringa då må satse meir på kommunal helseteneste.

1.2 Problemstilling, avgrensing og føremål

Eg har sjølv arbeidd som sjukepleiar sidan 1993, dei siste seks åra som leiar for sjukepleietenesta på ein stor sengepost på eit sjukehus. Eg er oppteken av kunnskapsformidling og læring i sjukepleietenesta. Gjennom åra eg har arbeidd i spesialisthelsetenesta, har eg sett kva samhandling- eller mangel på samhandling mellom nivå kan føre til for både pasientane og dei tilsette.

Eg har eit oppriktig ynskje om å vere ein bidragsytar i prosessane kring samhandling mellom nivåa. Eg håpar at eg gjennom dette arbeidet kan vere med og opplyse om korleis forholda er, kva tankar sjukepleielearane gjer seg kring kunnskapsformidling mellom nivåa og kva som skal til for å skape og sikre gode pasientforløp.

På bakgrunn av dette har eg formulert følgande problemstilling:

Kan samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta forståast som kunnskapsproblem?

For å få svar på forskingsspørsmålet mitt stiller eg følgande delspørsmål:

Kva faktorar påverkar den sjukepleiefaglege samhandlinga mellom nivåa?

Kva oppfattar sjukepleielearane som gyldig kunnskap i samhandlingsprosessen?

Finst det rom for utvikling av ny kunnskap når erfaringar støyter mot kvarandre i møtet mellom sjukepleielearane (og deira tilsette) på ulike nivå?

Data er samla inn ved hjelp av å intervjuje åtte sjukepleielearar i spesialist- og kommunehelsetenesta. I denne oppgåva vil eg avgrense til samhandling innan somatikk. Det vil seie at eg ikkje omtalar pasientar i psykisk helsevern eller rusomsorg. Økonomi og system vert heller ikkje direkte diskutert. Fokuset vil vere samhandlinga som skjer mellom spesialist- og kommunehelsetenesta på sjukepleienivå. Eg ynskjer å sjå på korleis kunnskap vert formidla mellom dei to nivåa, kva slags faktorar som påverkar samhandlinga og kva sjukepleielearar ser på som gyldig kunnskap og om sjukepleielearar og deira tilsette kan lære på tvers av nivåa. Søkelyset vert retta mot sjukepleielearar og deira tankar og arbeid kring kunnskapsutvikling og kunnskapsleing. Samhandlinga som vert omtala i denne oppgåva, er knytta til pasientar som kryssar «grensene» mellom dei to nivåa. Eg omtalar pasientforløp som går til og frå spesialist- og kommunehelsetenesta.

I all hovudsak omtalar eg pasientar som er i kontakt med heimetenestene i kommunane, ikkje spesielt pasientar som bur i sjukeheim. I dei tilfelle der desse pasientane er i fokus, vil eg kommentere det.

Eg har søkt etter tilsvarande eller liknande forskning i diverse databasar, men har ikkje funne arbeid som omhandlar sjukepleietenesta. Eg fann imidlertid ei doktorgradsavhandling av Myrvang 2005: *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger - muligheter og barrierer. Medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin.* (<http://hdl.handle.net/10037/1232>)

Eg har valt ikkje å søke etter forskning utanfor Skandinavia fordi helsetenestene er ulikt organisert i ulike land, men dei andre nordiske landa kan samanliknast med Norge.

1.2 Oppbygging av oppgåva

Eg vil i kapittel 2 gjere greie for det teoretiske rammeverket for oppgåva. Her kastar eg også lys over omgrepet sjukepleie, sjukepleiekunnskap og sjukepleie som profesjon. I kapittel 3 presenterer eg metodiske valg, utforming og gjennomføring av studien. I kapittel 4 presenterer eg funna frå intervjua med sjukepleieleiarane. Vidare i kapittel 5 drøftar eg hovudtrekka frå informantane sine skildringar. Eg drøftar dei innsamla dataene i forhold til Strand sitt omgrepsapparat PAIE og Nonaka og Takeuchis fire grunnleggjande kunnskapsutviklingsprosessar. Dette inneber at data blir drøfta i fire delkapittel tilsvarande Strand sitt grunnskjema for PAIE og Nonaka og Takeuchis fire grunnleggjande kunnskapsutviklingsprosessar. Oppgåva vert avslutta med ein konklusjon og forslag til vidare forskning i kapittel 6.

2.0 TEORETISK FORANKRING

I dette kapitlet presenterer eg litteratur eg har valt for å kaste lys over funna i studien. Eg gjer først greie for korleis spesialist- og kommunehelsetenesta er oppbygd og organisert. Deretter presenterer eg teori om sjukepleie, sjukepleiekunnskap og sjukepleieprofesjonen. Eg har valt å nytte Strand og Nonaka og Takeuchi for å kaste lys over leiingsperspektiv, læring og kunnskapsformer som har innverknad på samhandlingsprosessen mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta. Det presenterer eg til slutt i dette kapitlet.

2.1 Spesialisthelsetenesta

Ansvar for spesialisthelsetenesta vart i 2002 overført frå fylkeskommunen til staten. Staten organiserte spesialisthelsetenesta først i fem regionale helseføretak. I 2007 vart desse reduserte til fire. Desse organiserer så 35 helseføretak. Føretaka yter spesialisthelsetenester og skal drive forskning og undervising. Det har vore til dels store omorganiseringar i føretaksstrukturen, og tal helseføretak er redusert frå 43 ved utgangen av 2002 til 35 i 2007.

Dei regionale helseføretaka får midlar gjennom statlege rammeløyvingar, stykkprisrefusjonar og eigenandelar frå pasientane. Somatiske tenester vert stykkprisfinansiert enten gjennom DRG-systemet eller gjennom polikliniske takstar ved poliklinisk behandling. DRG-systemet klassifiserer sjukehusopphald i såkalla diagnoserelaterte grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærma homogene. Alle DRG har ei kostnadsvekt (DRG -vekt) som uttrykkjer det relative ressursforbruk pasientgruppa har i høve gjennomsnittspasienten. Ein grå-stær-operasjon er til dømes ein lettare operasjon som vanlegvis vert utført poliklinisk. Denne har ei kostnadsvekt på 0,42. Ein levertransplantasjon har til samanlikning ei kostnadsvekt på 25,92. Plasseringa av det enkelte sjukehusopphald i ein DRG, skjer gjennom eit grupperingsprogram. Ut frå dette blir den statlege refusjonen utbetalt til helseforetaket. (NOU 2005:3:32)

2.2 Kommunehelsetenesta

Kommunehelsetenesta er sjølve fundamentet i helsetenesta. Det er her dei fleste kontaktar mellom pasient og hjelpar skjer. Dei 430 kommunane skal sørge for nødvendig helseteneste for alle som bur eller midlertidig oppheld seg i deira område. Kommunehelsetenesta skal drive forbyggjande arbeid, bidra til heilskapleg behandling og omsorg, nærleik og godt tilgjenge. Den skal også bidra til rett prioritering av ressursar og sikre behandling på rett nivå.

Kommunane står fritt til å velje organisatoriske løysingar for å ivareta ansvaret sitt for å yte helse- og sosialtenester. Tradisjonelt organiserer kommunane tenestene i ulike kommunale etatar og verksemdar. Nokre kommunar har i den seinare tid skilt mellom den kommunale myndigheitsutøving (bestillar) og tenesteutøvinga (utførar) (NOU 2005:3)

Helse- og sosialtenestene er i hovudsak finansierte gjennom det generelle inntektssystemet for kommunane. Dei kan også motta øyremerkte midlar til spesielle oppgåver. Dei kommunale verksemdene og etatane er i hovudsak rammebudsjetterte. Kommunane mottek også inntekt gjennom brukarbetalingar. Folketrygda dekkjer det vesentlege av utgifter til legemiddel, legetenester og tekniske hjelpemiddel for tenestemottakarar utanfor kommunale institusjonar. For bebuarar i institusjon vert tilsvarande tenester finansierte av kommunen. Fastlegane si verksemd vert finansierte gjennom direkte takstrefusjon frå Rikstrygdeverket, eigenandelar og eit kommunalt tilskot. (NOU 2005:3)

2.3 Forbetningskunnskap i skjæringsfeltet krev fokus på leiing

Ulike faktorar påverkar samhandlinga mellom spesialist- og kommunehelsetenesta. Eg har her valt å fokusere på danning og overføring av kunnskap mellom sjukepleiarar i nivåa. Såleis leitar eg etter rommet for forbetningskunnskap i skjæringsfeltet mellom føretak og kommune. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* vert det slått fast at fellesnemnaren for dei samhandlingskrevjande pasientane, er at dei har behov for tenester frå fleire instansar. Heilskapleg behandling kan berre bli oppnådd dersom den einskilde eining fokuserer på samanhengen mellom eigen innsats og resten av behandlinga.

Eit slikt fokus som går utover eiga verksemd krev ei sterk leiingsforankring

Helsedialog, program for samhandling i helsetjenesten er eit program som er utarbeidd av KS, Helse Sør RHF, brukarorganisasjonar, tillitsvalde og representantar for fastlegane i dette området. Her vert det slått fast at der ein har involvert og forankra samhandlingsarbeidet hos linjeleiarane på mellomnivå, er der ein ser best resultat. Eg tek difor med meg eit leiingsperspektiv sjølv om eg i innleiinga tek utgangspunkt i sjukepleien sitt kunnskapsområde.

2.4 Sjukepleie og sjukepleiekunnskap

Det finst ei rekkje definisjonar på sjukepleie. Virginia Henderson gjorde i 1955 greie for sjukepleiarens sjølvstendige funksjon. International Council of Nurses (ICN) har vedteke å nytte hennar definisjon:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe det ville ha gjort uten hjelp dersom det hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og gjøre dette på en slik måte at pasienten gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.

(Henderson 1998:45)

Henderson var oppteken av at sjukepleiarane er - og juridisk sett bør vere - ein sjølvstendig utøvar som er i stand til å ta gjere eigne vurderingar. Diagnosar, prognosar og føreskriving av behandling er legen sin funksjon og ansvar. Slik Henderson såg det, er det sjukepleiaren som er den utøvande når det gjeld grunnleggjande sjukepleie. Med grunnleggjande sjukepleie meinte ho det å hjelpe pasientane med å ta i vare eller utføre visse grunnleggjande funksjonar eller gjeremål, eller å skape tilhøve som gjer at pasienten sjølv kan gjere dette utan hjelp.(Henderson 1998:46-47).

Samstundes med at Henderson kom med sin definisjon av sjukepleie, starta ei utvikling av sjukepleie til eit vitenskapleg fagområde. Dette utløyste ein diskusjon om faget sitt innhald og verdigrunnlag i Noreg. Naustdal (2006) hevdar at sjukepleiefaget si historie og tradisjon seier noko om sentrale element i faget sitt kunnskapsgrunnlag og yrkesutøving. I Noreg er tittelen sjukepleiar ein yrkestittel som berre kan nyttast etter ei lovbestemt utdanning og etter autorisasjon frå Statens autorisasjonskontor.

Gjennom 3 -årig grunnutdanning i sjukepleie skal ein ha ein grunnleggjande kompetanse i sjukepleiefaget. Ein kompetent sjukepleiar skal ha god kunnskap både i teori og praksis.

Å ha sjukepleiarkompetanse inneber at ein er fagleg kvalifisert til å utøve yrket i samsvar med gjeldande lover, reglar og yrkesetiske retningslinjer. Fagermoen (1993:23) seier at sjukepleiefaget har røter både frå handverksfag og vitskaplege fag. Det inneber at i grunnlaget for utvikling av sjukepleiarkompetanse og kynde ligg både solid innsikt i faget og meistring av praktiske gjeremål og metodar for utvikling av kunnskap.

Sjukepleie som profesjon

Sjukepleiarane og legane er mellom dei eldste profesjonane i helsetenesta. Naustdal (2006) siterer Torgersen (1972) som seier at ein profesjon er kjenneteikna ved at ein har eit yrke som krev teoretisk utdanning og at ein er relativt sjølvstendig i yrkesutøvinga, det vil seie at ein baserer seg på spesialisert og teoretisk kunnskap. Torgersen omtalar føresetnadane for profesjonalisering og drøftar trinna i profesjonsprosessen. Han definerer slik:

«når en bestemt langvarig, formell utdanning erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker, som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdanningen.» (1972:10)

Ein profesjon har oftast ein profesjonell yrkesetikk eller ideologi som skal vere retningsgjevande for verksemda. Det skal vere ein garanti for at arbeidet som blir utført skal halde høg fagleg standard og at handlingane ikkje er tilfeldige, eller eit resultat av umedviten tradisjon og vane, men eit medvite val (Halvorsen, 2002:158). Profesjonalisering er den prosessen ei yrkesgruppe går gjennom for å få status og autonomi som profesjon. For sjukepleiargruppa var det å få treårig, formell utdanning ein viktig del av profesjonaliseringsprosessen. I 1948 vart prinsippet om formell, treårig utdanning vedteke og lova om offentleg godkjenning av sjukepleiarar innført (Melby,1990).

Sjukepleiarane måtte likevel kjempe for sin profesjonsstatus, og i profesjonslitteratur har dei også blitt kalla ein halv (semi)-profesjon. Etzioni definerer dette som:

«a group of new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desired. Lacking a better term, we shall refer to those professions as semi-professions. Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to be

privileged communication less established, there is less of a specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or social control than «the» professions».

(Etzioni, 1969:V)

Ein halv (semi)-profesjon ligg såleis i sjiktet mellom etablerte profesjonar og yrkesgrupper med mindre status. Sjukepleiefaget har likevel utvikla seg over tid frå å vere eit fag som i stor grad var basert på praktisk opplæring til å verte ei utdanning på høgskule- og universitetsnivå. Samanlikna med legeyrket har sjukepleiarane kortare utdanning, lågare status og mindre autonomi. I 1981 vart utdanninga av sjukepleiarar overført til høgskulesystemet i Noreg.

Frå 1994 har utdanninga vore organisert saman med andre profesjonsutdanningar og vert regulert etter lov om universitet og høgskular. Dette betyr at sjukepleieutdanninga til ei kvar tid skal vere basert på det fremste innan forskning, kunstnarisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap. (Naustdal, 2006) Profesjonaliseringa og vitskapleggjeringa av utdanninga har vore med å utvikle sjukepleie til eit tilnærma sjølvstendig kunnskapsområde og slik sett kan denne utviklinga gje sjukepleieprofesjonen høgare status og ein betre definisjon (Christiansen, Heggen, Karseth, 2004).

Sjukepleiekunnskap

Sjukepleiekunnskap byggjer på kunnskap frå både natur-, human- og samfunnsvitskaplege fag. Sjukepleiekunnskap skal setje utøvarane istand til å ivareta pasientar på ein helskapleg måte ut frå forståing av den sjuke si oppleving av helsesvikt og trussel om helsesvikt.

Sjukepleiekunnskap kan inndelast i teoretisk-, praktisk-, etisk og erfaringskunnskap.

- Teoretisk kunnskap er faktabasert kunnskap og utgjer fundamentet for å forstå, handle og reflektere i samhandling med pasientar. Dette dannar grunnlaget for korleis og kvifor sjukepleiarar

skal utøve faget sitt.

- Praktisk kunnskap er å meistre teknikkar, metodar og framgangsmåtar som er relevante for sjukepleie og som er tilpassa de ulike pasientsituasjonane.

- Etisk kunnskap inneber å integrere sjukepleiefaget sitt verdigrunnlag, slik at det syner seg i handlingar og holdningar. Etisk kunnskap handlar om korleis sjukepleiarar vurderer situasjonar og dermed handlar moralsk riktig. Sjukepleiarar kan ofte oppleve å komme i dilemma der etisk kunnskap og refleksjon dannar grunnlaget for korleis den aktuelle situasjonen skal handterast.

- Erfaringskunnskap handlar om å nytte den teoretiske kunnskapen og om å bruke og trene opp ferdigheiter. Det er den einskilde sjukepleiaren sine samla erfaringar, erverva gjennom livslang erfaring og yrkespraksis. Ein sjukepleiar treng både praktiske ferdigheiter, rasjonelle ferdigheiter og samhandlingsferdigheiter².

Sjukepleiarar møter ofte pasientsituasjonar der tidlegare erfaringar kan vere nyttige. Ingen situasjonar er heilt like. Individtilpassa sjukepleie krev evne til å reflektere og sjå nyansar i dei ulike situasjonane og evne til å nytte forskningsbasert kunnskap, kritisk vurderingsevne og fagleg skjønn. Resultatet kan då verte ei anna vurdering og ein anna tilnæringsmåte enn det som var riktig i tidlegare eller liknande situasjonar. Kunnskapsbasert praksis vert av mange sidestilt med det engelske «evidence-based practise» (Sackett et. al. 1996). Her byggjer praksis på aktuelle, relevante og anerkjente forskningsresultat. Målet med denne typen sjukepleiepraksis er at kunnskapsgrunnlaget for konkrete tiltak og tenester skal vere forskningsbasert og mest oppdatert, slik at pasientane til ei kvar tid får den beste behandling, sjukepleie og oppfølging. Kunnskapsbasert (evidensbasert) praksis dekkjer imidlertid meir enn berre det vitenskaplege haldepunktet ved at det også er basert på dei andre kunnskapsformene, inkludert systematisert erfaringskunnskap og pasienterfaringar. Men kva seier egentleg teoriane om kunnskap om ei slik sjølvforståing i yrkesgruppa vår?

2 Sykepleie, et selvstendig og allsidig fag, 2005

Kunnskap har tradisjonelt vorte rekna som det som kan fornemmast språkleg, i omgrep, teoriar og modellar. Denne kunnskapstradisjonen høyrer til i det positivistiske vitskapsparadigmet. Dette er Aristoteles sitt episteme. Grimen (1991:24-28) seier at episteme inneber ideen om kunnskap som ein representasjon av røyndomen, formulert i verbalspråklege påstandar.

Episteme inneber også ideen om at kunnskap er hierarkisert, der kunnskap om generelle prinsipp og påstandar ligg på toppen av hierarkiet, og konkrete erfaringar på botnen.

Aristoteles innførte i tillegg to andre omgrep som også uttrykkjer kunnskap, men då i andre former enn den teoretiske. Dette er *techne* og *phronesis*. *Techne* er det som Nordenstam (1983, i Molander 1996:40) kallar ferdigheitskunnskap, altså kunnskap om korleis ein lagar ting. *Techne* omfattar også det vi reknar for kunst, når ein greier å uttrykkje noko som ikkje har eksistert før. Målet for handlinga er produktet, ikkje handlinga i seg sjølv (Kolbotn 2007).

Phronesis er evna til å kunne bedømme korleis ein skal handle for å fremje det som er moralsk godt. Den inneber evna til å kunne lese situasjonar og utøve god dømmekraft. Nordenstam kallar dette også for fortrulegheitskunnskap (Kolbotn 2007).

Taus kunnskap er ein viktig faktor innan sjukepleiefaget. Det er ein kunnskap som det ikkje er så lett å setje ord på, men som viser seg i handling og som produkt av ei handling. I eit praktisk yrke som sjukepleie vert den tause kunnskapen anerkjent som viktig og gyldig, men er i liten grad artikulert.

Grimen (1991) deler taus kunnskap inn i det han kallar tre moglege tolkingar:

1) Kunnskap som kan artikulera, men som vi bevisst vel å halde skjult. Dette er ting vi av ulike årsaker ikkje ynskjer å snakke om.

2) Kunnskap om ting vi tek for gitt, slik at vi ikkje legg vekt på å artikulere den. Denne kunnskapen ligg som ein horisont, ein bakgrunn for handlingane våre. Den er artikulerbar, men den er så omfattande at vi ikkje greier å artikulere den i få ord med ein gong. Men vi kan til dømes velje å

artikulere eitt perspektiv i høve til denne kunnskapen (Kolbotn 2007). Grimen (1991) kallar dette for «tesen om nødvendig epistemologisk regionalisme». Dei ulike profesjonane har sine teoretiske forståingshorisontar som dei snakkar ut frå.

Dette er effektivt, men kan også medføre til dømes samarbeidsvanskar. Det kan vere slik at ein ikkje tek jobben med å klargjere det som er nødvendig av eigen forståingshorisont. Ofte handlar det om same type kunnskap, men sett og forstått ut frå ulike horisontar.

3) Den tredje tolkinga, som Grimen (1991) kallar den sterke tesen om taus kunnskap, er at det kan finnast kunnskap som vi i prinsippet ikkje kan artikulere verbalt. Dette er like fullt kunnskap seier Grimen. Det er kunnskap som kan artikulera gjennom at den kan visast i handling. Den kan lærast, men denne læringa oppstår ofte som eit biprodukt av handlingar som ikkje hadde læring som sitt fremste føremål. Den er overførbar gjennom at ein ser korleis ein læremeister gjer ting, og ein prøver å etterlikne. Taus kunnskap er i motsetning til teoretisk kunnskap førstepersomskunnskap og den er kontekstbunden. (op cit).

Den som først introduserte omgrepet «taus kunnskap» var den engelske naturvitskapsmannen Michael Polanyi. Polanyi (1983/1966) brukar imidlertid omgrepet «tacit knowing». Tacit betyr underforstått eller underliggende. Polanyi seier at det finst kunnskap gjennom erfaringar som vert kroppsleggjort hos personen, og når denne kroppsleggjeringa har funne stad, så er denne kunnskapen taus. Når merksemda vår rettar seg mot den ytre verda, så forstår vi den gjennom den kroppsleggjorde, tause kunnskapen. Vi rettar merksemda vår frå det underliggjande til det medvitne. (op cit)

I dei fleste praktiske yrke veit praktikarane kva taus kunnskap er, men den kan vanskeleg lærast bort. Ein må erfare for å bli bevisst denne kunnskapen. Innan sjukepleiefaget seier vi at mykje av kunnskapen vår er taus i denne meininga. Det viktige er ikkje det tause sin eksistens, men tilhøvet mellom det tause og det eksplisitte. (Kolbotn 2007).

2.5 Kunnskapsformer og leiingsperspektiv

Nonaka og Takeuchi: Fire grunnleggjande kunnskapsutviklingsprosessar

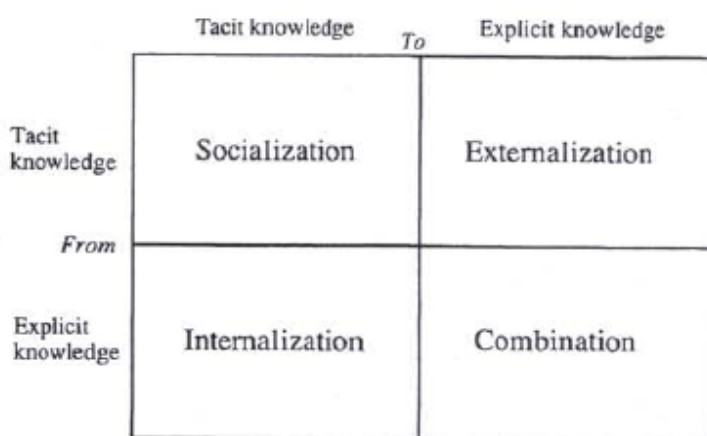
Nonaka og Takeuchi (1995) byggjer på tidlegare arbeid av Nonaka (1994) når dei ser på kunnskap som ein kontinuerleg og dynamisk prosess. Dette er eit syn som ikkje oppfattar kunnskap som statisk, absolutt eller som nøytrale uttrykk.

Kunnskap finst i taus og eksplisitt form, seier dei i tråd med Polanyi (1967). Nonaka og Takeuchi utviklar imidlertid Polanyi sin idè i meir praktisk lei (Nonaka,1994:16). Dei legg vekt på kunnskapsutvikling og spreining av kunnskap i verksemdar. Nonaka og Takeuchi byggjer sin modell på to dimensjonar, den ontologiske som seier kven som er den lærande eininga, og den episomologiske som seier om kunnskapen er taus eller eksplisitt. Nonaka introduserer omgrepet *redundans*.

Dette karakteriserer han som bevisst overlapping av informasjon og aktivitetar mellom aktørane. Dette åpnar opp for innsyn i andre sine kunnskapsområde. Parallelllegging av aktivitetar og kommunikasjon mellom desse er eksempel på korleis grupper med delvis ulik kompetanse kan dele kunnskap (Nonaka og Takeuchi, 1995). Nøkkelen til kunnskapsutvikling er den dialektiske tenkinga som overstig kontradiksjonane i røyndomen (Glosvik,2007). Nonaka og Takeuchi oppfattar kunnskap som noko relativt, sosialt og dynamisk. Kunnskap vert stadig endra i fellesskapa mellom menneske.

Dei legg stor vekt på skiljet mellom taus og eksplisitt kunnskap, og meiner at overgangen frå taus til eksplisitt grunnleggjande gjev oss fire overgangsformer, den såkalla SEKI-modellen:

Figure 1 Modes of the Knowledge Creation



Tabell 1: *Nonaka og Takeuchis oversyn over fire modus for kunnskapsutvikling (1994).*

Som tabellen syner, forstår Nonaka (1994) og Nonaka og Takeuchi (1995) læring som fire prosessar:

1. Sosialisering, som inneber spreining av taus kunnskap til fleire personar.
2. Eksternalisering, som inneber artikulering av taus kunnskap.
3. Internalisering, som inneber å ta til seg eksplisitt kunnskap og gjere den til sin eigen.
4. Kombinering, som inneber at eksplisitt kunnskap vidareutviklast.

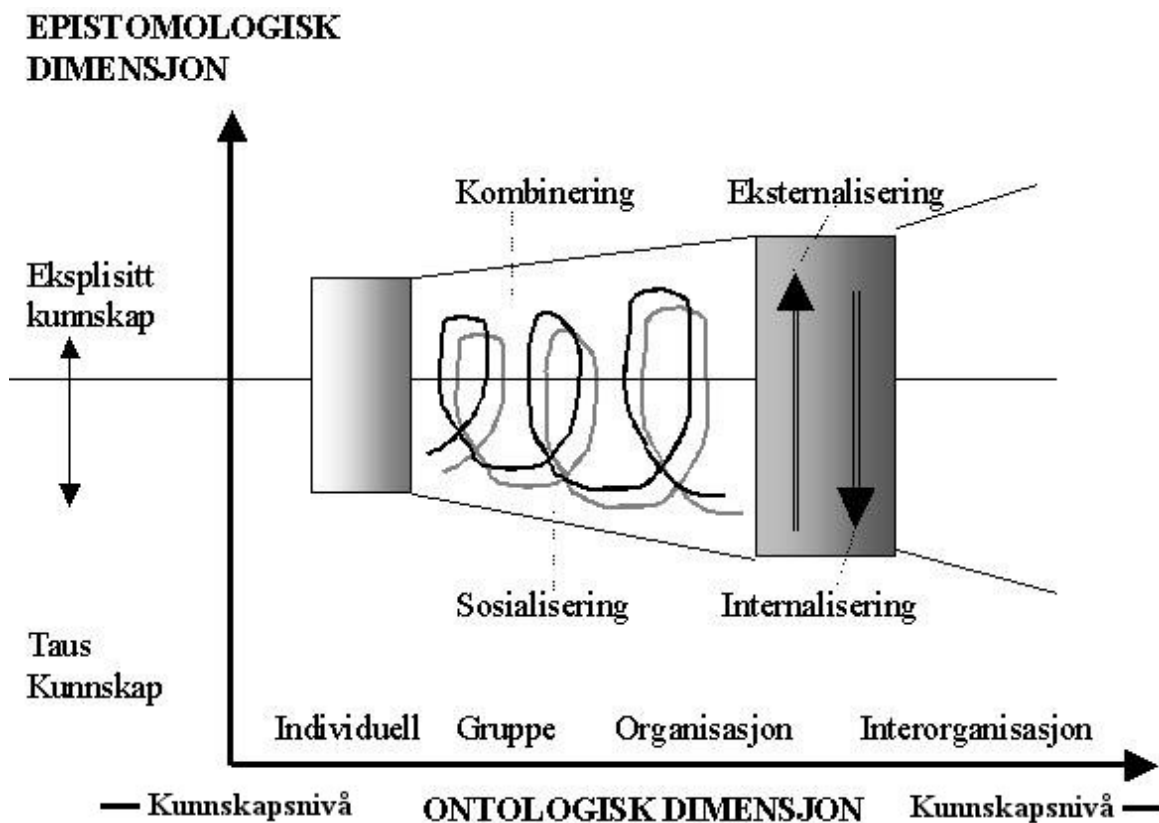
I omgrepet sosialisering legg Nonaka og Takeuchi deling av taus kunnskap, dvs kunnskap ein får ved å høyre til i ein bestemt sosiokulturell kontekst. Forfattarane syner med det korleis denne prosessen kan kategoriserast som læring. Glosvik (2008) seier at heilt konkret kan eit læringstilhøve forståast som uttrykk for ein læringskontekst der sosialisering er ein av dei viktige læringsprosessane. I sjukepleiepraksis kan eit døme vere sjukepleiarar som set ord på kunnskap dei trur andre veit noko om.

Eksternalisering er prosessen der taus kunnskap vert uttala. Ikkje all kunnskap kan gjerast eksplisitt, men i arbeidet med å gjere den tause kunnskapen eksplisitt ligg det ein viktig læringsprosess- ei ny kjelde til kunnskap (Glosvik 2008). Eit typisk bilete på eksplisitt kunnskap i helsesektoren er prosedyrebøker, forskrifter, stillingsinstruksar og liknande.

Omgrepet kombinering står for verbal kommunikasjon. Ved å knyte eksplisitt kunnskap til anna eksplisitt kunnskap kan ein skape ny kunnskap utan å gå vegen om den tause erfaringa. Det handlar om å setje saman eksisterande kunnskapselement til nye, seier Nonaka og Takeuchi (1995). Eit døme frå sjukepleietenesta kan vere sjukepleiaren som kjenner igjen ein bestemt type sår hos pasientar. Ho veit frå prosedyrar korleis ho skal behandle dette og tek med seg erfaringane og kunnskapen ho har om denne typen sår når ho ser det hos ein annan pasient.

Internalisering er verbal kunnskap som går over til felles taus kunnskap. Dette er kunnskap som har vorte ein del av den sosiokulturelle konteksten, som vil seie at ein veit ikkje lenger kvifor ein veit. I sjukepleiefaget kan vi til dømes tenkje oss ein sjukepleiar som får presentert ein ny og ukjend prosedyre. Ho set seg inn i prosedyren gjennom opplæring. Over tid vert prosedyren ein integrert

del av sjukepleiaren sin arbeidsmåte.



Figur 1: Kunnskapsutviklingsspiralen (Nonaka og Takeuchi, 1995)

Hovudbodskapen frå Nonaka og Takeuchi er at dette er ein spiral der prosessen bak desse omgrepa spelar saman, det er ikkje skilde prosessar (Nonaka og Takeuchi, 1995:73). Her samlar forfattarane omgrepa og den ontologiske og epistemologiske dimensjonen. Sjølv om kunnskap kan skapast innan kvart omgrep, er det den dynamiske interaksjonen mellom desse som står sentralt når organisasjonar skal skape kunnskap. Sagt på ein annan måte; det å skape kunnskap krev både taus og eksplisitt kunnskap og ikkje minst ei veksling mellom desse. Modellen er ein spiral og ikkje ein sirkel, fordi etter kvart som ein bevegar seg rundt vil ein oppnå ei djupare forståing.

Ba – kontekstar for kunnskapsutvikling

Det er japansk næringsliv som er utgangspunktet for Nonaka og Nonaka og Takeuchi. Det er vanskeleg å finne eit høveleg vestleg ord for dette elementet i tenkinga deira, det japanske omgrepet Ba. Omgrepet vart lansert av filosofen Kitaro Nishida og vart vidareutvikla av kjemiingeniøren Hiroshi Shimizu. Nonaka, Takeuchi og Krogh byggjer vidare på omgrepet. Slik eg forstår dei, meiner dei ba er ein kunnskapshjelpande kontekst som fremjer kunnskapsutvikling. Ba er først og fremst eit felles rom som tener som grunnlag for utvikling av kunnskap, og det vert ofte definert som nettverk av samhandling. Ba treng ikkje vere fysisk, men ein kombinasjon av fysisk rom (til dømes kontor), virtuelt rom (til dømes e-post, tlf samtale), og mentalt rom (til dømes felles opplevingar, tankar og kjensler). Omgrepet samlar og foreiner dei fysiske, virtuelle og mentale romma som trengst for kunnskapsutvikling. (Nonaka, Ichijo, Krogh.2000)

Glosvik (2008) tolkar «ba» som ein kontekst, ein samanheng som gir meining for sosiale aktørar. Nonaka talar om fire typar «ba»- «originating ba, interacting ba, cyber ba og exercising ba» - som tilsvarer dei fire elementa i SEKI-modellen. Ein kan forenkla seie at dei fire omgrepa sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering samla vil skape kunnskap og kvar av desse treng eit spesielt rom; originating ba, interacting ba, cyber ba og exercising ba. Desse representerer plattformer der omsetjingsprosessar – utveksling, vedlikehald eller utvikling av kunnskap – kan finne stad, der dei kan påvisast og dermed påverkast. Deltakarane kan ikkje vere tilskodarar – ba treng energi for å fungere. I vestleg språkbruk verkar det naturleg å tale om fire fundamentale læringskontekstar: *Den grunnleggjande læringskonteksten* (originating ba), *samhandlingskonteksten* (interacting ba), *den virtuelle læringskonteksten* (cyber ba) og *oppøvingkonteksten* (exercising ba). (Glosvik 2008)

Eg kjem attende til dette omgrepet i analysen av oppgåva.

Strands kontekstperspektiv på leiing

Leiinga både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta si interesse for samhandling har truleg mykje å seie for kva resultat som vert oppnådd på dette området. I NOU 2005:3:107 heiter det at:

« God ledelse kan inspirere medarbeiderne til å bidra til å utvikle virksomheten i retning av mer effektiv og formålstjenlig ressursutnyttelse. Ledelsesoppmerksomhet mot samhandling inne bærer vanligvis at samhandling tas med i oppgaveformuleringer, i krav til rapportering og i oppfølgingen av oppnådde resultater. Samhandling må sees på som en nødvendig del av helsetjenestens oppgaver og må derfor også være gjenstand for ordinær ledelsesoppmerksomhet, f.eks gjennom virksomhetsrapportering, styring og kontroll.»

Krava til samhandling må vere forankra i leiing heilt ned til leiing av den enkelte tenesteutøvar.

God samhandlingspraksis krev at det vert arbeidd med leiarrollene og leiingspraksis og at verksemdene systematisk arbeider med å utvikle kompetanse som understøttar samhandling.

Utvalet meiner det byr på utfordringar å gjennomføre målretta og effektive tiltak på leiingsområdet.

Det er utvalet si meining at risikoen for at dette vert sett på som bortkasta ressursar er særleg stor dersom strategiar og tiltak blir gjennomført ovanfrå. Dersom tiltaka kan komme av erkjenning og analysar i dei faglege miljøa vil det truleg vere lettare å lukkast med dette.

I det følgjande vil eg relatere Torodd Strand sin kontekstmodell for leiarfunksjonar for å kaste lys over spørsmålet om korleis sjukepleieleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta kan arbeide med å overføre kunnskap mellom nivåa. Eg vil vidare knyte Strand sin modell til omgrepa kunnskapsleiing og forbetningskunnskap. I følgje Strand kan organisasjonstypar og leiingsoppgåver delast inn i fire funksjonelle område, og leiing kan målast mot ivaretakinga av organisasjonenens behov på desse fire områda:

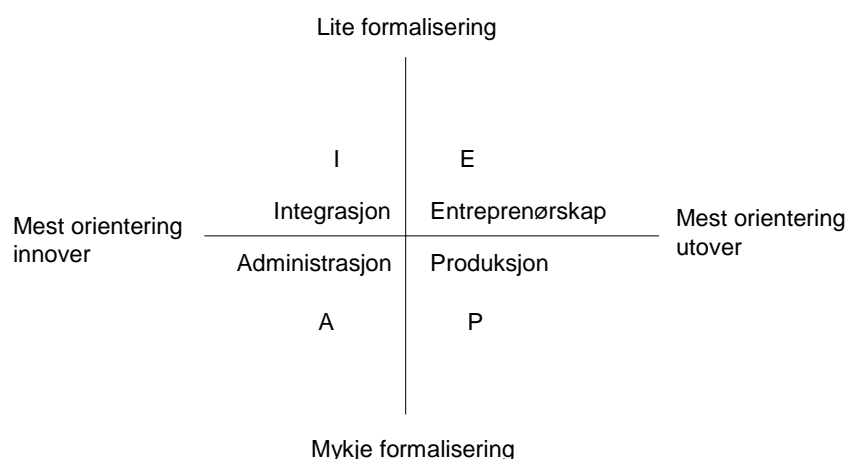
«Produksjon: å sette mål og drive fram resultater.»

«Administrasjon: å nytte systemer og strukturer til å utvikle dem.»

«Integrasjon: å skape felles oppfatningar og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen.»

«Entreprenørskap: å forholde seg aktivt til omverdenen, utnytte muligheter og avverge

Strand presenterer eit grunnskjema for PAIE. Med PAIE meinast eit sett av idear som samla kan framstillast gjennom figuren nedanfor:

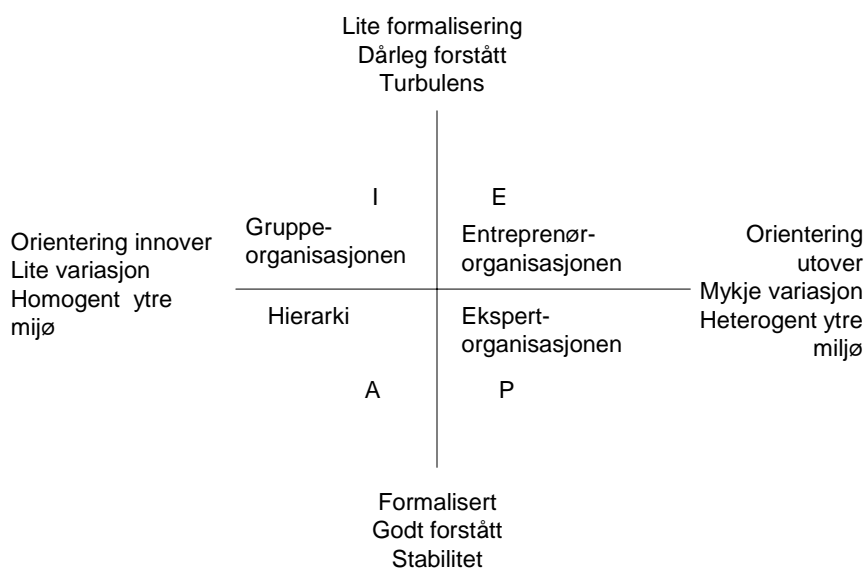


Figur 2: Grunnskjema for PAIE (Strand 2007:250)

Strand meiner at modellen har støtte i generell teori, at den er pedagogisk og oversikteleg og at den gjev eksplisitt dei verdiar og utfordringar som leiarar truleg må forhalde seg til. Grunndimensjonane i skjemaet er grad av formalisering og orientering innover eller utover. Dei variantane Strand brukar er vesentleg inspirert av av Robert Quinn (1988) og Kim Kameron. Sjølv PAIE terma er lånt frå Isac Adizes (1980) (Strand 2007:434) Adizes nyttar omgrepa produsent, administrator, entreprenør og integrator. Desse omgrepa rettar søkelys på leiarane og utøving av leiarroller slik dei framstår som konkrete oppgåver for individa og som handlingar og utfordringar i organisasjonen.

Grunndimensjonane i skjemaet er grad av formalisering og orientering innover eller utover. Desse

grunndimensjonane supplerer Strand. Ein får på den måten eit noko rikare omgrepsapparat, der grunnskjemaet kan leggjast til grunn for eit breiare sett av måtar å forstå leiings- og organisasjonsutfordringar.



Figur 3. Grunndimensjonane, organisasjonstypar og leiarroller (Tilpassa etter Strand 2007 s.251 f.9.2).

Glosvik (2008) seier at ein av dei viltigaste budskapane i dette perspektivet er at vi ved å nytte grunndimensjonane og omgrepsapparatet om ulike organisasjonar og situasjonar, kan sjå at ein konkret organisasjon best kan forståast som ein konfigurasjon der hierarkiet er den dominerande forma. I ein annan er det ekspertorganisasjonen som er den dominerande, medan entreprenørorganisasjonen dominerer i ein tredje konfigurasjon. Omgrepsapparatet kan også brukast for å analysere leiarroller.

Ein av bodskapane til Strand er at leiarar hypotetisk kan ha varierende verknadsgrad innanfor dei fire hovudkonfigurasjonane slik det går fram av tabellen nedanfor.

<p style="text-align: center;">Gruppeorganisasjonen <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mål, motivasjon • Arbeidsdeling • Tolking av gruppenormer • Moral <p style="text-align: center;">0-50%</p>	<p style="text-align: center;">Entreprenørorganisasjonen <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Belønning • Risikotaking • Val av satsingsområde • Val av medarbeidarar <p style="text-align: center;">0-50%</p>
<p style="text-align: center;">Hierarkiet <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Feilskapande rutinar, korreksjon • Koordinering • Innføring av nye rutinar • Unntak <p style="text-align: center;">2-5%</p>	<p style="text-align: center;">Ekspertorganisasjonen <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faglege standardar • Stimulering av faglege talent • Koplingar i arbeidsprosessar • Kanalisering av faglege krav <p style="text-align: center;">2-10%</p>

Tabell 2: Hypotesar om leiarverknad innanfor ulike konfigurasjonar. (Etter Strand 2007 s. 125 fig. 4.4)

For å forstå mellomleiarane i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta sine oppgåver og utfordringar når det gjeld å yte heilskaplege tenester av høg fagleg kvalitet, tek eg utgangspunkt i Strand (2001:9-11) sin påstand om at leiing best kan bli forstått i ein samanheng: «*ingen teori kan påberope seg å være teorien om ledelse*». Eit godt utgangspunkt er at leiing er å sørge for at viktige oppgåver i ein organisasjon vert utførte, og at forståinga av dette ansvaret vil variere, t.d. med organisasjonstype, kultur, sektor og situasjon. Leiarane er både rasjonelle aktørar som handlar, samstundes som dei har ei symbolsk rolle, der dei «er» noko for organisasjonen.

For leiarane i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er rammene ulike. Dette blir eit viktig perspektiv å ha med seg. Leiarane i kommunehelsetenesta leiar ei svært samansett teneste. Samla skal dei ta seg av ei rekkje funksjonar som strekkjer seg frå relativt omfattande helsetenester som oppfølging av kreftpasientar, smertelindring og t.d. dialysebehandling. Sidan 1990 talet har det vore ein klar vekst i antalet brukarar av kommunale pleie- og omsorgstenester. Spesielt har talet som får

heimesjukepleie auka.

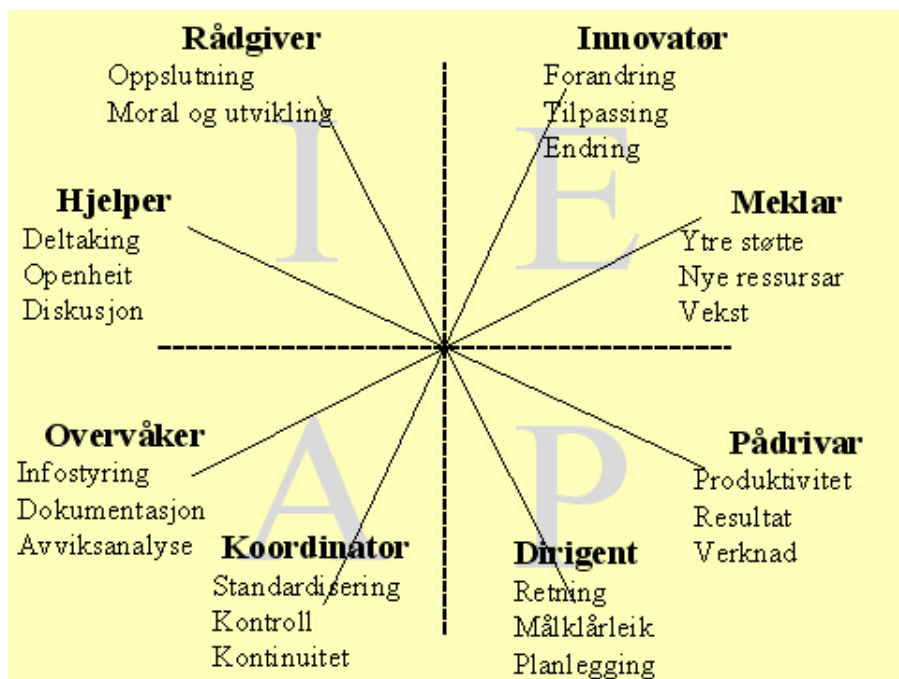
Parallelt med nedbygging av aldersheimar har også talet plassar i omsorgsbustader og bustader med tilsyn auka kraftig. Det samla talet plassar i alders- og sjukeheimar har difor gått ned dei siste åra.

Dette stiller høgare krav til kvaliteten på tenestene som skal ytast. Fagkunnskap hos dei tilsette er ein viktig faktor. I primærhelsetenesta har det vore vanskelegare å rekruttere sjukepleiarar enn i spesialisthelsetenesta. I primærhelsetenesta er det difor ein relativt høg del tilsette som er ufaglærte. I mangel av sjukepleiarar ser vi at kommunane tilset vernepleiarar og omsorgsarbeidarar. Dette skapar igjen utfordringar for leiarane som skal disponere tilsette med rett kunnskap på rett plass innanfor eit felt der mange av oppgåvene gjennom lover- og reglar legg bestemte oppgåver til bestemte profesjonar og yrkesutøvarar. I spesialisthelsetenesta er forholda annleis. Leiarane her disponerer medarbeidarar med sjukepleie- og hjelpepleieautorisasjon. Det er ingen ufaglærte med tilsetjingsforhold i sjukehusavdelingar.

Organisasjonar som sjukehus vert ofte kalla for fagbyråkrati eller ekspertorganisasjonar. Mintzberg (1993) trekkjer fram fagbyråkrati som kjenneteikn ved sjukehus fordi dei er komplekse organisasjonar både i høve mål og oppgåver. Strand kallar også sjukehus for ein ekspertorganisasjon der konkurransevilje og produktivitet er typiske kjenneteikn. Leiarrolla i ekspertorganisasjonen er etter Strand (2001) tradisjonelt nært knytt til rolla som fagkyndig. Han trekkjer fram at i sjukehus er det den faglege kompetansen, erfaringar og repekten for fagleg dugleik som har gjeve leiinga autoritet og legitimitet. For leiarane i spesialisthelsetenesta er forholda enklare enn for leiarane i primærhelsetenesta i høve til å disponere rett kunnskap på rett plass. I realiteten er det spesialisthelsetenesta som er det maktmessige tyngdepunktet både gjennom høg fagleg status, ved at ho dominerer den helsepolitiske dagsorden, og ved at tenestene finst i store, tunge institusjonar. Kommunane og kommunehelsetenestene er mange og små og manglar ofte felles talerøyr som kan formidle deira synspunkt med nok tyngde. Denne situasjonen legg eit særleg ansvar på leiarane i spesialisthelsetenesta i høve til kunnskapsformidling og kunnskapsleiing.

2.6 PAIE

Eg vil i det vidare ta utgangspunkt i Strand sine fire funksjonsområde når eg drøftar korleis vi med utgangspunkt i spørsmålet om sjukepleieeleiing kan forstå samhandlingsvanskar mellom nivåa som kunnskapsproblem. Strand illustrerer dei fire funksjonelle leiarområda i ein modell der han også skisserer korleis ulike leiarroller kan gje mening fordi dei fyller dei ulike funksjonane i ein organisasjon:



Figur 2: Dei fire funksjonelle områda og tilhøyrande leiarroller. (Strand 2007)

Kunnskapsformer når vi legg vekt på produsentfunksjonen

Strand (2007:436) seier det er rimeleg å oppfatte organisasjonar som produserande og mål oppfyllynde mekanismar som må inngå i eit utvekslingsforhold med omverda. Vidare seier han at leiing kan påverke mål og effektivitet, ha kontroll og haldast ansvarleg. Det vert venta av leiarar at dei innrettar verksemda si mot mål, og dei oppfyller produsentfunksjonen. Det vert leiarane sitt ansvar å forankre ansvaret for kunnskapsformidling mellom nivåa mellom sine tilsette. Ein kan seie at leiarane står ansvarlege for *produksjonen og formidlinga av kunnskap* mellom nivåa.

Leiarane forvaltar ressursar . I kontekstperspektivet til Strand vert produsentleiarar kalla pådrivaren og dirigenten. Rollene er knytte til prestasjonar og resultat. Pådrivaren skal handtere tidsfristar og stress, dirigenten skal motivere andre og leggje planer og mål.

Knytt til spørsmålet om kunnskap og samhandling kan ein tenke seg at eit viktig produsentspørsmål vert korleis ein forvaltar kunnskapen tilsette på dei ulike nivåa har om pasientane. Dersom ein pasient frå kommunehelsetenesta med t.d. hjelp frå heimesjukepleien vert innlagt i ei sjukehusavdeling, vil tilsette i vedkommande pasient sitt hjelpeapparat ha viktig kunnskap om denne pasienten. Sett frå eit produsentperspektiv er det viktig at denne kunnskapen vert formidla til sjukehusavdelinga. Dette høyrer gjerne både enkelt og banalt ut, men røyndomen er ein annan. Ofte klagar spesialisthelsetenesta på mangelfulle og ufullstendige tilvisingar når pasientar kjem til sjukehuset. Det kan mangle pleieskriv, der viktig informasjon om pasienten sine funksjonar, tilleggssjukdommar, medisinar m.m. kunne gjeve eit raskt og oversiktleg bilete av pasienten. Når denne typen informasjon manglar, kan viktig kunnskap om pasienten førebels gå tapt og ein mistar tid i høve å sette i verk rett behandling til rett tid.

James Batalden (1992) introduserte omgrepet kliniske mikrosystem. Med dette meinte han den delen av helsetenesta som direkte omfattar pasientane. Dette er staden der pasientar og helsepersonell møtest, til dømes i ei sjukehusavdeling. Det kliniske mikrosystemet består av ei gruppe gjensidig avhengige menneske som møtast for å oppnå eit felles mål, med pasienten i fokus. Pasientar kan ta del i fleire ulike mikrosystem samstundes. Pasienten som vert innlagt i sjukehus frå

kommunehelsetenesta vil til dømes høyre til både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Eit klinisk mikrosystem er ikkje det same som eit team. Kliniske mikrosystem inkluderer deltakarar, informasjon, teknologi og arbeidet som blir utført (McInnis 2006, Nelson, Batalden og Godfrey 2007).

Helsevesenet kan forståast som eit sett av slike mikrosystem. Batalden hevdar at det er på mikronivå læring finn stad.

Cato Wadel (2002) snakkar m.a. om læringsforhold. Wadel seier at føremålet med omgrepet er å fange inn det ein stadig lærer av kvarandre og at dette inneber ei kobling av læringsåtfærd. Sett i forhold til leiarane både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta kan altså sjølv møtet om pasientar definerast som eit læringstilhøve der ein systematisk kan lære av kvarandre. Utveksling av kunnskap mellom spesialist- og kommunehelsetenesta om konkrete pasientar kan slik sett vere ein måte å drive organisasjonslæring. Kravet er at leiarane oppfattar slik samhandling som eit læringsforhold og at det er på eit slikt mikronivå dei tilsette faktisk lærer.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på administratorfunksjonen

Administrasjon handlar om både å drive, endre og utforme system som verkar regulerande på åtfærd. Omgrepet kontroll er sentralt i denne samanhengen. Rollene Strand nemner innanfor denne funksjonen er *overvakaren* og *koordinatoren* (Strand 2007).

Det er fleire lover som regulerer samhandling mellom nivåa. Krava i dei nye helselovene om pasientansvarleg lege på sjukehus, individuelle planar for pasientar med kroniske og samansette helseproblem og plikta som spesialisthelsetenesta har til å rettleie kommunehelsetenesta er sentrale, relativt nye lovverk som gjeld samhandling mellom nivåa. Kravet om individuelle planar er heimla både i lov om pasientrettar, spesialisthelsetenestelova og kommunehelsetenestelova. Plikta gjeld difor både for kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i fellesskap. Helsetenestene må også samarbeide med andre tenesteyterar utanfor helsetenesta, til dømes sosialtenesta eller skule, om planen for å sikre eit heilskapleg tilbod til pasientane.

Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandla pasientar av 16. desember 1998, krev også god samhandling. Denne forskrifta omfattar berre pasientar i somatiske sjukehus. Føremålet med ordninga om betalingsplikt er å medverke til betre ressursutnytting i helsesektoren ved å stimulere til reduksjon av antal liggedøgn for utskrivingsklare pasientar i sjukehus (NOU 2005:3).

Døgnprisen er pr i dag ca 1600 kr. Kommunane betaler ein døgnpris på 1600 kr dersom pasienten vert liggjande 12 dagar på sjukehuset etter at han er definert som utskrivingsklar.

Kommunehelsetenesta oppfatar ofte denne ordninga som urimeleg. Kommunane har ikkje same mogelegheit til å påføre dei regionale helseføretaka ein kostnad. Samstundes kan spesialisthelsetenesta hevde at kommunane spekulerer i denne ordninga ved til dømes å gje ein pasient eit tenestetilbod etter elleve dagar. (ref. innleiinga)

Dette er ikkje ei ordning som skapar grobotn for godt samarbeid og likeverdige forhold. Sjølv om spesialisthelsetenesta oppfatar ordninga som rasjonell, er dette døme på korleis administrative system som er meint å fungere regulerande på åtfærd kan skape dysfunksjonalitet mellom nivåa (Crozier 1964).

Rettleiingsplikta som helsepersonell i spesialisthelsetenesta har fått i høve til kommunehelsetenesta, er absolutt. Det vil seie at rettleiinga skal gjevast av eigne tiltak eller etter førespurnad når kommunehelsetenesta har behov for slik rettleiing for å kunne løyse oppgåvene som lova pålegg dei. Ressursmangel eller stor arbeidsbelastning kan ikkje brukast som grunn for at spesialisthelsetenesta ikkje oppfyller plikta si. Rettleiingsplikta omfattar både undersøking, behandling, pleie, omsorg og rehabilitering av pasientar.

I mi avdeling har dette vore arbeidd mykje med. Som døme kan eg trekkje fram ein alvorleg kreftsjuk pasient som hadde ynskje om å døy heime. Pasienten har ei samansett sjukehistorie med behov for kontinuerleg smertelindring og komplisert sårstell. Heimetenesta ser dette som ei stor utfordring. Dei har knappe ressursar og ikkje faglært personell på alle vakter. Likevel ynskjer dei å yte den hjelp og støtte pasienten treng for å få ein verdig avslutning på livet i eigen heim.

Kontaktsjukepleiar i avdelinga reiser heim ilag med pasienten. På førehand er det ordna med nødvendige hjelpemidlar i heimen i samarbeid med heimetenesta.

Heime hos pasienten møter kontaktsjukepleiar pårørande, leiar for heimetenesta, fastlege og eit utvalg av tilsette i tenesta. Kontaktsjukepleiar går så igjennom nødvendige prosedyrer og metodar for å sikre at pasienten får rett behandling. Ofte vert også pårørande lært opp i enklare prosedyrer.

Dømet syner at det er mogeleg å overføre formell kunnskap på ein systematisk og koordinert måte mellom nivåa. Det som er rutine ved sjukehusavdelinga vert overført gjennom ein prosess som nærast liknar på undervisning. Kontaktsjukepleiaren fungerer som lærar, der den kvardagen for spesialist- og kommunehelsetenesta er klasserommet.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på integratorfunksjonen

Denne funksjonen handlar om å byggje fellesskap. Dei leiarrollene som passar inn kallar Strand «retteleiar» og «hjelparen» som driv motivasjon og menneskeleg utvikling mellom sine tilsette.

Strand seier at organisasjonar kan oppfattast som ei samling menneske som ynskjer å arbeide saman, eit sosialt kollektiv. Samarbeidet er ikkje uproblematisk. Det byr på betydelege tekniske, mellommenneskelege og politisk utfordringar.

Organisasjonar treng integrasjon gjennom sosiale mekanismar og ei leiing som er oppteken av deltaking, identitet, oppslutnad, moral, utvikling og konfliktløysing. Ordet *integer* tyder heil. Strand seier at å ha integritet tyder å vere heil, redeleg, uavhengig og konsistent. Integrasjon kan såleis oppfattast som ein god og legitim tilstand, men også noko som leiinga ynskjer å oppnå for bestemte føremål (Strand 2004:483).

Fleire teknikkar og tilnærmingar kan nyttast for å styrke integrasjonsfunksjonen. Viktige faktorar vil vere arbeid for felles kultur, velferdsordningar, integrering av arbeidslag, lagbygging, miljøarbeid og konflikthandtering. I alle desse tiltaka vil leiaren ha sentrale funksjonar, både som instrumentell kraft og symbol på at fellesskapet og dei einskilde individa er viktige.

Diskusjonar om kva nivå som har ansvar for ulike oppgåver og val av samarbeidsmodellar pågår ofte mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Wisløffutvalet føreslår då også å pålegge kommunar og føretak ei gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtalar med sikte på å oppnå meir heilskapleg pasientbehandling. Det er ei utfordring å få til god dialog og ein avgjerdsprosess som tek omsyn til endringane i fordeling av ansvar og oppgåver mellom nivåa. Her kan leiarane ha ei viktig oppgåve og utfordring knytt til det å skape ei haldning der medarbeidarane opplever å vere kunnskapsarbeidarar på tvers av nivåa og ikkje samlebands-medarbeidarar internt i avdelingar.

Leiarane vil generelt truleg vere sentrale i arbeidet med å utvikle prosessar som verkar samlande, utviklande og fører til læring og utvikling. Leiarane vil vere sentrale i arbeidet med å utvikle prosessar som verkar samlande, utviklande og fører til læring og utvikling. Argyris og Schön (1996.22) kallar overflatiske, kulturelle endringar i såkalla endringsprosessar for «enkeltkretslæring», som er statisk og stabiliserande. Dersom ein skal oppnå verkelege endringar, seier dei, må det «dobbelkretslæring» til. Ei slik læring er prega av refleksjon, som er avhengig av at den einskilde har eit tilhøve til sine egne verdiar, som igjen er styrande for handlingane.

Det er grunn til å tru at den som er fagleg leiar må ha kunnskap og fokus på det som er sjukepleiens spesielle fokus og kunnskapsgrunnlag. Vedkommande må bidra til at det til ei kvar tid er den rette kompetansen til det nivået eller det behovet av sjukepleie som pasienten treng. Dette krev igjen kunnskap om den enkelte medarbeidar sin kunnskap. Holter (2006) seier at det å vere ein god leiar i eit moderne helsevesen handlar mykje om forvandlande og effektivt leiarskap. Vidare seier ho at for leiarar som ynskjer å vere innovatørar og entreprenørar vert det viktig å ha klare visjonar for sine egne og medarbeidarane sine faglege mål.

Ein god leiar under integratorfunksjonen må vere inspirerande i måten vedkommande motiverer medarbeidarane sine på. Det vert viktig å syte for fagleg stimulans og å vise omtanke for den einskilde medarbeidar. Den gode leiaren klarer å sjå den andre samstundes som det vert stilt krav til effektivitet og kvalitetssikra system og prosedyrer (Holter. 2006). Sagt på ein annan måte kan vi oppfatte spørsmålet om integrasjon og kunnskap som graden av motivasjon, støtte og bygging av

haldningar mellom medarbeidarane til å søkje ny kunnskap på tvers av nivåa.

Eg har høyrte helsepersonell i kommunane seie: « Dei på sjukehuset forstår ikkje korleis vi arbeider...» Kjennskap til kvarandre sin kvardag og røyndom vert såleis truleg viktig. Veit vi korleis kvardagen artar seg i til dømes den kommunale sjukeheimen?

Forstått i eit integrasjonsperspektiv er respekt og kjennskap til samarbeidspartnarane truleg ein føresetnad for at gjensidige læringsprosessar skal finne stad.

Hospiteringsordningar kan vere ei løysing. Det er til dømes ikkje uvanleg at helsepersonell frå kommunehelsetenesta hospiterer i spesialisthelsetenesta, men hospiteringa kunne gått begge vegar i systemet.

I eit integrasjonsperspektiv er det også truleg viktig å ha faste møtestader. Faste strukturar for samhandling og system forankra i organisasjonane kan vere avgjerande for å oppretthalde samhandling over tid. Arenaer for utøvande helsepersonell frå begge niva er også eit mål for at samarbeidet om og med pasientane skal fungere. Mange stader i landet er det etablert ordningar med såkalla praksiskonsulentar (PKO). Ordninga har blant anna som mål å forbetre rutinene i arbeidet for pasientar med behov for hjelp både frå spesialist- og kommunehelsetenesta. Den skal leggje til rette for god funksjonsfordeling, koordinerte pasientforløp, enkel og arbeidssparande informasjonsoverføring og teamarbeid. I første rekkje har det vore legar som har vore i PKO.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på entreprenørfunksjonen

Strand (2007:504) seier at entreprenørfunksjonen handlar om å meistre skiftande miljø og å utnytte moglegeheiter. Vidare seier han at å skape visjonar og forfølge dei gjennom strategisk leiing og kreative løysingar, vert sett på som entreprenøren si hovuddoppgåve.

Granskingar viser at entreprenørfunksjonen får mindre oppslutnad enn dei tre andre funksjonane. Entreprenørane utfordrar omverda. Dei har eit aktivt forhold til risiko, og dei gjer ikkje alltid det som organisasjonen forventar.

Leiarrollene i denne funksjonen blir kalla meglarar eller innovatørar. Viktige stikkord er strategi, kjernekompetanse og innovasjon. Dei fleste organisasjonar og leiarar vil hevde at dei driv stratgisk leiing og har langtidsplaner. Slik er det også i helsevesenet. Jakobsen (2005:113) peikar på at også leiarar i sjukepleietenesta har ein visjon. Denne visjonen må dei kunne dele med medarbeidarane.

Dette kan til dømes handle om å ta inn over seg ny kunnskap. For moderne sjukepleieleiarar omfattar dette å støtte produksjonen av ny kunnskap. Denne kunnskapen må brukast på ein aktiv måte og oppdaterast kontinuerleg. Resultata må vidare kommuniserast til publikum og politikarar. Sagt på ein annan måte: Ein viktig del av entreprenørfunksjonen for sjukepleieleiarar må vere å vere oppteken av ny, relevant forskning.

Det er likevel ikkje sikkert at det berre er klinisk eller medisinsk forskning ein bør vere oppteken av. I dagens helseteneste kan ein nytte omgrep som «vinnarar og taparar». Konkurransperspektivet er for lengst integrert i helsevesenet. Det finst tallause private aktørar og fritt sjukehusval er ein realitet. Holter (2006) trur vinnaren i helsevesenet vil vere organisasjonar med eit sterkt pasientfokus. Det vil seie organisasjonar der pasientane sine behov er utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie. I desse organisasjonane er organiseringa retta mot dei oppgåver som skal løysast. Her blir det skapt vinnarteam heller enn enkeltvinnarar. Holter hevdar at dette er organisasjonar som har leiarar som veit at menneskeleg kompetanse er den viktigaste konkurransefaktoren i helsetenesta i dag. Desse leiarane ser at kompetanse ikkje berre er profesjonell kunnskap og praktisk erfaring, men at kunnskap også er å utvikle gode relasjonar til andre menneske, å kunne gje og motta tillit.

Jakobsen (2005:153) seier det er viktig å rette blikket framover og stille spørsmål om korleis leiarar og medarbeidarar kan forme si framtid. Det dreier seg om å sjå alternative løysingar og velje handlingar som er framtidsretta, det vil seie at leiarar bør ha ei proaktiv åtferd. I følgje Krogh (2006) er personalet i sjukepleietenesta er pressa mellom effektivitets- og kvalitetskrav og mangel på personell. Det er difor lett å hamne i ein proaktiv leiartilstand, det vil seie at brannsløkking og konfliktløysing pregar kvardagen. Men kvar er dei langsiktige løysingane?

Krogh (2006) seier at verken i utdanningssystemet eller i avdelingane er kreativitet eit daglegdags ord. Sjølv i ein «alvorleg bransje» som sjukepleietenesta, er rom for nytenking ikkje berre ynskjeleg, men også nødvendig.

Demografiske framskrivingar viser at framtidens brukarar av helsetenesta vil verte fleire (St.mld. Nr. 25). Morgondagens brukarar vil ha andre behov og problem enn dagens tenestemottakarar, men også andre ressursar til å meistre desse. Dei eldre vil i framtida vere endå meir ressurssterke og ha betre helse enn dagens eldre. I større grad vil dei også vere vandt til, og forventar, å kunne bestemme over eige tilvære. Det er dette som krev leiing av kunnskapsprosessar i eit entreprenørperspektiv for oss. Dette er konsekvensar som dagens helseteneste og leiarar må førebu.

2.7 Oppsummering

Eit integrert perspektiv på leiing og kunnskapsutvikling?

Eg har no forsøkt å gje eit kortfatta inntrykk av kva som kan vere måtar å forstå sjukepleieleiing som ei kunnskapsutfordring på tvers av spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta sine «grenser». Eg vil no kople saman Nonaka og Takeuchi sitt perspektiv på kunnskapsutvikling i organisasjonar med Strand sitt omgrepsapparat for å syne korleis kunnskapsleiing på tvers av nivåa kan analyserast.

		Til	
		Taus	Eksplisitt
Frå	Taus	I	E

	Eksplisitt	A	P
--	-------------------	----------	----------

Tabell 3. *Nonaka og Takeuchi knytt til Strands perspektiv på leiing.*

Eg spør her om produsentfunksjonen til Strand bør knytast til omgrepet kombinerer i Nonaka og Takeuchi sin modell. Dette vil i praksis kunne tyde at leiarar fokuserer på at det er mogeleg å kombinere eksisterande kunnskap som finst både i spesialist- og kommunehelsetenesta når helsetenester vert produserte for den einskilde pasienten.

Vidare spør eg om administratorfunksjonen kan knytast til den kunnskapsprosessen som vert kalla internalisering. I praksis kan vi tale om formelle system-gjerne systematiske opplærings- eller kunnskapsforvaltningssystem som vert tekne for gitt og ikkje utfordra. Slike system kan vere både gode og dårlege. Vi kan tale om gode og systematiske opplærings- eller kunnskapsoverføringssystem, eller om uønska tilpassingar mellom nivåa som vi ikkje talar om.

Integratorfunksjonen liknar eg her med sosialisering som læringsprosess. Sosialisering inneber at taus kunnskap skapt gjennom erfaring, vert overført til andre. Her kan vi spørje om det eksisterer kulturelle haldningar og trekk i vår eigen sjukepleieprofesjon som gjer at vi opprettheld og forsterkar blindfelt som faktisk ikkje er til pasientane våre sin fordel. Sosialisering kan vere ein kunnskapsprosess som gjer at vi, sjukepleieleiarane, opprettheld kommunikasjonsvanskane mellom nivåa.

Eksternalisering inneber å setje ord på erfaringar og å spreie desse. Eg spør om denne kunnskapsprosessen kan fungere som ein slags entreprenørfunksjon. I så fall kan vi som sender pasientar att og fram mellom nivåa utvikle ny kunnskap ved å analysere våre egne erfaringar og på denne måten optimalisere samhandlinga til beste for pasienten.

Slik sett vil mi leiing etter erfaringar mellom leiarkollegaene mine i det vidare vere ein del av ein eksternaliseringsprosess i min eigen organisasjon og profesjon.

3.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil eg presentere forskingsmetodiske problemstillingar. Gjennom forskning ynskjer vi å tileigne oss ny kunnskap innan eit eller fleire felt. Vi skil mellom to hovudformer for metodisk tilnærming, kvalitative og kvantitative data som krev ulike metodiske tilnærmingar. Begge har sine sterke og svake sider og ein vel data med bakgrunn i den problemstillinga ein ynskjer å undersøke. At problemstillinga er presis og avgrensa, er avgjerande for ei vellukka gjennomføring av forskningsprosjektet. Ingen metodar er perfekte, og det trengs difor ei grunngeving for kvifor ein vel ein bestemt metode. Vilhelm Aubert er i fleire samanhengar sitert på bakgrunn av sin definisjon av metode:

« En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert i Hellevik 1991:14)

Grønmo (2004:27) seier at ein metode er ein planmessig framgangsmåte for å nå eit bestemt mål. I vitenskapleg verksemd er målet å byggje opp kunnskap om bestemte fenomen og å utvikle ei teoretisk forståing av denne kunnskapen. Vidare hevdar Grønmo at informasjon som vi får hos ei kjelde, ikkje utan vidare er det same som data. Data er informasjon som er bearbeidd, systematisert og registrert i ei bestemt form og med sikte på bestemte analysar.

I val av metode vil forskinga sitt mål og innhald vere styrande. Kvale presiserer at den opprinnelege tydinga av ordet *metode* er «veien til målet», og skal ein kunne vise andre denne vegen må ein sjølv vite kva målet er (Kvale 1997). Dersom ein skal vinne ny kunnskap vil ein trenge både kvalitative og kvantitative data og ha eit fleksibelt forhold til nytten av ulike tilnærmingar. Sentralt for undersøkingsarbeidet er difor ei grunnleggande metodeforståing. Metode er ikkje eit mål i seg sjølv, men eit hjelpemiddel forskaren nyttar for å gje lys til eit fenomen, få auka innsikt, nye erkjenningar og kunnskap. Kunnskap og metodebruk er avgjerande for at arbeidet skal ha validitet, det vil seie gyldigheit og relevans. Det er også sentralt i det etiske prinsippet om reliabilitet; dette inneber

pålitelegheit og nøyaktigheit (Halvorsen 1998). Dette generelle utgangspunktet måtte eg ha som bakteppe når eg skulle velje forskingsdesign og metode for å mitt tema og mi problemstilling.

3.1 Val av metode

Utgangspunkt for min studie er samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Analyseiningane mine blir med dette sjukehus og heimesjukepleietenesta. Analyseiningane er då på mesonivå. Det vil seie på mellomnivå og som refererer til einingar med varierende storleik, kompleksitet og utstrekning (Grønmo 2004).

Innanfor sjukehus vert leiarane av sjukepleietenesta på avdelingsnivå undersøkingseiningane. På same måte vert leiarane av heimetenestene undersøkingseiningane i kommunane. Undersøkingseiningane vert såleis på mikronivå. Grønmo karakteriserer mikronivå som analysenivå som referer til til små og enkle einingar med begrensa utstrekning, t.d. individ. For meg var dette eit heilt bevisst val; eg ynskjer å undersøke på det operasjonelle nivået. Det er her samhandling i all hovudsak finn stad.

Problemstillinga mi er i første omgang forma som eit tema: *Kunnskapsoverføring mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta*. Deretter kjem underspørsmålet: *Samhandling mellom nivåa som kunnskapsproblem?* I si form er problemstillinga mi forståande. Grønmo (2004) seier at føremålet med forståande studier er å utvikle ei meir heilskapleg forståing av forholda som vert studert, og å kaste lys over kva mening eller tyding som knyt seg til hendingar og handlingar i samfunnet.

Ut frå probelmstillinga mi har eg valt å nytte meg av kvalitative data. Kvalitative data fokuserer på få einingar, gjev ei brei skildring, gjev fleksibilitet og seier «mykje om lite.» Det som kjenneteiknar kvalitativ metode er at forskaren orienterer seg mot fenomen, meningar og opplevingar som ikkje let seg måle eller talfeste. Det inneber liten grad av formalisering og ein er lite oppteken av å prøve om data er generelt gyldige. Føremålet er å skape djupare forståing for det tema ein studerer og kva totalsamanheng dette står i (Jacobsen 2005). I denne oppgåva vil det menneskelege aspektet stå

sentralt for å finne svar på mine spørsmål. Ved bruk av kvalitative data har forskaren nærleik til datakjeldene. Dette gjev også høve til relevante tolkingar ved at datainnsamlinga kan styrast for å få mest mogeleg dekkjande informasjon (Grønmo 2004:129-132).

Kvantitative data seier lite om mykje, omfattar stort talmateriale, mange einingar, statistiske metodar og standardiserte analyseteknikkar. Opplegga for innhenting er strukturerte, det er avstand til datakjeldene og tolkningane får ei presis form.

Eg har funne at dette ikkje vil høve i mi undersøking. Kvalitativ metode er i denne samanhengen å sjå på som ei fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming. Fenomenologi vert skildra som ein metode der ein prøver å forstå det som er utforska, utan forventningar om resultat. I fenomenologien kan ein seie at merksemda vert retta mot mennesket si eigaoppleving og erfaring med ulike fenomen (Nåden og Braute, 1992). Mens fenomenologien vert framstilt som ein måte å samle data på, vert hermeneutikken framstilt som ein måte å tolke data på. Den legg vekt på å finne fram til djupare meining i eit fenomen. Som forskar må ein stadig skifte posisjon og veksle mellom heilskapen, og delane i heilskapen, i det som vert utforska. Delane og heilskapen kan ikkje verte sett på som uavhengige av kvarandre. Dette løyser ut ein gjensidig dynamikk mellom forskar og den som vert intervjuet og gjenspeglar korleis den hermeneutiske sirkel ligg til grunn for det kvalitative forskingsintervjuet (ibid). Å forstå vert ein prosess der ein skjønar delar ut frå heilskapen, og heilskapen ut frå delane. Heilskapen vil stadig verte endra fordi delane fører til at ein får auka forståing. Hermeneutikken i moderne variantar består av forsøk på å lage ei metodelære for fortolking av meningsfulle fenom og vilkår som må skildrast for at forståing av meining skal vere mogeleg (Gilje og Grimen, 1993). Ei hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming kan godt nyttast i kombinasjon. På den måten får ein både det beskrivande og fortolkande perspektiv (Gilje og Grimen, 1993, Kvale, 1997).

Det kvalitative forskingsintervjuet

Eg valde å bruke intervju for å få tilgang til dei data eg ynskte. Kvalitative data vert uttrykt i form av tekst eller bilete, mens kvantitative data framstår som tal eller andre mengdetermer (Grønmo 2004). For meg var det viktig at informantane med eigne ord skildra samhandlingsprosessen

mellom nivå. Eg trur ikkje eg ville fått den same forståinga av informantane si livsverd om eg hadde nytta meg av kvantitative data. Grønmo (2004) seier at ingen av dei to datatypene er prinsipielt betre eller meir vitenskapleg enn den andre. Som forskarar må vi velje den type data som er mest relevant for oss sjølve og problemstillinga.

I følgje Kvale (1997) er det kvalitative forskingsintervju ein produksjonsstad for kunnskap. Det kan definerast som:

« Et intervju har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomene.» (Kvale 1997:21)

Grønmo (2004) skildrar seks hovudtypar av undersøkingsopplegg. Her sorterer tre typar under kvalitativ metode: deltakande observasjon, uformell intervjuing og kvalitativ innhaldsanalyse.

Med bakgrunn i nettopp problemstillinga mi valde eg å nytte uformell intervjuing. Eg utarbeidde ein intervjuguide som eg nytta i intervjuet med informantane. Denne guiden vart mitt haldepunkt og sjekklister for gjennomføring av intervjuet. Guiden blei nytta på ein fleksibel måte og rekkefølga for spørsmåla blei vurderte etter utviklinga i intervjuet. Eg stilte oppfølgingsspørsmål der det var naturleg for å få informanten til å utdjupe temaet. Eg la stor vekt på at informanten skulle føle seg vel i intervjusituasjonen. Eg ynskte at det skulle vere ein naturleg samtale og var svært medviten mi rolle for å oppnå tillit og få kvalitet og innhald i samtalen.

Forskarrolla og for-forståing

I innleiinga til denne oppgåve har eg sagt noko om bakgrunnen for val av tema og problemstilling. Eg er sjølv leiar for sjukepleietenesta i ei sjukehusavdeling og har dermed mykje kunnskap om temaet eg skal studere. Eg har ei for-forståing for emnet. Eg måtte til dømes vokte meg for å ikkje identifisere meg for mykje med informantane mine. Det var ikkje viktig for meg å få stadfeste- eller ikkje stadfeste eventuelle fordommar. Eg var heller ikkje på leit for å kunne forsvare profesjonen min. For-forståing er forankra i våre ulike livserfaringar og eg må vere svært medviten på dette gjennom heile prosessen. For-forståing omfattar både språk, omgrep, førestillingar og personlege erfaringar.

Den fremste representanten innan den filosofiske tradisjonen innan moderne hermeneutikk er Hans Georg Gadamer (f.1900). For-forståing var eit viktig omgrep hos Gadamer, som både gjer tolking mogeleg og set grenser for den. For-forståing handlar om våre eigne bevisste og ubevisste oppfatningar og haldningar som vi møter nye situasjonar med.

I følgje Gadamer må ein vere villig til å setje sine eigne fordommar i spel, for å få spel i dei. Vidare presiserer han at ein ikkje kan forstå utan å ha ei forståing for denne vert utgangspunktet for forskaren si forståing (Repstad, 2007).

Mi eiga for-forståing vil gjelde heile prosessen og påverke alt frå valg av litteratur, til kva eg vel å fokusere på og kva område som får plass og i kva grad får det plass. Med denne for-forståinga som grunnlag, ser eg at eg ikkje er ein objektiv utanforståande person som berre vurderer teori og empiri, men eg må heile tida vere bevisst mi eiga for-forståing og diskutere kva tyding den kan ha på dei ulike områda.

3.2 Val av informantar og tilgang til forskingsfelt

I studien ynskte eg å snakke med leiarar av sjukepleietenesta i spesialist- og kommunehelsetenesta. Dette var mitt utvalskriterium. I framstillinga har eg valt å kalle desse leiarane informantar. Stillingsnemningane deira varierte frå oversjukepleiar, avdelingssjukepleiar, einingsleiar og til leiar for heimetenestene. Felles for alle var at dei var leiarar for sjukepleietenesta og hadde personalansvar. Åtte leiarar vart intervjua. Fire frå spesialisthelsetenesta og det same frå kommunehelsetenesta. Dette er ikkje eit stort utval, men eg fann ut at dette sannsynlegvis ville vere nok i min kvalitative studie. Kvale (1997) seier at tal intervjupersonar avheng av studien sitt føremål og at ein skal intervjuje så mange personar som er nødvendig for å finne ut det ein treng å vite.

Informantane mine i spesialisthelsetenesta er strategisk valde. I og med at eg sjølv arbeider innanfor Helse Førde, trudde eg eg visste kven av leiarane der som kunne gje meg den informasjonen eg trengde for å få svar på forskingsspørsmåla mine. Informantane i kommunehelsetenesta er «slumpmessig» valde. Det vil seie at dei «slumpar til» å vere tilgjengelege på eit bestemt tidspunkt og på ein bestemt stad (Grønmo 2004:100). Vidare seier Grønmo at føresetnader for slumpmessig

utvelgning er strategisk begrunna val av tid og stad. Sterke sider er studiar av rekkevidde og grenser for hypotesar og typologiar. Svake sider kan vere skeivheiter som følgje av spesielle valg av tid og stad (Grønmo 2004:100).

For å få tilgang til forskingsfeltet sende eg skriftleg førespurnad til administrerande direktør i Helse Førde³ og til rådmennene⁴ i seks kommunar. I søknaden informerte eg om tema for studien, føremål og korleis eg kunne tenkje meg å gjennomføre intervju.

Eg valde å sende brev til seks kommunar i staden for berre fire for å vere på den sikre sida i høve tilgang til informantar. Det kunne jo hende at det ville verte vanskeleg å finne informantar i ein kommune eller at rådmannen ikkje ville gje meg løyve til å forske i aktuell kommune.

Administrerande direktør var positiv til søknaden og det same var rådmennene. Ein av dei tipsa meg også om ein leiar han meinte var svært aktuell i høve mitt tema.

Deretter tok eg telefonisk kontakt med dei leiarane eg ynskte å intervju. Eg la fram temaet og problemstillinga. Alle leiarane sa seg med ein gong villege. Vi avtala tidspunkt for gjennomføring av intervju. Informantane fekk også utdelt skriftleg informasjon om studien⁵ og ei skriftleg samtykkeerklæring⁶ som dei underteikna same dag som intervju vart haldne.

3.3 Metode for innsamling av data

I mi innsamling av data har eg som nemnt nytta uformell intervjuing. Grønmo nemner tre kjeldetypar for innsamling av kvalitative data: deltakande observasjon, uformell intervjuing og kvalitativ innhaldsanalyse (Grønmo 2004:125).

Eg utarbeidde ein delvis strukturert intervjuguide⁷ der eg grovindelste spørsmåla mine etter problemstillinga. Ein intervjuguide skal gje generelle retningslinjer for gjennomføring og styring av

3 Vedlegg 1

4 Vedlegg 2

5 Vedlegg 3

6 Vedlegg 4

7 Vedlegg 5

samtalane. Samstundes laga eg eit verktøy for strukturering av data. Dette verktøyet ville eg nytte både for å strukturere funna mine og til analyse av desse (sjå tabell sist i dette kapitlet) Her delte eg inn spørsmåla i fire kategoriar; tematisk spesifiserte og relaterte til dei teoretiske omgrepa som ligg til grunn for undersøkinga.

Utgangspunktet er Strand sin kontekstmodell for organisasjon og leiing; PAIE (sjå kapittel 2). Eg såg at for meg ville det vere lettare når eg hadde denne tabellen klar før intervjuet starta. På den måten kunne eg strukturere fort og sjå samanhengar.

I intervjuguiden prøvde eg å lage spørsmåla så opne som mogeleg. Eg ynskte at informantane skulle få fortelle med egne ord utan at eg styrte samtalen strengt med å stille for lukka spørsmål. I og med at eg har relativt stor for-forståing om temaet, opplevde eg at eg måtte revidere guiden min fleire gonger før intervjuet tok til. Eg såg at eg i dei første utkastane var for spissformulert. Intervjuet skal vere på informantens sine premisser for å kunne fange livsverda deira. Etter at intervjuet var gjennomført og transkriberte, oppdaga eg at eg burde utarbeidd eit skjema for demografiske data. Eg tok kontakt igjen med informantane mine både pr telefon og e-post for å få desse opplysningane på plass.

Gjennomføring av intervju

Eg valde som tidlegare nemnt å intervju åtte leiarar, fire på kvart nivå. Eg var nokså spent på korleis intervjusituasjonen ville bli og grudde meg nok litt. Leiarane i spesialisthelsetenesta kjende eg alle i varierende grad på førehand. Eg såg for meg at desse intervjuet ville bli krevjande og stille store krav til profesjonaliteten min. Det viste seg fort at frykta mi var ugrunna. Informantane tok vel imot meg og gav uttrykk for at dei tykte temaet var spennande og viktig. Mi oppleving av intervjusituasjonen vart udelt positiv.

Alle intervjuet vart gjennomførte på informantens sine arbeidsstadar. Vi fann oss både tradisjonelle stadar som kontor, bortgøymde møterom og til og med ei arbeidsstove for pasientar. Målet var å få gjennomført samtalane utan forstyrrende element som telefonar og knakking på dører.

Eg sende ikkje spørsmåla til informantane mine på førehand. Dette var eit bevisst val.

Kvale (1997) understrekar at det er den menneskelege interaksjonen i intervjuet som produserer

kunnskap. Eg var bevisst på korleis eg både kledde og tedde meg til intervjusituasjonen. Eg skulle skape ei ramme av tryggleik der eg hadde ei underordna rolle; informanten var hovudpersonen.

Eg la opp til ein samtaleprega intervjusituasjon og passa på at eg og informanten sat rett ovanfor kvarandre med godt høve til augekontakt. Eg var svært fokusert i intervjusituasjonane og var oppsett på at samtalen skulle gli naturleg samstundes som eg fekk den informasjonen eg var ute etter. Opptak med MP3 spelar var avtalt på førehand. Eg noterte lite, men var oppteken av å lytte og stille oppfølgingsspørsmål der eg følte eg trengte meir informasjon og for å vere sikker på at eg tolka informantens sitt resonnement riktig. Ein dyktig intervjuar er ekspert på intervjuemnet og på menneskelege interaksjon (Kvale 1997:91). Som tidlegare nemnt, har eg mykje for-forståing og kunnskap om temaet.

Eg har jobba i mange år som utøvande innan sjukepleiefaget og dei seinare åra som leiar for sjukepleietenesta. Kvale (1997) seier at forskaren si for-forståing er ein viktig komponent i einkvar tolkingsprosess, fordi den syner retning for leiting etter kunnskap og val av perspektiv. Denne for-forståinga påverkar tolkinga gjennom heile forskingsprosessen, og er ein føresetnad for tolkingsarbeidet.

I intervjusituasjonen var det viktig for meg å sette mine egne kunnskarar og for-forståing til side. No var det informanten som skulle fortelje sine opplevingar. Ein av informantane sa: *ja, men veit du ikkje det då...?* på spørsmål om korleis ein samhandla med det andre nivået. Dette var eit av dei første intervjuar og gav meg ei aha-oppleving; eg måtte avklare mi rolle i høve informantane.

Eg måtte forklare informantane at eg ikkje var der i rolla som oversjukepleiar, men no som student. Kanskje informantane ville oppleve nokre spørsmål som banale, men for meg var det viktig at dei sette sine egne ord på det. Eg opplevde utsegnet til denne informanten som eit døme på *taus kunnskap* (sjå teori- og analyse kap.) i profesjonen. Informanten meinte at dette var noko eg burde vite. Taus kunnskap er nettopp kunnskap som vert erverva gjennom lang klinisk praksis der ein ikkje kan skilje praktiske ferdigheiter og rein kunnskap. Det syntes klart for meg at i samhandlinga mellom sjukepleiarar ligg det mykje kunnskap som ikkje er verbalisert, som ikkje vert dokumentert

eller let seg dokumentere og vanskeleg let seg formidle utan at forholda er lagt spesielt til rette for kommunikasjon og dialog (sjå analyse).

Før intervjuet vart gjennomført, var tidsperspektivet på samtalanane avklart. Alle intervjuet varte frå ein til ein og ein halv time. Når tidsperspektiv er sett på førehand, vil det vere lettare både for informant og intervjuer å strukturere tida. Dette var heller ikkje problematisk, då tidsramma var passeleg. Utskriven tekst varierte frå ti til sytten sider, gjennomsnittet låg på tolv sider.

I løpet av intervjuet opplevde eg ikkje at det var nødvendig å ta spørsmåla i kronologisk rekkjefølge. Informantane hadde mykje på hjartet og enkelte spørsmål vart fletta i kvarandre. Guiden vart mi rettesnor for å ha vore innom alle emna. Eg opplevde at samtalen flaut lett og at informantane var oppriktig opptekne av det dei snakka om.

Avslutningsvis i intervjuet vart det gjort ei oppsummering. Eg spurde om det var noko dei sakna spørsmål om og om det var anna som var viktig i samhandlingsprosessen. På den måten vart dei ei naturleg oppsummering og avslutning på intervjuet.

3.4 Analyse og tolking

Analyse av kvalitative data er eit forskingsarbeid der utfordringa er å finne kva materialet har å fortelje. Grønmo (2004) peikar på at siktemålet med kvalitative analysar er å komme fram til heilskapleg forståing av spesifikke forhold, eller å utvikle teoriar og hypotesar om bestemte samfunnsmessige samanhengar. Analysen startar ved innsamling av data og går parallelt som ein kontinuerleg prosess til studien er ferdig. Utover i studien vert analysearbeidet ein stadig meir dominerande del av prosjektet. Analysane vert vidareførte og fullførte etter at datainnsamlinga er avslutta (Grønmo 2004).

Kvale (1997:122-123) skisserer seks trinn i dataanalysen. Her er tre knytte til sjølve intervjusituasjonen og tre til fasen etter at intervjuet er gjennomført.

1) Intervjupersonen skildrar si livsverd. I denne fasen er det lite eller inga tolking. I mitt prosjekt ba eg innleiingsvis informantane om å skildre samhandlingsprosessen når ein pasient frå deira nivå

kryssa grensa til det andre nivået. Dette vart ei naturleg opning for intervju.

2) Trinn to er når intervjupersonen oppdagar nye forhold. Informantane sa at enkelte av dei tinga eg spurte om, hadde dei ikkje reflektert over før. Som døme kan nemnast om det var saker ein ikkje tok opp i samtalen med det andre nivået.

3) Tredje trinn inneber at intervjuar fortettar og fortolkar det informanten fortel. For meg vart det naturleg å stille oppfølgingsspørsmål der eg trengde meir informasjon og for å forsikre meg om at eg oppfatta informanten rett.

4) I det fjerde trinnet vert det transkriberte intervjuet tolka av intervjuar. Først vert det gjort ei struktureing av intervjuet i sin heilskap. Eg valde å transkribere intervjuet sjølv. Dette viste seg å vere eit stort arbeid, og eg enda ut med omlag hundre sider tekst. Då hadde eg skrive ut intervjuet slik dei låg føre på MP3 spelaren. Det var heldigvis god lyd kvalitet på materialet. Eg skreiv ut ordrett med både pausar og småord. På den måten følte eg at eg vart godt kjend med datamaterialet, og eg oppdaga detaljar eg ikkje hadde reagert på i intervjusituasjonen. Eg transkriberte alt materialet så fort som råd etter sjølve intervjuet.

Etter at transkriberinga var gjort, sende eg teksten på e-post til informantane for deira gjennomlesing. Dette hadde vi på førehand avtalt. Ingen av dei valde å rette på utsegner, men fleire hadde lattermilde reaksjonar på ting dei hadde sagt.

Neste steg besto av klargjering av materiale slik at det vart meir mottakeleg for analyse. Deretter klargjer ein meiningsanalysen der hovudmetoden er fortetting, kategorisering, narrativ strukturering, tolking og ad hoc-metodar (Kvale 1997).

For å markere funna mine utarbeidde eg som tidlegare nemnt eit verktøy (sjå tabell sist i kapitlet) for å kategorisere teksten på ein for meg enkel og oversiktleg måte. Eg brukte fargekodar for å finne att funna i dei ulike kategoriane. Deretter brukte eg store «flip-over ark» til å meiningsfortette funna. Kvar informant fekk sin eigen bokstav som vart deira identitet. Eg leitte etter meiningar, årsaker og fann orden i datamaterialet. Arbeidet blei gjennomført i kontinuerleg samspel med problemstillinga.

5) Gjen-intervjuing er det femte trinnet i Kvale si analysetilnærming. Eg hadde ikkje behov for for oppklaringar i sjølve datamaterialet, men måtte som nemnt kontakte informantane for demografiske data.

6) Dette trinnet inneber eventuell inkludering av handling i tillegg til skildring og tolking. Informantane gav uttrykk for at dei syntes temaet mitt var viktig, og at dei gjerne ville lese oppgåva når den var ferdig.

3.5 Validitet, reliabilitet og generalisering

Når ein forskar vert det stilt ulike krav for at ein kan ha tillit til dei resultata ein får. Forskinga skal vere objektiv, det vert stilt krav til presisjon og representativitet og studien må ha høg grad av validitet (gyldigheit) og reliabilitet (pålitelegheit) for å vere overbevisande. Grønmo (2004) seier at validitet og reliabilitet er delvis overlappande. Høg reliabilitet er ein føresetnad for høg validitet. Datamateriale kan ikkje vere gyldig eller relevant for problemstillingane dersom det ikkje er påliteleg.

Kvale (1997) seier at omgrepa validitet, reliabilitet og generalisering vert sett på som «en hellig, vitenskapelig treenighet». Omgrepa har i stor grad vore knytt til naturvitskapen sine krav til pålitelegheit og gyldigheit i vitskapeleg arbeid med påfølgande krav til kva som kan sjåast på som sann kunnskap. Kvale (1997) presiserer at det også er nødvendig å stille krav til vitskap i kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning legg meir vekt på å få fram forståing enn forklaring. Målet er å få fram kunnskap om sosiale samanhengar og menneskelege opplevingar.

Validitet

I kvalitativ forskning er validitet overordna reliabilitet. Validitet rører ved alle ledd i eit forskingsarbeid og bør fungere som ein kvalitetskontroll gjennom heile forskingsprosessen (Kvale 1997). I følge Befring (2002), vil validitet dreie seg om korvidt vi får eit måleresultat for det vi faktisk ynskjer å måle eller om resultatet også inkluderer andre faktorar. Validitetsspørsmålet får

ulikt innhold avhengig av vitenskapsteoretisk tilnærming. Kvalitativ forskning bygger på ei grunnforståing der det ikkje eksisterer ein sann røyndom eller universelle lover, men at menneska skapar eller konstruerer sin røyndom og sjølv gjev mening til eigne erfaringar (Dalen 2004).

Kvale (1997) og Grønmo (2004) trekkjer fram tre sider ved validitetsomgrepet som er viktige i kvalitative studiar:

1. Kompetansevaliditet

Dette bygger på forskaren sin kompetanse om fagfeltet. Di meir kompetanse forskaren har på fagfeltet, di større er sjansane for å kunne samle eit datamateriale med høg validitet. Funna må sjekkast kontinuerleg ved å stille spørsmål, og vidare tolke desse i lys av teori.

2. Kommunikativ validitet

Med dette meinast å sjekke om av kunnskap er gyldig gjennom dialog. Kvale (1997) hevdar at gyldig kunnskap vert skapt når det i ein dialog kan argumenterast med motstridande kunnskap hos informantane.

3. Pragmatisk validitet.

Dette omgrepet refererer særleg til samanhengar der forskinga vert brukt til å utvikle ein bestemt praksis. Det har først og fremst relevans i aksjonsforskning der forskaren sjølv samhandlar med ulike aktørar for å utnytte sine forskingsresultat i praktisk handling.

I mitt arbeid med dette prosjektet var eg bevisst på å legge vekk eigne meiningar og å vere åpen for informantane sine tankar og skildringar. I arbeidet har det vore ei viktig utfordring korvidt det gjennom eit forskingsintervju er mogeleg å få tak i den kunnskapen eg har søkt og seier eg vil å få tak i. Eg trur det er mogeleg for informantane å setje ord på kva dei oppfattar som viktige faktorar i samhandlingsprosessen mellom spesialist- og kommunehelsetenesta på sjukepleiefagleg nivå, og at dei kan seie noko om kunnskapsnivå og gyldig kunnskap dersom spørsmåla eg stiller er gode og relevante. Meir uroa var eg for at min leiarbakgrunn og for-forståing for forskingsfeltet skulle påverke intervjusituasjonane. Eg innsåg at det kunne vere vanskeleg å sikre at det eg ynskte å måle faktisk var det eg målte, og at det var relevante data som vart innhenta. Men når eg gjek inn i dette prosjektet, er det fordi eg trur det er elementa i fortellingane eg får som vil gje svara. Validiteten vil

meir enn noko anna, byggje på den tolkingsmessige kvalitet som eg klarar å bringe fram i min argumentasjon mellom det teoretiske utgangspunktet og datamaterialet som vert henta inn. Den teoretiske validiteten vil avhenge av korleis eg klarar å nytte det teoretiske utgangspunktet i analysedelen.

Eg har som tidlegare sagt valt å nytte Strand sin kontekstmodell for organisasjon og leiing; PAIE og Nonaka og Takeuchi sitt perspektiv på kunnskapsutvikling i organisasjonar. Eg har valt desse fordi eg meiner dei kan kaste lys over spørsmålet om korleis sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta kan arbeide med å overføre kunnskap mellom nivåa.

Reliabilitet

Kvale (1997) seier at reliabilitet i ein studie syner forskingfunna sin konsistens og pålitelegheit. Eg har forsøkt å sikre reliabiliteten ved å få fram alle trinn i forskingsprosessen på ein slik måte at det kan vere mogeleg for andre å sette seg inn i det som har skjedd. Likeeins at det er mogeleg å sjå korvidt det er truverde og logisk samanheng mellom dei spørsmåla som vert stilte, data som vert innhenta og dei tolkingar og slutningar som er trekte. Kvale (1997) presiserer tydinga av transkripsjonen sin intersubjektive reliabilitet ved nedtegning av intervjumaterialet, noko som eg har lagt vekt på fordi det er påkrevt med høg reliabilitet av intervjufunna for å motverke ein vilkårleg subjektivitet. Kvale (1997) seier vidare at ein skal vere bevisst på at for sterkt fokus på reliabilitet kan motverke variasjon og kreativ tenking.

Eg har eit sterkt engasjement i høve til temaet om samhandling. Gjennom åra som utøvande sjukepleiar og seinare som leiar, har eg sett kva konsekvensar mangel på samhandling kan føre til for pasientane og for tenesta generelt. Eg måtte såleis «trø varsamt» for ikkje å legge mine meiningar i spørsmåla til informantane. Dersom eg var usikker på kva dei meinte, stilte eg oppklarande spørsmål undervegs. Dette gjorde eg for å sikre at både eg og informanten oppfatta det same av innhaldet i svara. Som tidlegare sagt, nytta eg MP3 spelar under intervjuet. På den måten kunne eg ha full merksemd på informanten og vere merksam på nonverbal kommunikasjon og andre teikn.

Kvale (1997) og Grønmo (2004) trekkjer fram bruk av leiande spørsmål som eit viktig moment i

kvalitativ forskning. Spørsmåla bør ikkje vere leiande på ein slik måte at dei påverkar svar. For å kvalitetssikre intervjuguiden gjennomførte eg eit prøveintervju med ein kollega. Spørsmåla var i ei opa form slik at informantane kunne reflektere og trekkje fram det som var viktig for dei.

Reliabilitet knytt til transkripsjon av data vart ivareteke ved at eg skreiv ut intervjuet sjølv og direkte ord for ord. Nokre intervju høyrde eg fleire gonger. Etter at intervjuet var transkriberte sende eg dei til informantane for gjennomsyn. Informantane hadde med dette høve til å trekkje eigne utsegner. Ingen gjorde det.

Generalisering

Generalisering handlar om at ein vurderer i kva grad den informasjonen ein har samla inn er gyldig for andre i tilsvarende situasjonar. Grønmo (2004:86) trekkjer fram to hovudtypar av generalisering: statistisk generalisering og teoretisk generalisering. Statistisk generalisering vert brukt i samband med kvantitative studiar og tek utgangspunkt i teoretisk forståing av dei samfunnsforholda som vert studert. Teoretisk generalisering tek utgangspunkt i teoretisk forståing av dei samfunnstilhøve som skal studerast. Denne typen vert nytta i samband med kvalitative studiar og er også relevant i min studie. Teoretisk generalisering har to særleg viktige føremål. Det eine er å bruke studien av utvalet til å utvikle omgrep, hypotesar og teoriar, som ein ut frå teoretiske resonnement reknar med gjeld for heile universet av einingar (Grønmo 2004). Det andre føremålet med teoretisk generalisering, er å studere utvalde einingar med sikte på å utvikle heilskapleg forståing av den gruppa eller konteksten som einingane til saman utgjer. Slike teoretiske generaliseringar tek utgangspunkt i strategiske utval. Utvelging byggjer på systematiske vurderingar av kva einingar som ut frå teoretiske og analytiske føremål er meste relevante og interessante (Grønmo 2004).

Slik eg ser det er utvalet i min studie dekkjande for å bidra til å utvikle hypotesar og teoriar om *«teorien om samhandling og læring mellom specialist- og kommunehelsetenesta.»*

3.6 Etiske vurderingar

Kvale (1997:66) omtalar tre etiske reglar for forskning på menneske: Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar.

Informert samtykke inneber at informantane vert informerte om studien sine overordna mål, plan for gjennomføring og om mogelege fordelar og ulemper ved å delta i studien. Det vart og lagt vekt på at deltaking var frivillig og at informantane kor tid som helst kunne trekkje seg frå prosjektet.

Konfidensiell handsaming og anonymisering av informantane sin identitet vart omtala. At eg ikkje anonymiserer helseføretaket, heng saman med at eg sjølv jobbar der. Det er opplagt at undersøkinga i spesialisthelsetenesta vert gjort her. Alle data frå intervjuva ville verte oppbevarte i låste skap og sletta etter bruk. Informantane mine fekk nemninga A, B,C og D i spesialisthelsetenesta og D, E, F og G i kommunehelsetensta. På den måten anonymiserte eg heilt frå starten.

Informantane vart opplyste om at samla resultat frå arbeidet vil verte offentleg tilgjengeleg gjennom publisering av masteroppgåva. Alle desse etiske reglane er følgde i arbeidet med prosjektet.

Informert samtykke er i denne studien sikra gjennom at informantane fekk eit samtykkebrev før intervjuet vart gjennomført. Informantane fekk både skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet og korleis data skulle nyttast. Dei vart forsikra om at data skulle oppbevarast innelåst, bli makulert etter bruk og at deira identitet skulle bli anonymisert. Informantane sine utsegner er behandla på ein respektfull måte, då eg har vore bevisst på at spørsmåla eg stilte skulle vere nyttige og relevante for å søkje svar på problemstillinga.

Kvale (1997:69) seier at det er tre etiske sider ved forskarrolla. Forskaren sitt vitenskaplege ansvar, tilhøvet til intervjupersonen og at forskaren er uavhengig. Informantane var orientert om mi rolle og

mitt mål med studien. Dei var informerte om at eg måtte få stå fritt til å tolke og analysere datamaterialet ut frå problemstillinga og dei teoretiske omgrepa i studien. Eg har handtert materialet ut frå min kunnskap og mi erfaring og har forsøkt å framstille materialet så ærleg og respektfullt som mogeleg.

3.7 Oppsummering

Den følgande tabellen visualiserer metoden Forskingsspørsmåla kjem først, deretter blir spørsmåla delt inn i kategoriar knytt til teorien:

Kan samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta forståast som kunnskapsproblem?

Kva faktorar påverkar den sjukepleiefaglege samhandlingamellom nivåa?

Kva oppfattar sjukepleieleiarane som gyldig kunnskap i samhandlingsprosessen?

Finst det rom for utvikling av ny kunnskap når erfaringar støyter imot kvarandre i møtet mellom sjukepleieleiarane (og deira tilsette) på ulike nivå?

P (produksjon) Kombinering	A (administrasjon) Internalisering	I (integrasjon) Sosialisering	E (entreprenørskap) Eksternalisering
<p>Kan du beskrive eit pasientforløp i ein samhandlingsprosess? Føler du at du som leiar har eit spesielt ansvar for kunnskapsformidling mellom nivåa i samhandlingsprosessar?</p> <p>Opplever du at dine medarbeidarar er opptekne av kunnskapsformidling? Er dine tilsette bevisste på læringsprosessar, kommunikasjon og samarbeid? Korleis sikrar de at kunnskap er overført til det andre nivået?</p>	<p>Finst det rutiner for utveksling av gjensidig informasjon og kunnskap om pasienten, herunder rutiner for varsling i forkant av planlagt inn- og utskrivning? Eksisterer det samarbeidsrutiner mellom nivåa? Finst det felles prosedyrar? Nyttar ein til dømes individuell plan? Kva slags rutiner har de på dokumentering?</p>	<p>Kva faktorar påverkar den sjukepleiefaglege samhandlinga mellom nivåa? Kva må ein ha fokus på for å lukkast i ein samhandlingsprosess? Opplever du likeverd og respekt frå det andre nivået? Korleis blir de møtt av det andre nivået når de skriv inn/ut pasientar? Kva snakkar ein om i samtalar med det andre nivået? Opplever du at det er ting det ikkje vert snakka om? Opplever de at det andre nivået har den same</p>	<p>Finst det arenaer/forum der ein kan utveksle kunnskap? Er det rom for å drive opplæring/kunnskaps-overføring til det andre nivået i kvardagen? Kva kan ein gjere for å påverke/sjå mogelegheiter i høve til dei faktorar som er viktige i samhandlingsprosessar? Korleis ser den ideelle samhandlingsprosessen ut? Ser du rom for nytenking/forbetringsarbeid? Har du eksempel på suksesshistorier?</p>

		kunnskapsforståinga som de?	
--	--	--------------------------------	--

Tabell 4: *Problemstilling, teori og spørsmål operasjonalisert ut frå intervjuguide. Samanstilling og samanhengar.*

Med dette som bakteppe kan vi gå inn i empirien.

4.0 Presentasjon av data

I dette kapittelet presenterer eg funna frå intervju med sjukepleielearane. Intervjua hadde som føremål å gje svar på studien si problemstilling. Først blir dei åtte informantane presentert. Vidare legg eg fram dei tematiske funna. Eg har valt å lage eit verktøy basert på Stand sitt omgreps apparat, der eg deler spørsmåla inn i kategoriar påverka av omgrepa. Det vi altså seie at kap 4.2 omfattar funn relatert til korleis informantane ser på samhandling i eit produsent perspektiv.. Kap 4.3 er relatert til funn knytt til formell regulering, kap 4.4 omfattar funn i høve til integrasjon og til slutt i kap 4.5; funn relatert til nye tankar i samhandlingsprosessen. I kap 4.6 kjem ei oppsummering av funna før dei vert drøfta i kapittel 6.

4.1 Presentasjon av informantane

Grunnlaget for presentasjonen er intervju med åtte sjukepleielearar. Alle var kvinner og mellom 40 og 60 år. To av leiarane hadde frå tre til seks års erfaring som leiar. Dei andre hadde 10 års erfaring eller meir. Alle hadde vidareutdanningar av ulike slag. To hadde vidareutdanning i sjukepleie, fem hadde utdanning innan rettleiing og fire hadde eit års utdanning i administrasjon og leiing.

Fire av leiarane var frå spesialisthelsetenesta. Dei var oversjukepleiarar eller avdelingssjukepleiarar i Helse Førde som omfattar tre sjukehus. Dei var alle leiarar av sengepostar og var leiarar for sjukepleiarar og hjelpepleiarar. Dei hadde personalansvar for 20- 50 personar. Desse informantane kallar eg A, B, C og D.

Dei andre fire leiarane var frå kommunehelsetenesta. Tre hadde ansvar for både heimetenester og

institusjon. Den fjerde hadde ansvar for heimetenesta. Dei var leiarar for samansette yrkesgrupper: sjukepleiarar, hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og assistentar. Dei hadde personalansvar for frå 50-100 personar. To av kommunane var relativt små, mens dei to andre var store. Desse informantane vert kalla E, F, G og H.

4.2 Samhandling i eit produktperspektiv- styrt etter mål og resultat ?

Innleiingsvis i intervju ba eg alle informantane om å skildre samhandlingsprosessen som skjer når ein pasient kryssar grensene mellom nivåa. Dei vart oppfordra til å setje ord på det som hender når pasientane byter omsorgsnivå.

Samhandlingsprosessen

Informant B frå spesialisthelsetenesta skildrar det slik:

« Vi har jo nokre pasientar i systemet frå tidlegare som kommunehelsetenesta kjenner enten frå heimesjukepleien eller sjukeheim. Så har vi nye brukarar som er innlagde og som vi søker førstegongskontakt med kommunen hvis dei treng noko slags hjelp. Den samhandlinga vi har eller den kontakten er jo som oftast pr telefon. Men det er jo selvfølgelig skriftleg hvis vi skal søke om tenester som kommunen skal tilby dei pasientane vi har her inne. Hvis det er ein pasient som er kjend frå kommunehelsetenesta, så tar vi kontakt med dei når vi veit at pasienten skal utskrivast. Vi gjer informasjon om kva pasienten har vore behandla for og med, om han treng noko meir når han kjem ut igjen.»

Informant D i spesialisthelsetenesta seier at når ein pasient med forventa hjelpebehov frå kommunehelsetenesta skal utskrivast, er heimesituasjonen det første som vert kartlagt. På denne avdelinga er dei raske til å ta kontakt med kommunehelsetenesta enten pr telefon eller skriftleg med søknad om tenester. Leiarane i kommunehelsetenesta gjev uttrykk for ei noko anna oppleving.

Informant E seier mellom anna:

«I dag så opplever vi veldig ofte at dei ringer den dagen pasienten kjem heim, og at han då skal ha hjelp til sånn og sånn. Pasienten er kanskje reist før dei ringer og. Så spør vi om han har fått med seg medisinar og slikt. Ofte har dei ikkje det. Pasienten kan bu tre mil

herifrå, og vi klarar ikkje å nå han den dagen. Vi har allereie eit stramt program. Kanskje kunne vi gjort meir for å rekke det hvis vi hadde fått vite om det før.»

Dette seier også dei andre informantane i kommunehelsetenesta. Dei opplever at spesialisthelsetenesta ikkje tenkjer på kor store avstandar det ofte er i heimetenesta. Dei gjev uttrykk for at det somme tider bli opplevd som om sjukehuset har liten respekt og forståing for deira måte å arbeide på.

Informantane fortel at det er nedfelt retningslinjer i elektronisk kvalitetshandbok i Helse Førde om korleis samhandling med kommunehelsetenesta skal føregå. Desse retningslinjene er utarbeidd av representantar frå begge nivå. Det står mellom anna at kommunehelsetenesta i god tid skal vere varsla om nye pasientar, helst tre dagar før utskriving. I følgje informantane frå spesialisthelsetenesta er det slett ikkje alltid dette vert etterkomme. Dei seier at mange gonger bestemmer behandlingsansvarleg lege at pasienten same dag er istand til å reise heim og dermed vert det slik. Informantane seier at sjukepleiarane då kan komme i ei slags lojalitetskonflikt. Dei har stor forståing for at kommunehelsetenesta kan ha behov for tid til planlegging og tilretteleggjing, men samstundes kan avdelinga vere pressa og ein har behov for sengekapasitet. Spesielt for nye og uefarne sjukepleiarar kan det vere vanskeleg å stå opp mot legen og sei at det krevst meir tid før pasienten kan reise.

Informant I frå kommunehelsetenesta seier:

« Eg kan sei at vi er ganske dårlege på det. Det hender at vi tek kontakt, men som regel så det via doktor. Det er sjeldan vi sender med noke skriv eller brev eller sånne ting. For som regel går det veldig fort. Det hender at vi tek ein telefon hvis det er noke spesielt med denne brukaren. Vi er veldig passive i forhold til at brukaren vert innlagt.»

Dette samsvarar med det dei andre informantane fortel. Innleggelsane til sjukehus er ofte akutte, og kommunehelsetenesta får dermed lita tid til å sende med dokumentasjon. Mange gonger er dei faktisk heller ikkje informerte om at pasienten er innlagt. Informant I i kommunehelsetenesta seier:

« For heimebuande er det jo lite kommunikasjon. Der opplever jo me at me kjem i heimen og så er ikkje pasienten der. Då er pasienten på sjukehuset. Pårørande trur at vi får beskjed, legen tenkjer ikkje på at me skal ha beskjed. Og sjukehuset..., kanskje ikkje naturleg for dei heller. Så der er det eit hol opplever eg.»

Det kan sjå ut som at sjukepleiarar ikkje ser på sin kunnskap om pasienten som viktig nok. Det kan tyde på at dei støttar seg til legane sin dokumentasjon. Dette vil eg sjå nærare på i analysen.

Informant I frå spesialisthelsetenesta seier at ho trur det er svikt i informasjonsutvekslinga frå begge nivåa. Ho gjev uttrykk for at avdelinga i større grad burde ta kontakt med kommunehelsetenesta medan pasientar var innlagde. Det kjem av sviktande rutiner og mangel på tid, seier ho.

Dette er også noko som går igjen hos fleire av informantane. Mangel på tid og vanskar med å treffe rette personar i systemet vert skildra som ei utfordring. Alle er tydelege på at ulik organisering i kommunane også kan vanskeleggjere samhandling. Ingen kommunar er organisert likt i fylket vårt. Informantane i spesialisthelsetenesta meiner at ulik organisering i kommunane, gjer til at sjukepleiarar her kan gje opp eller ikkje ta seg tid til å forsøke å finne rett kanal for informasjon til kommunehelsetenesta. Det er lettare å få tak i rett person på sjukehuset, seier informantane i kommunane. Men ein av informantane frå kommunane seier at kommunikasjon og overføring av kunnskap om pasientane frå sjukehuset har vorte dårlegare den seinare tid.

Informant E:

« Vi opplever at kontakten frå sjukehuset er blitt dårlegare. Det har faktisk blitt dårlegare. Det verkar som om at ting går fortare. Det er ikkje alltid vi får vite at brukaren er kommen heim før dei ringer om kvelden og lurar på kor vi blir av. Dette har vorte verre no i det seinare, så det er kanskje meir stress på sjukehuset... Vi har hatt ein del merkelege opplevingar med dette her»

Det kan sjå ut som at krav om kortare liggetid og effektivisering i spesialisthelsetenesta går utover kvaliteten i samhandlingsprosessen. Samstundes seier fleire av informantane i spesialisthelsetenesta at kompetansen og kunnskapen i kommunane har auka med behovet som utviklar seg. Fleire og fleire pasientar vert skrivne ut til heimane med svært samansette problemstillingar. Dette gjev både informantane i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta uttrykk for. Informant I held fram:

« I og med at det er kunnskap ute, så treng ein ikkje nødvendigvis å vere i sjukehus. Pasientar er i større grad heime med alvorlege og komplekse sjukdommar. Det foregår mykje behandling i heimane.»

Dette er ei oppfatning som informantane delar. Leiarane i spesialisthelsetenesta er imponerte over utviklinga som har skjedd i kommunane. Leiarane i kommunane seier at dei no har god sjukepleiardekning.

Dei legg til at dei har behov for å få oppretta fleire sjukepleiestillingar. Informant I seier at dei i hennar avdeling har sjukepleiarar i alle stillingsheimlar. Ho oppfattar at sjukepleiarane ser på arbeidet sitt som spennande, utfordrande og lærerikt.

Informant G i kommunehelsetenesta seier at dei i denne kommunen har satsa på rekruttering i lang tid:

« Vi har faktisk full dekning på sjukepleiarar no. Me har satsa på dette med rekruttering over lang tid. Eg trur det er langtidseffekten som no begynner å gje utslag. Vi sendte to sjukepleiarar på vidareutdanning i kreftsjukepleie blan anna. Me har sett av ressursar og frikjøp av tid for at den eine skal ha ansvar for å følge opp desse pasientane og lage planar. Dette viser seg veldig i kvardagen»

Dei fire leiarane i kommunane seier alle at dei har eit spesielt fokus på kreftpasientar. Det er eit satsningsområde. Pasientar som treng lindrande behandling, dvs at dei ikkje kan kurerast for sin sjukdom, men treng hjelp til å lindre symptom, skal i så stor grad som mogeleg få komme heim og ha si siste tid der. Leiarane gjev uttrykk for at kommunane har høg kompetanse på dette fagfeltet. Dette er ei oppleving leiarane i spesialisthelsetenesta delar. Det er sjeldan problem knytt til samhandling om desse pasientane. Ofte er dette yngre pasientar eller pasientar midt i livet. Desse har sterke ynskje om å få avslutte livet heime.

Både leiarane i spesialist- og kommunehelsetenesta gjev uttrykk for at sjukepleiarane på begge nivå er opptekne av å overføre kunnskap om pasientane og sjukepleiefaglege problemstillingar. Fleire av informantane seier at dei trur ein del kunnskap går tapt i samhandlingsprosessen.

Informant A i spesialisthelsetenesta seier det slik:

« Eg er ikkje i tvil om at mykje av kunnskapen går tapt på vegen. Det skal gjennom mange ledd. Veldig mange er innom pasienten, og eg tenker at det er jo kunnskap på forskjellig nivå òg. Det er dei som er i direkte kontakt med pasienten og tek dei daglege, praktiske gjeremål. Så er det legen som har det medisinskfaglege ansvaret. Alle desse opplysningane skal samordnast og samanflettast og bringast vidare som kunnskap om pasienten.»

Dette er eitt av problema i dagens helseteneste. Pasientane må forholde seg til svært mange personar i eit behandlingsforløp.

4.3 Formell regulering i samhandlingsprosessen

I dette underkapittelet vil eg presentere funn knytt til den formelle reguleringa i samhandlingsprosessen. Det ligg føre ei rekkje lover og forskrifter i dette høvet

I intervjuet spurde eg om det eksisterer rutiner for utveksling av gjensidig informasjon og kunnskap om pasientane. Informant A i spesialisthelsetenesta seier:

« Vi har både skriftleg og munnleg dokumentasjon. Eg håpar vi gjer begge deler, men det er klart at det glipper av og til. Vi har eit skriv der vi fyller ut ein rapport som vi skal sende med pasienten når han reiser ut herifrå. Det skal stå om pasienten sitt funksjonsnivå, kva som har skjedd mens han var i avdelinga og om det er gjort endringar. Hvis det er endringar av litt meir betydelig grad, ringer vi til heimesjukepleien og»

Dei andre leiarane i spesialisthelsetenesta seier det same. Dei seier avdelingane prøver å sende med dokumentasjon om pasienten ved utreise og at heimetenestene skal vere informerte om utreisene.

Rettleiingsplikt

Rettleiingsplikta som helsepersonell i spesialisthelsetenesta har fått i høve kommunehelsetenesta er absolutt. Den er nedfelt i spesialisthelsetjenestelova § 3. På spørsmål om denne plikta fungerer, svarar informantane at det synest dei den for det meste gjer. Leiarane i kommunehelsetenesta seier at sjukehusavdelingane skjøttar denne plikta godt. Informant E i kommunehelsetenesta:

«Vi har jo vore ned på sjukehuset av og til. For ein kan ikkje forvente at sjukehuset skal reise rundt i alle kommunar. Så hvis vi får det til, så reiser vi for å få opplæring og å

møte pasienten.»

Informant: F:

«Dei gongane vi har teke kontakt, så har det vore velvilje til det. I forhold til ein vi hadde her med ganske omfattande hjelpebehov- då var dei inne fleire. Dei delte seg opp i puljer og var inne og fekk opplæring. Så det har eg berre positivt å seie om.»

Nokre av informantene fortel at sjukepleiarar frå spesialisthelsetenesta har kome til kommunane og hatt opplæring i diverse prosedyrer der. Dette er noko som har fungert svært godt, og som dei kunne tenkt seg meir av. Men ingen av leiarane seier at dei nokon gong har stilt krav om det.

Både leiarane i spesialist- og kommunehelsetenesta seier dei har hatt god nytte av team som er oppretta av spesialisthelsetenesta. Det dreier seg her om team for lindrande behandling og rehabiliteringsteamet. Begge desse består av legar og sjukepleiarar med spesialkompetanse innan feltet. Desse teama kan sjåast på som ein «forlenga arm» frå sjukehuset. Dei har høve til å reise ut i kommunane når det er pasientar med samansette og kompliserte problemstillingar. Dei kan også gje hjelp og råd til avdelingane på sjukehuset. I tilknytning til team i lindrande behandling er det også oppretta ressursjukepleiarstillingar både i avdelingar på sjukehus og i kommunane. Desse har ei særskilt oppgåve som kontaktpersonar innan kreftomsorg. Alle informantane gjev uttrykk for at dette er ei styrking av fagfeltet.

Forskrift om kommunal betalig for ferdigbehandla pasientar

Føremålet med ordninga om betalingsplikt er å medverke til betre ressursutnytting i helsesektoren ved å stimulere til reduksjon av antal utskrivingsklare pasientar i sjukehus. Kommunane betalar ein døgnpris på 1600 kr dersom pasienten vert liggande på sjukehus i tolv dagar etter at han er definert som utskrivingsklar. Dette er heilt klart noko som tidvis fører til usemje og dårleg samhandling mellom første- og andrelinjetenesta. Informant B i spesialisthelsetenesta seier:

« Eg synest kommunane er flinke til å ta dei, til å ta unna etter kvart. Men det er veldig mange kommunar som treng ferdigbehandlingsskjema og desse tolv dagane før dei tar

pasientane heim. Men då tar dei fleste dei, det er veldig sjeldan dei ligg over dei dagane. Mange kommunar «brukar» i høgste grad desse tolv dagane. Det er dårleg samhandling for å sei det sånn. Det er ikkje sånn det skal brukast. Men det verkar av og til som om kommunane ikkje begynner å tenke på plassar eller kor dei skal ha sine klientar ute i kommunane før dei får dette varselet om ferdigbehandling.»

Informant D i spesialisthelsetenesta seier det slik:

« No ligg nesten alle pasientar til den dagen kommunen skal begynne å betale. Ja, nesten uten unntak. Det er ikkje alle som får plass då heller, men det er mange som får plass den dagen dei skal begynne å betale. Vi føler at det blir ei utnytting av sjukehuset. 1600 kroner for ferdigbehandla pasientar i døgnet er lite pengar, for lite igrunnen. Hadde den summen vore høgare, så trur eg kommunane hadde bestreba seg meir på å ta dei heim att. No er det jo sagt at det er billigare å ha dei liggande på sjukehus enn å leige inn ekstravakter i kommunen eller på sjukeheimen for å ta dei tilbake. Det er veldig mykje snakk i avdelinga om dette også»

Vidare seier informanten at avdelinga skal ta imot øyeblikkelig-hjelp pasientar, og at dersom dei skal klare å ta unna alt, må dei få ferdigbehandla pasientar tilbake til kommunane. Dette grunngjev ho med at dersom avdelinga er full og det ligg ferdigbehandla pasientar der, så går det utover kvaliteten på tenestene.

Informant G og H i kommunane seier at dei ikkje «nyttar» seg av dette systemet. Informant G legg vekt på at dei aldri nyttar seg av dette systemet.

Informant F seier at kommunen ikkje har hatt nokon negative opplevingar i høve denne forskrifta:

«Vi føler kanskje at når dei har fått ein dato der inne, så har det vore greit. Vi prøver vanlegvis å sette ein dato. Det er jo det at når det går utover det, så må vi betale. Vi har hatt mange som har lege der inne heilt fram til den dagen vi må ta dei. Men eg føler det har vore greit. Vi har ikkje opplevd noko negativt, så den rosen skal sjukehuset ha.»

Informant F skildrar at pasientar som vert utskrivne frå sjukehus slett ikkje alltid er istand til å ta

vare på seg sjølv når dei vert utskrivne sjølv om dei er definerte som ferdigbehandla.

« Det er ofte ganske krevande og skulle vere den som då tek over. Vi er på ein måte ikkje opprusta til det heller. Men vi må berre ta imot... Altså vi kan bruke dei tolv dagane hvis vi trur at vi kan få til noko. Og dei må vi jo berre bruke då for å organisere oss»

Informantane seier at det er eldre og skrøpelege pasientar som vert ramma av «pasientparkeringa». Dei seier at gruppa eldre pasientar med samansette medisinske problemstillingar er ei nedprioritert pasientgruppe.

Ein av informantane i kommunehelsetenesta (G) seier det ofte er dårlege utskrivningar frå sjukehus når det gjeld denne gruppa. Hennar oppleving er at desse pasientane ikkje er interessante for spesialisthelsetenesta.

« Og det er desse stakkars pasientane som er veldig gamle, som kanskje er innlagt med ein infeksjon. Det er ikkje satsningsområde, dei må ha senga ledig til helga kjem. Då er det dårlege utskrivningar. Det kan bli forderdelig feil. Det kan føre til reinnleggelsar og at behandlinga ikkje blir vidareført når dei kjem heim.»

Dette er ei oppleving også dei andre informantane i kommunehelsetenesta deler. Når ein veit at antalet eldre aukar er dette eit paradoks. Det burde neppe komme som eit sjokk på Helse Noreg at fleire og fleire eldre treng omsorgstenester.

Individuell plan

Individuell plan er eit verkty for pasientar som har behov for langvarige og koordinerte tenester frå hjelpeapparatet. Føremålet med slike planer er å få til meir langsiktig og heilskapleg tenking. Planane skal utarbeidast i samarbeid med brukarane. Retten til å få utarbeidd ein slik plan er heimla i sosialtenestelova § 4-3a og pasientrettigheitslova §2-5. Plikt til å utarbeide individuell plan er m.a. heimla i kommunehelsetenestelova § 6-2a og lov om spesialisthelsetenesta §2-5.

På spørsmål om individuell plan vart nytta på informantane sine arbeidsstadar var det få som svarte ja. Informant C i spesialisthelsetenesta seier:

« Dette med individuell plan jobbar ein veldig for å få til. Men eg veit at det har vore mykje strid om det fordi ein ikkje har funne ein brukbar mal rett og slett. Så det har ikkje vore like lett å få til. Vi har ikkje brukt det endå.»

Informant H i kommunehelsetenesta:

«Pasientar med samansette problemstillingar har jo rett på individuell plan. Nokon ynskjer det og nokon seier nei. Det kan dei jo bestemme sjølv. Eg veit ikkje så veldig mykje om dette. Du kunne sikkert fått eit bedre svar om du snakka med ein av sjukepleiarane mine.»

Det kan sjå ut som at individuell plan ikkje i særleg grad vert nytta for somatiske pasientar i vårt fylke.

4.4 Samhandling som integrasjon

Informantane blei m.a. spurde om om kva slags faktorar som påverka samhandlinga og kva ein måtte ha fokus på på for å lukkast. Eg spurde og kva dei snakka om i desse samtalane mellom nivåa og om det var ting det ikkje vart snakka om

Kommunikasjon

Alle informantane peika på at god kommunikasjon var noko av det aller viktigaste i samhandlinga. Informant G i kommunehelsetenesta seier:

« Me må rydde og gjere jobben skikkelig når me skal samhandle. Eg har veldig tru på den dialogen som oppstår mellom to. Hvis ein bygger på dialogen og ein får erfaring både til

å sende og motta informasjon, så lagar ein ein god relasjon og så kan dette bli bra for pasienten. Eg har veldig tru på at det vert godt resultat hvis samhandlinga er god. Samhandlinga baserer seg nok veldig på at enkeltpersonar gjer jobben sin.»

Alle sjukepleielearane seier at dei har ein del dårlege erfaringar i høve til kommunikasjon med det andre nivået. Dei har vorte møtt med både munnbruk og sleivete kommentarar i telefonen. Ofte oppstår slike situasjonar når ting ikkje er avklara rundt pasienten. Til dømes kan sjukepleiarar i spesialisthelsetenesta bli irriterte når dei ikkje får svar på kor tid pasienten t.d. får institusjonsplass. Likeeins kan sjukepleiarane i kommunehelsetenesta bli svært oppgjevne dersom dei ikkje får dei opplysningane dei treng om pasientane.

Leiarane i kommunehelsetenesta peikar også på at dersom spesialisthelsetenesta lovar tenester på deira vegne, kan det føre til urealistiske forventningar hos pasient og pårørande. Dei seier likevel at dette problemet er avtakande. Det er større forståing på sjukehuset for at kommunehelsetenesta må få gjere sine eigne vurderingar og plassere pasienten på rett omsorgsnivå i kommunen.

Av andre viktige faktorar for samhandling nemner sjukepleielearane respekt og tillit. Dei fleste meiner dette stort sett vert etterkomme. Men informantane kan alle fortelle om enkeltepisodar der samhandlinga har fungert dårleg. Informant D frå spesialisthelsetenesta refererer episodar der det har vore høgrøsta diskusjonar om kven som skal ha pasienten. Ho seier dette er uverdige. Alle informantane i kommunehelsetenesta seier at dei har hatt opplevingar der sjukehuset pressar voldsomt på for å få til utskrivingar.

Dette kan vere i tilfeller der kommunen har hatt behov for meir tid til planlegging. Ein av leiarane fortel at ho har opplevd å bli ringt til av behandlingsansvarleg lege på sjukehuset. Dette vart opplevd som ein provokasjon, seier ho. Legen ville legge ekstra press på kommunen. Samstundes sa ho at det ikkje gjorde nokon forskjell, kommunen var ikkje meir klar til å ta heim pasienten om det var ein lege som ringte. Informanten (G) sa at ho trudde sjukepleiarane i sjukehus kom i «ein skvis»

« Legane trur dei har så mykje meir mynde over oss i kommunen enn det dei andre har. Eg blir berre irritert. Vi må ivareta pasienten like godt. Eg tar ikkje saken meir alvorlig om det er ein lege eller direktør som ringer. Saken er alvorleg den når sjukepleiaren ringer. Den er

like alvorlig, ein treng ikkje sende ein lege til å ta den telefonen.»

Informant H i kommunehelsetenesta legg stor vekt på å ha ein åpen dialog mellom nivåa, at det er lav terskel for å ta kontakt. Målet er å hjelpe brukaren der han er, seier ho. Dersom kommunikasjonen fungerer godt mellom nivåa, kan ein unngå innleggingar i sjukehus og sleppe å flytte brukaren. Dette legg også informant G vekt på. Ho legg til at ho ser at også avstand til sjukehus er eit viktig moment. Dette er ein kommune som ligg relativt langt frå næraste sjukehus. Ho seier at kommunane behandlar pasientane meir ute no enn tidlegare, kanskje spesielt kommunar som har lang reisetid til sjukehus. Dette er ei oppfatting fleire av informantane delar.

Informant A i spesialisthelsetenesta seier:

«Pasientar er i større grad heime med alvorlege og komplekse sjukdommar. Det foregår mykje behandling i heimane. Pasientane får mykje hjelp i heimane med ting som dei tidlegare vart innlagde for. «

På spørsmål om kva ein snakkar om i samtalar med det andre nivået, seier informantane at det er uformelle samtalar der ein informerer om pasienten sin situasjon. Alle leiarane seier at dei ikkje tek desse samtalanene. Det er sjukepleiarane som kjenner pasienten best som står for denne samhandlinga. Informantane fortel at dei hadde denne kontakten tidlegare, men at det har vorte naturleg at sjukepleiarane som har den daglege omsorga for pasienten, tek kontakt med det andre nivået. Det er gjerne i vanskelege situasjonar at leiarane vert kopla inn. Det kan synast som om leiarane er fjernare frå samhandlinga mellom nivåa no enn tidlegare.

Leiar D i spesialisthelsetenesta seier at kommunane stiller få spørsmål til avdelinga. Dette vert på sett og vis bekrefta av leiar F i kommunehelsetenesta:

« Vi har eigentleg tenkt å lage oss ei liste over det vi skal spørre om når det gjeld desse pasientane. Det er ting vi er igang med. Vi skal prøve å få til ein mal, slik at vi hugsar kva som er viktig å få med her. Det må eg sei at eg saknar.»

På spørsmål om det er ting det ikkje vert snakka om i samtalanene, vert leiarane meir betenkte. Leiar

F meiner det gjerne vert snakka for lite, at det vert for hastig. Ho seier det lett kan oppstå mistydingar. Leiar A i spesialisthelsetenesta trur det er ting som ikkje vert tekne opp. Ho seier sjukepleiarane er svært praktisk orienterte og at samtalanane skal gå fort og greit. Vidare seier ho at i meir komplekse situasjonar treng ein å ta seg betre tid til å samordne og tilretteleggje for pasientane. Informant G i kommunehelsetenesta seier at ho generelt opplever ein grei dialog, men at måten ein kommuniserer på gjerne kunne vore eit tema.

Informant C i spesialisthelsetenesta tek opp emnet taus kunnskap.

« Vi er jo fagpersonar og har ein del taus kunnskap. Det er jo veldig viktig å ikkje ta for gitt at den andre kan det same. Så det er klart at det kan vere ting ein ikkje tek opp.»

Ut frå det informantane svarte, kan det sjå ut som at dei ikkje tenkjer så mykje på den *tause kunnskapen* og korleis ein skal artikulere den. Taus kunnskap innan sjukepleieprofesjonen er eit kjent omgrep, men det kan synast som om den «drukmar» i praktisk kunnskap.

Mitt neste spørsmål handla om kunnskapsforståing, om leiarane hadde oppleving av at deira tilsette og tilsette på det andre nivået hadde same kunnskapsforståing. Leiarane i kommunehelsetenesta sa at dei hadde sjukepleiarar tilsett i alle stillingsheimlar, og at dei opplevde at deira tilsette var fagleg oppdaterte. Leiar H i kommunehelsetenesta sa at sjukepleiarane trivdest med utfordringar. Ho var oppriktig stolt av staben sin. Ho trudde at sjukepleiarar i kommunane i større grad enn i sjukehus, var flinkare til å støtte kvarandre. Vidare sa ho at kommunehelsetenesta no tok imot vanskelegare oppgåver enn for berre få år sidan. Ho meinte at høgt kompetansenivå førte til høgare terskel for å legge inn pasientar.

Ein annan av leiarane (G) sa at sjukepleiarane i heimetenesta i større grad enn sjukepleiarane på institusjon i kommunen var i stand til nytenking innan sjukepleiefaget. Det kan verke som at denne opplevinga blir støtta frå spesialisthelsetenesta. Informant B seier:

« Sånn som ute i heimesjukepleien trur eg det er veldig bra kompetanse. Eg trur det er meir på sjukeheimar at det er ein del ufaglærte endå. Men dei har jo jobba der i fleirfoldige år, så erfaringskompetanse har dei nok.»

Ein annan av leiarane (C) i spesialisthelsetenesta seier at sjukepleiekunnskapen i kommunane har auka dei seinare åra. Ho ser at fleire og fleire pasientar med kompliserte og samansette sjukdomsbilete får vere i heimane og får behandling der.

Leiar A i sjukehus seier det same:

« Pasientar med langtkommen kreft for eksempel, treng mykje tilrettelegging og hjelp heime. Men samtidig er det viktig for dei å kunne vere heime siste tida. Eg synest at heimesjukepleien skal ha ros for den måten dei imøtekjem desse behova. I samhandlinga synest eg det er veldig mykje bra»

Leiarane på begge nivå er samde om at utviklingstrekk både i spesialist- og kommunehelsetenesta, set større krav til behandling av pasientar no enn tidlegare. Krav om kortare liggetid i sjukehus og effektivisering gjer at behovet for kunnskap og samhandling aukar.

Hospiteringsordningar

Vidare spurde eg informantane om det eksisterte hospiteringsordningar der ein utveksla personell mellom nivåa. Til dette svarte informantane at det var det lite av, men at dei godt kunne tenkt seg det. Informant C i spesialisthelsetenesta sa at ved slike ordningar kunne ein fått auka forståelse for kvarandre sine felt. Ho gav eit eksempel der to tilsette frå heimetenesta i ein kommune hadde følgd ein pasient sitt forløp i sjukehus. Dette gav ny forståing kring den aktuelle pasienten og vart opplevd som eit positivt engasjement. Ingen av informantane i sjukehus hadde hatt nokon av sine tilsette på hospitering i kommunane. Dei meinte likevel det kunne vore verdifullt, men dei hadde ikkje ressursar til å sende nokon avgarde. Dei oppgav lav bemanning som grunn for dette.

Informant A sa det slik:

« Vi har ikkje berre nokon vi kan miste ein dag. Det er knapt med ressursar til sånne ting som fagleg oppdatering. »

Informantane i kommunehelsetenesta sa at dei i enkeltsaker hadde hatt tilsette som var på sjukehus for å få opplæring, men at det ikkje var snakk om hospiteringsordning i ordets rette forstand.

Dei sa vidare at dei sakna initiativ frå spesialisthelsetenesta til å involvere seg i deira «livsverd»

4.5 Nye tankar i samhandlingsprosessen

Sett i høve til mi oppgåve og det eg ynskjer å finne ut, vart det naturleg å stille informantane spørsmål som kunne gje svar på korleis dei ser på nyvinningsarbeid innan samhandling.

Felles arenaer for kunnskapsutveksling

Eg spurte m.a. om det eksisterte arenaer eller fora der ein kan utveksle erfaringar og kompetanse. Til dette svarte informantane at det var få slike arenaer. Alle nemnde samhandlingskonferansen som Helse Førde inviterer til ein gong årleg. Dette er ein konferanse der leiarar og legar frå både spesialist- og kommunehelsetenesta samlast. Det er delte meiningar om nytten av desse samlingane. Informant E i kommunehelsetenesta seier at ho har delteke på desse eit par gonger. Ho seier at dette er eit stort forum. Det er interessant og ein får presentert nye saker som Helse Førde og Helse Vest initierer. Vidare seier ho at ho ikkje synest dette er eit forum på sjukepleiefagleg nivå. Informant D i spesialisthelsetenesta nemner også samhandlingskonferansen til Helse Førde som ein arena der ein møtest, men er ikkje positiv til dette forumet.

« Desse samhandlingskonferansane synest eg ofte har vore einvegs. Når vi har hatt dei, så tenker eg at dei skal vere ein dialog der vi skal utveksle erfaringar og gjere forbetringar. Eg synest at mange av dei eg har vore på, har vore ei klaging til sjukehuset om at vi sender pasientane ut på fredagar, at dei ikkje har fått informasjon og det er ikkje pleieskriv. Eg

føler at det er veldig anklagande. Mange av desse samhandlingskonferansane har det ikkje komme noke utav. Eg ynskjer at vi sette oss ned med problemstillingar og kom med forslag til kva vi kan gjere, at vi er meir løysingsorienterte, ikkje problematiserande og ikkje kjem med skuldingar mot kvarandre. Det hadde vore eit steg i riktig retning.»

Informant G i kommunehelsetenesta nemner også koordineringsrådet som eit samhandlingsråd mellom første- og andre linjetenesta. Ho fortel at det for eit års tid sidan vert oppretta eit fagråd i tilslutning til koordineringsrådet. Dette er på meir formellt grunnlag.

Informanten peikar på at den enkelte sjukepleiar i kvar kommune nok ikkje vil vite at dette er noko som eksisterer. Ho seier vidare at innan spesielle fagområde som psykiatri og kreft, er samhandlinga betre, også på sjukepleienivå. Det finst nettverk av ressursjukepleiarar i kommunane og i spesialisthelsetenesta som samarbeider om desse fagfelt. Informanten peikar på at innan generelle fagfelt som medisin og kirurgi finst det ingen samhandlingsarenaer. Ho meiner at eldre og skrøpelege pasientar ikkje vert ivaretekne på same måte som pasientar innan satsningsområde som kreft og psykiatri. Alle informantane i kommunehelsetenesta referer at slike pasientar ofte vert fortare utskrivne og lett kan bli kasteballar mellom nivåa.

Ein annan av informantane (B) i sjukehus fortel at dei inviterer tilsette frå kommunehelsetenesta til samarbeidsmøte på avdelinga når det gjeld særleg kompliserte og samansette sjukdomsbilete for pasienten. Dette er noko som har fungert godt. Fleire av leiarane i kommunane stadfestar at slik samhandling har forekomme i enkeltsaker. Men det finst ingen formelle organ der sjukepleietenesta kan møtast regelmessig. Informant B seier det slik:

« Vi jobbar med vårt og tenker vårt, det same gjer nok kommunehelsetenesta. Vi har ting vi ikkje er fornøgde med og det har nok dei og. Så det å ha ein arena og møtast på, hadde nok vore positivt. Vi merkar jo at på dei samhandlingskonferansane som handlar om andre ting, så kan det gå fleire år før vi får snakke om ting som rører seg på avdelingsnivå.»

Nytenking og forbetningsarbeid i samhandlingsprosessen

På spørsmål om leiarane såg rom for nytenking/forbetringsarbeid i samhandlingsprosessen, hadde leiarane mange idear. Leiar G i kommunehelsetenesta meinte at samhandling er eit så viktig tema i dagens helseteneste at det burde vore større fokus på det i utdanninga av helsepersonell. Ho peika på at studentar skulle vore betre førebudde på samhandling.

Ho la til at fokus på respekt, tydelegheit og lytting til kva den andre seier gjerne er banale og grunnleggjande tankar, men like fullt viktig.

« Ein må inn i utdanninga og førebu studentane på at samhandling med alle er heilt vesentleg. I denne spesielle samhandlinga mellom nivåa i helsetenesta er det heilt avgjerande å sikre at pasienten får heilheitleg god behandling frå begynnelse til slutt»

Informanten sa også at dette var noko leiinga i dei ulike tenestene burde fokusere meir på. Det er deira ansvar at dei tilsette kan samhandle på ein god måte og vere skikka til å gjere jobben sin.

Ein annan leiar i spesialisthelsetenesta (D) sa at ho hadde stor tru på geriatriprosjekt i kommunane. Dersom kommunane hadde hatt tilsett geriater, kunne fleire pasientar vorte diagnostisert og behandla i kommunane og dermed unngått innlegging og forflytting på omsorgsnivå. Geriatri er den medisinske spesialiteten som særleg arbeider med sjukdom som oppstår hos gamle. I Noreg er geriatri ein greinspesialitet av indremedisin. Det vil seie at for å verte spesialist i geriatri, må ein først vere spesialist i indremedisin. Vidare peikte informanten på behovet for fysioterapiteneste for eldre pasientar i kommunane. Hennar oppfatning var at dette var manglande i mange kommunar. Informanten refererte eit eksempel frå Florø; om korleis heimetenesta og spesialisthelsetenesta samarbeidde der då det framleis var sjukehus i byen. Der kom representantar frå heimetenesta til sjukehuset og vurderte pasienten der. Dei utveksla kunnskap om pasienten og hadde eit nært

samarbeid i utskrivingsfasen. Informanten såg på dette som fruktbart samarbeid og meinte det var eit eksempel til etterfølging. Sjølvstund kunne ein ikkje vente dette av kommunar som låg langt unna sjukehus, men nærliggande kommunar kunne kanskje gjere det, meinte ho.

Andre faktorar som også kunne innverke positivt på samhandling meinte informanten var utveksling av informasjon digitalt. Slik det no er, har kommunane og sjukehusa ulike system. Dersom ein hadde hatt eins system, kunne dei tilsette lettare fått tilgang på same informasjon om pasientane. Utveksling via e-post var eit anna moment. Ho meinte det kunne vore eit nyttig verkty, sjølvstund med anonymisering av pasienten sin identitet.

Informant E i kommunehelsetenesta såg føre seg at alle kommunar kunne sende med pasienten si IPLOS⁸ vurdering ved innlegging i sjukehus. På den måten ville sjukehuset fått nødvendig informasjon om pasienten samla.

Informant H såg stadig eksempel på at eldre og pleietrengande vart sendt fram og tilbake «som pakkar» for å få gjort ulike undersøkingar. Sjukehuset burde kunne samordne ulike undersøkingar til ein dag eller ei innlegging. På den måten kunne ein spare pasientane for fleire reiser. Ein kunne også spare ressursar i form av transportutgifter.

4.6 Oppsummering av funn

Det som synest klart er at informantane spesialisthelsetenesta er relativt samstemte i svare sine. Det same gjeld informantane i kommunehelsetenesta. Det er derimot tydeleg at dei to gruppene har ulike syn på det som vert teke opp i intervjuet. Alle seier likevel at det foregår mykje bra samhandling, men at det absolutt er rom for forbetringar og forandring.

⁸ IPLOS er systematisert standardinformasjon basert på individopplysningar om søkarar og mottakarar av kommunale sosial og helsetenester.

Det er eit obligatorisk verkty for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunane og sentrale myndigheiter.

Sosial- og helsedepartementet avgjorde i mai 2001 å innføre IPLOS i alle landets kommunar i løpet av 3–5 år. IPLOS skal vere standardisert informasjon om søkarar og mottakarar sitt funksjonsnivå og tenestebehov. Det skal nyttast både i sakshandsaming og ved utøving av tenestene. IPLOS skal gje god statistikk til tenesta og kommuneleiinga.

Samhandlingsprosessen

Informantane i spesialisthelsetenesta seier alle at avdelingane deira alltid forsøker å sende dokumentasjon om pasienten med ved utskriving. Dei tek også så tidleg som råd er, kontakt med heimetenestene ved utskriving. Det ligg føre retningslinjer for samhandling som så langt råd er, skal følgjast. Informantane seier likevel det skjer avvik frå rutinene. Grunnane til det kan vere at behandlingsansvarleg lege pressar på for utreise, at avdelingane er fulle og forventningar om at kommunane er klare til å ta imot pasientane. Leiarane gjev uttrykk for at dei og dei tilsette har forståing for at heimetenestene treng tid til tilrettelegging og planlegging. Informantane uttrykkjer frustrasjon over at alle kommunane er ulikt organisert, og at det kan vere vanskeleg å få kommunisert med rett person i kommunehelsetenesta. Det vert brukt unødige mykje tid på dette. Dei seier også at dei saknar informasjon frå kommunehelsetenesta når pasientar vert innlagte.

Informantane i kommunehelsetenesta seier dei ofte ikkje får tid til å sende med dokumentasjon til sjukehuset når pasientar vert innlagde. Grunnen er at innleggingane oftast er akutte. Dei tek gjerne kontakt pr telefon dersom det er spesiell informasjon kring ein pasient. Informantane seier dei opplever mangelfull dokumentering frå spesialisthelsetenesta. Dei gjev også uttrykk for at utskrivingar kan skje for fort. Dette vert opplevd som lita forståing og respekt for kommunehelsetenesta.

Alle informantane seier imidlertid at dei meiner sjukepleiarane på begge nivå er opptekne av å overføre kunnskap om pasientane og sjukepleiefaglege problemstillingar. Det kan synast som at dei meiner læring og overføring av kunnskap på tvers av nivåa er mogeleg. Men dei gjev også uttrykk for at dei trur ein del kunnskap går tapt i samhandlingsprosessen fordi den skal gjennom mange ledd.

Formell regulering i samhandlingsprosessen

Informantane på begge nivå gjev uttrykk for at spesialisthelsetenesta skjøttar opplæringsplikta si ovanfor kommunane bra. Det er stort sett tilsette frå kommunehelsetenesta som kjem til sjukehus for å få opplæring. Dei få gongane tilsette frå spesialisthelsetenesta kjem til kommunane, har det fungert svært godt. Dette er noko leiarane i kommunane kunne ynskt seg meir av, men dei har ikkje

sett det som krav til spesialisthelsetenesta. Informantane fortel at innan kreftomsorg og rehabilitering er det oppretta egne team i sjukehus når det gjeld pasientar med kompliserte og samansette problemstillingar. Desse kan og nyttast i samhandlingsprosessen. Eldre pasientar er ei nedprioritert gruppe. Dette gjev også utslag i høve forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandla pasientar. Informantane i sjukehus gjev uttrykk for at dei meiner mange kommunar utnyttar dette systemet. Informantane frå kommunehelsetenesta seier at dei ikkje bevisst misbrukar dette systemet.

Individuell plan vert lite nytta for somatiske pasientar i fylket.

Samhandling som integrasjon

Alle informantane peika på at god kommunikasjon var noko av det aller viktigaste i samhandling. Dei hadde likevel mange døme på det motsette. Av andre viktige faktorar nemnde dei respekt, tillit og tid. Informantane på begge nivå seier at samtalane mellom nivåa ofte vert prega av at dei tilsette har ein hektisk kvardag. Sjukepleiarane er svært praktisk orienterte og informantane sine opplevingar var at det ofte vart snakka for lite om pasientane. Alle leiarane er i varierende grad inne på den *tause kunnskapen* i profesjonen. Men det kan synast som om dei ikkje har reflektert så mykje kring dette.

Alle leiarane seier at dei opplever at deira tilsette har god kunnskapsforståing og at dei to nivåa snakkar «same språk». Det er god sjukepleiedekning på begge nivå, men alle leiarane seier at dei har behov for fleire sjukepleiarar i sine einingar.. Utviklingstrekk både i spesialist- og kommunehelsetenesta set større krav til behandling av pasientar no enn før. Dei gjev også uttrykk for at det ville vore ynskjeleg at fleire pasientar fekk behandling i heimkommunane i staden for å måtte byte omsorgsnivå. Leiarane i spesialisthelsetenesta seier at dei klart ser at kunnskap og kompetanse har auka i kommunehelsetenesta. Men dei legg likevel vekt på at dei ser at kommunehelsetenesta treng meir ressursar b.a. for å kunne ta ferdigbehandla pasientar raskare tilbake. Dette ser også informantane i kommunehelsetenesta som viktig for samhandlinga.

Nytenking og forbetningsarbeid i samhandlingsprosessen

Informantane hadde mange idear og tankar kring dette. Eit forslag var fokus på samhandling mellom nivåa i sjukepleieutdanninga, at studentar måtte lære å forstå viktigheita og prosessane kring dette.

Prioritering av eldre som gruppe var også eit fokus. Dersom kommunane hadde tilsett geriater og hatt fleire ressursar både innan fysioterapi og sjukepleie, ville dette styrka eldreomsorga.

Utveksling av informasjon digitalt var eit anna ynskje. IPLOS vurderingar av pasientar kunne vorte nytta som informasjonsutvekslingsdokument. Betra samhandling mellom avdelingar i sjukehus var eit anna forslag. Dette ville kunne spare pasientar for unødig reising til og frå sjukehus. Det ville også føre til økonomisk vinning.

5.0 Analyse

I dette kapittelet drøftar eg funna i lys av den teoretiske ramma for studien. Eg deler drøftinga også her inn i fire underkategoriar. Først drøftar eg funna om og korleis leiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta og deira medarbeidarar driv kunnskapsoverføring mellom nivåa. Her nyttar eg Nonaka og Takeuchi sine kontekstomgrep; virtuell læringskontekst, oppøvingkontekst, grunnleggjande læringskontekst og samhandlingskontekst. Gjennom desse kunnskapsutviklingsomgrepa, drøftar eg om og i kva grad læringsprosessane som Nonaka og Takeuchi kallar kombinerings-, internaliserings-, sosialisering og eksternaliserings-, finn stad mellom nivåa.

Deretter diskuterer eg leiarrollene som følgjer Strand sin kontekstmodell for leiarfunksjonar; PAIE. Funksjonane er produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap. Eg set Nonaka og Takeuchi sine kontekstomgrep og kunnskapsutviklingsprosessar saman med Strand sine leiarroller og konfigurasjonar. For leiarar er det viktig å huske på at all kunnskap, i motsetning til data eller informasjon er kontekstavhengig. Vi kan forstå kunnskap som ein integrert del av *ba*. Å støtte prosessen som går ut på å skape kunnskap, krev den naudsynte konteksten. Slik eg ser det er difor kunnskapsutvikling og leiing to omgrep som er avhengige av kvarandre.

5.1 Kunnskapsutvikling gjennom kombinerings i den virtuelle læringskonteksten

I NOU 2005:3:107 seier Wisløffutvalet at god samhandlingspraksis krev at det vert arbeidd med leiarrollene og leiingspraksis og at verksemdene systematisk arbeider med å utvikle kompetanse som understøttar samhandling.

Nonaka og Takeuchi talar om «*cyber ba*». Glosvik (2008) omset dette omgrepet til *den virtuelle læringskonteksten*. Etter Nonaka si tenking inneber eit slikt læringsfellesskap at ein arbeider med ny kunnskap, nye koplingar eller nye framgangsmåtar. Kunnskapen i seg sjølv treng ikkje vere ny, men for aktørane kan den vere det. I samhandlingsprosessen mellom nivåa oppfattar eg den virtuelle læringskonteksten som det handlingsrommet sjukepleiarar har til å dele kunnskap om pasientar eksplisitt. Læring skjer gjennom det som Nonaka og Takeuchi omtalar som kombineringsprosessar. Det handlar om å setje saman eksisterande kunnskapselement til nye.

I samhandlingsprosessen kan kombinerings sjåast på som at sjukepleiarar har kunnskap og forståing om pasientar som er mogeleg å dele eksplisitt. Kombinerings kan vere omgrepet som set namn på dei læringsprosessane som finn stad når sjukepleiarar utviklar kunnskapen sin i møtet med sjukepleiarar i det andre nivået. Ut frå det informantane fortel, oppfattar eg det som at det virtuelle læringsrommet er stort. Det kan likevel synast som om vi ikkje klarar å utnytte rommet særleg godt.

Leiarane i intervju sa at deira einigar ofte sakna informasjon og dokumentasjon om pasientane frå det andre nivået. Dette er kunnskap om pasientane som kan føre til at viktige data manglar og at behandling ikkje kjem i gang fort nok når ein pasient kjem til sjukehus. I motsatt fall handlar det om informasjon og kunnskap om behandling pasienten har fått i sjukehus og som skal vidareførast når han kjem heim eller til ein institusjon i kommunen. Når no leiarane gjev uttrykk for manglande informasjon frå sjukepleietenesta i det andre nivået spør eg om sjukepleiarar ikkje ser på sin kunnskap om pasienten som viktig nok? Både når pasientar kjem til sjukehus og reiser derifrå, har lege dokumentert i innleggingsbrev og i epikrise ved utreise. Legar dokumenterer med andre ord alltid. Når sjukepleiarar ikkje overfører sin kunnskap om pasienten spør eg om det er fordi legen overfører sin kunnskap? Sjukepleiarar og legar har forskjellig kunnskapsbakgrunn. Legane sin kunnskapsbakgrunn er medisinskfagleg som hovudsakleg byggjer på naturvitskapleg kunnskap. Sjukepleiarar har også gjennom si utdanning tileigna seg naturvitskapleg kunnskap, men utdanninga inneheld også humanistiske og samfunnsvitskaplege fag. Samla vert denne kunnskapen sett som

viktig for å kunne gje omsorg og pleie til sjuke menneske. Denne kunnskapen inneber ei forståing av situasjonar som høyrer til i sjukepleiepraksis, ei forståing som rommar å vite kva som er gyldig kunnskap i situasjonen. I ei slik forståing ligg også at kvar situasjon er unik og derfor har sin eigen logikk. Ved å vere til stades vil dømmekrafta til sjukepleiaren bli aktivisert i situasjonen.

Sjukepleiaren vil etter denne tankegangen sortere i dei kunnskapane ho har med seg, og ny kunnskap vert skapt eller produsert i situasjonen. Det er denne som må formidlast mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta for å sikre pasienten sin overgang mellom nivåa. Informasjon og dokumentasjon frå legehald er sjølvstøtt også viktig for sjukepleietenesta, men sjukepleiarar treng ikkje sjå sin kunnskap om pasientane som mindre relevant og gyldig. På dette grunnlaget kan det tenkjast at det i nokre avdelingar og einingar er behov for bevisstgjeringsprosessar kring eigen kunnskap. Om dette seier Jacobsen (2005) at for å kunne ha makt og kontroll må sjukepleiarane vere trygge på identiteten sin.

Sjukepleiaridentitet er først og fremst knytt opp mot at sjukepleiaren har ein type kunnskap som samfunnet og pasientane har bruk for. For at kombineringsprosessar skal finne stad må sjukepleiarane ha eit bevisst forhold til eigen kunnskap. Sjølvstøtt har dei fleste det, men funna mine tyder på at sjukepleietenesta i endå sterkare grad må fokusere på dette.

Leiarane i kommunehelsetenesta seier til dømes at samhandling og kunnskapsoverføring fungerer svært godt når ambulerande team vert teke i bruk. Likeeins fungerer det godt når sjukepleiarar frå spesialisthelsetenesta kjem ut til kommunehelsetenesta og underviser der. Her finn kombineringsstad .

Informantane i denne studien legg imidlertid vekt på at dei meiner sjukepleiarane på begge nivå er opptekne av å overføre kunnskap om pasientane og sjukepleiefaglege problemstillingar. Det kan synast som at dei meiner læring og overføring av kunnskap på tvers av nivåa er mogeleg, men at det er mange ytre faktorar som vanskeleggjer samhandlinga. Her nemner informantane i kommunehelsetenesta at innlegging i sjukehus ofte skjer akutt slik at det ikkje vert tid til å sende med pasienten dokumentasjon. Leiarane i spesialisthelsetenesta uttrykkjer frustrasjon over at ingen kommunar er likt organiserte slik at det kan vere vanskeleg å få kanalisert informasjon rett. Men dette er som sagt ytre faktorar. Ut frå det informantane seier, opplever eg at dei ser sjukepleietenesta som eit fellesskap. Wenger (1998) nyttar her omgrepet «praksisfellesskap». Dette syner til den

sosiale prosessen som skjer når folk deler ei felles interesse i ei eller anna meining, og over tid samarbeider om å dele idear og finne løysingar. Sjukepleietenesta kan med andre ord sjåast på som eit slikt praksisfellesskap. For å sette dette inn i prosessen kring samhandling, kan vi seie at kunnskap om pasientane og overføring av denne kunnskapen mellom nivåa, er knytt til kunnskapsutviklingsprosessar som er forankra i faste, stabile situasjonar eller organisasjonsmønster som knyter saman kollegaer. Vi kan sjå det i lys av *eit relasjonelt perspektiv på læring*. Eit relasjonelt perspektiv på læring inneber at vi ikkje først og fremst rettar søkjelyset på den enkelte si læring, men på det som skjer mellom dei lærande aktørane, samstundes som vi tek omsyn til at spesifikke eller kontekstuelle faktorar utgjer rammene rundt relasjonane. Eit slikt syn på læring inneber at ein ikkje utan vidare trur kunnskap enkelt kan flyttast. Kunnskap er bunde til fellesskapa som brukar kunnskapen, og både leiarane og dei tilsette må arbeide med desse fellesskapa når kunnskap skal utviklast, overførast eller ny kunnskap takast i bruk. (Glosvik. 2008)

Leiarroller i ekspertorganisasjonen

I kap 2.4 spør eg om det er mogeleg å kombinere Strand sitt grunnskjema med Nonaka sine omgrep. Eg meiner det er grunnleggjande likskapar i tenkinga til Strand og Nonaka og Takeuchi. (tabell 3) Strand deler organisasjonar inn i fire ulike konfigurasjonar: ekspertorganisasjonen, hierarkiet, gruppeorganisasjonen og entreprenørorganisasjonen. Omgrepsapparatet kan også brukast for å analysere leiarroller. Desse omfattar etter Strand (2007) produsentfunksjonen, administrasjonsfunksjonen, integratorfunksjonen og entreprenørskapsfunksjonen. Desse omgrepa rettar søkjelyset på leiarane og utøving av leiarroller slik dei framstår som konkrete oppgåver for individa og som handlingar og utfordringar i organisasjonen.

I ekspertorganisasjonskonfigurasjonen seier Strand (2004) at leiarar kan påverke faglege standardar, stimulering av fagleg talent, koplingar i arbeidsprosessar og kanalisering av faglege krav. Vidare seier han at produsentfunksjonen handlar om å setje mål for og produsere dei verdiar det sosiale systemet er forutsett å skape. (op cit). I kontekstperspektivet kallar han rollene *pådrivarar og dirigentar*.

I samhandlingsprosessen vil dette handle om at sjukepleieleiarane legg til rette for og har fokus på sjukepleiekunnskapen i pasienten sitt møte med dei to nivåa. Ved å leie gjennom å skape nye

bevisstgjeringsprosessar kring sjukepleiekunnskap blant sine tilsette, kan dokumentering og kunnskapsoverføring til det andre nivået verte ei meir prioritert oppgåve. Ut frå funna mine kan det tyde på at dei ikkje utnytter høvet til felles kunnskapsutvikling. Slik eg opplever leiarane i spesialist- og kommunehelsetenesta, er dei grunnleggjande ueinige i sine framstillingar av samhandlingsprosessen, men på begge nivå ynskjer dei meir dokumentering kring pasientane.

5.2 Kunnskapsutvikling gjennom internalisering i oppøvingsteksten

Som skildra i kap 2.4 finst det fleire lover og forskrifter som regulerer samhandlinga mellom spesialist- og kommunehelsetenesta. Dette gjeld også for sjukepleietenesta.

Eg ser denne delen av samhandlingsprosessen og læringsmogelegheitene i lys av Nonaka og Takeuchi sitt omgrep «*exercising ba*». Glosvik (2008) omset dette til *oppøvingsteksten*. Denne støttar opp under internalisering som kunnskapsutviklingsprosess. Her vert den eksplisitte kunnskapen internalisert til taus.

Eg opplever at informantane seier at det finst liten grad av oppøvingstekst. Leiarane i spesialisthelsetenesta seier mellom anna at kommunehelsetenesta utnyttar reglane for forskrift om ferdigbehandla pasientar. Ferdigbehandla pasientar vert liggjande i sjukehus fordi kommunehelsetenesta ikkje har ressursar til å kunne tilbakeføre dei. Dermed nyttar spesialisthelsetenesta seg av lovverket og gjev aktuelle kommune dagmulker når pasienten vert liggjande i sjukehus utover dei tolv dagane.

Dette er døme på formelle system som ikkje fremjer samhandling og høvet til kunnskapsutvikling. Det kan synast som at spesialisthelsetenesta har det maktmessige tyngdepunktet. Dette vert også

tydeleg gjennom at vi snakkar om å «leggje pasientar inn» i sjukehus og «skrive dei ut» til heimen med hjelp frå kommunehelsetenesta eller «ut til sjukeheim» til dømes. Dette kan gje negative assosiasjonar i tankegangen kring relasjonen mellom nivåa.

Informantane sa i intervjuet at samhandling fungerte godt kring kreftpasientar. Dette grunnjev dei med at kreftomsorg er eit satsingsfelt i helsetenesta. Det var mellom anna oppretta eit eige team innan lindrande behandling i spesialisthelsetenesta. Fleire av informantane i kommunehelsetenesta fortalde om prosjekt i kommunane sine som gjaldt kreftomsorg og lindrande behandling. Det er med andre ord *lagt til rette for* at samhandling og kunnskaps- utveksling og utvikling kan skje.

I Nonaka og Takeuchi sin tankegang vil dette seie at det eksisterer ein oppøvningskontekst der sjukepleiarane på dei to nivåa kan gjere andre sin kunnskap til sin eigen, det vil seie internalisering. Internalisering er det som skjer når eksplisitt kunnskap vert gjort til taus kunnskap. I denne prosessen skjer det ei forsterking av kunnskapen.

Dette kan føregå både individuelt og i ein større samanheng. Kunnskapen om kreftpasientar er internalisert på ein slik måte at sjukepleiarane på dei to nivåa deler visse verdiar. Dei veit om mange ting utan å måtte referere til prosedyrar og liknande og tileignar seg ferdigheiter og utviklar evner som ikkje lenger er bevisste.

Informantane sa vidare at samhandling kring eldre og skrøpelege pasientar ofte fungerer dårleg. Dette grunnjav dei med at desse pasientane var ei nedprioritert gruppe. Det er ikkje slik at sjukepleiarar ikkje har kunnskap om desse pasientane, men forholda kring samhandling er ikkje godt nok tilrettelagte. Leiarane gav også uttrykk for at det til tider kom til diskusjonar mellom nivåa om kven som hadde ansvar for pasienten.

Individuell plan var eit hjelpemiddel som vart lite nytta. Leiarane grunnjav dette med at sjukepleietenesta ikkje var godt nok kjend med desse planane. Det kan også sjå ut til at dei var ueinige i kven som hadde ansvar for å starte arbeidet med planane.

Leiarroller i hierarkiet

Eg liknar Strand sin tankegang om hierarkiet og administrativt orienterte leiarroller med Nonaka og Takeuchis tankegang om oppøvingsskontekst og internalisering når eg no diskuterer leiarrolla i denne konfigurasjonen.

Strand kallar leiarrollene i den administrativt funksjonen for «*overvakaren*» og «*koordinatoren*». Han seier at administrasjon handlar om å drive, endre og utvikle system som verkar åtferdsregulerande. Omgrepa *kontroll* og *orden*, og det å kunne vurdere om system er føremålstenlege, er viktige i denne samanhengen. Desse omgrepa er hovudtema i organisasjonsteorien.

Strand (2004) seier vidare at det er grunnleggjande for deltakarar i organisasjonar å ha ei kjensle av kontroll over dei omstende ein arbeider under. At leiarar skal ha kontroll over organisasjonen og den større samanhengen, byggjer også på ei grunnførestilling i organisasjonsteorien. Organisasjonar er bevisst utforma, viljestyrte system og kontroll vert samanstilt med rasjonalitet. Dette forutset igjen informasjon og tilstrekkeleg oversikt, slik at kunnskap om alle relevante hendingar og prosedyrer for åtferd vert lagra, kan finnast fram til å regulere åtferd.

Eit viktig normativt synspunkt er at kontroll- og ordenssystem kan vurderast ut ifrå korleis det bidreg til å realisere mål. Eit slikt mål vil i samhandlinga mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta vere at kunnskap om pasienten skal nå det andre nivået.

Leiarane kan ikkje forandre lover og forskrifter som ligg til grunn for samhandlinga mellom nivåa, men dei kan påverke sine tilsette til å ha fokus på kunnskapsoverføringa mellom nivåa. Dette gjeld den eksplisitte og ikkje minst den tause kunnskapen. Heller enn å nagle fast alle kunnskapsfragment i eksplisitt form, må leiarar anerkjenne styrken i den tause kunnskapen og leggje forholda til rette slik at den kan bli tatt i bruk.

Leiarane kan også vere kritiske og stille seg undrande i høve til forhold som regulerer samhandlinga mellom nivåa. Funna mine tyder på at leiarane på begge nivå til dømes ser på forskrift om

ferdigbehandla pasientar som lite formålstenleg. På den måten kan dei vere med å setje fokus på åtferd og regulativ som verkar hemmande i samhandlingsprosessen. Strand (2004) seier at ei stor utfordring under administratorfunksjonen er å kunne vurdere kor føremålstenlege dei systema som ein gong er lagt til rette faktisk er.

5.3 Kunnskapsutvikling gjennom sosialisering i den grunnleggjande læringskonteksten

Nonaka og Takeuchi (1995) snakkar om «*originating ba*». Glosvik (2008) omset dette til *grunnleggjande læringskontekst*. Dette er det «rommet» der aktørar kan dele kjensler, mentale modellar og erfaringar. Her vert sosialisering den viktigaste læringsprosessen.

Her legg forfattarane vekt på at taus kunnskap som vert overført til andre kan kategoriserast som læring. Nonaka og Takeuchi (1995) seier at taus kunnskap vert delt gjennom ein omfattande sosialiseringsprosess i det dei kallar kunnskapens mikrosamfunn. Sosialisering tyder at medlemmane i samfunnet ikkje berre begynner å forstå kvarandres definisjonar på felles situasjonar, men også at dei er einige om felles definisjonar og har ei legitimert overtyding om korleis dei skal handle i gitte situasjonar. (Nonaka, Ichijo, Krogh. 2000) Sosialisering betyr også at kvar einskild vert oppfordra til å utvide sitt medlemskap. Det er ei kjensle av fellesskap og identifisering blant medlemmane (op cit). Nonaka og Takeuchi (1995) hevdar at den grunnleggjande læringskonteksten er knytt til den sosiale verda der individa fysisk møtest og deler kjensler og erfaringar.

Dei seier at det fysiske møtet er viktig for å forstå omsetjing og overføring av taus kunnskap. Det er vanskeleg å sjå føre seg at sosialisering skal kunne finne stad utan slike grunnleggjande, sosiale rom som gir meining for individa (Glosvik 2008).

Slik eg oppfattar informantane finst det svært liten grad av grunnleggjande læringskontekst i samhandlingsprosessen mellom spesialist- og kommunehelsetenesta på deira nivå. Alle informantane peika på at god kommunikasjon var grunnleggjande i samhandlinga. Slik eg oppfattar informantane, så er ikkje kommunikasjonen mellom sjukepleiarar på dei to nivå spesielt god. Dei sa

at samtalane mellom nivåa ofte er prega av at dei tilsette har ein hektisk kvardag. Sjukepleiarane er praktisk orienterte og informantane sine opplevingar var at det generelt vert snakka for lite om pasientane. Ein av informantane sa at ho har stor tru på dialogen som oppstår mellom to og at dersom ein byggjer på den erfaringa, vil det føre til gode relasjonar som kjem pasientane til gode.

Min hypotese er at leiarane i stor grad oppfattar sjukepleietensta som ein subkultur. Wadel (2002) hevdar at deltakarar i praksisfellesskap (som sjukepleietenesta) i organisasjonar ofte dannar slike. Vidare seier han at subkulturar er ei undergruppe av organisasjonens medlemmer som ofte samhandlar med kvarandre, identifiserar seg sjølv som ei distinkt gruppe som deler eit sett av problem som dei fleste i gruppa er einige om er problematiske og som rutinemessig handlar på grunnlag av gruppas unike, kollektive røyndomsoppfattning.

Det som kjenneteiknar subkulturar som vert danna ut frå praksisfellesskap, er at det er kunnskap og læring som er basis for korleis subkulturen er danna og heldt ved like. (op cit). Det kan synast som at «rommet» for grunnleggjande læringskontekst er til stades, men sjukeleiarane greier ikkje å nytte det godt nok. Som ein av informantane sa: « *Vi jobbar med vårt og tenkjer vårt, og det gjer heilt sikkert dei òg.*»

Nonaka, Ichijo og Krogh (2000) nemner ulike måtar å dele den tause kunnskap på. Dei peikar på *direkte observasjon*. Dette kan vere som i ein mester/svenn relasjon. Observatørar deler oppfatningar om kva slags handlingar som fungerer og kva slags som ikkje fungerer. På den måten forbetrar dei sjansane sine til å hjelpe andre i liknande situasjonar (op cit). I eit samhandlingsperspektiv mellom dei to nivåa vil sjukepleiarar kunne ha nytte av å hospitere hos kvarandre.

Dette var også noko sjukepleieleiarane la vekt på, men som i for liten grad vart gjort. Her ser vi at deler av kombineringsprosess kjem att. Det er ikkje til å komme forbi at prosessane går over i kvarandre. Læringsarenaene kryssar kvarandre som i kunnskapsspiralen.

Imitasjon er ein annan måte å dele tause kunnskap på, seier forfattarane. Her forsøker aktørane å imitere ei oppgåve, basert på direkte observasjon av andre. *Eksperimentering og samanlikning* er

ein annan måte. Her vil aktørane prøve ut forskjellige løysingar, korpå dei observerar ein ekspert i funksjon. Dei samanliknar sin eigen måte å arbeide på med korleis eksperten utfører arbeidet (op cit). Eit døme her kan vere at sjukepleiar i spesialisthelsetenesta reiser ut til ein kommune og gjev opplæring om det aktuelle til fleire helsearbeidarar samstundes. Dette var også noko informantane i kommunehelsetenesta ynskte seg meir av, men som dei ikkje krevde frå spesialisthelsetenesta. Eit anna døme kan vere eit godt utfylt pleieskriv om ein pasient som kjem frå heimetenesta til sjukehus. Her vil sjukepleiarar i sjukehus raskt få overblikk over pasienten sine funksjonar og behov basert på kunnskap sjukepleiarar på det andre nivået har om pasienten.

På den måten kan rett behandling og pleie setjast i verk frå første stund. *Felles utøving* er ein fjerde måte å dele taus kunnskap på, seier Nonaka, Ichijo og Krogh (2000). Her vil aktørane prøve å løyse oppgåvene i fellesskap, og dei meir erfarne komme med hint eller idear om korleis dei mindre erfarne kan forbetre sine prestasjonar (op cit). Vanlegvis vil taus kunnskap delast gjennom ein kombinasjon av desse mekanismane. Nonaka, Ichijo og Krogh seier at språk ikkje er den primære mekanismen i denne prosessen. Men slik eg ser det i samhandlingsprosessar mellom sjukepleiarar på dei to nivåa, vil kommunikasjon og språk vere heilt nødvendig for å få artikulert kunnskapen vidare. Det som synest klart er at bevisstgjeringssprossar kring den tause kunnskapen er viktig i sjukepleietenesta.

Leiarroller i gruppeorganisasjonen

Her knyter eg Strand sin tankegang om gruppeorganisasjonen og integrasjon som leiarrolle med Nonaka og Takeuchis omgrep grunnleggjande læringskontekst og sosialisering når eg diskuterer leiarrolla. Strand (2004) kallar leiarrollene i denne funksjonen for «*rettelearen*» og «*hjelparen*». Leiarane skal bygge fellesskap og arbeide med å motivere dei tilsette og utvikle tenestene. Vidare seier Strand at leiarar har størst potensiale for verknad når dei arbeider med menneska. Leiarar kan påverke mål, motivasjon og arbeidsdeling.

Vidare er det rom for tolking av gruppenormer og moralsk påverknad. Gruppeorganisasjonar (i min sammanheng: sjukehuset og heimetenestene i kommunane) er det som Strand (2004) kallar organisasjonar med sterkt innslag av kunnskapsmedarbeidarar.

Desse vil vere døme på organisasjonar som treng sterke innslag av normativ eller sosial styring. Leiarar er i stor grad sett til å bruke slike styringsmekanismer, men handlingsrommet kan variere, og kva slags teknikkar som vert sett som legitime og rasjonelle, vil også variere.

5.4 Kunnskapsutvikling gjennom eksternalisering i samhandlingskonteksten

Nonaka og Takeuchi talar om «*interacting ba*». Glosvik (2008) omset dette til *samhandlingskonteksten*. Her handlar det om å velje ut den rette samansetjinga av folk med spesifikk kunnskap og dugleik i form av prosjektgrupper, arbeidsgrupper og andre former for funksjonelle team og lag. Gjennom dialogar i slike bevisst konstruerte samhandlingssituasjonar er det eksternaliseringsprosessane finn stad. Eksternalisering inneber å setje ord på erfaringar og spreie desse. Når taus kunnskap vert uttrykt konkret, talar Nonaka og Takeuchi såleis om eksternalisering. Ikkje all taus kunnskap kan gjerast eksplisitt, men i arbeidet med å gjere den tause kunnskapen eksplisitt ligg det ein viktig læringsprosess - ei ny kjelde til kunnskap (Glosvik 2008).

Samhandlingskonteksten er det rommet der kollektiv refleksjon som utviklar organisasjonen, finn stad. I intervju sa leiarane at det var så og seie ingen felles arenaer der sjukepleietenesta på dei to nivåa kunne utveksle kunnskap og erfaringar. Den årlege samhandlingskonferanse kunne ha vore det, men slik informantane såg det, var dette eit anna forum.

I samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta kunne vi som sender pasientar att og fram mellom nivåa ha utvikla ny kunnskap ved å analysere våre egne erfaringar og på den måten optimalisert samhandlinga. Men vi gjer det ikkje. Samhandlingskonteksten er tom. Generelt hadde leiarane mange idear til nyvinning, men eg opplevde ikkje at dei hadde stort fokus

på det. *Fleire av informantane gav uttrykk for at dei ikkje hadde blitt direkte spurt om slike tankar før.* Det var tydeleg at det å snakke om idear og nyvinnig gav dei refleksjonar. Mi oppleving er med andre ord at informantane ikkje mangla idear eller såg høve til forbetring, men at dei strukturar og prosessar som utgjer ein samhandlingskontekst ikkje var tilstades.

Leiarroller i entreprenørorganisasjonen

Strand (2004) seier at å skape visjonar og forfølge desse gjennom *strategisk leiing* og *kreative løysingar* vert sett på som entreprenørenane sine hovudoppgåver. Det handlar om å tilpasse organisasjonen til omverda og å sikre naudsynt ressurstilgang. Entreprenørane utfordrar omverda, dei har eit aktivt forhold til risiko, og dei gjer ikkje alltid det som organisasjonen forventar.

I entreprenørorganisasjonen seier Strand (2004) at leiarar kan påverke belønning, risikotaking, val av satsingsområde og val av medarbeidarar.

Eg knyter altså Strand sine tankar kring entreprenørorganisasjonar og utviklande leiarar med Nonaka og Takeuchis tankegang om samhandlingskontekst og eksternalisering når eg omtalar leiarrolla. Strand (op cit) seier at han i sitt materiale finn at entreprenørskapsfunksjonen får relativt minst merksemd av dei fire, produksjon, administrasjon, intergrasjon og entreprenørskap. I offentlege organisasjonar er det kun seks prosent av leiarane som finn entreprenørskap som den viktigaste eller nest viktigaste oppgåva. Studier viser også at dei fleste entreprenørleiarane i Skandinavia er menn; 80% (op cit). Når ein veit at sjukepleieyrket er kvinnedominert, er det lett å trekkje slutningar om at entreprenørskap blir ei utfordring som også omfattar kjønnsdimensjonen i sjukepleietenseta.

6.0 Konklusjon og forslag til vidare forskning

I dette kapitlet trekkjer eg slutningar av dei empiriske funna og reflekterer over det teoretiske rammeverket for studien. Vidare presenterer eg tankar eg har kring samhandlingsprosessen og kunnskapsutvikling og leiing på sjukepleienivå.

6.1 Funn i studien

I innleiinga presenterte eg overordna problemstilling med tre delspørsmål. Det første spørsmålet handla om kva slags faktorar sjukepleieleiarane meinte påverka den sjukepleiefaglege samhandlinga mellom specialist- og kommunehelsetenesta. Her kom det fram at leiarane såg på ytre faktorar som dels styrande i samhandlingsprosessen. Dei nemnde forskrift for ferdigbehandla pasientar som ein faktor. Ulik organisering i kommunane vanskeleggjorde kanalisering av informasjon til rett person eller instans for spesialisthelsetenesta. Leiarane peika også på at tidsperspektivet og knappe ressursar både kring personal og økonomi i mange høve førte til manglande dokumentering og samhandling. Leiarane i kommunehelsetenesta peika også på at manglande samhandling innad i sjukehus førte til at pasientar ofte måtte reise til sjukehus fleire gonger for å få utført ulike undersøkingar og liknande. Dette såg leiarane som dårleg ressursutnytting og som belastande for dei aktuelle pasientane.

Det andre spørsmålet handla om kva sjukepleielearane oppfatta som gyldig kunnskap i samhandlingsprosessen. Mi oppleving er at leiarane har ei klår oppfatning av kva som er gyldig kunnskap. Dei omtala dette som praktisk kunnskap, å kunne identifisere pasientens grunnleggjande behov og funksjonsnivå. Leiarane sa også at dei oppfatta at «ein snakka det same språket». Dei meinte at sjukepleiarane var opptekne av å formidle kunnskap om pasientane til det andre nivået, og at det var ei generell forståing om kva som var viktig å formidle. Dei sa imidlertid at dei såg at kunnskap ofte gjekk tapt på vegen fordi den skulle innom mange ledd. Fleire meinte også at sjukepleiarane på dei to nivåa snakka for lite om pasientane. Dette vart grunngeve med for lita tid. Det vart forventa at dersom det handla om pasientar som var kjent i systemet, så hadde dei allereie kunnskap om desse.

Det siste spørsmålet handla om det finst rom for utvikling av ny kunnskap når erfaringar støyter mot kvarandre i møtet mellom sjukepleielearar og deira tilsette på ulike nivå. Det kom fram at dei oppfatta dette rommet som lite. Det handlar ikkje om at leiarane ikkje ser på kunnskapsutvikling og overføring som viktig, men at rammene kring romma ikkje oppmuntrar til utvikling. Leiarane seier likevel at det foregår mykje god samhandling mellom nivåa, men det kan synast som struktur og rammer avgrensar interesse, motivasjon og forståing for kunnskapsutvikling. Eg oppfattar at leiarane ikkje «ser» samhandlingsprosessen som eit utviklingsrom. Det er her hovudfunna i studien ligg. Eg vil i det vidare teoretisere desse funna.

6.2 Teoretiske funn

Den virtuelle læringskonteksten

Ut frå det informantane fortel, oppfattar eg det som at det virtuelle læringsrommet er det som er størst av dei fire *ba* i samhandlingsprosessen. Informantane fortel at samhandling fungerer godt når vi gjer oss bruk av ambulerande- og lindrande team. Det fungerer også godt når sjukepleiarar frå spesialisthelsetenesta driv opplæring i kommunane. Vi må byggje vidare på dette. Her ser vi nettopp at kunnskap som sjukepleiarane har er unik og ikkje må undervurderast. Desse fellesskapa må utnyttast og utviklast. Leiarane kan ikkje opprette team og liknande på eiga hand, men dei kan skape bevisstgjerjing kring at dette er fellesskap som fungerer og dermed påverke innover i

helsesystemet. Det dei kan gjere er å legitimere fokus på sjukepleiekunnskap i pasienten sitt møte mellom dei to nivåa. Dei kan påverke og setje mål for kunnskapsutvikling gjennom kombineringsom læringsprosess, og dei kan be sine tilsette setje sin fagkunnskap under prøving i møtet med kollegaer.

Oppøvingsteksten

Formelle system som til dømes forskrift om ferdigbehandla pasientar regulerer samhandlinga. Denne gjev eit maktmessig tyngdepunkt til spesialisthelsetenesta. Relasjonen mellom nivåa vert også påverka av omgrep som «*leggje inn i sjukehus*» og «*skrive pasientar ut*».

Leiarane skildrar at samhandling kring kreftpasientar fungerer godt, men at samarbeid kring eldre fungerer dårlegare. Dette grunnjev dei med at forholda er lagt til rette for kreftpasientar, mens pasientforløp for den andre gruppa ikkje er det. Integrasjon som læring inneber at ein ikkje stiller spørsmål ved måten ting fungerer. Ein gjer det, utan å tenkje seg om

Leiarane kan ikkje forandre lover og forskrifter, men dei kan påverke sine tilsette til å ha fokus på Kva som fungerer godt og dårleg i møtet mellom nivåa. Leiarane kan også vere kritiske og stille seg undrande i høve forhold som regulerer samhandlinga mellom nivåa. Strand seier at ei stor utfordring under administratorfunksjonen er nettopp å kunne vurdere hensiktsmessigheita av dei system som ein gong er lagt til rette. Lærer vi opp nye generasjonar av sjukepleieleiarar og sjukepleiarar til *ikkje* å stille spørsmål?

Grunnleggjande læringskontekst

Heller ikkje i denne meininga er «fellesrommet» særleg stort. Sosialisering er kunnskapsutviklingsprosessen her. Eg opplever at informantane ser på tenestene sine som ulike subkulturar som samhandlar med kvarandre, men som også identifiserer seg med kvarandre. Dette rommet kan utviklast i staden for at det blir slik som nokre av informantane seier: «*Vi jobbar med vårt og tenkjer vårt, og det gjer heilt sikkert dei òg.*» Det å skape noko felles blir her eit nøkkelord.

Slik systemet fungerer i dag, er det nærast lagt opp til ein « *vi og dei* » tankegang.

Då blir kommunikasjonen mellom nivåa prega av at ein skuldar på kvarandre. Oppgåver leiarane må fokusere på her, blir det Strand (2004) omtalar som å byggje fellesskap og arbeide med å motivere dei tilsette og til å tenkje om fag som delar av ein heilskap. No blir ein sosialisert inn i subkulturen; sjukepleiekulturen *kunne* vore ein heilskap.

Samhandlingskonteksten

Leiarane fortel at det eksisterer så og seie ingen felles arenaer der sjukepleietenesta på dei to nivåa kan utveksle kunnskap og erfaringar. Den årlege samhandlingskonferansen kunne vore det, men slik informantane såg det, var dette eit anna forum.

I samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta kunne vi som sender pasientar att og fram mellom nivåa ha utvikla ny kunnskap ved å analysere våre egne erfaringar og på den måten optimalisert samhandlinga. Det gjer vi ikkje. Samhandlingskonteksten er tom.

6.3 Forslag til vidare forskning

Som eg skreiv innleiingsvis fann eg ingen forskning på sjukepleienivå om samhandling og kunnskapsutvikling. Slik eg ser det, ville det vore interessant å gjennomføre ei kvantitativ undersøking blant dei tilsette på spesialist- og kommunehelsetenestnivå om utviklingsmogelegheiter mellom nivåa.

Ein annan innfallsvinkel kunne vere å studere korleis sjukepleieleiarar ser på si eiga rolle og spesifikke innverknad på kunnskapsutviklingsprosessar. Her ville sannsynlegvis ei kvalitativ undersøking høve best.

Ein tredje studie kunne vere å gjere ei liknande undersøking som eg har gjort blant legar på spesialist- og kommunehelsetenestnivå. Slik ville ein kunne få svar på korleis høvet er mellom desse profesjonsutøvarane. Ein ville også fått eit samanlikningsgrunnlag med sjukepleietenesta og eventuelt om det finst rom for tverrfaglege kunnskapsutviklingsmogelegheiter.

6.4 Avslutning – utfordringar i åra framover

I åra framover vil både spesialist- og kommunehelsetenesta stå ovanfor fleire store utfordringar. Vi ser at omgjevnadane stadig stiller større krav til til helsetenestene og helsearbeidarane her. Ei anna utfordring er av strukturell og organisasjonsmessig karakter. Vil til dømes spesialsithelsetenesta vere organisert i same føretak om få år? Korleis vil kommunehelsetenesta då sjå ut? Vil vi få ei helseteneste som ikkje er delt i spesialist- og kommunehelseteneste? Spørsmåla er mange og svara få. Det som uansett synest heilt klart er at sjukepleietenseta må stimulere til og leggje til rette for læring og kunnskapsutvikling for sine utøvarar.

Litteraturliste:

Abbot, Andrew (1998) :*The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago. The Univesity of Chicago Press.

Argyris, C og Schön, D.A (1996): *Organizational Learning 2: Theory, Method and Practice*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Batalden, P.B og Stolz, P. K (1992): «*A Framework for the Continual Improvement of Health Care. Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work.*» Journal of Cuality Improvement. Vol 19:10.

Befring, E (2002) : *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo. Det Norske Samlaget.

Christiansen, B, Heggen K, Karseth, B (2004): *Klinikk og akademia. Reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo. Universitetsforlaget.

Crozier, M (1964): *The Bureaucratic Phenomenom*. Chicago. University of Chicago Press

Dalen, M (2004) : *Intervju som forskningsmetode*. Oslo. Universitetsforlaget.

Etzioni, A (1969) : *The Semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*.

New York: The Free Press

Fagermoen, May Solveig (1993): *Sykepleie i teori og praksis- et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo. Universitetsforlaget

Gilje, N og Grimen, H (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget.

Glosvik, Øyvind (2007) : *Introduksjon til Nonaka (m.fl) Forelesning, Høgskulen i Sogn og Fjordane*.

Glosvik, Øyvind (2008) : *Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse- og sosialsektoren – undervegstekstar*. Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Grendahl, Kari Kjos (2007) *Samhandling og pasientforløp i helsevesenet*. Phd stipendiat Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Grønmo, Sigmund (2004) : *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen. Fagbokforlaget.

Halvorsen, Knut (2005): *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 3. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.

Halvorsen, K (1998) : *Å forske på samfunnet*. Oslo. Cappelen Akademiske forlag.

Hamran, Torunn (1995): *Et kvinnefag i modernisering. Sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.

Hellevik, O (1991) : *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo. Universitetsforlaget.

Helsedialog (2005): *Program for samhandling i helsetjenesten*. [Www.helsedialog.no](http://www.helsedialog.no)

Henderson, V (1998): *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år*. Oslo. Universitetsforlaget.

Holter, Inger M (2005): *Kunnskapsledelse, en utfordring i dagens helsetjeneste?* Sykepleielederen nr. 1, 2005.

Jakobsen, R (2005): *Klar for fremtiden?* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kolbotn, Oline (2007): *Om profesjonar si kunnskapsopparbeiding/læring*. Foredrag på profesjonsdag, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Krogh, Kari (2006): *Kommunale pleie- og omsorgstenester- budde på framtida?: ein studie av sjukepleiarkompetanse, leiing og kvalitet*. Masteroppgåve, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Kvale, S (2001) : *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal akademisk.

McInnis, D (2006): «*What a system?*» I Dartmouth Medicin. Vol 30, no 4- Summer 2006

Medisinalmelding (2002)

Melby, Kari (1990): *Kall og kamp*. Cappelen forlag

Mintzberg, Henry (1993): *Structure in Five: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Naustdal, Anne Grete (2006) *Sjukepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus- sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma*. Masteroppgåve, Høgskulen i Sogn og Fjordane

Nonaka, Ikujiro og Takeuchi, Hirotaka 1995: *The Knowledge-Creating Company - How do Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford University Press, New York Oxford.

Nonaka, I, m.fl. (2001): *Slik skapes kunnskap*. Oslo. NKS forlaget.

Nonaka, I (1994): *A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*. Organization Science/ Vol. 5, No. 1, February 1994

NOU 2004:18: *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i*

kommunale sosial- og helsetjenester. Oslo. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning

NOU 1997:2: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo. Sosial og helsedepartementet.

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsgruppe for sykepleieledere (LSL) Medlemsbrev oktober 2008

Nåden, D/Braute, E (1992) : *Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming i sykepleieforskning*. Oslo. Univesitetsforlaget.

Polanyi, Michal (1983/1966): *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. Hampshire, Ashgate Publishing Limited.

Repstad, Pål (2007) : *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo. Universitetsforlaget.

Schein, Edgar H (1987): *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo. Mercuri Media Forlag.

St. meld.nr 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Strand, Torodd (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen. Fagbokforlaget.

Strand, Torodd (2007): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen. Fagbokforlaget.

Torgersen, Ulf (1972): *Profesjonssosiologi*. Oslo. Universitetsforlaget.

Verdens Gang (VG) 16.september 2008

Wadel, Cato (2002): *Læring i lærande organisasjonar*. Flekkefjord. SEEK a/s.

<http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19981216-1447.html>Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

<http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/1232>

<http://www.bibsys.no/wps/wcm/connect/BIBSYS+Nettsted/BIBSYS/Produktoversikt/BIBSYS+Brage/>

Vedlegg 1

Studie om samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta

Mitt navn er Evelyn Stavang og eg er student ved Masterstudie i administrasjon og leing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for økonomi og språk. Dette er eit deltidstudie over fire år. Eg jobbar i tillegg som oversjukepleiar ved kirurgisk avdeling, Førde Sentralsjukehus. Eg er no igang med masteroppgåva mi og i høve dette ber eg om løyve til å få intervju fire sjukepleielearar i Dykkar organisasjon.

Oppgåva har følgjande problemstilling: *Sjukepleielearar si oppleving av samhandling når pasientar kryssar grensene mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.*

Føremålet med studie er å avdekkje sjukepleielearane på dei to nivåa sine oppfatningar av samhandling, korleis deira forståing av samhandling er, korleis den opplevast og kva dei vurderer skal til for å få til god samhandling. *Korleis kan ein overføre sjukepleiefagleg kunnskap mellom nivåa? Korleis kan ein sikre at pasientane får eit heilskapeleg tilbod, at ansvaret for pasientane blir plassert slik at dei unngår å bli kasteballar mellom nivåa?*

Deltaking i studien inneber eit individuelt intervju som vil vare frå ein til ein og ein halv time.

Intervjuet vil bli gjennomført på informanten sin arbeidsplass i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli tatt opp på band. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Ved offentleggjing av oppgåva vil informantane og alt datamateriell bli behandla anonymt.

Rettleiar på oppgåva er Dr. Polit Øyvind Glosvik ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Eg håpar De er villig til å late meg få tilgang på ein informantar i Dykkar organisasjon. Dersom eg ikkje høyrer noko innan to veker, går eg ut frå at eg kan starte prosjektet.

Venleg helsing

Evelyn Stavang

Tlf. 99370008, arb. 57839266E-post: evelyn.stavang@hisf.no, arb.: evelyn.stavang@helse-forde.no

Vedlegg 2

Studie om samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta

Mitt navn er Evelyn Stavang og eg er student ved Masterstudie i administrasjon og leing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for økonomi og språk. Dette er eit deltidstudie over fire år. Eg jobbar i tillegg som oversjukepleiar ved kirurgisk avdeling, Førde Sentralsjukehus.

Eg er no igang med masteroppgåva mi og i høve dette ber eg om løyve til å få intervju ein sjukepleieiar i Dykkar kommune.

Oppgåva har følgjande problemstilling: *Sjukepleieiarar si oppleving av samhandling når pasientar kryssar grensene mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.*

Føremålet med studie er å avdekkje sjukepleieiarane på dei to nivåa sine oppfatningar av samhandling, korleis deira forståing av samhandling er, korleis den opplevast og kva dei vurderer skal til for å få til god samhandling. *Korleis kan ein overføre sjukepleiefagleg kunnskap mellom nivåa? Korleis kan ein sikre at pasientane får eit heilskapeleg tilbod, at ansvaret for pasientane blir plassert slik at dei unngår å bli kasteballar mellom nivåa?*

Deltaking i studien inneber eit individuelt intervju som vil vare frå ein til ein og ein halv time.

Intervjuet vil bli gjennomført på informanten sin arbeidsplass i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli

tatt opp på band. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Ved offentleggjing av oppgåva vil informantane og alt datamateriell bli behandla anonymt.

Rettleiar på oppgåva er Dr. Polit Øyvind Glosvik ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Eg håpar De er villig til å late meg få tilgang på ein informantar i Dykkar kommune. Dersom eg ikkje høyrer noko innan to veker, går eg ut frå at eg kan starte prosjektet.

Venleg helsing

Evelyn Stavang

Tlf. 99370008, arb. 57839266

E-post: evelyn.stavang@hisf.no, arb.: evelyn.stavang@helse-forde.no

Vedlegg 3

Informert samtykke

Eg gjev med dette mitt samtykke til å delta i studie om samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta utført av Evelyn Stavang.

Eg har lese ei kort beskriving av prosjektet og er innforstått med at føremålet med studien er å få auka kunnskap og innsikt om samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Deltaking i denne studien inneber å delta i eit individuelt intervju som vil vare i ein til ein og ein halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på min arbeidsstad i eit dertil eigne rom. Intervjuet vil bli teke opp via Mp3 spelar. Alle data vil bli oppbevart i låst skap.

Å delta i masterprosjektet er frivillig, og eg kan når som helst trekke meg frå prosjektet.

Eg godkjenner at:

1. Eg har fått informasjon og forklaring om mål, metode, forventeta nytte av studien.
2. Eg gjev med dette frivillig mitt samtykke til å delta i denne studien.
3. Eg forstår og aksepterer at dei samla resultat vil bli nytta som ledd i eit forskingsarbeid og kan offentleggjerast gjennom konferansar, i vitenskaplege og akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon ac masteroppgåva.
4. Eg er informert om at individuelle resultat ikkje kan førast vidare utan mi godkjenning.

Signatur..... Stad/dato:.....

Vedlegg 4

Studie om samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta

Mitt navn er Evelyn Stavang og eg er student ved Masterstudie i administrasjon og leing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for språk og økonomi. Dette er eit deltidstudie over fire år. Eg jobbar i tillegg som oversjukepleiar ved kirurgisk avdeling, Førde Sentralsjukehus. Eg er no i gang med masteroppgåva mi og i dette høvet tillet eg meg å spørje om du vil delta i mitt studie der tema er: *Sjukepleieiarar si oppleving av samhandling når pasientar kryssar grensene mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.*

Føremålet med studie er å avdekkje sjukepleieiarane på dei to nivåa sine oppfatningar av samhandling, korleis deira forståing av samhandling er, korleis den opplevast og kva dei vurderer skal til for å få til god samhandling. *Korleis kan ein overføre sjukepleiefagleg kunnskap mellom nivåa? Korleis kan ein sikre at pasientane får eit heilskapleg tilbod, at ansvaret for pasientane blir plassert slik at dei unngår å bli kasteballar mellom nivåa?*

Deltaking i studien inneber eit individuelt intervju som vil vare frå ein til ein og ein halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på din arbeidsstad i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli tatt opp via Mp3 spelar. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Ved offentleggjering av oppgåva vil deltakarar og alt datamateriell bli behandla anonymt. Alle data vil

bli oppbevart i eit låst skap og alt datamateriell makulerast eit år etter at studien er ferdig.

Eg håpar at du har lyst og høve til å delta i studien.

Dersom du aksepterer å delta, vil du bli beden om å signere ei skriftleg samtykkeerklæring før intervjuet startar.

Rettleiar på oppgåva er Dr.Polit Øyvind Glosvik ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Venleg helsing

Evelyn Stavang

Tlf.99370008, arb.: 57839266

E-post: evelyn.stavang@hisf.no, arb.: evelyn.stavang@helse-forde.no

Vedlegg 5

INTERVJUGUIDE

Kan du fortelle litt om korleis de samhandlar med kommunehelsetenesta/spesialisthelsetenesta i høve pasientar som kryssar nivåa?

Kan du sei noko om det er nokre pasientar det er vanskelegare å samhandle om enn andre?

Korleis ser du for deg eit pasientforløp?

Kan du fortelle litt om kva de snakkar om i samtalar med det andre nivået?
-er det ting det ikkje vert snakka om?

Kva er dine erfaringar når det gjeld å sikre at kunnskap om pasienten når fram til det andre nivået?

- prosedyrer?
- samarbeidsrutiner?
- leiars ansvar

Spesialisthelsetenesta har lovpålagt plikt til å drive opplæring i kommunane.

Korleis opplever du at dette fungerer?

-felles arenaer for utveksling av kunnskap?

Korleis ser dine medarbeidarar på overføring av kunnskap mellom nivåa?

Kan du fortelle litt om korleis de blir møtt av det andre nivået i samhandlingsprosessen?
-likeverd og respekt?
-fagleg fundament?

Kva synest du er viktig i samhandlingsprosessen?

Kan du sei noko om kva slags faktorar som påverkar den sjukepleiefaglege samhandlinga?
-er det mogeleg å påverke desse faktorane på noko vis?

Kan du fortelle om episodar der samhandling har fungert godt?
Korleis er det når det ikkje fungerer?

Om du tenker deg at alt fungerer godt, korleis ville det vere då?