

SAMHANDLING – ET TILSIKTET
ELLER UTILSIKTET RESULTAT?

*HVA ER ÅRSAKEN TIL AT UTSKRIVINGSKLARE
PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENDE PÅ
UTSKRIVING OG HVA KAN GJØRES?*

Av

Eirik Roos

Avhandling avlagt ved

Handelshøjskolen i København for graden

Master of Public Administration 2010





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

Forfatter(e): Gunn Røos

Tittel: Samhandling - et tiltak eller
 et tiltaks resultat?

Studieprogram: Master of Public Administration 2010

Kryss av:



Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv



Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 01.05.2010

Dato: 05.04.2010

 Gunn Røos

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

Innhold

FORORD	6
ABSTRACT	7
SAMMENDRAG	10
DEL 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	13
1.1 Innledning	13
1.1.1 Definisjoner; samhandling – en utskrivingsklar pasient	16
1.2 Hva vet vi om tidligere reformer for å bedre samhandlingen.....	17
1.2.1 "Fra stykkevis til helt"	17
1.2.2 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring	19
1.2.3 Nasjonal rammeavtale	19
1.2.4 Samhandlingsreform.....	20
1.2.5 Andre reformer	20
1.2.6 Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling.....	20
1.3 Hvordan fungerer nasjonale strategier for samhandling?	21
1.4 Manglende samhandling – noen nasjonale konsekvenser	23
1.4.1 Manglende samhandling – noen lokale konsekvenser	23
1.5 Begrunnelse for valg av problemstilling	24
DEL 2 TEORI	29
2.1 Innledning	29
2.2 Utviklingstrekk i offentlig sektor.....	30
2.3 Samhandlingsperspektiv.....	32
2.3.1 Institusjonell teori	33
2.3.2 Makt	35

2.3.4 Kommunikasjon	35
2.3.5 Kultur.....	36
2.3.6 Legitimitet	37
2.3.7 Pragmatisk institusjonalisme - translasjonsteori	38
2.4 Økonomisk teori.....	42
2.5 Oppsummering	43
DEL 3 METODE.....	44
3.1 Innledning	44
3.2 Beskrivelse av det empiriske feltet.....	44
3.2.1 Trondheim kommune	45
3.2.2 St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern	46
3.3 Metodisk tilnærming	49
3.4 Innsamling av data – fremgangsmåte	50
3.4.1 Deduktiv eller induktiv	50
3.4.2 Holisme eller individualisme	51
3.4.3 Nærhet eller distanse.....	51
3.4.4 Kvalitativ eller kvantitativ metode.....	52
3.4.5 Utvalg	54
3.4.6. Informantene	55
3.5 Forske i egen organisasjon	55
3.6 Oppsummering	58
Del 4 EMPIRI	58
4.1 Innledning	58

4.2 Dagens modell for samhandling om utskrivingsklare pasienter	59
4.4 Funn fra eksterne undersøkelser	60
4.4.1 Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land	60
4.4.2 Effekt av samhandlingstiltak	61
4.4.3 Pasientenes vurdering av det psykiske helsevernet	62
4.5 Prosjekt – etterbehandling i kommunalt helsehus	63
4.6 Gjennomføring av egen undersøkelse	64
Del 5 RESULTATER – ANALYSE	65
5.1 Innledning	65
5.2 Forskningsspørsmål 1:	65
5.3 Forskningsspørsmål 2:	72
5.4 Forskningsspørsmål 3	80
5.5 Forskningsspørsmål 4.	86
5.6 Oppsummering av sentrale funn	97
Del 6 ANBEFALINGER	100
6.1 Kvalitetssikring av datamaterialet	101
6.1.1 Reliabilitet	101
6.1.2 Validitet	101
6.1.3 Bruk av teori – andre tilnærminger	104
6.2 Refleksjon over egen læring	104
6.3 Anbefalinger	105
Del 7 AVSLUTNING	108
7.1 Svar på problemstillingen	108

Litteraturliste.....	110
Figur og tabelloversikt	112
Vedlegg 1. Intervjuguide.....	113

FORORD

I løpet av de siste årene har det foregått en modernisering av offentlig sektor med en rekke reformer. Dagens offentlige sektor har i seg både markedstenkning, nettverkstenkning og tradisjonelt hierarki. Etterspørselen etter tjenester vil sannsynligvis øke som følge av den generelle velstandsøkningen. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen. Ett av virkemidlene for mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren er å sørge for bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Etter mange år som leder og rådgiver i Trondheim kommune har jeg opparbeidet kunnskap og erfaring fra offentlig forvaltning. Jeg ønsket imidlertid å søke ny kunnskap for å forstå sammenhenger og reflektere over samfunnsutviklingen.

Denne masteroppgaven i Public Administration avslutter 2 år og 4 måneders studier i tillegg til fulltidsjobb. Det har vært lærerike år som har gitt meg ny kunnskap innenfor organisasjon og ledelse, samfunnsøkonomi og statsvitenskap. Og ikke minst de lærerike og sosiale studiesamlingene i inn- og utland. Jeg kommer til å savne alt dette!

Jeg vil rette en stor takk til min arbeidsgiver Trondheim kommune v/ kommunaldirektørene Elin R. Solbu og Tor Åm som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre studiet.

En stor takk til informantene som har delt sin kunnskap, refleksjon og meninger med meg. Uten deres åpenhet og ærlighet, ville aldri denne oppgaven blitt en realitet.

En stor takk til professor Olav Linaker, NTNU som innvilget økonomisk støtte, slik at jeg kunne studere på heltid i en hel måned for å skrive ferdig masteroppgaven.

Min veileder Stein Jonny Valstad har vært til stor hjelp under hele prosjektet. Jeg har opplevd veiledningen som en meget god prosess og i form av en utviklingsamtale.

Helt til slutt vil jeg takke Bente for all støtte. Du har vært forståelsesfull og gitt meg god veiledning ved å lese alle mine utkast!

05. 04. 2010

Eirik Roos

ABSTRACT

In the last 50 years there has been a gradual, sustained development of public welfare schemes in Norway. The ongoing increase in age could lead to a growth in public expenditures on pensions and health. Thus the use of health care resources, such as nursing and other health care services are estimated to be higher than growth in production. Demands for services are also likely to augment as a result of the general increase in prosperity. Norway is facing significant challenges in financing the production of public services and one of the instruments for more efficient use of assets in the health sector is to ensure better coordination between hospitals and community health services.

This study's main focus is the relations between secondary level (general hospitals and specialist care) and primary level (community level), and is limited to the discharge of patients in mental health care. Studies show that patients in the mental health care system have 4- 500 000 days in hospital (2008) in Norway before they are classified as discharge ready. Health reforms in recent years are still pointing to the need for a better and closer interaction between management levels in health services. State authorities have ordered the parties to enter into an agreement governing cooperation on discharge ready patients. The agreement has been evaluated by SINTEF Health and this point to several challenges related to the development of good cooperation, including equality, economic conditions and system problems. A survey from the OECD countries (2009) shows that Norway and other Scandinavian countries have higher readmission rates for schizophrenia and bipolar disorders than the OECD average.

Patients ready to be discharged are a widespread problem, both for patients and the parties who are to collaborate to streamline the health sector. The question is formulated in this manner:

WHAT IS THE REASON PATIENTS WHO HAVE FINISHED THEIR TREATMENT IN HOSPITALS, HAVE TO WAIT TO BE DISCHARGED, AND HOW CAN WE AVOID THIS IN THE FUTURE?

The following research questions have been formulated:

1. *How long must patients, who are ready to be discharge, wait for community services and what are the social costs? What services are they waiting for?*
2. *On what basis do hospital employees make evaluations on community care and how are these conveyed to community employees?*

3. *In what way will use of data on care quality assured by the community employees and how do this transform to a community context?*
4. *How can community nursing home be a new arena for knowledge?*

I have chosen a qualitative method, in which empirical data are collected by interviews of managers and professionals from St. Olav's Hospital, Mental Health Division and the City of Trondheim, health and welfare, and additional data from other surveys. I have chosen two theoretical approaches, institutional theory perspective on power and translational theory with emphasis on transfer of knowledge.

Findings of the study show that 26 discharge ready patients in mental health services had to wait an average of 10.6 months after completion of their treatment before receiving any health care services from the City of Trondheim. The total hospital cost accounted for 40.3 million NOK and the social cost are probably higher. The analysis of institutional theory with emphasis on the power of perspective show that there is a significant difference in the extent of allocated care services before and after admission to specialist health services. A review of 6 discharge ready patients showed that hospital staff believed the patients needed new homes with access to services at all times, even though everyone had their own home prior to admission and assistance once a week. Findings show that community employees copy the order instead of considering alternative care services. Hospital employees' basis for assessing the need of care and the order of care can be explained by their emotional characteristics that are influenced by patients' norms and values, and that they have the power by high merit of professional expertise. Professionals in the City of Trondheim reproduce orders on the basis of specialist health service's position of power. It appears that there is applied a use of collaborative strategy to maintain good relationship on behalf of exercising the assigned authority. By using the analysis of translational theory emphasizing decontextualization it may be possible to explain the foundation for hospital employees' assessments of the need of care with the uncertainty of the "cause-effect relationship" in relation to admission. The motive for the order's purpose can be related to a deliberate and rational action. Translational theory with emphasis on contextualization shows that community employees copy the order, because patient data is easy to copy. The order is detailed and thus less conformable.

Findings from treatment in community nursing home (Leistad), show that patients are discharged within four weeks to their own home and with approximately the same level of care as before hospitalization. This can be explained by the use of community employees

which both evaluate the patients care capabilities and assigning individual care services. Care in the community nursing home (Leistad) provides a significant cost-effectiveness compared to the current model with fewer “unnecessary” stays in hospital-/DPS and reduced costs of care. The person(s) who have professional responsibility for the treatment of community nursing home (Leistad) should have knowledge about both the organization “the community nursing home” and Trondheim, health and welfare, ie, knowledge about matters both decontextualization and contextualization processes.

The management of St. Olavs Hospital, Mental Health Division and the City of Trondheim, Health and Welfare recommended the following:

- ✚ Terminate meetings between professionals and patients in the hospital -/ District Psychiatric Centres 's (DPS) as an arena for assessing care after discharge.
- ✚ Developing community nursing home (Leistad) as a forum for knowledge - identify care needs at discharge.
- ✚ Ensure that the head of Leistad nursing home are given skills as a good translator.
- ✚ Project: “Treatment in a community based nursing home” should be evaluated using scientifically methods.

SAMMENDRAG

De siste 50 årene har det funnet sted en storstilt utbygging av offentlige velferdsordninger i Norge. Med gradvis oppgang i levealderen vil det etter hvert bli langt flere personer som mottar aldersrelaterte stønader og samtidig vil ressursbruken i helse- og omsorgssektoren øke kraftig som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning. Etterspørselen etter tjenester vil sannsynligvis også øke som følge av den generelle velstandsøkningen. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen. Ett av virkemidlene for mer effektiv bruk av ressursene i helse-sektoren er å sørge for bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Oppgavens problemstilling handler om samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, og er avgrenset til utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Litteraturstudier viser at ca. 4 -500 000 oppholdsdøgn(2008) innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare. De siste års helsereformer peker fortsatt på behovet for bedre og tettere samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Statlige myndigheter har pålagt partene å inngå avtale som regulerer samarbeid om utskrivingsklare pasienter. Avtalen er evaluert av Sintef Helse og denne peker på flere utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling, bl.a. likeverdighet, økonomiske forhold og systemproblemer. En undersøkelse fra OECD-land (2009) viser at Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggelsesrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet.

Utskrivingsklare pasienter er et omfattende problem, både for pasientene og for partene som skal samhandle om å effektivisere helsesektoren. Jeg har formulert min problemstilling på følgende måte:

HVA ER ÅRSAKER TIL AT UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENTE PÅ UTSKRIVING, OG HVA KAN GJØRES?

For å svare på problemstillingen er det formulert fire forskningsspørsmål:

1. *Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Hvilke tjenester venter de på?*
2. *På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?*
3. *På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse til en kommunal kontekst?*
4. *Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?*

Jeg har valgt en kvalitativ metode, hvor empiri er hentet inn ved intervju av ledere og fagpersoner fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd. I tillegg er det innhentet data fra andre undersøkelser. Jeg har valgt to teoretiske tilnærminger; institusjonell teori med perspektiv på makt og translasjonsteori med vekt på kunnskapsoverføring.

Funn i studien viser at 26 utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern måtte vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på tjenester fra Trondheim kommune etter at behandlingen var avsluttet. Disse pasientene utgjorde en samlet sykehuskostnad på 40,3 millioner kroner, men samfunnskostnadene er sannsynligvis høyere.

Analysen ved institusjonell teori med vekt på maktperspektivet viser at det er betydelig forskjell i omfanget av tildelte omsorgstjenester *før* og *etter* innleggelse i spesialisthelsetjenesten. En gjennomgang av 6 utskrivingsklare pasienter viser at sykehusansatte mener at disse trenger ny bolig med tilgang på tjenester hele døgnet, til tross for at alle hadde egen bolig før innleggelse og hjelp en gang per uke. Funn viser at kommuneansatte kopierer bestillingen i stedet for å vurdere alternative omsorgstjenester. Sykehusansattes grunnlag for å vurdere omsorgsbehov og bestilling av omsorgstjenester kan forklares ut fra deres emosjonelle egenskaper som påvirkes av pasientenes normer og verdier, og at de har makt i kraft av faglig ekspertise. Fagpersoner i Trondheim kommune kopierer bestillinger på bakgrunn av spesialisthelsetjenestens posisjonsmakt og det kan synes som kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon i stedet for å utøve den tildelte makten.

Analysen ved translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering kan forklare grunnlaget for sykehusansattes vurderinger av behovet for omsorgstjenester med uklarerheter i "årsak-virknings-relasjonen" i forhold til innleggelser. Motivet for bestillingen er intendert og kan relateres til en bevisst og rasjonell handling. Translasjonsteori med vekt på kontekstualisering viser at kommuneansatte kopierer bestillingen, fordi pasientdata er lett å kopiere. Bestillingen er detaljert og dermed i mindre grad omformbar.

Funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives innen fire uker til egen bolig med omtrentlig samme nivå på omsorgstjenester som før innleggelse. Disse funnene kan forklares i lys av translasjonsteori, da det er kommunens ansatte som både vurderer pasientens omsorgsevner og tildeler individuelle omsorgstjenester. Etterbehandling i helsehus gir en betydelig kostnadseffektivitet sammenlignet med dagens modell ved færre "unødvendige" oppholdsdøgn i sykehus-/DPS og reduserte kostnader til omsorgstjenester.

Personen(e) som skal ha faglig ansvar for etterbehandlingen i kommunalt helsehus bør ha kunnskap både om organisasjonen "kommunalt helsehus" og Trondheim kommune, helse og velferd, dvs. kunnskap om forhold både ved dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene.

Ledelsen i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd anbefales følgende:

- ✚ Avvikle brukermøter inne i sykehus-/DPS som arena for å vurdere omsorgstjenester etter utskriving.
- ✚ Videreutvikle Leistad helshus som forum for kunnskapsutvikling - kartlegge omsorgsbehov ved utskriving.
- ✚ Sørge for at leder-/fagansvarlig ved Leistad helsehus gis kompetanse som en dugende oversetter.
- ✚ Prosjekt: "etterbehandling i kommunalt helsehus" bør evalueres med bakgrunn i vitenskapelig metode. Evalueringen må inneholde indikatorer som sammenligner pasientdata, brukertilfredshet og samfunnskostnader med dagens modell for samhandling.

DEL 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

1.1 Innledning

De siste 50 årene har det funnet sted en storstilt utbygging av offentlige velferdsordninger. Disse ordningene omfatter finansiering og produksjon av tjenester innen blant annet utdanning, helse og omsorg og et overføringsystem som sikrer den enkelte inntekt i alderdommen og ved sykdom, uførhet eller arbeidsledighet. En gunstig alderssammensetning i befolkningen og sterk vekst i kvinners yrkesdeltakelse har medvirket til at utbyggingen av velferdsordningene har latt seg gjennomføre uten for store utfordringer for offentlige finanser. De offentlige utgiftene har likevel økt som andel av verdiskapingen, fra et nivå tilsvarende 25 pst. av BNP for Fastlands-Norge i 1960 til 51 pst. i 2007 (St.meld.nr.9 – Perspektivmeldingen 2009).

Med gradvis oppgang i levealderen vil det etter hvert bli langt flere personer som mottar aldersrelaterte stønader. Også ressursbruken i helse- og omsorgssektoren vil øke kraftig framover som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning. I tillegg kan etterspørselen etter tjenester fra disse sektorene øke som følge av den generelle velstandsøkningen, slik vi har sett gjennom de siste tiårene. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen.

Parallelt med den sterke velstandsveksten gjennom forrige århundre fant det sted en merkbar forbedring i befolkningens helsetilstand. På begynnelsen av 1900-tallet døde hvert tiende barn i løpet av første leveår, sammenliknet med ett av 320 i dag. En nyfødt gutt kunne gjennomsnittlig forvente å leve i 55 år, en jente i 58 år. I dag er forventet levealder for nyfødte gutter og jenter henholdsvis 78 og 83 år. Forbedringen i helsetilstanden har sammenheng med bedre bo- og sanitærforhold, mer omfattende utdanning, bedret kunnskap og forbedringer av det fysiske miljøet. Samtidig ble legetettheten nidoblet fra 1900 til 2005, og introduksjon av vaksiner, antibiotika og andre medikamenter, samt forbedret medisinsk utstyr, har ført til at befolkningen har fått et stadig bedre behandlingstilbud. En økende andel av befolkningen drar nytte av det medisinske behandlingstilbudet, og gevinstene av behandlingen i form av forlenget levetid, bedret funksjonsevne og livskvalitet er blitt større. Samtidig har pleie- og omsorgstjenestene blitt kraftig bygget ut.

Til tross for at de aller fleste lever godt i Norge, sammenliknet med tidligere tider og andre deler av verden, ser vi en økning av psykiske lidelser som; depresjon, angst og nevroser. Rusmiddelproblemene - alkoholisme, narkomani og vold ser også ut til å øke. Stress og psykosomatiske sykdommer får større omfang. Ungdommer piner seg mot uoppnåelige

idealer. Gutter doper seg i helsestudio, jenter utvikler spiseforstyrrelser - anorexi og bulemi - lidelser som før var sjeldne. Kulturen endres - rammene for våre liv skifter - det psykiatriske sykdomspanoramaet forandres. Samfunnet er blitt mer komplisert, de psykiske lidelsene likeså. Flere har flere typer psykiske lidelser samtidig og flere utløsende årsaker på en gang. Barn og eldre rammes sterkere. Og siden det blir flere eldre, blir det flere psykisk syke eldre.

”Holdningsrevolusjonen” har gjort det lettere å være psykiatrisk pasient - men kanskje også lettere å bli pasient? Hindrene for å få hjelp er blitt lavere, men terskelen for å søke hjelp er nok også lavere.

I et større perspektiv, er mye utrettet i psykiatrien. Det har vært en omfattende utbygging helt siden 1850. Historien er lang, satsingene mange. I St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet er det foretatt evaluering av satsingen som fant sted i handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse 1990-1995. Evaluering av denne satsingen viste at det fortsatt var en utilfredsstillende situasjon. For å rette opp denne svikten ble det derfor vedtatt egen Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006(08).

Norges forskningsråd har gjennomført evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse(98-08). Planen var at midler til brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste skulle økes reelt med 6,1 mrd. kroner (2008-kroner). Planens økonomiske forutsetninger ble fullført i 2008. Bakgrunnen for satsningen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. De overordnede målsettingene var et verdig tjenestetilbud preget av: Brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. Evalueringen viser til at det er etablert en ny lokalbasert tjeneste gjennom kraftig satsing i kommunene og etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) over hele landet.

Med konstant ressursbruk av helsetjenester per innbygger i de enkelte aldersklassene kan offentlige utgifter til helsesektoren øke fra 10 pst. av BNP for Fastlands-Norge i 2005 til om lag 14½ pst. i 2060. Ved en videreføring av tidligere mønstre, der blant annet utviklingen av nye behandlingsformer har bidratt til økt bruk av ressurser i helsesektoren, kan veksten bli enda sterkere. Utviklingen i retning av nye og bedre behandlingsformer vil trolig vedvare. På den annen side kan et bedre helsetilbud og lengre levealder bety bedre helsetilstand. Dette kan dempe veksten i ressursbruken på det enkelte alderstrinn. I tillegg kan mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren gi rom for å få mer igjen for de midlene som settes inn. Ett av

virkemidlene er å sørge for bedre samhandling mellom ulike deltjenester i sykehus og i kommunehelsetjenesten og ikke minst mellom to forvaltningsnivå.

Gjennom de siste årene har samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fått økt prioritet. Med utgangspunkt i dokumentasjon og analyser av lite fungerende samhandlingskjeder og dårlige rammebetingelser for god samhandling, ble temaet etter hvert løftet opp på den nasjonale helsepolitiske dagsorden i Norge. Problemer knyttet til samhandling rundt utskrivninger av omsorgstrengende pasienter fra sykehus har tradisjonelt vært ett viktig konfliktområde i samspillet mellom sykehus og kommuner. Kortere liggetider og raskere utskrivninger stiller store krav til kommunenes evne til å reagere rask når sykehuset melder om pasienter som trenger omsorg etter utskrivningen.

Brist i samhandlingen mellom nivåene kan være årsak til at pasienter blir værende i sykehus etter at behandlingen er sluttført. Til tross for at helseforetak og kommuner har samarbeidsavtale som regulerer partenes ansvar og rolle om blant annet utskrivningsklare pasienter i sykehus, er problemet ikke løst. Begrepet "utskrivningsklar" beskriver døgninnlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten og hvor den medisinske behandlingen i sykehus eller distriktpsikiatriske senter er ferdig, slik at pasienten kan utskrives. Estimerte tall for 2007 fra SINTEF viser at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare. SINTEFs pasienttelling fra 2003 innen psykisk helsevern viste at 50 pst. av de innlagte på akuttavdeling burde hatt tiltak i distriktpsikiatriske sentere (DPS) eller på kommunalt nivå. Om lag 40 pst. av de døgninnlagte på DPS burde primært hatt et kommunalt tilbud.

I løpet av de siste årene har det i gjennomsnitt vært ca 30 utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern som til en hver tid har ventet på omsorgstilbud fra Trondheim kommune. Jeg ønsker derfor å finne ut hva årsaken(e) kan være til at utskrivningsklare pasienter som har avsluttet den psykiatriske behandlingen må vente på kommunale helse og omsorgstjenester før de kan skrives ut. Hva er det som gjør at dagens strategier for samhandling ikke fører frem og hvilke andre modeller bør i så fall utprøves?

Jeg har avgrenset min oppgave til å studere samhandling mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd omkring utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern.

For å svare på disse spørsmålene vil jeg først beskrive og definere begrepene "samhandling" og "en utskrivningsklar pasient". På bakgrunn av litteraturbeskrivelser gis en kort gjennomgang av de siste års reformer som peker på tiltak for å bedre samhandlingen og

hvordan nasjonale strategier for samhandling fungerer. Jeg viser samtidig til noen konsekvenser ved manglende samhandling både nasjonalt og lokalt. Jeg vil til slutt i kapitlet begrunne mitt valg av problemstilling og viser til fire forskningsspørsmål som kan hjelpe meg til å gi svar på denne.

1.1.1 Definisjoner; samhandling – en utskrivingsklar pasient

Helsetjenesten i Norge er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. De statlige foretakene har ansvar for blant annet sykehus og distriktpsikiatriske sentra (DPS), mens kommunene har ansvar for pleie og omsorgstjenester. Eksempler på pleie- og omsorgstjenester er hjemmesykepleie, sykehjem, helsehus og andre boformer med døgntjenester, ergo – og fysioterapitjeneste og psykiske helsetjenester. Innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatoriske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer som NAV (ny arbeids og velferdsforvaltning) som organiserer trygdekontor, arbeidskontor og sosialtjeneste. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må *samhandle* med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

Samhandling

Samhandling benyttes om koordinasjon og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen, og hvor koordinasjon og gjennomføring av aktivitetene derfor må finne sted i forhandlinger mellom aktørene. Samhandling er som regel ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel. Når jeg bruker begrepet *samhandling* i min oppgave er det knyttet til prosessen i møter mellom fagansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd. Det vil si spesifikke møter inne i sykehus-/DPS som skal avklare om inneliggende pasienter er utskrivingsklare og hvilke omsorgstjenester som må være på plass ved utskrivning. I st.meld. nr 47 (2008-2009) defineres "samhandling" som: "uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte".

En utskrivingsklar pasient

I avtalen mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd, gjengis følgende definisjon av en utskrivingsklar pasient:

- a) Behandlingsansvarlig lege avgjør når pasienten ikke lengre har behov for utredning og behandling i sykehus
- b) Pasienten skal være tilfredsstillende utredet og behandlet både for de tilstander som førte til innleggelse og eventuelle komplikasjoner til disse

- c) Eventuell funksjonssvikt utløst av de tilstander som førte til innleggelse skal være tilfredsstillende utredet og behandlet
- d) Eventuell behandling skal være initiert, og behandlingen skal kunne videreføres av primærhelsetjenesten
- e) Det skal være søkt om/skaffet til veie hjelpemidler som er nødvendig for at pasienten skal kunne utskrives fra sykehuset
- f) På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskriving. Begge parter har ansvar for at kompetanse er bygd opp innen denne dato. Pasienten betraktes som utskrivingsklar fra denne dato

Før en pasient kan defineres som utskrivingsklar til kommunehelsetjenesten, må alle momenter iht. definisjonen være innfridd. På utskrivningstidspunktet må det foreligge et relevant tilbud i kommunen. Pasienter skal ikke defineres som utskrivingsklar til kommunehelsetjenesten før de er i stand til å bli utskrevet.

1.2 Hva vet vi om tidligere reformer for å bedre samhandlingen

En gjennomgang av reformer fra de siste fem årene viser at nasjonale helsemyndigheter har vært opptatt av å bedre samhandlingen mellom statlige helseforetak og kommuner for at pasientene skal få helhetlige og koordinerte tjenester. Jeg vil gjennomgå sentrale reformer og lovgiving som har størst relevans for min masteroppgave.

1.2.1 "Fra stykkevis til helt"

NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" foreslår tiltak som oppsummeres i tre hovedområder: tiltak som styrker pasientperspektivet, tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser.

Pasientperspektivet innebærer en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Også tilretteleggere og planleggere av helsetjenestene på ulike nivå må arbeide med dette som utgangspunkt. tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, er det nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. Målet er å utvikle tjenester og tilbud som er tilpasset brukergruppens behov. I spesialisthelsetjenesten reguleres dette i helseforetaksloven § 35. Med utgangspunkt i disse bestemmelsene er det etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven.

Tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne er blant annet å styrke lege-tjenestens rolle, slik at fastlegenes ansvar blir tydeligere og mer forpliktende. Det foreslås videre at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Det bør både være avtaler som regulerer hvordan partene skal forholde seg på overordnet nivå, samt avtaler som regulerer spesifikke områder for samarbeid. Det er hensiktsmessig at partene selv finner ut hvordan avtalen skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling. Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Utvalget foreslår at avtalen skal vedtas av kommunestyret og foretaksstyret. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år.

Det foreslås videre at kommuner og foretak samarbeider for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene, inklusive opptreningsinstitusjonen og oppretter én klar adresse for henvendelser mellom tjenesteyterne om samhandlingsbehov.

Helhetlige pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsskjeden. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste.

Utvalget mener at det er en betydelig ubalanse mellom den betydning samhandling har for realisering av helsepolitiske mål og den vekt som akademiske institusjoner og de faglige organisasjonene legger på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og opplæring på området. Det er behov for mer forskning på de behandlingsområdene som er samhandlingsskrevende, rus, psykisk helsevern etc. Det er også behov for forskning på metoder for samhandling. Det er for lite kunnskap om hva som er virksom samhandling, og hvordan den kan bli mer effektiv og nyttig. Utvalget foreslår at det prioriteres ressurser til forskning rettet mot dette.

Når det gjelder *helsesektorens rammebetingelser* foreslås ingen nye store reformer, men det pekes på behovet for justeringer og mindre endringer i dagens hovedmodeller. Utvalget mener det er verdifullt å forsøke nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger som bedre kan understøtte samhandling.

Det er en stor oppgave å dekke alle disse samhandlingsutfordringene med presis analyse og forslag til tiltak. Det finnes sjelden ett enkelt svar på så vidt kompliserte problemstillinger.

1.2.2 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005) anses samhandling for å være en grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenesten.

Det er etablert en rekke ordninger for å understøtte samhandling på tvers av enheter og nivåer. Eksempler på dette er samarbeidsavtaler, samarbeidsfora, legenes praksiskonsulentordning, ambulante team, IT-basert kommunikasjon og systematisk arbeid med gjennomgående pasientforløp.

Eksempler på organisatoriske endringer som fremmer samhandling kan være utvikling av lokalsykehusfunksjoner, desentralisering av spesialisthelsetjenester, samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, fellesarenaer for fagfolk med beslektede fagområder (eldrepoliklinikk med psykogeriatr, geriater, mfl.) og hospiteringsordninger.

Lov- og forskriftsfestede ordninger som skal bidra til å ivareta helhet og sammenheng i tilbudet til den enkelte pasient er for eksempel fastlege, pasientansvarlig lege, pasientjournal med behandlingsplan, henvisning og epikrise samt individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det stilles særskilt krav til planlegging og samarbeid om brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

1.2.3 Nasjonal rammeavtale

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes sentralforbund (KS) ble i 2007 enige om en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og bidra til bedre samhandling om brukere og pasienter som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. I nasjonal veileder for inngåelse av lokale avtaler framheves at avtalene bør konkretisere samarbeidsfora, hvem som skal delta i slike, hvilke oppgaver og myndighet ulike fora har. Det er også anbefalt at man fastsetter møtehyppighet. Følgende kriterier for god samhandling er framhevet i nasjonal rammeavtale:

- Tett dialog og regelmessige møter
- Kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeidet
- Planlegging av helhetlige behandlings- og omsorgskjeder
- Forankring på høyt ledernivå – både i kommunene og helseforetakene
- Forankring og involvering også på fagnivå, ikke minst blant linjeledere på mellomnivå
- Gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene

1.2.4 Samhandlingsreform

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2009) rett behandling – på rett sted – til rett tid peker på flere årsaker til mangelfull samhandling. En viktig årsak er at det mangler et *helhetlig perspektiv* på hvordan tjenestene skal organiseres. Stykkevis og delt er en karakteristikk som pasienter som trenger hjelp fra flere instanser og fagfolk, kan kjenne igjen. Mange må ordne opp selv for å få noe til å skje – og ofte klarer de ikke dette på egen hånd og gir opp. Resultatet er ofte at sykdom får utvikle seg. Målet med samhandlingsreformen og forslagene i meldingen er at brukerne skal få helhetlige tjenester som er godt koordinert uansett hvor i behandlingsapparatet de søker hjelp. Reformen peker samtidig på de økonomiske utfordringene som helse- og omsorgssektoren står overfor og vil derfor legge vekt på tiltak som viser seg kostnadseffektive.

1.2.5 Andre reformer

Andre reformer som har betydning for samhandling er stortingsmelding nr. 25 i 2006, Stortingsproposisjon nr 1 (2006-2007)- Nasjonal Helseplan (2007- 2010), samt flere rapporter om temaet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, Agenda 2007).

1.2.6 Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene er ikke regulert i en egen lov. Det er heller ingen systematisk samling av bestemmelser om samhandling i tjenestelovene for kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller omsorgstjenesten. En kan derfor få inntrykk av at lovgivning ikke er tatt i bruk som nasjonalt styringsvirkemiddel for å fremme samhandling innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Det finnes imidlertid en del enkeltstående bestemmelser om plikt til samhandling i de ulike tjenestelovene. For eksempel inneholder mange av lovene bestemmelser om individuell plan for visse grupper tjenestemottakere. Andre eksempler er spesialisthelsetjenestens bestemmelser om pasientansvarlig lege og om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. I kommunehelsetjenesteloven er kommunehelsetjenesten generelt pålagt å samarbeide for å yte enhetlige helsetjenester og spesielt pålagt å samarbeide med sosialtjenesten.

Sykehusene kan i dag kreve inn døgntakst fra kommunene for utskrivningsklare pasienter. Betalingsplikten inntreder tiende dag etter at en pasient er definert som utskrivningsklar. Departementet har vurdert å la forskriften gjelde også for pasienter innen psykiatrien, men foreslår å avvente til opptrappingsplanen for psykisk helse er fullført, de mener kommunene da vil være bedre rustet til å ta imot denne pasientgruppen.

1.3 Hvordan fungerer nasjonale strategier for samhandling?

Den nasjonale strategien for samhandling er i hovedsak knyttet til bruken av nasjonale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner som verktøy for å bedre samhandlingen.

SINTEF Helse (2008) utarbeidet rapport om status for implementeringen av den nasjonale samhandlingsstrategien i forhold til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, og oppfølgingen av disse. Rapporten inneholder både en kartlegging av status i forhold til avtaleverket og samarbeidsfora, men også partenes vurderinger av hvorvidt viktige kriterier for godt strategisk samarbeid er til stede.

Rapporten oppsummerer følgende hovedfunn:

- Alle helseforetak med eget opptaksområde har samarbeidsavtaler
- Avtalene dekker både somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Rusfeltet er i noe mindre grad dekket av avtalene
- De fleste helseforetak har formaliserte rutiner for utskriving av pasienter (fra spesialisthelsetjenesten) innen somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Det er videre svært vanlig at de som har rutiner for utskriving også har rutiner for ansvarsfordeling ved innskriving av pasienter til spesialisthelsetjenesten
- Svært mange av foretaksområdene har avtaler som innbefatter ordninger knyttet til hospitering, håndtering av avvik fra rutiner og rutiner for ansvar ved utarbeidelse av individuell plan. Av de aktivitetene vi spurte om, er det rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning som i minst grad er formalisert
- Omtrent halvparten av foretaksområdene har ansatt en prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samhandlingsavtalene
- Det er en klar utvikling i retning av at man utarbeider egne samarbeidsavtaler som legger rammen for samarbeidet og skisserer fora for samarbeid på leder/systemnivå. Det er da vanlig å utarbeide formaliserte rutiner for samarbeid på tjeneste/individnivå i tillegg til en overordnet samarbeidsavtale. I en del områder reguleres både samarbeid på overordnet nivå og på tjenestenivå i samme avtale. Bare i to helseforetaksområder er samarbeidsfora ikke skissert i avtaleverket.
- Ifølge svar fra helseforetakene er alle kommunene representert i samarbeidsfora med helseforetakene i 15 av 24 foretaksområder
- 91 prosent av kommunene som er med i samarbeidsfora mener det avholdes regelmessige møter
- De fleste helseforetakene angir at det er etablert rutiner for evaluering av avtaler og de fleste svarer også at avtalene er evaluert og at evalueringen har medført endringer
- Over halvparten (56 prosent) av kommunene som svarte på undersøkelsen mener det er behov for mer formalisert samarbeid

Vurderinger av samarbeid og samarbeidsrelasjoner:

- Det er svært stor enighet både blant representanter for helseforetak og kommuner at samarbeidet er høyt forankret på ledernivå i hhv. helseforetakene og kommunene
- Helseforetakene er i hovedsak "delvis enig" i at det er god forankring og involvering av fagnivået i samarbeidet. Spredningen er noe større blant kommunene, men også 53 prosent av dem sa seg delvis enig
- Representantene for helseforetakene er mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid enn det kommunene er. Omtrent en tredjedel av kommunene er delvis eller helt uenig i dette
- Nesten halvparten av kommunene er helt eller delvis uenig i at det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetak og kommuner. 63 prosent av helseforetakenes representanter var helt enig i at det er en slik kompetanseutveksling
- Over 90 prosent av helseforetakenes representanter var helt eller delvis enig i at helseforetakene involverer kommunene i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene. Halvparten av kommunene var mer eller mindre enig i dette
- 54 prosent av kommunene er delvis eller helt uenig i at "kommunen blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet".

Utfordringer i arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

I undersøkelsen redegjør informantene i kommunene og helseforetakene for hva de mente var de viktigste utfordringene i arbeidet med å forbedre samspillet mellom sykehus og kommune i denne sammenhengen. Spørsmålet var formulert helt åpent: "Mener du det foreligger noen viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling mellom kommunene og helseforetaket? Hvis ja, kan du kort beskrive dette?" Blant de tema som ble berørt finner vi:

- Likeverdighet mellom samarbeidspartnerne. (Hyppigst nevnte problem: 1 av fem svargivere)
- Økonomiske forhold
- Systemproblemer: Organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandling
- Implementering av avtalenes intensjoner på tjenestenivå
- Problemstillinger knyttet til samhandling ved utskrivninger av pasienter som trenger kommunal omsorg
- Forslag til bedre rutiner ved utskrivninger av omsorgstrengene eldre
- Praktiske problemstillinger i samhandlingen innen ulike områder for eksempel rehabilitering, rus psykiatri
- Behov for å utvikle kompetanse i den kommunale omsorgstjenesten
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten for å forbedre kompetansesituasjonen i kommunal omsorgstjeneste
- Behov for elektroniske samhandlingsverktøy

1.4 Manglende samhandling – noen nasjonale konsekvenser

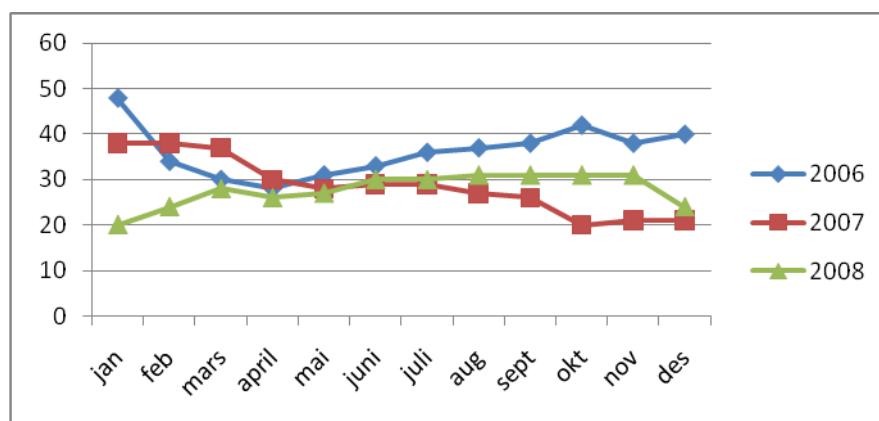
Konsekvenser for manglende samhandling mellom helseforetak og kommuner kan føre til at utskrivningsklare pasienter både i somatiske og psykiatriske sykehus blir liggende i sykehus i mange uker og måneder etter at behandlingen er avsluttet. Analyser basert på pasientdata for somatisk virksomhet i 1. og 2. tertial 2008 tilsier at omfanget av utskrivningsklare pasienter tilsvarer 19 000 opphold og omlag 145 000 liggedøgn. Tilsvarende gir en kartlegging foretatt høsten 2008 blant landets regionale helseforetak et anslag på 150 000 somatiske liggedøgn. Legedekning i sykehjem, dekningsgraden av institusjoner, boliger for eldre over 80 år og sykehusenes lokalisering påvirker liggetiden i sykehus. Omfanget av liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er størst ved mindre lokalsykehus, og størst i byer over 100 000. Det er imidlertid store variasjoner mellom sykehusene. Tilsvarende viser estimerte tall fra SINTEF at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare. Basert på regnskapsdata fra helseforetak og sykehus i 2007 var det inntektsført om lag 40 mill. kroner for utskrivningsklare pasienter.

1.4.1 Manglende samhandling – noen lokale konsekvenser

Til tross for samarbeidsavtale om utskrivningsklare pasienter mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er problemet ikke løst. I løpet av de siste årene har antall utskrivningsklare *somatiske* pasienter blitt redusert fra mellom 20 -30 til 10-15 daglige pasienter. I denne perioden er det iverksatt en rekke tiltak for å bedre samhandlingen. Opprettelse av en intermedieæravdeling på Sjøbustad sykehjem er ett av flere tiltak som har bidratt til å redusere problemet med utskrivningsklare *somatiske* pasienter (Garåsen 2008).

Antall utskrivningsklare pasienter i *psykisk helsevern* har variert fra 50 til 20, men har de siste årene ligget på et gjennomsnitt på ca 30. I figur 1 vises oversikt over antall utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern i 2006, 2007 og 2008.

Figur 1 viser antall utskrivningsklare pasienter i 2006, 2007 og 2008 i Trondheim kommune.



Figur 1 viser at det i perioden 2006 -2008 var ca 30 pasienter som til en hver tid var definert som utskrivingsklar med tilhørighet i Trondheim kommune.

1.5 Begrunnelse for valg av problemstilling

En gjennomgang av tidligere reformer og strategier for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten viser at det fortsatt er brist i mange vekslinger omkring pasienter som trenger kommunale tjenester etter sykehusbehandling. Nasjonale rammeavtaler som skal sikre god samhandling mellom helseforetak og kommuner er sannsynligvis ikke alene tilstrekkelig som verktøy. Det er selvfølgelig helt urealistisk å forvente at etablering av et overordnet avtaleverk skulle løse praktiske samarbeidsproblemer på tjenestenivå i løpet av den korte tiden de har eksistert. Det er en stor utfordring å bygge opp en samhandlingskultur, da en må anta at det er ulike kulturer og forventninger til samarbeidet i helseforetak og i kommunene.

Gjeldende lovbestemmelser har ikke bidratt til å fremme samhandling i tilstrekkelig grad i og med at det er konstatert at manglende samhandling er et problem i dag. Hvis man skal bruke lovgivning som styringsvirkemiddel på en effektiv måte, er det behov for kunnskap om hvilke betingelser som må være oppfylt for at de ønskede virkninger skal oppnås. Det er for liten tradisjon for å evaluere lovgivning og dermed vanskelig å finne systematisk underbygget kunnskap om i hvilke tilfeller lov fungerer godt som styringsvirkemiddel innenfor de ulike samfunnsområdene (St. meld. nr. 47).

Erfaringer med de reglene som pålegger samhandling viser at lovpålegg i seg selv ikke har vært et tilstrekkelig tiltak for å få til bedre samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet. Dette tilsier at normative virkemidler mest sannsynlig må suppleres med andre systemtiltak, som organisering av effektive samhandlingsarenaer og finansieringstiltak, som gjør samhandling til økonomisk rasjonell atferd.

Dersom lovgivning brukes ukritisk for å oppnå ønskede målsettinger og det viser seg etterpå at reglene ikke får den tilsiktede effekten, kan det føre til at respekten for lovgivning som styringsform innenfor helse- og omsorgssektoren blir mindre.

En hypotese på mangelfull samhandling kan være at partene har ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker

kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

En av flere utfordringer i samhandlingen mellom psykisk helsevern og kommunene i dag er å finne frem til gode tiltak som gjør at pasienter som er ferdig behandlet i psykiatrisk sykehus eller distriktpsykiatrisk senter(DPS) kan skrives ut umiddelbart. Samhandlingsreformen peker blant annet på behovet for å tydeliggjøre en klarere pasientrolle. Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenestene er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt av de enkelte delene av tjenestene. Det pekes på betydningen av å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (St. meld. nr 47).

Spørsmål som knyttes til samhandling omkring utskrivingsklare pasienter har opptatt meg i mange år. Som rådgiver i Trondheim kommune, rådmannens fagstab, har en av oppgavene vært å finne frem til gode samhandlingstiltak for å løse problemet med utskrivingsklare pasienter. Jeg deltok i utarbeidelsen av den første avtalen mellom Regionsykehuset i Trondheim (St. Olavs Hospital) og Trondheim kommune omkring utskrivingsklare somatiske pasienter(1992), hvor begrepet "en utskrivingsklar pasient" ble definert. Denne avtalen ble senere benyttet som mal for nasjonale avtaler mellom helseforetak og kommuner om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare somatiske pasienter.

Oppmerksomheten på utskrivingsklare pasienter har i hovedsak vært rettet inn mot *somatiske* sykehus. En mulig årsak kan være at det er innført betalingsplikt for kommuner som har utskrivingsklare pasienter i sykehus. Det er imidlertid utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern som legger beslag på langt flere liggedøgn enn somatiske utskrivingsklare pasienter.

Jeg mener det er en uverdigg situasjon for pasienter som må oppholde seg i sykehus etter at behandlingen er ferdig. Samtidig er det sløsing med offentlige ressurser, dersom pasienter blir værende på sykehus fremfor å bli utskrevet til kommunal omsorg og sannsynligvis til en langt lavere kostnad. De viktigste spørsmålene som opptar meg er derfor:

Hvorfor må utskrivingsklare pasienter vente på å bli skrevet ut?

Hvilke tjenester er det de venter på?

Hva skal til for at samhandlingen mellom sykehus og kommuner skal bli bedre?

Temaet som jeg har valgt har en bred tilnærming. Temaet kan omhandle endringer i sykehusbehandlinger med færre liggedøgn etter medisinske utredninger og behandlinger, manglende ressurser i kommunene, mangelfull kompetanse i kommunene for å ta imot alvorlig syke pasienter, overordnede avtaler er ikke tilstrekkelig implementert i "praktiske handlinger" og manglende forståelse for hvem som skal definere pasientenes hjelpebehov etter utskriving.

Problemet med utskrivingsklare pasienter som jeg har beskrevet er et stort tema. Til tross for at partene som skal samhandle har innført avtaler og utarbeidet praktiske retningslinjer for inn- og utskriving av utskrivingsklare pasienter og etablert regelmessige kontaktmøter både på administrativt og faglig nivå er problemet ikke løst.

For at temaet skal være håndterbart, har jeg valgt å avgrense oppgaven til samhandlingen om utskrivingsklare pasienter mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd. Jeg vil først undersøke omfanget av problemet, dvs. hvor lenge pasientene må vente i sykehus-/DPS og hvilke omsorgstjenester de venter på. Deretter vil jeg forsøke å finne svar på hva som kan være årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskriving til Trondheim kommune. Dagens samarbeidsavtale forplikter partene å delta i brukermøter inne i sykehus-/DPS for å avklare om pasienten er utskrivingsklar og hvilke kommunale omsorgstjenester som må være til stede ved utskriving. Det er partenes fagpersoner som er representert i disse brukermøtene. Jeg ønsker å undersøke på hvilket grunnlag sykehusansatte foretar vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte brukedata formidles til kommuneansatte. Samtidig vil jeg undersøke på hvilken måte kommuneansatte håndterer den informasjonen som gis (brukerdata om omsorgsbehov) av sykehusansatte. Dersom partene har ulik forståelse for pasienters behov ønsker jeg samtidig å finne ut hva som kan ligge til grunn for denne forståelsen.

Er det slik at sykehusansatte mener at pasientene må ha høyere kommunalt omsorgsnivå enn det pasientene nødvendigvis trenger, på grunn av manglende kunnskap om kommunale tjenester eller fordi de selv ikke har ansvar for å betale for kommunale tjenester? Hvordan

kan kommunalt ansatte på et selvstendig grunnlag, kartlegge pasienters behov for kommunale tjenester, basert på møter eller observasjoner inne i sykehus-/DPS?

Høsten 2009 etablerte St. Olavs Hospital og Trondheim kommune et felles prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus for inneliggende pasienter i psykisk helsevern". Det ble utarbeidet omforente kriterier for overføring av pasienter. Målet med tiltaket er å undersøke om kommunens ansatte kan slutføre den psykiatriske etterbehandlingen og samtidig foreta kartlegging av pasientens antatte omsorgsbehov ved utskriving, slik at pasienten kan tilbakeføres raskt til egen bolig. Etterbehandling i kommunalt helsehus har en varighet på inntil fire uker. Jeg vil undersøke hvilke faktorer som bør vektlegges i samhandlingen mellom partene for at prosjektet om etterbehandling i helsehus skal lykkes. På bakgrunn av empiri og teori vil jeg forsøke å finne svar på disse spørsmålene. På denne bakgrunn er følgende hovedproblemstilling definert:

Hva er årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskriving og hva kan gjøres?

For å svare på problemstillingen har jeg utarbeidet fire forskningsspørsmål, hvor det første er formulert slik:

1. *Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Hvilke tjenester venter de på?*

Det foreligger offentlig statistikk som viser antall utskrivingsklare pasienter i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Det foreligger ingen offentlig statistikk med en samlet oversikt over hvor lenge utskrivingsklare pasienter må vente i sykehus-/DPS på kommunale omsorgstjenester og heller ikke hvilke omsorgstjenester de venter på. I løpet av de siste 10 årene har kommunene fått øremerkede statlige psykiatrimidler (statlig Opptappingsplan for psykisk helse 1998-2008) for å bygge ut det psykiske helsetilbudet. Trondheim kommunes psykiatritilskudd for 2009 var på ca. 110 mill kroner. For disse midlene har Trondheim kommune bl.a. etablert ca. 120 tilrettelagte boliger for personer med psykiske lidelser. I disse boligene (botiltak) har personene tilgang på omsorgstjenester hele døgnet og alle dager i året. Erfaringer viser at pasienter som er tildelt bolig og tjenester (botiltak), etter flere års behandling i psykisk helsevern, fungerer bra i disse boligene. På bakgrunn av nevnte erfaringer, er min hypotese at fagpersonell ønsker å tilby pasienter med alvorlige psykiske lidelser et optimalt tilbud og at de er kjent med effekten av omsorgstilbudene i tilrettelagte boliger. De vil derfor anbefale tilsvarende omsorgstilbud ovenfor andre pasienter.

Det andre forskningsspørsmålet har jeg formulert slik:

2. *På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?*

Bakgrunn for spørsmålet er en hypotese om at fagansatte (partene) har ulik forståelse av ansvarsforhold, oppgaver og roller i "brukermøtet" om pasientenes behov. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk og psykisk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten har fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. Ulikheter i målforståelse kan bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger den enkelte part vektlegger.

Overlegene i sykehus har det medisinske ansvaret for pasientens behandling og har tradisjonelt vært suveren i å utøve makt – makt i den forstand å beslutte når behandlingen skal avsluttes, mens kommunes ansatte er tildelt ansvaret for å fatte forvaltningsvedtak på kommunale helse og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalen definerer at det skal foretas felles vurdering fra ansatte i psykisk helsevern og kommunen om hvilke forhold som skal være oppfylt, før pasienten defineres som utskrivingsklar.

Det tredje forskningsspørsmålet har jeg uttrykt slik:

3. *På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse i en kommunal kontekst?*

Pasienter som defineres som "utskrivingsklare" har oftest en alvorlig psykisk lidelse og et langvarig behandlingsforløp. Pasientene har som regel behov for gjentatte sykehus-/DPS - innleggelser og de blir derfor godt kjent av ansatte i psykisk helsevern. Samtidig har også disse pasientene kommunale helse og omsorgstjenester, når de ikke er innlagt i psykisk helsevern. Slik sett har kommuneansatte god oversikt og kjennskap til pasientenes omsorgsbehov og omsorgstjenester før de ble innlagt til behandling i psykisk helsevern. Kommuneansatte skal derfor vurdere endringer i pasientens omsorgsbehov på bakgrunn av sykehusansattes observasjoner av pasienten. Denne vurderingen foregår i brukermøter inne i sykehus-/DPS. Min hypotese er at kommuneansatte ikke har muligheter for å observere pasientenes omsorgsbehov på et selvstendig grunnlag inne i sykehus/DPS og at de derfor blir avhengig av å fatte forvaltningsvedtak på kommunale helse og omsorgstjenester på grunnlag av sykehusansattes observasjoner.

Det fjerde forskningsspørsmålet har følgende formulering:

4. Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?

Høsten 2009 igangsatte St. Olavs Hospital og Trondheim kommune et nytt felles prosjekt; ”etterbehandling” i kommunalt helsehus. Prosjektet finansieres i hovedsak med statlige midler og er et praktisk tiltak i tråd med nasjonale føringer i den nye Samhandlingsreformen (2009). Det er et nytt tiltak som ikke har vært prøvd ut tidligere i Norge. Bakgrunnen for spørsmålet er å få informasjon om forhold som har betydning for at partene kan lykkes med bruken av kommunalt helsehus som ny arena for kunnskapsutvikling. Hypotesen er: Når kommunalt ansatte foretar observasjoner av pasienten, vil det tildeles individuelle og skreddersydde omsorgstjenester på bakgrunn av pasientens reelle omsorgsbehov, da kommunalt ansatte har kunnskap om hele spekteret av kommunale omsorgstjenester. I tillegg er det kommunen som skal finansiere omsorgstilbudet og det er dermed viktig at ressursene tildeles ut i fra reelle behov og at tiltakene blir kostnadseffektive. Jeg mener derfor at sjansen det vil være stor sannsynlighet for at pasientene blir raskere utskrevet sammenlignet med dagens praksis.

Respondentene er kjent med at partene i fellesskap har etablert et kommunalt helsehus for etterbehandling av innlagte pasienter i psykisk helsevern.

DEL 2 TEORI

2.1 Innledning

Dette kapitlet redegjør for hvilke teorier jeg vil anvende for å tolke og analysere data-materialet i undersøkelsen. Teori kan defineres som en forenklet modell av virkeligheten, en modell som kan være til hjelp for å se og forstå komplekse sammenhenger. Det er viktig å være seg bevisst når teori skal velges, da valg av teori får konsekvenser for hvordan jeg vil tolke og analysere datagrunnlaget. Slik sett får teorien stor betydning for hvilke resultater eller konklusjoner som kan trekkes av undersøkelsen. Derfor må valg av teori kobles tett mot og påvirkes av den problemformuleringen og de forskningsspørsmålene jeg har valgt. Jeg har valgt å trekke fram relevant teori som et redskap eller et verktøy til bruk for både å belyse forskningsspørsmål og til å avgrense analysen. Dette skal forsøke å sette undersøkelsen inn i en kontekst og bidra til retning på spørsmål og fokus i intervjuene. Videre skal teoriene bidra i drøftingene av funn fra undersøkelsen for å understøtte og utdype argumentasjonen i svarene på forskningsspørsmålene. Jeg vil med andre ord bruke

teoriene induktivt som en del av min førforståelse og som et verktøy for å forstå, fortolke og analysere data. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 3. I valg av teoretisk tilnærming har jeg også utelatt mange relevante teorier. Det betyr at mitt teorivalg vil ha konsekvenser for analysen og for resultatene i neste omgang.

Med utgangspunkt i mine fire forskningsspørsmål har jeg vurdert hvilke teorier som kan brukes for å belyse disse. For å besvare spørsmålet om ventetid, samfunnskostnader og hvilke omsorgstjenester pasientene venter på, vil jeg innhente pasientstatistikk og analysere et utvalg.

Jeg starter med å vise et kort overblikk over utviklingen av offentlig sektor de siste 20 årene, for å se på hvilke trekk ved denne utviklingen som har og som har hatt betydning for organisering, ledelse og samhandling.

2.2 Utviklingstrekk i offentlig sektor

I løpet av de siste tjue årene har regjeringene i Skandinavia eksperimentert med organisering, produksjon, og levering av offentlige tjenester. Tidligere verdier forankret i offentlig administrasjon, blant annet det å tjene offentlige interesser, er blitt konfrontert med markedsstyring og markedsliknende organisasjons- og styringsprinsipper.

Modernisering av offentlig sektor med reformer i offentlig administrasjon og ledelse får gjerne samlebetegnelsen New Public Management (NPM), og fremstår som alternativ til tradisjonell offentlig administrasjon og ledelse (Busch et al 2007). NPM har blitt en felles betegnelse på de siste 25 års mange forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning. NPM hevdes å være en "familie" av moderniseringsideer for offentlig sektor henter fra privat sektor, der kjernen utgjøres av ideer om profesjonell ledelse, dvs. ledere med ledelseskunnskaper og frihetsgrader til å ta avgjørelser, oppsplitting av virksomheter i flere selvstendige resultatenheter, økt konkurranse, samt bruk av kontrakter som politisk styringsinstrument (Røvik 2007).

Med utgangspunkt i NPM og fokus på tjenestekvalitet, bestemte politisk myndighet i Trondheim kommune å opprette resultatenheter og innføre et mål- og resultatstyringsystem ved bruk av lederavtaler mellom rådmannen og enhetsledere (1998). Lederavtaler er ikke en juridisk avtale, men kan heller betraktes som en intern kontrakt mellom partene. Interne kontrakter finnes på ulike nivå; mellom leder og ansatt og mellom enheter (Busch et al 2007). Styringsformen brukes gjerne for å kunne iverksette og implementere politisk vedtatte mål og strategier for tjenesteproduksjonen, for å etablere

gode samarbeidsrelasjoner, for å utvikle kompetanse og for å kunne vurdere ressursbruk i forhold til oppgaver som skal løses.

Som et motsvar på NPM ble "governance" utviklet. Governance er ikke politisk styring gjennom representative og ansvarlige institusjoner som parlament og byråkrati som ligger i begrepet government, men innovative praksiser av nettverk eller horisontale former for interaksjon. Modernisering, globalisering og privatisering er hver for seg en del av utviklingen av governance. Endringer som har skjedd over tid i samfunnet og i staten, har skapt nye sosiale betingelser for hvordan offentlig forvaltning kan fungere og ledes. Governance skal fange bevegelsen fra et fokus på formelle politiske og administrative institusjoner, til fokus på samspill mellom forskjellige offentlige og private aktører og mellom forskjellige former for kommunikative systemer som for eksempel økonomi, politikk, vitenskap og massemedia. Slike samspill vil danne grupper av nettverk. Mange governance-teoretikere betrakter nå nettverk i et nytt lys. Tidligere betraktet teoretikerne nettverk ut fra et vilkårperspektiv, men disse blir nå sett på som et verktøyperspektiv. Dette perspektivet kan ses på som en tredje styreform, som kan tas i bruk, når byråkrati og marked kommer til kort. De er ikke bedre enn verken byråkrati eller marked. De har andre karakteristika og passer til politikkområder i visse tilfeller (Jensen og Sørensen 2004). Governance-teoriene er en heterogen samling av teorier. Teoriene er i hovedtrekk enige om å betrakte nettverk som; *selvorganiserende, løst koblede, interorganisatoriske interaksjonsenheter, som holdes sammen av tilstedeværelsen av gjensidig avhengighet og tillit, og treffer beslutninger på basis av forhandlinger* (Jensen og Sørensen 2004).

Janet Newman (2001) beskriver tre former for governance. Den første handler om ledelse gjennom nettverk som alternativ til hierarki og marked, den andre handler om fokus på utviklingen av samarbeidsledelse, en form for ledelse som gjenoppretter forholdet mellom stat, samfunn og innbyggere. Den tredje formen er å gjenskape medborgerskap. Dette er basert på at innbyggerne selv får økt makt og autonomi. Newman hevder at nye lederregimer krever et nytt sett av kommunikative ferdigheter som ledere og profesjonelle må lære seg. Dette er ferdigheter om ledelse, nettverksbygging, om å lage interaksjoner og forene forskjellighet. Disse ferdighetene er mer rasjonelle og prosessorienterte enn tradisjonelle lederferdigheter og er også avhengig av tillitskapende relasjoner (Newman 2001).

Dagens offentlige sektor har i seg både markedstenkning, nettverkstenkning og tradisjonelt hierarki. Samtidig kan vi se konturene av et sterkere innslag av individualisme hos borgerne gjennom at de stiller større krav til tilrettelagte tjenester, innsyn i politiske beslutninger, og

valgfrihet. Staten har i løpet av de siste årene sørget for at brukerne har fått rettighetsfestet mange helse og velferdstjenester. En slik lovfestet rett til tjenester er med på å skape forventninger til offentlig tjenesteproduksjon. Dette utfordrer både politikere og administrasjoner til å tenke nytt og annerledes for bl.a. å tette forventningsgapet. Tradisjonelle oppfatninger om at offentlig sektor er tungdrevet og byråkratisk, preger fortsatt en stor del av befolkningen.

Da min problemstilling er knyttet til samhandling mellom psykisk helsevern og kommuner, vil jeg peke på at psykisk helsearbeid har fått stor oppmerksomhet de siste årene gjennom den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Helseforetak og kommuner har mottatt milliarder for å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser. Det har skjedd betydelig strukturelle endringer fra institusjonsomsorg til poliklinisk behandling, hvor langt flere pasienter behandles i eget hjem fremfor i institusjon. Norges forskningsråd har gjennomført evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse(98-08). Planen var at midler til brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste skulle økes reelt med 6,1 mrd. kroner (2008-kroner). Planens økonomiske forutsetninger ble fullført i 2008. Bakgrunnen for satsningen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. Evalueringen viser til at det er etablert en ny lokalbasert tjeneste gjennom kraftig satsing i kommunene og etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) over hele landet. Det er fortsatt brist i samhandlingen i helsevesenet og regjeringen presenterte ny Samhandlingsreform (2009) som peker på flere årsaker. En viktig årsak er at det mangler *et helhetlig perspektiv* på hvordan tjenestene skal organiseres. Stykkevis og delt er en karakteristikk som pasienter som trenger hjelp fra flere instanser og fagfolk, kan kjenne igjen. Mange må ordne opp selv for å få noe til å skje – og ofte klarer de ikke dette på egen hånd og gir opp. Resultatet er ofte at sykdom får utvikle seg. Målet med samhandlingsreformen og forslagene i meldingen er at brukerne skal få helhetlige tjenester som er godt koordinert uansett hvor i behandlingsapparatet de søker hjelp.

Det har også skjedd store endringer innenfor organisasjonstenkning og ledelse gjennom de siste tjue årene. Stadig nye oppskrifter lanseres og oversettes til lokale versjoner i offentlige virksomheter. St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er intet unntak i denne sammenhengen.

2.3 Samhandlingsperspektiv

Partene (St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd) benytter avtale som verktøy for å regulere måten samhandlingen skal foregå omkring

utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Avtalen forplikter partene til å delta i brukermøter inne i sykehus-/DPS for å avklare om pasienten er utskrivingsklar og i så fall hvilke omsorgstjenester som må være på plass ved utskriving.

Det første forskningsspørsmålet skal gi svar på hvor lenge pasientene må vente på kommunale tjenester etter at behandlingen er avsluttet i sykehus-/DPS og hvilke samfunnskostnader dette har. Det skal også gi svar på hvilke tjenester kommunale helse og omsorgstjenester pasientene venter på. Jeg vil innhente data fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og fra Trondheim kommune, helse og velferd. For å analysere empiri vil jeg i hovedsak benytte institusjonell teori, men også noe økonomisk teori.

Sentrale tema i andre og tredje forskningsspørsmålene handler om å forstå begrunnelsen for partenes vurderinger av omsorgstjenester. Jeg ønsker derfor å ha en åpen og bred tilnærming til denne problemstillingen og vil derfor analysere empiri ved hjelp av to teoretiske tilnærminger: 1) *Institusjonell teori med vekt på makt* 2) *pragmatisk institusjonalisme med vekt på kunnskapsoverføring* (translasjonsteori).

Tema i fjerde forskningsspørsmål knyttes til ny modell for samhandling ved bruken av kommunalt helsehus. Jeg vil undersøke om etterbehandling i kommunalt helsehus kan være arena for kunnskapsutvikling og vil analysere empiri ved hjelp av pragmatisk institusjonalisme med vekt på translasjonsteori og betydningen av å ha en "god" oversetter ved kommunalt helsehus.

Innenfor translasjonsteori legges det stor vekt på å identifisere aktørene som skal oversette ideene og deres kunnskap. Oversetterne eller translatørene defineres i min oppgave til deltakere i brukermøter for de to samhandlende organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd, samt lederen eller prosjektlederen som er ansvarlig for nytt felles prosjekt; etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad).

2.3.1 Institusjonell teori

Institusjonell teori (Busch et al 2007) strekker seg tilbake til sosiologer som Max Weber og Émilie Durkheim, og institusjonell analyse fikk et gjennombrudd med Philip Selznick (1948, 1957). Selznick så at det var nødvendig med en grundigere forståelse av årsaken til at både organisasjoner og medarbeidere ofte agerer på måter som ikke er hensiktsmessige eller formålstjenlige i forhold til uttalte målsettinger. Han fant ut at organisasjoner blir formet av krefter som ligger utenfor virksomhetens vedtatte strukturer og mål. I motsetning til klassisk institusjonell teori, hvor institusjoner forstås som et nesten naturlig produkt av sosiale behov

og krefter, har nyinstitusjonalister de siste 30 årene i sterkere grad fokusert på institusjoner som styrende ideer eller regler (Busch et al 2007). Lübcke (1994) mener at en institusjon betyr den form, eller den måte, et samfunn har valgt å organisere eller innrette et system av regler for menneskelige handlinger. Det betyr at en institusjon er et relativt vedvarende sosialt byggverk, som sikrer en viss overensstemmelse mellom de ulike individenes handlinger. På denne måten kan institusjoner betraktes som et regelsystem som muliggjør sosial interaksjon mellom menneskene.

Utvikling av institusjonell teori kan forstås som en reaksjon mot for ensidig vektlegging av rasjonalitet og instrumentalitet i samfunnsvitenskapelig forskning og i det praktiske arbeidet med å endre organisasjoner (Busch et al 2007). Den institusjonelle tenkningen åpner for psykologiske og politiske aspekter ved organisasjoners funksjon, og den kan være et alternativ til kostnad-nytte-tenkning i nyklassisk økonomisk teori.

Scott (1995) summerer opp elementer fra ulike institusjonelle teoretikere og viser til at institusjoner består av kognitive, normative og regulative strukturer og handlinger som skaper stabilitet og gir mening til sosial atferd. Institusjoner overføres ved hjelp av ulike bærere, som kultur, struktur og rutiner.

I tabell 1 viser Scott (1995) hvordan de regulative, normative og kognitive institusjoner, eller institusjonelle pilarer, påvirker aktørenes atferd.

Tabell 2.1 De tre institusjonelle pilarer

	Regulerende	Normative	Kognitive
<i>Grunnlag for innordning</i>	Hensiktsmessighet	Sosial forpliktelse	Tatt for gitt
<i>Mekanisme</i>	Tvang	Normativ	Mimetisk
<i>Logikk</i>	Instrumentell	Hensiktsmessig	Vane
<i>Indikatorer</i>	Regler, lover, sanksjoner	Sertifisering, Akkreditering	Utbredelse Isomorfisme
<i>Basis for legitimitet</i>	Sanksjonert gjennom lov	Moralsk styrt	Kulturell støtte, begrepsmessig korrekt

2.3.2 Makt

Engelstad (1999) viser til Webers definisjon av makt: Makt er "ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand" (Weber 1971: 53). Robert Dahls definisjon 35 år senere er i samme ånd: "A har makt over B i den grad A kan få B til å gjøre noe som B ellers ikke ville gjort" (Dahl 1957). Rundt 1980 ga Michel Foucault denne karakteristikken: "Maktutøvelse... er en måte som visse handlinger påvirker andre handlinger på" (Foucault 1983: 219). Engelstad (1999) hevder at disse definisjonene inneholder mer eller mindre klart spesifisert følgende tre dimensjoner; makt som noe som er intensjonalt, relasjonelt eller kausalt. Han mener at disse elementene er bare delvis overlappende, slik at det er *kombinasjonen av alle tre* som utgjør det "sterke" maktbegrepet.

Bolman og Deal (2007) skiller mellom åtte typer maktkilder; posisjonsmakt, argumentasjonsmakt, kontroll over belønninger, makt gjennom tvangsmidler, allianser og nettverk, tilgang til og kontroll over agendaen, makt over fortolkningsrammer og personlig makt.

2.3.4 Kommunikasjon

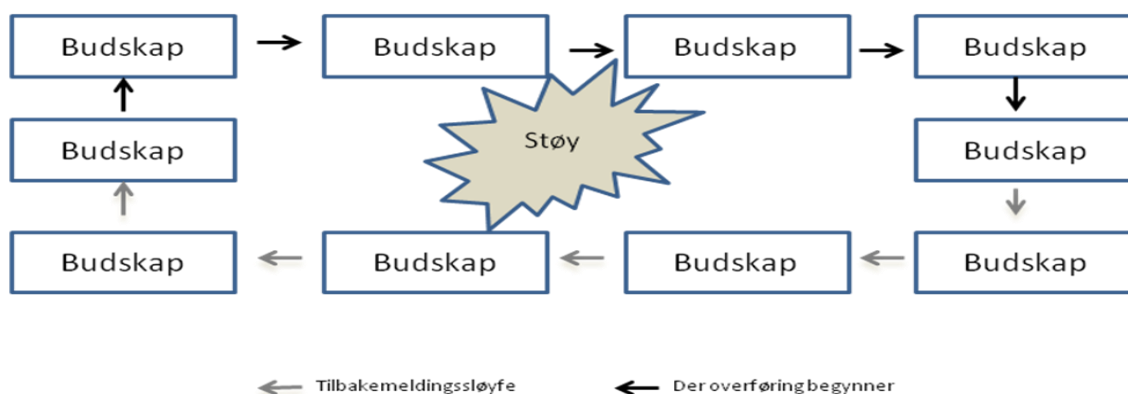
I avtalen mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er det lagt til grunn at samhandlingen skal skje gjennom dialog. En dialog er ofte en løpende meningsutveksling for å skape forståelse og å utjevne motsetninger. Jeg vil derfor undersøke forhold som kan påvirke dialogen og hvorvidt dialogen kan gi en felles forståelse av problemstillingen. Da dialog handler om kommunikasjon vil jeg anvende teori som er knyttet til kommunikasjonsprosessen. Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare* og betyr å meddele", "melde", "gjøre felles", "stå i forbindelse med" eller "underrette om". En enkel definisjon er å si at *kommunikasjon* er "overføring eller utveksling av informasjon gjennom et felles symbolsystem". Mer presist kan det sies at kommunikasjon er "prosessen der en person eller organisasjon (sender) overfører en type informasjon (budskap) til en annen person, gruppe eller organisasjon (mottaker), og der mottaker(ne) får en viss forståelse av budskapet". I denne definisjonen inngår tanken om at det både dreier seg om overføring av informasjon og overføring av mening (Kaufmann G., Kaufmann A. 2009).

Det finnes ingen overordnet kommunikasjonsteori, men en rekke forskjellige innfallsvinkler til det sammensatte fenomenet som kommunikasjon er (Kaufmann G., Kaufmann A. 2009). Jeg har tatt utgangspunkt i den mest anvendte modellen av kommunikasjonsprosessen som kalles den *informasjonsteoretiske modell* (Kaufmann G., Kaufmann A 2009).

Kommunikasjonsprosessen dreier seg mer om en toveisprosess enn en enveisprosess, og det

foregår tilbakemeldinger og gjensidige tolkninger i et sosialt samspill. Kaufmann & Kaufmann (2009) viser til følgende figur som er basert på informasjonsprosessteori, og som viser en mer utdypet versjon av hva som egentlig foregår i formidlingsprosessen mellom senderen og mottakeren.

Figur 2.1 Kommunikasjonsprosessens komponenter



Et kjernepunkt i kommunikasjon er spørsmålet om vår kapasitet til å omsette informasjon ved formidling av budskap. Særlig vil kognitive prosesser som oppmerksomhet og persepsjon være sentrale i dette samspillet. Kaufmann & Kaufmann (2009) skiller mellom fire hovedkomponenter i kommunikasjonsprosessen (se figur 2.1): Innkoding, kommunikasjonskanalen, avkoding og tilbakemelding. I tillegg til disse fire grunnkomponentene må en alltid regne med fallgruver eller "støy". Språkforskjeller, distraherende elementer, svikt i konsentrasjonsevnen eller at flere personer snakker samtidig er eksempler på "støy".

2.3.5 Kultur

Organisasjonskultur kan betraktes ut fra et funksjonalistisk perspektiv (Schein 1987) som et resultat av organisasjonens tilpasning til sine omgivelser. Det vil utvikles normer, verdier og en virkelighetskonstruksjon som er funksjonell ut fra de krav organisasjonen skal dekke i forhold til alle sine interessenter. Det vil utvikles en felles forståelse av organisasjonens misjon og mål, hvilke midler som skal benyttes for å realisere målene, og hvilke kriterier som skal benyttes for å evaluere resultatene. Organisasjonskulturen inneholder tre elementer som kan begrense organisasjonens evne til å takle endringer (Schein 1987):

- Normer som definerer et handlingsrom som setter begrensninger for hvilke aktiviteter organisasjonsmedlemmene kan gjennomføre
- Verdier gir et sett med grunnleggende kriterier som alle handlinger veies mot. Aktiviteter som bryter med disse verdiene, vil ikke bli akseptert i organisasjonen.

- Grunnleggende antakelser representerer en virkelighetskonstruksjon som både påvirker organisasjonsmedlemmenes tolkninger av foreliggende problemer og begrenser deres sett av alternative løsninger.

Kulturens begrensninger ligger ikke i normer og verdier, men i at organisasjonsmedlemmene har en dysfunksjonell tolkning av hvilke utfordringer organisasjonen står ovenfor (Busch 2007).

Schein (1992) definerer også kultur som "et mønster av felles, grunnleggende antakelser som en gruppe er kommet fram til etter hvert som den har løst sine problemer når det gjelder ytre tilpasning og integrering, som har fungert godt nok til å bli betraktet som holdbare, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forbindelse med disse problemene".

Scott (1987) definerer tre forskjellige teoretiske kulturperspektiver som er fremstilt i tabell 2.2 (Schultz 2006):

Perspektiv	Organisasjonsforståelse	Organisasjonskultur
1. Rasjonalisme	Organisasjonen er et middel til effektiv måloppfyllelse	Kultur er et redskap til oppnåelse av gitte mål
2. Funksjonalisme	Organisasjonen er et kollektiv, som sørger for overlevelse gjennom ivaretagelse av nødvendige funksjoner	Kultur er et mønster av felles verdier og basale antakelser som ivaretar funksjoner vedrørende ekstern tilpasning og intern integrasjon
3. Symbolisme	Organisasjonen er et menneskelig system som uttrykker komplekse mønstre av symbolske handlinger	Kultur er et mønster av sosialt skapte symboler og meningsdannelse

2.3.6 Legitimitet

Weber (1924) definerer begrepet legitimitet som hvorvidt noe oppfattes som rettslig eller moralsk gyldig, om det kan rettfærdiggjøres og anerkjennes. Suchman (1995) definerer begrepet som en generalisert antakelse om at spesielle handlinger er ønskelige og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner.

Legitimitet kan med utgangspunkt i institusjonell teori klassifiseres i fire ulike former (Scott 1995, Suchman 1995) – pragmatisk-, legal-, normativ-, og kognitiv legitimitet.

Disse formene for legitimitet kan påvirke hverandre, og det er viktig å være klar over hvilke former som utfordres i en analyse av en situasjon. Om flere former for legitimitet utfordres på samme tid, vil det ha større konsekvenser. Omdømmebygging er eksempler på hvordan det er viktig å påvirke flere former av legitimiteten (Busch et al 2007). Engelstad (1999) beskriver Webers teori om legitimitet og makt, og hevder at en forutsetning for at store organisasjoner skal fungere, er at makten er legitim. Det innebærer at de som er knyttet til den, oppfatter maktforskjellene som rimelige og velbegrunnede. Det som særpreger den legitime maktens funksjonsmåte, er den aktive viljen til å adlyde blant de underordnede. Det å adlyde blir på sett og vis selvbegrunnende. I dette ligger ikke bare at B gjør som han blir bedt om, men også at den underordnede aktivt forgriper den overordnedes ønsker og søker å tilfredsstille dem før de er uttalt, kanskje til og med før de er klart tenkt. I så måte støter vi her mot en av maktens grenser, da det ikke er sikkert at den underordnede tolker riktig. Tvert om kan han feilvurdere den overordnedes ønsker og på den måten svekke den makten han ville tjene (Engelstad, 1999).

Engelstad (1999) peker videre på at normer inngår i det som danner og påvirker handling, og at aktørers gjensidige forståelse av normer leder til avtaler som binder fremtidige handlinger. Legitimitet hviler altså på en begrunnelse for at handlingen skal underordnes en norm eller regel. Engelstad (1999) mener at legitimitet først og fremst er knyttet til anerkjennelse av konstitutive regler og at legitimitet hviler på rimeligheten i begrunnelsen for en ordning, og at antakelsen om at andre også oppfatter begrunnelsen som rimelig.

2.3.7 Pragmatisk institusjonalisme - translasjonsteori

Røvik (2007) beskriver hvordan organisasjonsideer overføres mellom institusjoner, hvor ideer skal ut av noen organisasjoner og sammenhenger og inn i andre. Han bygger sin teori på en rekke forskningstradisjoner og viser til to paradigmatisk skiller som preger organisasjonsteorien; den *modernistiske* og den *sosialkonstruktivistiske* tilnærmingen. Den modernistiske tilnærmingen handler om at formelle organisasjoner har stor systemlikhet, og videre at det er systemer som er gjennomsyret av rasjonalitet. Kunnskaper og ideer skal og bør derfor i prinsippet kunne overføres mellom slike systemer. Ved hjelp av rasjonelle teknikker (bl.a benchmarking) vil man kunne oppdage "beste praksiser" i bestemte organisasjoner. Da organisasjoner antas å være relativt like og har rasjonelle systemer, vil slike beste praksiser i prinsippet være identifiserbare, uttakbare og overførbare til andre organisasjoner (dekontekstualisering).

Mange sosialkonstruktivister er tvilende til at populære organisasjonsideer faktisk springer ut av særlig effektive praksiser i bestemte organisasjoner, da man heller forklarer at populære ideer ofte har rykte som svært effektive redskaper, som uttrykk for effektiv "storytelling" som ledd i den sosiale autoriseringen av ideen (Huczynski 1993).

Sosialkonstruktivistisk inspirerte resonnementer om hva som skjer når ideer "reiser inn i" (kontekstualisering) er at ideer blir *tatt inn*, men ikke nødvendigvis *tatt i bruk*. Ideene tas inn for å leve opp til normer i omgivelsene om å være forandringsorientert, moderne organisasjon, men holdes avskjermet fra kjernevirksomheten. En unngår at utførelsen av kjernevirksomheten blir rystet og kanskje ødelagt av strømmen av tilfeldige, lettvinde og ofte dårlige ideer fra institusjonelle omgivelser.

Røvik (2007) viser til en tredje vei som han beskriver som *pragmatisk institusjonalisme*. Pragmatisk institusjonalisme handler om å ta høyde for at den modernistiske og den sosialkonstruktivistiske tradisjonen er for ensidig i sine syn. Den pragmatiske retningen er en teori som tar høyde for empiri og har et blikk for tvetydigheten. Historisk henter denne retningen inspirasjon fra filosofer som Pierce, James og Dewey. Et gjennomgående tema i den filosofiske pragmatismen er forholdet mellom den kunnskapen en utviklet om virkeligheten, og virkeligheten i seg selv. Røvik (2007) utvikler selv to teorier som er inspirert av pragmatismen, virus- og translasjonsteorien. Jeg vil anvende den siste teorien i min oppgave.

Translasjonsteori handler om hva organisasjonen kan gjøre med ideer og anvendes som analytisk tilnærming for bedre å forstå kunnskapsoverføring mellom organisasjoner. Røvik mener at denne teorien er en mer "*helhetlig pragmatisk teori om kunnskapsoverføring, da den både omfatter dekontekstualisering og kontekstualisering*" (Røvik 2007:56). Når Røvik skiller mellom kontekstualisering og dekontekstualisering av organisasjonsideer, er det fordi dette er prosesser som i praksis ofte blir gjennomført av ulike aktørgrupper og ofte også ukoordinert i tid og rom. Overføring omfatter dels dekontekstualisering, dvs at "noe" blir forsøkt tatt ut av en sammenheng, og dels kontekstualisering, dvs, at "noe" blir forsøkt satt inn i en ny sammenheng. Røvik har beskrevet elementer til en mer sammenhengende translasjonsteori om overføring og spredning av organisasjonsideer. Translasjonsteori åpner for innsikten om at det som overføres, er representasjoner og ideer, og slik sett noe langt mer omformbart enn fysiske objekter. I lys av et translasjonsteoretisk perspektiv er det mulig å se at ideer kan overføres mellom organisasjoner og over tid materialiseres, dvs. nedfelles i praksisplanet i adopterende organisasjon.

Da vurderinger av brukernes omsorgsevner og vedtak om kommunale omsorgstjenester foregår i brukermøter inne i sykehus-/DPS vil jeg først anvende begrepet "dekontekstualisering" for å analysere på hvilken måte sykehusansatte "tar ut" sin kunnskap om pasienters omsorgsbehov. Deretter benyttes begrepet "kontekstualisering" for å analysere på hvilken måte kommuneansatte "tar inn" observasjonene eller brukerdata fra sykehusansatte som grunnlag for å fatte forvaltningsvedtak om helse og omsorgstjenester. For å analysere forskningsspørsmål 4, dvs. nytt felles prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus" benyttes både dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosesser, samt betydningen av translatørkompetanse.

Dekontekstualisering, eller uthenting, består av mange og komplekse prosesser som strekker seg ut i tid og rom. Røvik (2007) beskriver dekontekstualiseringsprosesser i to hovedfaser; "løsrivelse" og "pakking". Med løsrivelse menes at en lokalisert, konkret praksis i en organisasjon forsøkes gitt en idèmessig representasjon, mens pakking betegner tilfeller der en organisasjonsidè tas ut av en bestemt kontekst og omformes slik at den fremstår som mindre kontekststøt og dermed mer overførbart til andre kontekster. Røvik (2007) viser til hvordan en kan anvende oversettelsesregler og vurdere ideens oversettbarhet for å analysere hva som blir med og hva som utelates, når en forsøker å gi en praksis en tydeligere idèmessig og språklig representasjon.

Kontekstualisering er når ideer oversettes til praksis, og det kan brukes til å forstå hvordan kommunalt ansatte oversetter brukerdata som formidles fra sykehusansatte til en kommunal praksis. Er det slik at informasjonen som gis om brukerdata blir tilnærmet kopiert av kommuneansatte eller foregår det en omforming til en kommunal "standard".

Kontekstualisering definerer Røvik som:

"..at ideer, som i varierende grad er representasjoner av praksiser fra bestemte kontekster, forsøkes introdusert i en ny organisatorisk kontekst. Når en idè reiser "inn i" et bestemt felt eller en organisasjon, kommer den vanligvis inn i en kompleks kontekst som består av bl.a fysisk-materielle strukturer, formelle strukturer, rutiner og prosedyrer, samt mer usynlige kulturer, som bl.a formidles gjennom sett av fortellinger" (Røvik, 2007:293).

Dette viser at det er mangfoldige faktorer som kan påvirke den ideen som kommer inn i organisasjonen. Røvik viser til et analytisk skille i måten å forstå hvilke prosesser som ligger bak en ide når den introduseres i en ny organisatorisk kontekst. Dette skillet går mellom generelle innskrivingsregler og spesifikke oversettelses- og omformingsregler. Generelle innskrivingsregler handler om å tolke en ide inn i den lokale kontekstens tid og rom, mens spesifikke oversettelses- og omformingsreglene handler om hvordan innholdet i ideene

påvirkes, når en prøver å overføre disse mellom ulike organisatoriske kontekster. I denne analytiske retningen blir oversetteren svært sentral.

Røvik (2007) hevder at en teori om translasjon av organisasjonsideer må ha tre hovedfokus: på *oversetterne*, dvs. de aktørene som formidler organisasjonsideer mellom kontekster. Han mener at deres "translatørkompetanse" må ta utgangspunkt i fire dyder som består av: den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, den modige og kreative translatøren, den tålmodige translatøren og den sterke translatøren. For det andre er det nødvendig å identifisere *oversettelsesregler* for dekontekstualisering, dvs. regler for hvordan praksiser i bestemte kontekster får idèmessige representasjoner og dels av å identifisere regler for kontekstualisering, dvs. for hvordan ideer blir forsøkt oversatt til praksis i konkrete organisasjoner. Det er regler som fokuserer på i hvilken grad det som overføres, kan bli omformet i spennet mellom kopiering og total omvandling. Det skilles mellom fire grunnleggende oversettelsesregler og som hver representerer ulike grader av omforming av det som søkes overført: kopiering, addering, fratrekking og omvandling.

Det tredje fokuset er knyttet til å identifisere hva oversatte ideer kan "gjøre" med de organisasjoner der de forsøkes adoptert – hvilke virkninger har dette medført i mottakende organisasjoner. I litteraturteori understrekes at den viktigste hensikten med oversettelser er intet mindre – men heller ikke mer – enn å gjøre den fremmede teksten kjent og tilgjengelig på et annet språk. Skoposteorien (Vermeer 1978, Reiss og Vermeer 1984) hevder at den bærende idè er at oversetteren først og fremst skal være forpliktet til å oppnå noen virkninger av sin oversettelse hos de som hører til det kultur- og språkområdet det oversettes til. Det innebærer at det må gjøres oversettelser som tar høyde for at de skal fungere når de er satt inn i en annen språklig og kulturell kontekst. Skoposteorien har derfor relevans til mitt tema og spørsmålet om effekten av oversatte ideer i organisasjoner som adopterer dem. Er det slik at Trondheim kommune, helse og velferd er fornøyd med de rådene som gis av ansatte i psykisk helsevern om pasientenes omsorgsbehov? Er det kopiering av anbefalinger eller blir rådene vurdert og bearbeidet på et selvstendig grunnlag og omvandlet til kommunal praksis eller standard?

Oversetteren

Oversetteren vil være den eller de personene som tar ned ideen og omsetter den til praksis. I min forskning er behandlingsansvarlige i St. Olavs Hospital, psykisk helsevern og fagansatte i helse og velferdskontorene i Trondheim kommune oversetteren, da nevnte aktører er tildelt myndighet til å samhandle om å definere når pasienter er utskrivingsklare og hva som skal til for at de kan utskrives. Et sentralt spørsmål er hvor stor frihet oversetteren eller fagansatte

for organisasjonene har eller tar seg. Frihetsgrader knyttes til i hvilken grad nåværende avtale om utskrivingsklare pasienter kan operasjonaliseres og forstås i organisasjonene. Den friheten som fagansvarlige har eller tar i dette arbeidet kan være avgjørende for om en i fellesskap lykkes med å ta ut pasienter etter at behandlingen er avsluttet i sykehus -/DPS. St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd har bestemt å prøve ut en felles ide med kommunalt helsehus for etterbehandling av innlagte psykiatriske pasienter, dvs. en ny modell for samhandling. Toppledelsen i begge organisasjonene har ansvar for at pasientene sikres gode og effektive pasientforløp gjennom samhandling mellom organisasjonene. Samtidig skal ledelsen sørge for at samhandlingen utvikles i riktig retning.

Den nye ideen eller modell for samhandling handler ikke bare om ett fysisk kommunalt helsehus – da ideen må oversettes til mange helse og velferdsenheter i Trondheim kommune og til alle døgnavdelinger i St. Olavs Hospital, psykisk helsevern. Lederen eller prosjektansvarlig for etterbehandlingen i kommunalt helsehus blir derfor en viktig aktør som oversetter. Ideen som beskriver ny samhandlingsmodell kan gå fra å være et fjernt styringsdokument, til å bli en viktig lokal prosedyre for samhandling om utskrivingsklare pasienter. Forskjellen mellom den frihetsgraden oversetteren har og den frihetsgraden oversetteren tar, vil være viktig for ideens form og innvirkning på organisasjonen (Røvik 2007). Det er ikke sagt at oversetteren med hensikt endrer ideene, men at ideen rett og slett er for abstrakt eller kommer fra en kontekst som er svært ulik den konteksten den skal innføres i. Ideen må derfor tolkes og oversettes til den organisasjonen ideen skal innføres til før den resulterer i praksis.

Røvik (2007) peker på at det finnes så vel *gode* som *dårlige* oversettelse og overføring av organisasjonsideer – omtrent som for oversettelse av litterære tekster. Han viser til betydningen av organisasjonens translatørkompetanse og tydeliggjør hva som må inngå i begrepet "god translatørkompetanse" gjennom fire dyder for den dugende idèoversetteren; den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, den modige og kreative translatøren, den tålmodige translatøren og den sterke translatøren.

2.4 Økonomisk teori

Ringstad (2007) beskriver tre hovedoppgaver til den offentlige sektoren; allokeringspolitikk, fordelingspolitikk og stabiliseringspolitikk.

GOSSEN har definert kostnadsteori på følgende måte andre lov: "Nytten av den siste krone skal være lik i alle anvendelser".

Opstad (2006: 121) beskriver den optimale mengden av velferdsgoder der samfunnets grensenytte er lik grensekostnadene.

2.5 Oppsummering

Kapittel 2 gir et kort overblikk over utviklingen av offentlig sektor de siste 20 årene, for å se på hvilke trekk ved denne utviklingen som har og som har hatt betydning for organisering, ledelse og samhandling. New Public Management (NPM) har blitt en felles betegnelse på de siste 25 års mange forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning. NPM hevdes å være en "familie" av moderniseringsideer for offentlig sektor henter fra privat sektor, der kjernen utgjøres av ideer om profesjonell ledelse, dvs. ledere med ledelseskunnskaper og frihetsgrader til å ta avgjørelser, oppsplitting av virksomheter i flere selvstendige resultatenheter, økt konkurranse, samt bruk av kontrakter som politisk styringsinstrument (Røvik 2007). Som et motsvar på NPM kom utviklingen av "governance". Governance er ikke politisk styring gjennom representative og ansvarlige institusjoner som parlament og byråkrati som ligger i begrepet government, men innovative praksiser av nettverk eller horisontale former for interaksjon. Det har skjedd store endringer innenfor organisasjonstenkning og ledelse gjennom de siste tjue årene. Stadig nye oppskrifter lanseres og oversettes til lokale versjoner i offentlige virksomheter. St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er intet unntak i denne sammenhengen.

Jeg har gjort rede for valg av teori som skal anvendes for å tolke og analysere datamaterialet i min undersøkelse. Videre skal teoriene bidra i drøftingene av funn fra undersøkelsen for å understøtte og utdype argumentasjonen i svarene på forskningsspørsmålene. Jeg vil med andre ord bruke teoriene induktivt som en del av min førforståelse og som et verktøy for å forstå, fortolke og analysere data. For å belyse det første forskningsspørsmålet som omhandler ventetid, samfunnskostnader og hvilke omsorgstjenester pasientene venter på før de kan skrives ut, anvendes i hovedsak institusjonell teori, samt økonomisk teori. For å belyse andre og tredje forskningsspørsmålene som knyttes til grunnlaget for å vurdere pasientenes omsorgsbehov og hvordan observasjonene (brukerdata) formidles i brukermøtet, har jeg valgt å se dette i lys av institusjonell teori, både med vekt på maktperspektiv og translasjonsperspektiv (kunnskapsoverføring). Sentrale begrep innenfor institusjonell teori er makt og legitimitet, kommunikasjon, kultur og translasjon.

Tema i fjerde forskningsspørsmål knyttes til ny modell for samhandling ved bruken av kommunalt helsehus. Jeg vil undersøke om etterbehandling i kommunalt helsehus kan være arena for kunnskapsutvikling og vil analysere empiri ved hjelp av translasjonsteori med vekt

på organisasjonens betydning av ”god translatørkompetanse”. Med god translatørkompetanse beskrives fire dyder som oversetteren må besitte; *kunnskap, mot, tålmodighet og styrke*.

DEL 3 METODE

3.1 Innledning

Dette kapitlet redegjør for den metodiske tilnærmingen som er valgt og hvilken fremgangsmåte som er benyttet i den empiriske undersøkelsen. Jeg vil innledningsvis omtale det empiriske feltet ved å beskrive de to organisasjonene som jeg har forsket i, Trondheim kommune, helse og velferd og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern.

Da jeg ønsker å skape et godt resultat av mitt forskningsarbeid, må jeg også begrunne mine valg. Jeg ønsker å sikre at datamaterialet som fremskaffes er pålitelig, kunnskapsbasert og at dette gjøres i tråd med anerkjente vitenskapelige metoder.

Metode er en måte å gå frem på for å samle inn empiri, dvs. data om virkeligheten. Metoden blir da et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av den såkalte virkeligheten. Derfor kan vi ofte få en forståelse av at metode er et teknisk hjelpemiddel for å gjennomføre undersøkelser. Det finnes en grunnleggende uenighet om hva virkelighet eller sannhet egentlig er, hvordan vi kan vite noe om denne virkeligheten, og hvordan vi bør samle inn informasjon for å få en best mulig tilnærming til virkeligheten (Jacobsen 2005). I tillegg til metode er det to andre faktorer som kan hjelpe til med å diskutere begrepene; virkelighet, sannhet og kunnskap. Den ene faktoren er *ontologi* som betyr læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. En ontologisk debatt er en debatt om hvorvidt sosiale systemer – mennesker som samhandler består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. Den andre faktoren er *epistemologi* som sier noe om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Jacobsen 2005). I kapittel 3.3 vil jeg redegjøre nærmere om begrepene ontologi og epistemologi.

3.2 Beskrivelse av det empiriske feltet

Undersøkelsen er foretatt blant ledere og ansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og i Trondheim kommune, helse og omsorg. Mitt empiriske felt er innenfor psykisk helsearbeid, eller mer presist i grenseflaten mellom psykiatri og psykisk helsearbeid. Litt forenklet kan en si at ”psykiatri” defineres som et fagområde som utøves av spesialisthelsetjenesten, mens ”psykisk helsearbeid” utøves av kommunehelsetjenesten. Mine respondenter er ledere med universitets- eller høgskoleutdanning og fagpersonell med

høgskoleutdanning. Alle har lang erfaring som ledere eller fagansatte og de har samtidig lang erfaring med å samhandle omkring utskrivingsklare psykiatriske pasienter. Slik samhandling foregår på minst to plan. Det administrative samarbeidet er strukturert i faste månedlige møter mellom divisjonssjefen for psykisk helsevern og kommunaldirektøren for helse og velferd. Samarbeidet mellom fagpersonene er knyttet til brukermøter inne i sykehus-/DPS for å vurdere om pasientene er utskrivingsklar og hvilke kommunale tjenester som må være på plass ved utskriving.

3.2.1 Trondheim kommune

Pr. 1.1.2010 var det registrert 170.936 innbyggere i Norges tredje største by. Trondheim kommune er en meget stor arbeidsplass med ca. 12.500 ansatte og alle byens innbyggere som tjenestemottakere. Det kreves derfor et velsmurt maskineri for å administrere selve organisasjonen Trondheim kommune. Kommunen innførte allerede i 1998 en to-nivå modell med en strategisk ledelse bestående av rådmannen og 6 kommunaldirektører med hvert sitt ansvar innenfor; byutvikling, finans, helse og velferd, kultur og næring, organisasjon og oppvekst og utdanning. Rådmannsinstituttet har egen rådgiverstab med ca 60 rådgivere. Rådgiverne jobber på tvers av alle områdene, men er samtidig inndelt i faggrupper etter fagområdet til den enkelte kommunaldirektør. Rådgiverstaben har ansvar for saksbehandling, utarbeide saksfremlegg for politisk foresatte, tjenesteutvikling og opptre på vegne av rådmannen i ulike saker.

Det andre ledernivået består av ca. 250 enhetsledere. En enhetsleder kan for eksempel ha ansvar for en skole, en barnehage, helse og velferdssenter, hjemmetjenesteenhet, byggesaks kontor eller byplankontor. Enhetsledere har budsjett-, personal- og fagansvar innenfor sin enhet. Da min oppgave er relatert til helse og velferd vil jeg bemerke at kommunaldirektør for helse og velferd har ansvar for 78 enhetsledere og hver leder har ansvar for 30 – 100 årsverk.

Bystyret i Trondheim kommune har vedtatt et mål- og resultatstyringssystem basert på lederavtaler mellom rådmannen og enhetsleder. Rådmannen inngår årlig lederavtale med hver enkelt enhetsleder for å sikre gjennomføring av politiske vedtak. Det er rådgiverstaben, på vegne av kommunaldirektøren, som legger til rette for prosessen med å utvikle og fastsette resultatmålene i lederavtalen, samt vurdere måloppnåelse. Vurdering av individuell måloppnåelse er knyttet til fire områder; budsjett-/regnskap, medarbeidertilfredshet, brukertilfredshet og faglige resultat.

De to ledernivåene har felles støttefunksjoner som; økonomitjeneste, personaltjeneste, IT-tjeneste, regnskapstjeneste og juridiske tjenester. I tillegg er det en egen kommunikasjonsenhet som bistår lederne med råd og veiledning i forhold til strategiske og utførende oppgaver.

Trondheim kommune har også innført en bestiller – utførermodell (BUM-modell). Helse og velferdstjenesten har opprettet fire helse- og velferdskontor(ett i hver bydel) med ansvar for å vurdere om personen oppfyller kriteriene for å motta hjelp og deretter vurdere hvilke tjenester som brukeren må ha for å kompensere for funksjonstapet. Det fattes deretter et lovfestet enkeltvedtak på retten til nevnte tjenester. Det er fagpersoner ved de fire helse- og velferdskontorene som deltar i brukermøter inne i sykehus-/DPS om utskrivingsklare pasienter, da disse har delegert myndighet til å fatte forvaltningsvedtak om kommunale tjenester (bestiller). Det psykiske helsearbeidet i kommunen utføres av flere enheter.

Enhet for Oppfølgingstjenester tilbyr helse og omsorgstjenester til ca. 1500 registrerte brukere som har rusproblemer og eller psykiske lidelser. Enheten sysselsetter ca 50 årsverk med høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell.

Enhet for Boveiledning gir hjelp og bistand til ca. 200 brukere og sysselsetter ca 40 årsverk. De ansatte har flerfaglig kompetanse som for eksempel omsorgsarbeider, sykepleier eller vernepleier. De jobber i turnus, dvs. på dag-, kveld-, og helgetid.

Enhet for Botiltak, psykisk helse har ca 60 årsverk med flerfaglig kompetanse. De yter tjenester til personer med psykiske lidelser som bor i tilrettelagte kommunale boliger. Disse brukerne har tilgang på helse og omsorgstjenester hele døgnet, 365 dager. Det er 120 brukere som mottar tjenester fra denne enheten.

Østbyen helsehus, avdeling Leistad har ca. 8 årsverk og tilbyr 10-15 etterbehandlingsplasser for inneliggende utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern.

Andre kommunale tjenesteenheter som yter hjelp til personer med psykiske lidelser er; hjemmetjenesten, enhet for kultur, ergoterapi- og fysioterapitjenesten, legevakt og helsehus.

Trondheim kommunes plan for psykisk helse (2007 – 2010) har som mål at antall utskrivingsklare pasienter ikke skal overstige 10 og at ingen skal vente på kommunale tjenester i mer enn 6 uker.

3.2.2 St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern

St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern skal gi befolkningen i hele Sør-Trøndelag psykiatrisk behandling på spesialisthelsetjenestenivå, både for barn og voksen.

Psykisk helsevern består av sykehuset avdeling Østmarka - med øyeblikkelig hjelp-funksjon og spesialavdelinger, Regional sikkerhetsavdeling Brøset, tre distriktpsikiatriske sentra (DPS) som betjener hver sin del av Sør-Trøndelag fylke og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Da min oppgave er relatert til samhandling med psykisk helsevern omkring personer over 18 år som er hjemmehørende i Trondheim kommune vil jeg beskrive institusjonene Østmarka sykehus, Nidaros DPS og Tiller DPS. Østmarka sykehus består av 8 poster eller avdelinger.

Akuttpost 1, 2, 3 og 4 ivaretar akutt-/øyeblikkelig hjelp-funksjonen og hver av postene har 10 senger. Postene vil først og fremst behandle den akutte krisetilstand og prøve å kartlegge videre behandlingsbehov. Etter akuttbehandlingen henvises pasientene til egnede behandlingsopplegg ved samarbeidsparter som kommunene, DPS og langtidsposter ved avdelingen. Miljøkontaktene vil sammen med den enkelte pasient og behandler, planlegge behandlingen under oppholdet ved postene. Behandlergruppa består av: overlege (psykiater), leger og psykolog. Sosionom er også tilknyttet postene. Overlegene har det medisinske ansvaret for alle som er innlagt. Avdelingssykepleier er ansvarlig for sykepleietjenesten ved posten.

Spesialpost 3 er en døgnavdeling med 16 plasser for unge nysyke personer med psykoseproblematikk og som kan ha samtidig rusmisbruk. Innleggelsestiden vil være 3 – 9 måneder.

Spesialpost 4 er en korttids rehabiliteringspost med 16 døgnplasser. Det er ansatt en psykolog som leder for spiseforstyrrelsesprosjektet. Før utskrivning kan det tilbys dagpasientstatus i ca to uker. Posten kan også tilby kort poliklinisk kontakt i påvente av videre tilbud.

Spesialpost 6 er en aktiv, utviklingsorientert og utadrettet post for utredning og behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, sammensatt problematikk og varig funksjonssvikt. Posten er en lukket sengeavdeling. Under oppholdet vil det etableres samarbeid med DPS og kommunen for å tilrettelegge for videre oppfølging etter utskrivning. Behandlingen bygger på medisinsk og miljøterapeutiske prinsipper.

Spesialpost 7 er en rehabiliteringspost med 6 plasser primært rettet mot personer med alvorlig sinnslidelse. I tillegg er det 6 plasser i "Gulhuset" som ligger i en bygning vis a vis sykehuset. "Gulhuset" blir brukt som en overgang for de som er på vei ut i samfunnet, og det skal være en gradvis tilnærming til et selvstendig liv i egen bolig. Hovedmålet er å tilby et stabilt og faglig høyt nivå på behandlingen til mennesker i en fase av livet hvor de trenger støtte og ekstra oppfølging til å takle hverdagen, og å leve med sykdommen. Dette innbefatter læringsfokuserede strategier for å takle livet utenfor en institusjon. Posten har

også målsetting om arbeidstrening / opplæring, samt kartlegge og øke funksjonsnivået ved observasjon i et lite arbeidsmiljø hvor arbeidsoppgavene er tilrettlagt for hver enkelt.

Nidaros DPS er et nytt distriktpsikiatrisk senter (2009) som består av døgnavdelinger, poliklinikker og psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (PART).

Tiller DPS er et distriktpsikiatrisk senter som består av døgnavdelinger, poliklinikker og et aktivt oppsøkende støtteteam (ACT-team, assertive community team). I tillegg er det et ambulant akutt team som tilbyr samtaler i poliklinikk, hos samarbeidspartnere eller ved hjemmebesøk. Teamet kan følge opp den enkelte pasient i inntil 3 uker. Er det behov for ytterligere behandling, vil pasienten henvises videre i spesialisthelsetjenesten eller følges opp av den kommunale helsetjenesten.

I tabell 3.1 vises Sosial- og helsedirektoratets anbefaling av oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusoppgaver (veileder IS-1388, 2006):

Tabell 3.1 Oppgavefordeling mellom DPS og sykehusoppgaver

DPS har ansvar for:	Sentraliserte sykehusfunksjoner:
<ul style="list-style-type: none"> • Akutt- og krisetjenester • Spesialisert utredning og behandling • Tett samarbeid med kommunene og øvrige spesialisthelsetjeneste • Bistå kommunene med råd og veiledning • Ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten 	<ul style="list-style-type: none"> • Øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenester § 3-1, jf. forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet • Pasienter som trenger opphold i lukket avdeling • Pasienter som trenger opphold i sikkerhetsavdeling • Pasienter med særlig vanskelige og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (komorbiditet), selvskading, tvangs-lidelser, personlighetsforstyrrelser eller andre kompliserte tilstander • Pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander hos eldre • Samarbeid med DPS, øvrige spesialisthelsetjeneste, og kommuner

3.3 Metodisk tilnærming

Før jeg går løs på den praktisk orienterte metoden, vil jeg drøfte begrepene ontologi og epistemologi som vist i kapittel 3.1. Det første begrepet er *ontologi* som er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. En ontologisk debatt er en debatt om hvorvidt sosiale systemer – mennesker som samhandler består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. En vitenskapsteoretisk retning kalt *positivismen*, har som grunnleggende antagelse at det finnes noen generelle lover i sosiale systemer og at positivistene har forsøkt å avdekke disse lovmessighetene. Disse har blitt utfordret fra flere hold og mange hevder at naturvitenskapens ide om generelle lover ikke kan overføres til sosiale systemer, da det å studere mennesker er noe helt annet enn å studere for eksempel atomer og partikler. Poenget med studiet av mennesker; hva de gjør og hva de tenker, i liten grad kan fange opp universelle lover, fordi mennesker lærer, reagerer på ny kunnskap og endrer atferd i motsetning til "døde" ting (naturvitenskap). Kunnskap om mennesker blir dermed mindre generell og mer unik. Det ontologiske utgangspunktet får betydning for min problemstilling og gjennomføring av undersøkelsen med henblikk på en forståelse for det spesielle og unike.

Det andre begrepet er *epistemologi* som sier noe om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten. Den positivistiske retningen hevder at det finnes en objektiv verden utenfor oss selv og at den objektive virkeligheten kan studeres på en objektiv måte. Det kan dessuten opparbeides en kumulativ kunnskap om den objektive verden ved at resultater fra ulike undersøkelser kan kobles sammen. Slik sett kan vi få en bedre oversikt over de lovmessigheter som samfunnet styres av.

Den positivistiske tilnærmingen blir kritisert fra mange hold. I nyere tid har studier av organisasjonskultur vært dominert av forskere med en fortolkningsbasert tilnærming. Fokuset er flyttet fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolker og lager sin egen virkelighet. Det var meningsløst å snakke om en objektiv virkelighet – en sosial virkelighet som var lik for alle og som i praksis betyr at alle mennesker oppfatter et fenomen på samme måte.

I nyere tid har studier av organisasjonskulturer vært dominert av forskere med en fortolkningsbasert tilnærming. Fokuset ble flyttet fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolket og laget mening av en virkelighet. Fokuset ble flyttet fra det objektive til det subjektive. Forskerne la vekt på å forstå den enkeltes situasjon med sine spesielle trekk. Tilhengere av denne retningen var også skeptisk til ideen om at forskningen var kumulativ, da denne bare kunne være lokal og knyttet til et spesielt sted og

et spesielt tidspunkt. Dette gir et epistemologisk utgangspunkt som sier at det er umulig å tenke seg en objektiv kunnskap om samfunnet.

3.4 Innsamling av data – fremgangsmåte

Slik jeg tidligere har beskrevet skal metode angi hvilken fremgangsmåte som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten. Jeg vil i følgende kapittel redegjøre for valg av metode som jeg mener er best egnet til å gi svar på min problemstilling.

3.4.1 Deduktiv eller induktiv

Det er to sentrale strategier å velge blant: *deduktiv* eller *induktiv*. Tilhengere av en deduktiv strategi hevder at den beste fremgangsmåten er først å skape seg noen forventninger om hvordan virkeligheten ser ut, og dernest gå ut og samle inn empiri for å se om forventningene stemmer overens med virkeligheten. Forventningene dannes her på bakgrunn av tidligere empiriske funn og tidligere teorier. Kritikken mot en slik tilnærming til datainnsamling er at den nødvendigvis vil føre til at forskeren bare leter etter den informasjon han eller hun finner relevant, og som dermed har en tendens til å støtte opp om de forventninger forskeren startet undersøkelsen med. Ved at vi danner oss konkrete forventninger, begrenses informasjonen og det kan resultere i at viktig informasjon blir oversett.

Med en induktiv tilnærming går forskeren motsatt vei, fra empiri til teori. Idealet er forskeren som går ut i virkeligheten med et tilnærmet åpent sinn, samler inn all relevant informasjon og til slutt går i tenkeboksen og systematiserer innsamlede data. Ut fra en slik åpen tilnærming dannes så teoriene. Målet er at ikke noe skal begrense hvilken informasjon den enkelte forsker samler inn (Jacobsen 2005).

Kritikken mot den induktive strategien kom raskt fra dem som mente det var umulig og naivt å tro at mennesker kunne gå ut i virkeligheten med et åpent sinn. Moderne psykologisk forskning på menneskets evne til å samle inn og bearbeide informasjon er relativt entydige i sine funn. De hevder at mennesker ikke har kapasitet til å samle inn all relevant informasjon (Simon, 1945; Schott, 1991).

Min forutforståelse av problemstillingen bygger på eksterne funn, bl.a. fra samhandling omkring utskrivingsklare pasienter i somatiske sykehus (Garåsen, 2008) og hvordan dagens avtale regulerer samhandlingen mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune. Min problemstilling skal søke å finne svar på hva som skjer i samhandlingen mellom disse organisasjonene, dvs. i brukermøter mellom fagpersoner. Da det er fagpersoner fra to ulike organisasjoner som skal vurdere inneliggende pasienters

behov for kommunale tjenester etter utskrivning, vil jeg beskrive handlingsmønsteret og prosessen i det konkrete "brukermøtet". Jeg vil samtidig beskrive hvilke oppfatninger aktørene har av egne og andres roller og oppgaver i samhandlingen. Mitt fokus er å finne ut hva som skjer i prosessen med å vurdere omsorgsbehov og hvordan denne observasjonen blir formidlet av sykehusansatte og bearbeidet av kommuneansatte. Jeg velger derfor en induktiv tilnærming.

3.4.2 Holisme eller individualisme

En annen metodisk tilnærming er knyttet til problemet mellom holisme eller individualisme om hvordan sosiale fenomener skal forstås. Enkelte mener at individet er den eneste fornuftige analyseenhet ved å studere deres motiver og atferd. Mens andre mener at en slik individualisme reduserer vår evne til å forstå sosiale fenomener. En individualistisk tilnærming har gitt opphav til to vanlige metodiske undersøkelsesopplegg: 1) kontrollerte eksperimenter 2) store utvalgsundersøkelser.

En holistisk tilnærming innebærer at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenhengen de inngår i. Tilhengere av en slik tilnærming hevder at en må fokusere på hvordan mennesker fungerer og opptrer i ulike sammenhenger.

Da jeg skal studere samhandling mellom to ulike organisasjoner og hva som skjer i møter mellom fagpersoner fra to ulike organisasjoner vil jeg ha en holistisk tilnærming. En slik tilnærming vil kunne avdekke hvordan prosessene er mellom partene og hva partene legger vekt på i brukermøter, slik at utskrivingsklare pasienter faktisk skrives ut fra institusjoner i psykisk helsevern.

3.4.3 Nærhet eller distanse

Et annet metodisk problem er å minimere eller aller helst eliminere forskerens effekt på de som skal studeres. Det må være et skille mellom forsker og det fenomen som undersøkes. Idealet er repliserbarhet, det vil si at en annen forsker gjennomfører et identisk forskningsopplegg også kommer frem til samme resultat (Jacobsen 2005). Noen hevder at forskningen aldri kan bli kvitt såkalte forskningseffekter, det at forskeren påvirker resultatet, da forskeren alltid har en relasjon til forskningsobjektet.

Da jeg har vært sterkt delaktig både i prosessen og planleggingen av et nytt prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus" for personer med psykiske lidelser har jeg nærhet til forskningsobjektet. Jeg må være bevisst denne nærheten og forsøke å opptre på en slik måte at jeg ikke blir styrt av egne forventninger om virkeligheten.

3.4.4 Kvalitativ eller kvantitativ metode

Innenfor samfunnsvitenskapen skilles det i hovedsak mellom to hovedformer for metoder; *kvalitative* og *kvantitative*. Den kvalitative metoden kan ses som en reaksjon på anvendelsen av den naturvitenskapelige metoden til å studere sosiale fenomener. Det er et ønske om å få tak i hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten gjennom observasjon – hva de gjør og sier – og la dem snakke med egne ord. Gjennom slike åpne tilnærminger får en frem hvordan mennesker selv konstruerer virkeligheten, samt nyanser som ligger i ulike fortolkninger (Jakobsen 2005).

Kvantitative metoder har som et grunnleggende utgangspunkt at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av metoder og instrumenter som kan gi oss informasjon i form av *tall*. Det klassiske kvantitative måleinstrumentet er spørreskjemaet med faste svaralternativer. Idealet er den naturvitenskapelige forskningen, der tallfesting fører til at fenomener kan studeres nøye og med stor presisjon.

Min problemstilling er formulert ut fra en fortolkningsbasert tilnærming, da jeg skal finne årsaken(e) til at utskrivingsklare pasienter må vente på utskriving og om det er andre måter som eventuelt kan bedre samhandlingen. Jeg vil identifisere om brukermøter inne i sykehus - /DPS bidrar til å avklare pasientens reelle omsorgsbehov og at tildeling av kommunale omsorgstjenester er i samsvar med omsorgsbehovene. Da jeg ønsker å se nærmere på hva som skjer i relasjonen mellom fagpersoner som skal samhandle for å forstå årsaken(e) til fenomenet "utskrivingsklare pasienter" vil jeg anvende kvalitativ metode.

I min forskning er målet å få en dypere forståelse av hva som skjer i prosessen mellom to parter og at dette må forstås ut i fra informantenes ståsted (Merriam, 1998). Styrkene ved å bruke en kvalitativ metode er at forskeren får innblikk i det spesielle ved hver situasjon. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Ordet kvalitativ henviser til kvaliteten, det vil si karaktertrekkene og egenskapene ved fenomenene. Med bakgrunn i min problemstilling og formålet med forskningen har jeg valgt å bruke metoden kvalitativ intervjuundersøkelse. Jeg ønsker at respondentenes stemme skal bli hørt og at jeg som forsker har et reflektert og bevisst forhold til dette ved valg av metode. Derfor ble det viktig for meg å velge en metode som ivaretar respondentenes synspunkter og som kan gi dybdekunnskap om hvorvidt samhandling knyttet til brukermøter inne i sykehus-/DPS kan gi et riktig bilde av pasientenes behov. Styrken ved kvalitativ intervjuundersøkelse er bruken av intervju som hovedkilde til informasjon. Intervju er en egnet metode for innhenting av data

som gir dybdekunnskap om et avgrenset område, noe som er ønskelig i denne oppgaven. Innenfor den kvalitative metode har jeg valgt å benytte gruppeintervju med homogene respondenter, hvor ledere og fagpersoner utgjør hver sin homogene gruppe i de to organisasjonene. Jeg velger denne metoden, da mitt tema er avgrenset. Jeg ønsker å få frem respondentenes erfaringer i å samhandle med en annen organisasjon. I mange tilfeller vil ikke mennesker tenke særlig nøye igjennom hva som skjer når de er tilstede under en hendelse (Jacobsen 2005). Et gruppeintervju kan være med på å starte en tankeprosess der den enkelte bearbeider sine erfaringer i løpet av intervjuet. Det skjer en fortolkningsutvikling i gruppen, og deltakerne i gruppen hjelper hverandre å forstå noe som har skjedd. Morgan (1993) har påpekt at gruppeintervjuer kanskje ikke er så mye bedre enn individuelle intervjuer når det gjelder å få frem synspunkter. Det som gjør gruppeintervjuene overlegne i forhold til individuelle intervju er at de får frem *hvorfor* mennesker har et spesielt synspunkt. Gjennom samtale med andre i samme situasjon får deltakerne perspektiv på tingene, og de utvikler mening i løpet av selve prosessen (Jacobsen 2005).

Jeg har samtidig benyttet eksterne rapporter, utredninger og evalueringer om tema "samhandling" mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Jeg har også gjennomgått interne dokumenter mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd som er knyttet til samhandling.

I tillegg anvendes statistikk om "utskrivingsklare pasienter" fra dagens modell for samhandling og fra nytt prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus". Jeg ønsker å sammenstille disse for å se om det er forskjeller på "ventetid" for utskrivning og om det er forskjeller på omsorgstjenester før og etter innleggelse i psykisk helsevern.

Overførbarheten av mine resultater er avhengig av om jeg klarer å spesifisere og tydeliggjøre variablene for hva som kan defineres som god samhandling, samt hvor eksplisitt jeg klarer å analysere funnene. For å forstå mer av hva dette begrepet inneholder har jeg valgt å se dette i lys av institusjonell og økonomisk teori. Sentrale begrep innenfor institusjonell teori er makt, kommunikasjon, kultur og legitimitet. Jeg vil også anvende pragmatisk institusjonalisme som er avledet av teori om translasjon.

Et annet sentralt tema handler om hvordan kommunal helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling ovenfor utskrivingsklare pasienter og hvilke faktorer som må legges til

grunn for at partene skal ha omforent forståelse for en slik ny modell for samhandling. For å analysere dette spørsmålet har jeg valgt å se dette i lys av translasjonsteori.

3.4.5 Utvalg

Denne undersøkelsens utvalg er basert på en strategisk utvelgelse av respondenter, det vil si at respondentene besitter egenskaper eller kvalifikasjoner som er sentrale i forhold til problemstillingen (Thagaard 2009). I min oppgave vil disse egenskapene knyttes til ansattes erfaringer med bruk av samarbeidsavtalen om utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Det er vesentlig at studien utforsker hvordan både ledelsen og fagpersonene oppfatter og anvender samarbeidsavtalen gjennom brukermøter. Trondheim kommune, helse og velferd har organisert tjenestene i en bestiller og utførermodell. Det er 4 bestillerenheter og 74 utførerenheter. Det er viktig å få tak i ansatte som har direkte samhandling og møter med ansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. De fire helse- og velferdskontorene (bestiller) har møter med psykisk helsevern både på et administrativt nivå og på brukernivå (brukermøter om utskrivingsklare pasienter, fatter forvaltningsvedtak på kommunale helse og omsorgstjenester). Blant utførerene er det i hovedsak ledere og ansatte innenfor enhetene; Oppfølgingstjenester, Boveiledning, Botiltak for psykisk helse og Østbyen helsehus, avdeling Leistad som yter tjenester til personer med psykiske lidelser (se kapittel 3.2.1).

Fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern er det to distriktpsikiatriske sentra og et sykehus som har inneliggende pasienter tilhørende Trondheim kommune. Ledelsen og ansatte i nevnte institusjoner samhandler med Trondheim kommune om utskriving av pasienter.

I kvalitative undersøkelser er det ingen mal på hvor mange informanter eller respondenter en studie bør ha. Fordelen med å ha et stort antall informanter er at forankringen i empirien blir bedre og mulige funn bekreftes fra flere informanter. Thagaard (2009) hevder at studier ofte har et metningspunkt, slik at en studie bør ha så mange informanter at ytterligere informanter ikke tilfører studien noe nytt. På den annen side må utvalget ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre en dyptpløyende analyse (Thagaard 2009).

I praksis er det ofte mangel på tid og penger som ofte setter begrensninger for hvor stort antall informanter en studie kan ha (Jacobsen 2005). Dette gjelder også for min studie. Studien har totalt 13 respondenter, 8 fra Trondheim kommune, helse og velferd (6 ledere og 2 fagpersoner) og 5 fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern (3 ledere og 2 fagpersoner). Fordelen med å ha to informantgrupper fra hver organisasjon er at

samhandlingen belyses fra ulike aktørers ståsted. Dette kan bidra til å oppdage ulikheter mellom aktørenes perspektiv på samhandling og hvilke meninger aktørene har til eventuelt andre modeller for samhandling utover samarbeidsavtaler og brukermøter i sykehus-/DPS.

3.4.6. Informantene

Etter å ha bestemt utvalgsriterier, tok jeg kontakt med kommunaldirektør for helse og velferd og divisjonssjef for St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern for å be om tillatelse til å kontakte ledere i respektive organisasjoner. Etter å ha mottatt tillatelse, sendte jeg email til aktuelle ledere for å informere om mitt studium, introduserte prosjektet og ba om tidspunkt for intervju. Jeg fikk positiv tilbakemelding og ba samtidig om at de valgte ut to fagpersoner fra egen enhet som jeg kunne intervju. Jeg ønsket primært å gjennomføre gruppeintervju med homogene grupper, det vil si egne gruppeintervju av ledere og ansatte fra begge organisasjonene. Da ledere og ansatte er travle personer, lyktes det ikke å finne tidspunkt for gruppeintervju som passet alle. Jeg valgte derfor individuelle intervju med ledere i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern (3 intervju). Jeg gjennomførte to gruppeintervju med ledere i Trondheim kommune, helse og velferd, henholdsvis med fire og tre ledere og to gruppeintervju med henholdsvis to fagpersoner fra Trondheim kommune, helse og velferds kontor og to fagpersoner fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern.

For å anonymisere respondentene har jeg valgt å benytte "leder TK" og "leder PH". Tilsvarende kode benyttes for fagpersonene; "fagperson TK" og "fagperson PH". Utvalget består av 9 kvinner og 4 menn. Jeg har ingen grunn til å tro at kjønn er en relevant faktor for denne undersøkelsen, datamaterialet har heller ikke gitt meg grunn til å tro at lederes eller ansattes oppfattelse av samhandling er ulik for kjønnene.

Metoden som ble brukt for å velge respondenter kan påvirke resultatene for undersøkelsene. Når respondentene velges strategisk er det en fare for at dette kan prege funnene. Respondentene er valgt ut i fra at de besitter meninger og synspunkter som er verdifulle for studien. Faren er at respondentene besitter for like eller ulike synspunkter, slik at ledere og ansatte med meninger mellom ytterpunktene ikke blir hørt. Når jeg allikevel velger denne utvelgelsen er det foretatt avveininger for og i mot. Jeg mener at denne studien er bedre tjent med å velge respondenter strategisk.

3.5 Forske i egen organisasjon

Da jeg skal forske både i egen og andres organisasjon, vil jeg redegjøre for særskilte forhold som må vies oppmerksomhet for at forskningen skal ha legitimitet.

Jeg har jobbet med samhandling mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune i mange år og har derfor godt kjennskap til det empiriske feltet jeg skal forske i. Å forske i egen organisasjon kan i følge Ry Nielsen og Pål Repstad (1993) medføre både fordeler og ulemper. Det vil helt klart være en rekke begrensninger i det å studere egen organisasjon. Jeg har bidratt i forberedelsesfasen med å etablere etterbehandling i kommunalt helsehus for inneliggende pasienter i psykisk helsevern og har derfor en forutforståelse om bestemte problemer.

I tillegg vil jeg benytte ansatte som informanter i organisasjonene som samarbeider om prosjektet. Mange av informantene har jeg sannsynligvis møtt fra tidligere samarbeidsforhold. Disse faktorene kan bidra til at det kan bli vanskelig å få gode, valide data og at organisasjonen(e) oppfatter meg som en aktør i organisasjonen. Jeg kan derfor risikere å bli avvist som potensielt brysom. For å motvirke en slik utvikling har jeg presentert problemstillingen i møter mellom toppledelsen for St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune og informert ledelsen for Østmarka sykehus og de to DPS`ene Nidaros og Tiller. Jeg ønsker å bli betraktet som student som har en legitim uvitenhet og som i kraft av dette kan få verdifull informasjon.

I tolkning av data må det vies spesiell oppmerksomhet knyttet til påvirkning av egen forutinntatte meninger og fordommer. Dette kan skje både bevisst og ubevisst. Det ligger også en fare i at jeg kan se bort fra å skrive "sannheten". Problemstillingen kan oppfattes som kontroversielle spørsmål, fordi det kan føre til forskyvning av ansvar og oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette er et forhold som jeg må være svært oppmerksom på. Jeg forutsetter at ledelsen og organisasjonene både i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd vil opptre i forhold til de vedtatte verdiene. Sykehusets organisasjon bygger på verdiene; *helhet, likeverd, medbestemmelse* og *respekt*, mens arbeidet i Trondheim kommunes organisasjon skal preges av medarbeidere som er; *åpen, kompetent og modig*.

Fordelene med å studere egen organisasjon er kjennskap til språk, struktur og kultur og en viss fornemmelse av organisasjonens svake og sterke sider. Gjennom deltakelse i samarbeidsmøter med ansatte og ledere i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune har jeg kunnskap om en rekke faktorer som kan påvirke graden av samarbeid omkring utskrivning eller overføring av psykiatriske pasienter. Jeg har kjennskap til den uformelle organisasjonen gjennom deltakelse i samarbeidsnettverk både i egen organisasjon og sammen med St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. På bakgrunn av lang erfaring som rådgiver i Trondheim kommune, med blant annet ansvar for den statlige "Opptappingsplanen for psykisk helse" (1998-2008) i Trondheim, har jeg god kunnskap om

det psykiske helsearbeidet og samarbeidet med St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Gjennom denne erfaringen vil det være vanskelig for intervjuobjektet å pynte på sannheten i en intervjusituasjon. Min nærhet til organisasjonene vil sannsynligvis kunne føre til at jeg kan formulere presise spørsmål og samtidig stille gode og raske oppfølgings-spørsmål om det ikke gis utfyllende svar.

Den hermeneutiske vitenskapstradisjonen i vår tid fokuserer ikke bare på hvordan en skal få tilgang til andre aktørers mening og kontekst, men også på fortolkerens kontekst (Erik Fossåskaret et al 2006). De mener at forståelse ikke bare kan relateres til det fenomen, de objekter og handlinger som skal forstås, men også omfatter den som fortolker disse fenomen, og den forutforståelse han eller hun har. Denne forståelse kan ikke løsrives fra den kontekst aktøren er en del av, enten denne er forsker eller informant. Fra et slikt perspektiv blir kravet om ikke-viten i studiet av samfunnsmessige og kulturelle fenomen ikke bare problematisk, det blir umulig. Forståelse vil alltid innebære et prinsipp om "oversettelse" på bakgrunn av forutforståelse forskeren har. Forskerens subjektive forutforståelse sees ikke som en feilkilde som sperrer for innsikt, men som en forutsetning for innsikt. I og med at forståelse alltid tar utgangspunkt i den mening vi allerede er fortrolige med, er farene for "etnosentriske mistak" større for en forsker som kommer utenfra, enn for en som kommer innenfra (Taylor 1971, Guneriusen 1966). *Etnosentrisme* betyr å bruke en felles målestokk for å vurdere alle samfunn ut i fra sitt eget. *De andre* vil fremstå som mindreverdige. En innvending mot dette synet vil være at ethvert samfunn har sitt eget syn på hva som er bra og dårlig. Vi har alle et utgangspunkt hvor vi bedømmer andre ut i fra egen virkelighetsoppfatning, egne normer og verdier. For å forstå andre kulturer bruker vi vår egen, det i seg selv gjør at det ofte blir mistro og usikkerhet.

Det at forskeren står fjernt fra sine informanter når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag, vil på denne måte kunne sees som et hinder for forståelse (Rosaldo 1989). Fra et slikt ståsted vil jeg mene at det kan være en fordel at jeg som forsker har nærhet til mine informanter.

I forhold til problemstillingen kan det forventes at forskningen skal bidra til forbedringer for pasientene både i spesialist- og kommunehelsetjenesten og som ansatt i organisasjonen skal jeg være en del av denne utviklingsprosessen. Å forske i egen organisasjon innebærer å påta seg rollen som både tilskuer og deltaker.

3.6 Oppsummering

Med bakgrunn i en fortolkningsbasert tilnærming vil det være enkelte metoder som egner seg bedre enn andre til å studere "min virkelighet". Min intensjon er å gå inn i problemstillingen med et så åpent sinn som mulig, samle inn all relevant informasjon og til slutt å gå i tenkeboksen for å systematisere innsamlet data. Dette vil i følge teorien være en induktiv tilnærming. Problemene med å velge en induktiv tilnærming er at det er svært vanskelig å gå ut i virkeligheten med et helt åpent sinn og jeg vil ikke ha kapasitet til å samle inn all relevant informasjon. Jeg må derfor foreta en bevisst avgrensning av informasjonen, samt at jeg i tillegg vil helt ubevisst avgrense den informasjonen som samles inn. Ut fra denne erkjennelsen vil ikke tilnærmingen være en ren induktiv tilnærming, men en mer åpen tilnærming.

Min problemstilling betyr at jeg skal intervjuet et utvalg av ledere og ansatte i egen og andres organisasjon. Jeg vil derfor benytte en holistisk tilnærming og velger samtidig en kvalitativ metode. Den kvalitative metoden har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet, samt å formidle forståelse. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi, fortolkning og hermeneutisk tilnærming. En hermeneutisk tilnærming innebærer en tolkende lytting til mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser.

Da jeg skal forske både i egen og andres organisasjon, har jeg redegjort for særskilte forhold som må vies oppmerksomhet for at forskningen skal ha legitimitet. Jeg har informert toppledelsen i Trondheim kommune, helse og velferd og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern om min studie. I tolkning av data må det vies spesiell oppmerksomhet knyttet til påvirkning av egen forutinntatte meninger og fordommer. Dette kan skje både bevisst og ubevisst. Det ligger også en fare i at jeg kan se bort fra å skrive "sannheten".

Del 4 EMPIRI

4.1 Innledning

Jeg vil først gi en beskrivelse av dagens modell for samhandling omkring utskrivingskrivingsklare pasienter før jeg viser til tre forskningsrapporter som har relevans for min problemstilling om samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den første rapporten sammenligner norsk helsetjeneste med andre OECD-land, mens den andre

rapporten viser til effektive samhandlingstiltak, basert på litteraturgjennomgang. Den siste rapporten omtaler pasientenes vurdering av det psykiske helsevernet i Norge.

Jeg redegjør deretter for et nytt felles prosjekt i regi av St. Olavs Hospital og Trondheim kommune; "etterbehandling" i kommunalt helsehus av inneliggende psykiatriske pasienter før jeg til slutt gjør rede for min kvalitative undersøkelse.

4.2 Dagens modell for samhandling om utskrivingsklare pasienter

Dagens modell for samhandling om utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern er regulert gjennom avtale mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Denne samarbeidsavtalen beskriver to former for samhandling; *administrativt* samarbeid og *praktisk* samarbeid. Siktemålet med avtalen er å bevisstgjøre partene til å samarbeide for å sikre at pasientene får et faglig godt og helhetlig tilbud gjennom effektiv ressursutnyttelse, samt å sette opp retningslinjer for tjenesteutøverne, slik at behandlingsskjeden skal være sammenhengende og godt koordinert mellom de ulike samarbeidspartnerne.

Det administrative samarbeidet foregår ved at kommunaldirektør for helse og velferd eller kommuneoverlegen, stabsmedarbeidere og klinikkssjefen for St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og dennes stabsmedarbeidere møtes en gang per måned. En gjennomgang av møtereferat (2005 til 2009) viser at sak om "utskrivingsklare" pasienter har vært drøftet i alle møtene. Gjensidig informasjon om diverse prosjekt og økonomi er andre eksempler på saker.

Det praktiske samarbeidet er knyttet til konkrete brukermøte mellom fagansatte. Alle brukermøter foregår inne i sykehus eller distriktpsikiatriske sentra (DPS). Da Trondheim kommune har innført bestiller- utførermodell (BUM), er det kommunens helse- og velferdskontor som er tildelt myndighet til å vurdere helse og velferdsbehov og fatte vedtak på kommunale tjenester til utskrivingsklare pasienter. Avtalen forplikter Trondheim kommune til å delta i brukermøte(r) innen 5 virkedager etter at sykehuset-/DPS har varslet kommunen om at pasienten er utskrivingsklar. Målet med brukermøtet er å vurdere hvilke kommunale tjenester pasienten trenger for å skrives ut. I brukermøtet er helse og velferdskontorene representert med en eller to fagpersoner, mens Divisjon psykisk helsevern er representert med behandlingsansvarlig lege eller psykolog og miljøfaglig personell. Brukeren er som regel til stede i brukermøtene.

Avtalen definerer begrepet "utskrivingsklar pasient" og beskriver det praktiske samarbeidet som skal finne sted mellom partene ved utskriving (se kapittel 1).

Det er ikke knyttet økonomiske virkemidler til avtalen, det vil si at kommunen betaler ikke for inneliggende pasienter som venter på et kommunalt tilbud, slik det er for somatiske pasienter.

4.4 Funn fra eksterne undersøkelser

På bakgrunn av søk via internett og bibliotekbaser har jeg funnet få undersøkelser som knyttes direkte til samhandling omkring utskrivingsklare pasienter. Jeg vil trekke frem tre relevante undersøkelser, hvor den første er hentet fra en rapport fra OECD som sammenligner helsesystemer og resultater og den andre relateres til en litteraturovergang av effektive samhandlingstiltak (Grimsmo, 2009). Den tredje undersøkelsen er utført av SINTEF og omhandler brukertilfredshet hos inneliggende pasienter i psykisk helsevern.

4.4.1 Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land

Rapporten "Health at a Glance 2009: OECD Indicators" er nylig utgitt av OECD og (www.oecd.org/health/healthataglance) viser sammenlikninger av helsesystemer og deres resultater ved en rekke dimensjoner. OECD har brukt ulike indikatorer for helse og helsetjenester i OECD-landene, og valgt data basert på betydningen for langsiktig kurs og om de er tilgjengelige og sammenliknbare.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet en kommentarrapport som belyser viktige trekk ved den norske helsetjenesten sett i forhold til OECD (desember 2009). Jeg velger å ta med et kort utdrag fra rapporten som er knyttet til reinnleggelser i psykisk helsevern.

Hyppigere reinnleggelser i psykisk helsevern i Norge enn i OECD

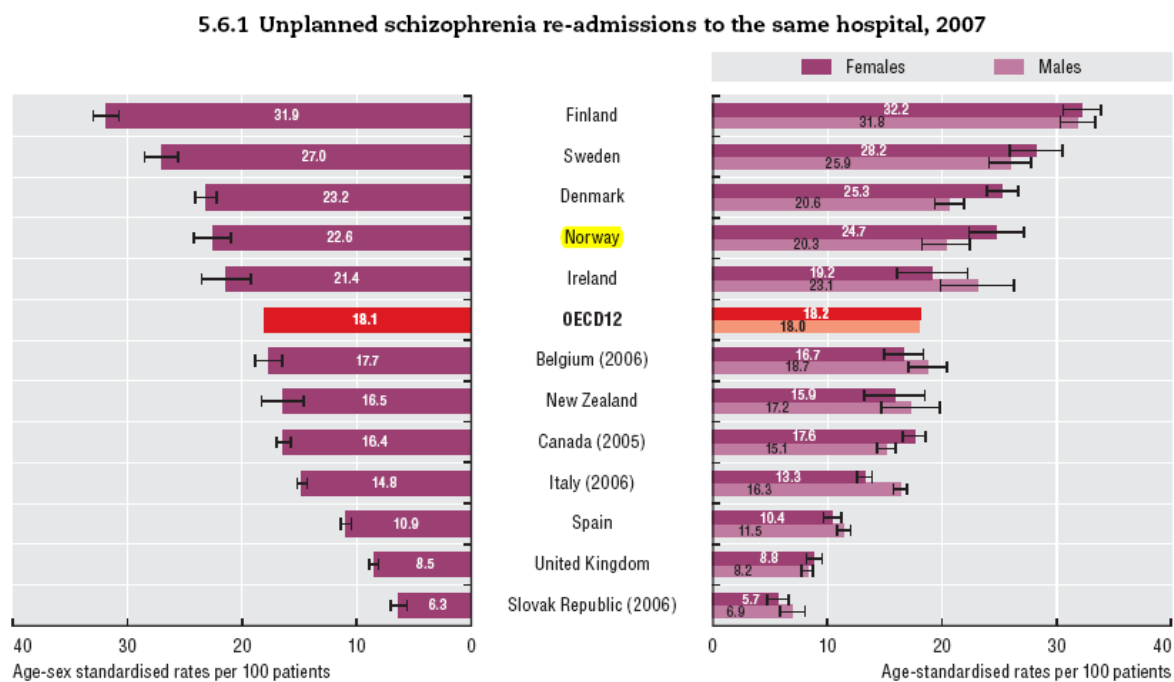
Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggingsrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet, se figur 5.6.1. Reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning på grunn av schizofreni og bipolare lidelser utgjorde henholdsvis 22,6 % og 18,4 % i Norge, mot OECD-gjennomsnittet på 18,1 % og 16,8 %. Uplanlagte reinnleggelser brukes i rapporten som en indikator på hvordan aktørene i helsetjenesten samhandler etter at en pasient utskrives fra en psykiatrisk institusjon. Flere faktorer kan bidra til de høye reinnleggingsratene for Norge i forhold til OECD, som for eksempel ulik rapporteringspraksis, organisering, lovgivning, prevalens og ressurstilgang. Indikatoren bør derfor tolkes med forsiktighet. De norske tallene for uplanlagte reinnleggelser innen 30 dager kan være for høye siden de omfatter både uplanlagte og planlagte reinnleggelser. Både innleggelser på sykehus og distriktpsikiatriske sentre (DPS) er inkludert. Reinnleggelser på DPS er oftere

planlagt enn på sykehus, og planlagte reinnleggelser behøver ikke å være en indikator på dårlig kvalitet i behandlingsskjeden. Planlagte reinnleggelser kan faktisk være en bedre behandling enn lengre sykehusopphold.

Ved optimal sykehusbehandling og planlegging av utskrivningen samt godt ettervern bør det være mulig å holde antall uplanlagte reinnleggelser på et lavt nivå. OECD regner innleggelser innen 30 dager etter utskrivningen som uplanlagte.

Verken antall sykehussenger eller oppholdslengde kan ifølge OECD forklare forskjeller i reinnleggelsesraten mellom landene. Norge hadde laveste oppholdslengde på psykiatrisk institusjon i OECD.

Figur 5.6.1 viser uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsevern.



Temaet uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsevern som en kvalitetsindikator for helsetjenesten er likevel viktig. Valideringsstudier ved gjennomgang av journaler vil sannsynligvis avklare årsakene til den tilsynelatende høye reinnleggelsesraten i Norge.

4.4.2 Effekt av samhandlingstiltak

En litteraturgjennomgang (Grimsmo, 2009) av effekten av ulike samhandlingstiltak mellom helseforetak og kommuner for pasienter med slag, kronisk lungesyke, hjerteproblemer, hofteopererte og geriatriske pasienter viser at standardiserte forløpsplaner med strukturerte forløp for pasienter med kronisk sykdom kan være sammenfallende med inntil en halvering av behovet for spesialisthelsetjenester. Interaktive dataløsninger med helseopplysning og

rådgiving kan gi økt kunnskapsnivå, bedret helse samt opplevelse av bedre sosial fungering og mestring hos brukerne. Ved å iverksette alternative tiltak ved sykehusinnleggelse er det påvist inntil 40 % reduksjon i innleggelsesrater. For alternative tiltak ved utskrivning fra sykehus er det redusert dødelighet, færre reinnleggelse, mindre behov for hjemmetjenester/ sykehjem (Garåsen, 2008).

4.4.3 Pasientenes vurdering av det psykiske helsevernet

SINTEF © Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning`s rapport om brukerundersøkelsene i det psykiske helsevernet for voksne i 2003 og 2007 ble gjennomført samtidig som pasientregistreringene i 2003 og 2007 ved alle voksenpsykiatriske døgnavdelinger. Problemstillingene som belyses omhandler de innlagte pasientenes erfaringer, kunnskap og innflytelse på det behandlingstilbudet de mottok i løpet av behandlingsoppholdet i det psykiske helsevernet for voksne (Sintef, rapport nr A 11409). Et av spørsmålene var pasientens vurdering av planlegging av, og behov for tjenester etter utskrivning. Rapporten presenterer pasientenes synspunkter på behandlingstilbudet og bidrar til å belyse denne pasientgruppens opplevelse av sin innleggelse. Undersøkelsene gir oss kunnskap om pasientenes vurderinger og identifiserer flere områder hvor det er behov for endring og utdypende kunnskap. Svarprosenten i begge brukerundersøkelsene var i overkant av 50 prosent. Noen resultater fra rapporten:

- En sjettedel av pasientene rapporterte at de selv ikke ønsket innleggelsen. Yngre pasienter er i større grad negative til innleggelse sammenlignet med eldre pasienter. Pasientene som ikke ønsket å bli innlagt hadde i større grad vært innlagt tidligere.
- I alt 70 prosent av pasientene som deltok i undersøkelsene, ønsket å være innlagt, og de opplevde i hovedsak at de fikk hjelp da de hadde behov for denne hjelpen.
- Ikke uventet var pasientene som ikke ønsket å være innlagte, gjennomgående mer misfornøyde med behandlingstilbudet. De opplevde i mindre grad å ha innflytelse på behandlingstilbudet, at informasjonen de mottok var dårligere og at de ofte mottok en type behandlingsinnhold de ikke selv ønsket.
- Pasienter innlagt ved sykehusavdelinger var mer misfornøyde med sitt behandlingsopphold enn pasienter innlagt ved DPS og øvrige døgninstitusjoner.
- Det er generelt sett et høyt samsvar mellom det behandlingstilbudet pasientene ønsker og det behandlingstilbudet de har mottatt i løpet av sitt opphold ved døgninstitusjonen. Det er likevel en betydelig andel av pasientene som ikke fikk den behandlingsformen de ønsket.
- I overkant av 30 prosent av de innlagte pasientene rapporterte at de i liten grad hadde blitt tatt med på råd ved utformingen av behandlingstilbudet.
- Pasientene var gjennomgående mindre fornøyd med atferden til leger og psykologer sammenlignet med det øvrige personalet ved institusjonen.

- I 2003 hadde om lag halvparten av pasientene fått utarbeidet planer for tilbudet etter utskrivning, mens i 2007 var denne andelen lavere.

4.5 Prosjekt – etterbehandling i kommunalt helsehus

På bakgrunn av erfaringer med etterbehandling i kommunalt helsehus av somatiske pasienter i sykehus (Garåsen, 2008), ønsket Trondheim kommune i samarbeid med St. Olavs Hospital å prøve ut ny strategi ovenfor innlagte pasienter i psykisk helsevern. Den nye strategien går ut på å overføre inneliggende pasienter fra sykehus-/DPS for etterbehandling i kommunalt helsehus. Pasientene som overføres skal være utredet og diagnostisert og den videre behandlingsplanen skal være avklart. Det kommunale helsehuset skal avklare pasientens behov for kommunale omsorgstjenester ved utskrivning. Prosjektet skiller seg ut fra dagens praksis ved at det kun er kommunens ansatte som skal vurdere omsorgsnivået ved utskrivning. Dagens praksis er regulert i en samarbeidsavtale, hvor partene skal vurdere omsorgsbehovene i fellesskap.

Psykiatrisk etterbehandling i kommunalt helsehus er en strategi for å finne ut om pasienten kan tilbakeføres raskere enn om pasienten ble værende i sykehus-/DPS og samtidig sikre at de mestrer hjemmesituasjonen etter behandlingen.

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune inviterte senere kommunene Klæbu, Malvik og Melhus til å delta i prosjektet. Helsedepartementet støtter prosjektet med 4 mill kroner, mens helse- og omsorgsdirektoratet bevilget 1 mill. Prosjektet er i tråd med føringer i ny Samhandlingsreform (2009) og ble etablert i oktober 2009 ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad.

Målsettingen er å ta pasienter ut fra sykehuset til slutt-/etterbehandling med tanke på å skreddersy det kommunale tilbudet for pasientene når de deretter utskrives til eget hjem. Opphold i kommunalt helsehus skal begrenses til 4 uker.

Prosjektets forventinger til resultatmål for pasienter i etterbehandling i kommunalt helsehus:

1. Antall reinnleggelser og nye innleggelser reduseres signifikant
2. Totalt antall ventedøgn i Psykisk Helsevern reduseres signifikant
3. Pasienten skal oppleve trygghet og mestre å bo i egen leilighet.

4.6 Gjennomføring av egen undersøkelse

På bakgrunn av rapporter som viser at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare, de siste års reformer og dagens modell for samhandling, ønsker jeg å gå i dybden på fenomenet ”utskrivingsklare” pasienter. Statistikk for de siste årene viser at Trondheim kommune har ca 30 utskrivingsklare pasienter til en hver tid i psykisk helsevern. Jeg ønsker å undersøke hvor lenge pasientene blir værende inne i sykehus-/DPS etter at behandlingen er avsluttet og hvilke samfunnskostnader dette representerer. Deretter ønsker jeg å undersøke hvilke kommunale tjenester pasientene venter på før de kan utskrives og om det er en sammenheng mellom pasientenes omsorgstjenester *før* og *etter* sykehus-/DPS- innleggelse.

For å finne årsaker til at utskrivingsklare pasienter må vente på kommunale omsorgstjenester, ønsker jeg å studere hvordan aktørene overfører brukerdata om antatt omsorgsbehov i brukermøtet. Brukermøter om utskrivingsklare pasienter er et sentralt ledd i dagens modell for samhandling mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern (se kapittel 4.2). Det er fagpersoner fra helse og velferdskontorene i Trondheim kommune som møter behandlingsansvarlige fra Østmarka sykehus eller Nidaros og Tiller DPS`er. I dette brukermøtet skal partene i fellesskap vurdere pasientens antatte behov for kommunale omsorgstjenester etter utskrivning. Kommunens fagpersoner er tildelt myndighet til å fatte forvaltningsvedtak som tydeliggjør hvilke omsorgstjenester pasienten skal motta.

Jeg har valgt to teoretiske innfallsvinkler for å analysere relasjonen i brukermøtet. Den første teoretiske tilnærmingen knyttes til institusjonell teori og maktperspektiv og legitimitet for å undersøke om det er skjev maktfordeling og samtidig identifisere kilder til makt.

Den andre teoretiske tilnærmingen knyttes til translasjonsteori, hvor jeg ønsker å analysere om partene betrakter brukerdata som et ledd i kunnskapsoverføring mellom to organisasjoner. Jeg benytter translasjonsteori med vekt på dekontekstualiseringsprosessen for å analysere sykehusansattes grunnlag for å vurdere pasientenes omsorgsbehov etter utskrivning. Videre anvendes translasjonsteori med vekt på kontekstualiseringsprosessen for å analysere grunnlaget for kommuneansattes vurdering av den informasjonen som de mottar om pasientenes omsorgsbehov.

Med bakgrunn i pasientstatistikk fra etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad 2009) og funn fra den kvalitative undersøkelsen, vil jeg anvende translasjonsteori med vekt på både

dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene for å vurdere om helsehus kan være forum for kunnskapsutvikling.

Del 5 RESULTATER – ANALYSE

5.1 Innledning

I dette kapitlet foretas analyse av empiri ved hjelp av valgt teori for hvert av de fire forskningsspørsmålene. Med utgangspunkt i mine tolkninger av funn gis en kort konklusjon for hvert forskningsspørsmål, før jeg helt til slutt vil redegjøre for sentrale funn i en oppsummering.

5.2 Forskningsspørsmål 1:

Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Og hvilke tjenester venter de på?

Bakgrunn for spørsmålet

Når tema "utskrivingsklare" pasienter drøftes i administrative møter mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern, er datagrunnlaget i hovedsak avgrenset til antall pasienter som må vente på kommunale tilbud. I løpet av de siste 4 årene har i gjennomsnitt ca 30 utskrivingsklare pasienter til en hver tid vært innlagt ved Østmarka sykehus eller ved Nidaros og Tiller DPS, i påvente av kommunale tjenester. Da jeg ønsker å undersøke årsaken(e) til at pasientene ikke blir utskrevet umiddelbart etter at de er ferdig med behandlingen i sykehus-/DPS, ønsker jeg å få tilgang til flere datakilder for å se om disse kan belyse problemet fra flere perspektiv.

Jeg ønsket å finne ut hvor lenge hver enkelt pasient blir værende i institusjon(etter at behandlingen var avsluttet) i påvente av kommunale tjenester og kostnadene ved å være innlagt. Kjentegn ved pasienter som defineres som "utskrivingsklare" er at de har en alvorlig psykisk lidelse og at de har vært innlagt i psykisk helsevern tidligere. Disse pasientene har samtidig kommunale helse og velferdstjenester. Jeg ønsker derfor å undersøke hvilke kommunale helse og velferdstjenester pasientene hadde *før* innleggelse i psykisk helsevern og hvilke helse og velferdstjenester de venter på etter at den psykiatriske behandlingen er avsluttet (før utskriving).

Metode og funn for ventetid og samfunnskostnader

Datagrunnlaget om ventetid for den innlagte pasient er hentet fra pasientregistreringer utført av St. Olavs Hospital. Jeg har gått igjennom en registrert liste over antall utskrivingsklare pasienter per mai 2008. Det var på dette tidspunktet registrert 26 utskrivingsklare pasienter og alle var vurdert og tildelt forvaltningsvedtak på kommunale tjenester (de kommunale tjenestene var ikke effektuert). I tabell 5.1 vises en oversikt over pasientenes ventetid etter at de er definert som ferdig behandlet i sykehus-/DPS, samt kostnader.

Tabell 5.1 viser antall inneliggende pasienters ventetid på kommunale tjenester etter at de er ferdig behandlet i sykehus-/DPS, samt kostnader ved institusjonsoppholdet (pr mai 2008).

	Leistad DPS	Tiller DPS	Østmarka	Totalt
Ant. Pasienter	8	2	16	26
Tot. Ventetid	140 mnd	26 mnd	109 mnd	275 mnd
Gj.sn. ventetid	17,5 mnd	13 mnd	6,8 mnd	10,6 mnd
Kostnader *	14,7 mill	2,7 mill	22,9 mill	40,3 mill

Pris per døgn i distriktpsykiatrisk senter (DPS) er kr 3.500,- og opphold i Østmarka sykehus koster kr. 7.000,- (Priser for 2008).

Analyse

For å beregne kostnader ved innleggelse i sykehus og DPS, har jeg benyttet gjennomsnittskostnader. I 2008 kostet en behandlingsplass i sykehus (Østmarka) i gjennomsnitt kr 7000,- per døgn og en behandlingsplass i DPS kostet kr 3.500,- per døgn. Registrering av 26 utskrivingsklare pasienter fra mai 2008 viste en gjennomsnittlig ventetid på 10,6 måneder på kommunale tjenester. Disse pasientene utgjorde en samlet kostnad per år på til sammen 40,3 mill kroner. En kostnad på 40 mill kroner tilsvarte drift av 15 sykehusplasser i 2008 (40 mill : 7000 kr/døgn: 365 dager) eller 31 behandlingsplasser i DPS (40 mill : 3500 kr/døgn : 365 dager). For pasienter som er ferdig med behandlingen, vil jeg anta at institusjonene ikke forbruker like mye spesialiserte tjenester sammenlignet med pasienter som er under aktiv behandling, slik at den reelle kostnaden er sannsynligvis noe lavere enn gjennomsnittskostnaden. Uansett, så representerer utskrivingsklare pasienter en betydelig kostnad. Gjennom samarbeidsavtalen er det et klart politisk og administrativt mål om å eliminere problemet med utskrivingsklare pasienter – pasientene skal sikres hjelp på lavest mulig omsorgsnivå - ut i fra samfunnsøkonomiske hensyn. Når pasienter blir værende i sykehus etter avsluttet behandling, er dette sløsing med offentlige midler.

I følge Gossen's andre lov skal nytten av den andre kronen være lik i alle anvendelser. Når en pasient er definert som utskrivingsklar vil vedkommende ikke lenger ha nytte av å være

innlagt. Nytte i den forstand at den psykiatriske behandlingen er avsluttet og pasienten vil ikke lengre profitere på å være innlagt, fordi pasienten ikke gis aktiv behandling. Dersom pasienten blir værende i sykehus i flere uker etter behandlingsforløpet er avsluttet, kan det heller redusere pasientens evne til å mestre hverdagslige aktiviteter – pasienten kan bli ”institusjonalisert”, det vil si at pasienten mottar hjelp som han eller hun ellers ville ha utført selv (får servert mat, vask av rom). En av lederne i PH uttrykker seg slik på spørsmål om pasientenes situasjon etter at behandlingen i sykehus er avsluttet:

”Pasienten blir ikke bedre av å være i institusjon etter at behandlingen er avsluttet. Ingen pasienter som er ferdig behandlet bør være i sykehus-/DPS. Pasienter som må vente kan vel kanskje opprettholde funksjonen, men han blir ikke noe bedre, kanskje tvert i mot, blir hospitalisert, blir vant til å få det opp i hendene og sånt...”.

Sykehuset har heller ingen nytte av at pasienter blir inneliggende etter at de er ferdig med behandlingen. Sykehuset får dermed ikke optimalisert egne ressurser gjennom å behandle pasienter, da utskrivingsklare pasienter ikke lenger mottar behandling, men heller omsorg.

Et annet samfunnsøkonomiske perspektiv er at det oppstår unødvendig ventetid på behandling, fordi utskrivingsklare pasienter blokkerer behandlingsplasser. Mange pasienter er sykmeldt i venteperioden for behandling - og denne ekstra ventetiden koster samfunnet dyrt i form av sykepengeutbetaling. Offentlige norske statistikker rapporterte at 13,8 % av sykefraværet i siste kvartal 2008 skyldtes psykiske lidelser, men det reelle tallet er sannsynligvis høyere.

Metode og funn – omsorgstjenester før og etter innleggelse

Jeg ønsker videre å undersøke om det er en sammenheng mellom brukerens tildelte kommunale tjenester *før* innleggelse i sykehus-/DPS og hvilke kommunale tjenester pasienten (brukeren) ventet på *etter* at behandlingen i sykehus-/DPS var avsluttet. Jeg har foretatt et utvalg blant 26 utskrivingsklare pasienter fra mai 2008 og innhentet informasjon om de 6 første pasientene. Informasjon om brukernes tjenester før og etter innleggelse i sykehus-/DPS er hentet fra kommunens dokumentasjonssystem om brukerne (Geric). I tabell 5.2 vises hvilke kommunale tjenester pasientene hadde *før* sykehusinnleggelse og hvilke kommunale tjenester pasientene ventet på *etter* avsluttet sykehusbehandling.

Tabell 5.2 viser faktiske kommunale tjenester *før* sykehusinnleggelse og hvilke kommunale tjenester pasientene ventet på *etter* avsluttet sykehusbehandling (6 pasienter).

Pas.nr.	vedtak før innl.	har bolig	"bestilling"
1	Hjemmesykepleie en gang per uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
2	Samtale x 1 per uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
3	Støttekontakt x 1 per uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
	Oppfølging x 1 per uke. Pas har bolig		
4	Støttekontakt x 1 per uke. Samtaler x 1 hver annen uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
5	Samtale annen hver uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
6	Samtale/oppfølging 2 ganger per uke. Arbeidstrening hver dag. Har bolig.	Ja	Bolig med døgntjeneste

Tabell 5.2 viser at pasientene hadde hjelp fra kommunale enheter ca en gang per uke *før* innleggelse, mens vurderingen av omsorgsnivå *etter* sykehusoppholdet, ble *ny bolig med døgntjeneste*.

Analyse

I tabell 5.2 vises det til store forskjeller i omfanget av kommunale tjenester, fra kommunal hjelp ca en gang per uke i egen bolig *før* innleggelse til døgntjenester og flytting til ny bolig *etter* avsluttet behandling. Til tross for at alle seks pasientene hadde bolig *før* innleggelse, ble alle vurdert til å ha behov for annen bolig ved utskriving. Spørsmålet er om pasientene trenger ny bolig eller om det er økt omfang av kommunale tjenester som er pasientenes behov. Siden 2002 har Trondheim kommune etablert ca 120 boliger med døgntjeneste. Disse boligene er såkalte "botiltak". Ett botiltak for psykisk helse i Trondheim kommune er ett hus som inneholder mellom 7 og 30 boliger og hvor brukerne har tilgang på personell hele døgnet. Brukerundersøkelse (Trondheim kommune, 2006) viser at brukere i botiltak, psykisk helse er tilfreds med boligen og tjenestene.

Jeg har i kapittel 4.2 vist til dagens modell for samhandling og til samarbeidsavtalen mellom partene. Denne forutsetter at kommunens ansatte skal delta i brukermøter med spesialisthelsetjenesten innen 5 virkedager etter at sykehuset -/ DPS har definert pasienten til å være utskrivingssklar. Partene skal avklare om pasienten er utskrivingssklar og hvilke kommunale tjenester som må være på plass ved utskriving. Pasienten kan selv delta i møte.

Da det er to store organisasjoner som skal samhandle om felles mål – ingen inneliggende utskrivingsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten – vil det være mange interessenter som kan få endret maktstrukturen og ressursfordelingen. Bolman og Deal (2007) sier at innenfor den politiske fortolkningsrammen trer organisasjoner frem som levende og aktive politiske organer som er arenaer for en kompleks vev av individuelle interesser og gruppeinteresser som kan sammenfattes i form av fem påstander:

- Organisasjoner er *koalisjoner* av forskjellige individer og forskjellige interessegrupper.
- Det er *varige forskjeller* mellom koalisjonsmedlemmene når det gjelder verdier, overbevisninger, kunnskaper, interesser og virkelighetsoppfatning.
- De fleste viktige beslutninger angår fordeling av *knappe ressurser* – hvem som skal få hva.
- Ressursknapphet og de varige forskjellene gir *konflikter* en sentral rolle i organisasjoners dynamikk og gjør *makt* til den viktigste ressursen.
- Mål og beslutninger vokser frem gjennom kjøpslåing, forhandlinger og posisjonskamp mellom de ulike interessegruppene.

St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd, er to store organisasjoner som består av mange koalisjoner av forskjellige individer og forskjellige interessegrupper. Politikere er en koalisjon som har felles interesse av å løse problemet med utskrivingsklare pasienter, slik at behandlingsskapiteten kan bedres for pasienter som står på venteliste. Administrasjonen i begge organisasjonene arbeider på oppdrag for politikerne og har felles interesser. Fagpersonene i respektive organisasjoner er eksempel på andre koalisjoner. Overleger, psykologer, leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er en koalisjon som kan ha andre interesser enn koalisjonen i kommunen som i hovedsak består av sykepleiere og omsorgsarbeidere. Overlegene i sykehus har det medisinske ansvaret for pasientens behandling og har tradisjonelt vært suveren i å utøve makt – makt i den forstand å beslutte når behandlingen skal avsluttes. Samarbeidsavtalen bygger på felles vurdering både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten om hvilke forhold som skal være oppfylt, før pasienten defineres som utskrivingsklar. Når kommunens fagpersoner skal kvalitetssikre spesialistenes vurderinger kan det oppstå konflikt, da det er varige forskjeller mellom koalisjonsmedlemmene når det gjelder verdier, overbevisninger, kunnskaper, interesser og virkelighetsoppfatning. Fagpersoner i spesialisthelsetjenesten har blitt godt kjent med pasientens behov for psykiatrisk behandling og det er oppstått et ”pasient-behandler” forhold etter mange ukers innleggelse. Spesialistene har god fagkunnskap om behandling og vil ivareta pasientens behov på en best mulig måte, også etter utskriving. For å sikre at pasienten blir tilfredsstillende ivaretatt etter utskriving, ”bestilles” spesifikke kommunale tjenester på vegne av pasienten (botiltak med døgntjeneste). Leder i PH sier det slik:

”Våre ansatte bestiller oftest kommunale tjenester ut i fra institusjonsperspektivet. Vi har dette om at vi vil bestem over den andre – sånn er det litt innenfor vårt system”.

Fagpersoner fra kommunens helse og velferdskontor er tildelt myndighet til å fatte enkeltvedtak som omhandler kommunale tjenester. Fagpersonene må fatte viktige beslutninger som handler om fordeling av knappe ressurser. Det er kommunens fagpersoner som har kunnskap om omfanget og spekteret av kommunale tjenester. Dersom kommunen tildeler flere tjenester eller at omfanget er større enn det som brukeren har behov for, kan dette føre til at andre pasienter ikke får tilstrekkelig hjelp. Både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester er knappe ressurser og dette kan føre til konflikter og at makt blir den viktigste ressursen. Når spesialisthelsetjenesten ”bestiller” kommunale tjenester som har et nivå utover det som kommunen kan innfri – oppstår det et forventningsgap.

Hvilke interessegrupper har best kompetanse til å vurdere pasientenes behov for kommunale tjenester etter sykehusbehandling?

- Spesialisthelsetjenestens fagpersonell som har behandlet pasienten i flere uker, og som har observert funksjonsnivået i daglige gjøremål?
- Kommunens fagpersonell som kjenner pasientens bosituasjon og nettverk før innleggelse, og som har oversikt over tilgjengelige kommunale tjenester og ressurser?

I brukermøtet inne i sykehus-/DPS foregår forhandlinger og en kjøpslåing om målsettingen for pasienten etter utskrivning og hvilke ressurser kommunen må stille til rådighet.

Sykehusansatte er kjent med at pasienter som bor i kommunale botiltak har tilgang til hjelp hele døgnet. Når spesialisthelsetjenesten skal vurdere og samtidig gi råd om omfanget på kommunale tjenester, er det basert på pasientens situasjon i sykehus-/DPS. I sykehus-/DPS er den fysiske og innholdsmessige konteksten forskjellig fra pasientens kontekst når denne er i sin bolig. I sykehusinstitusjoner går pasienter bokstavelig til ”dekket” bord og det kan derfor være vanskelig å vurdere pasientens reelle omsorgsbehov i en slik kontekst.

Spesialisthelsetjenesten mener ofte at pasientene har behov for omfattende kommunale tjenester som for eksempel tilrettelagt bolig med tilstedeværende personell. Kommunen innfrir som regel bestillingen, men tjenestene er ikke tilgjengelige og pasienten blir dermed værende i sykehus eller DPS.

Selv om kommunen har god erfaring med at pasienter ofte klarer seg med færre kommunale tjenester enn det som sykehuset-/DPS mener, vil det være vanskelig å overprøve spesialistenes vurderinger. En sentral faktor i dette møtet er makt – både fordeling og utøvelse. Makt i organisasjoner er evnen til å få ting til å skje. Pfeffer (1992, s.30) definerer

makt som "den potensielle evnen til å innvirke på atferd, endre begivenhetens gang, overvinne motstand og få folk til å gjøre det de ellers ikke ville ha gjort". Russ (1994, s.38) bruker sterkere ord og sier at det er evnen til å "sette sin vilje igjennom og oppnå sine mål". Det kan synes som om kommunens ansatte ikke benytter den tildelte makten som de er tildelt. I følge samarbeidsavtalen skal kommunens ansatte vurdere pasientens behov for kommunale tjenester og fatte vedtak. Empiri viser at kommunens ansatte kopierer "bestillingen" fra sykehusansatte. Bestillingen er ny bolig med tilgang på døgntjenester.

Slik det fremgår av tabell 5.2 mener sykehusansatte at pasientene har behov for både ny bolig og døgntjenester før de kan skrives ut, til tross for at pasientene har bolig. Kommunens ansatte er enig med spesialisthelsetjenestens vurderinger. Trondheim kommune kan ikke tilby pasientene ny bolig med døgntjenester umiddelbart og pasienten blir derfor værende i sykehus-/DPS. Selv om kommunen har god erfaring med at pasienter ofte klarer seg med færre kommunale tjenester enn det ansatte i spesialisthelsetjenesten mener, synes det som om kommunens ansatte ikke overprøver spesialistenes vurderinger.

Scott (1995) viser til at de institusjonelle omgivelsene er i stor grad formet av fundamentale verdier og langsiktige trender i den samfunnsmessige utviklingen og består av tre hovedpilarer: de regulative, de normative og de kognitive forståelsesrammene (kapittel 2.3.1). Når partene har valgt å inngå avtale for å regulere samhandlingen omkring utskrivingsklare pasienter er dette innenfor den regulative forståelsesrammen. Avtalen regulerer hvordan samhandlingen skal skje og hvilke parter som skal delta. Avtalen er behandlet av politiske myndigheter og den har en legal basis. De regulative mekanismene bygger på en instrumentell rasjonalitet – det vil si at de oppfattes som fornuftige instrumenter for å bidra til at både samfunn og næringsliv fungerer på en hensiktsmessig måte (Busch et al 2007).

Konklusjon

Min undersøkelse viser at det er lang ventetid og betydelige kostnader ved å være innlagt i sykehus-/DPS etter at behandlingen er avsluttet. En gjennomgang av 26 utskrivingsklare pasienter fra mai 2008, viser at pasientene må vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på kommunale tjenester. Dersom en legger gjennomsnittskostnader til grunn, koster disse pasientene 40,3 mill kroner. Undersøkelsen viser også store forskjeller i pasientenes omfang av omsorgstjenester *før* og *etter* sykehusinnleggelse. Av et utvalg på seks pasienter hadde alle egen bolig og kommunal hjelp ca en gang per uke før innleggelse, mens de samme pasientene ble vurdert til å ha behov for ny bolig med tilgang på tjenester gjennom hele døgnet etter utskrivning. Funn viser at sykehusansatte bestiller spesifikke omsorgstjenester

som; tilrettelagt bolig med tilgang til døgntjenester og at kommuneansatte kopierer bestillingen.

5.3 Forskningsspørsmål 2:

På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?

Bakgrunn for spørsmålet

Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at nivået på kommunale omsorgstjenester øker betydelig etter at pasientene har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten. Kan årsaken til denne økningen i nye omsorgsbehov være forårsaket av pasientens endrede funksjonsnivå som førte til innleggelsen, eller kan det være den konteksten som sykehusansatte befinner seg i som påvirker deres vurderinger av omsorgsbehov. Det er samtidig viktig å få kjennskap til informantenes praktisering av samarbeidsavtalen.

Analyse

Jeg vil innledningsvis anvende institusjonell teori og perspektiv på makt for å vurdere bakgrunnen for at spesialisthelsetjenesten bestiller spesifikke omsorgstjenester og deretter benyttes translasjonsteori for å analysere om denne bestillingen heller er knyttet til kunnskapsutvikling, i betydningen av å meddele egne observasjoner om pasientens funksjonsevner.

Da avtalen mellom partene har eksistert i nærmere ti år har jeg forutsatt at denne er kjent blant respondentene. Avtalen er verktøyet som regulerer samarbeidet og stiller krav om blant annet felles deltakelse i brukermøter inne i sykehus-/DPS innen en varslingsfrist på 5 dager. Jeg stilte allikevel ett spørsmål om avtalen opplevdes å være kjent. Fagperson PH svarer følgende:

”.. det med 5 dager – det kommer folk fra kommunen. Det tok lang tid før avdelingene tok det i bruk, ble kjent med avtalen. Helse og velferdskontorene kommer på møtet. Vanskelig å få tak i riktig person i kommunen - ringer men det er ikke alltid at de ringer tilbake. Viktig å kunne forholde seg til en bestemt person – sikre at noen overtar ved sykefravær”.

Fagpersonen i PH gir uttrykk for at kommunen kjenner til avtalen og stiller til møter iht. avtalen (innen 5 virkedager). Utsagnet tyder også på at ansatte i psykisk helsevern kjenner til avtalen nå. Dette bekreftes av fagperson TK som sier:

”Samarbeidsavtalen sier at vi skal være der innen 5 dager, men det er ikke alltid vi klarer dette, for ofte er det jo sånn at pasienten skal jo være der lenge, slik at du kan gjøre avtale om at du kan komme seinere enn 5 dager, så det har hendt at jeg har ringt tilbake og avtalt møte etter 14 dager, men utgangspunktet er at vi skal være der innen 5 dager og det prøver vi å overholde”.

Informantene mener at avtalen er kjent i begge organisasjoner. Funn i SINTEF Helse`s rapport (2008) om implementering av avtaler (kapittel 1.3) viser at alle helseforetak har avtaler, men at det er viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling. Jeg viser samtidig til kapittel 4.2 som omtaler dagens samhandling ved bruk av samarbeidsavtale.

På spørsmål om hvordan ansatte i psykisk helsevern vurderer kommunale omsorgsbehov og om de kan overvurdere omsorgsbehovet til pasientene etter utskrivning, svarer leder PH slik:

”Sykehuset er preget av en medisinsk modell – og tenkning for hvordan problemet skal løses. Vi har ikke det systemet og ressursene som ligger i at et system rundt pasienten kan aktiviseres. Vi kan reparere denne personen og sende han tilbake, og fordi det var slik før var det sykehuset som hadde dette tilbudet – vi er vant til å ha relasjonen til pasientene. Før var det slik at sykehuset bestilte tjenester til DPS, men nå er det ikke slik, vi skal ta ansvar for pasienten når dem mener at den er ferdig behandlet og omfattes av den interne avtalen, så skal vi bestemme innholdet i behandlingen, det der har vi også hatt før ved at dem(sykehuset) har laga forventninger til pasienten om hva han skulle få hos oss, og det like vi ikke, så jeg skjønner at kommunen heller ikke like det der – det forplanter seg”.

En annen leder PH uttrykker det på følgende måte:

”Psykiatrien definerer et behov for en viss standard på tjenestene og da er det jo ofte det der med tilsyn og overvåking, døgkontinuerlig tilsyn som på en måte er den begrensende faktor i den grad kommunene har noe sånt, eller ikke som er tilgjengelig... hvis ikke kommunen har det så tar det en tid. Det er veldig mye spørsmål fra psykiatriens side om det fins de institusjonsprega boligene eller ikke. Det er ofte det som blir bestillinga til kommunen. Det kan være en fare for at ansatte bestiller en kommunal tjeneste som har høyere omsorgsnivå enn det pas trenger strengt talt, fordi det ikke er sykehuset som skal betale for kommunale tjenester”.

Fagperson fra PH uttaler seg slik:

”Æ trur det e slik at spesialisthelsetjenesten definerer seg sjøl som eksperter og vet også hva som er best for pasienten også i hjemmet fordi pasienten er så syk og har en alvorlig

diagnose, men så viser det seg at det går da ganske bra – det går bedre - vi beskytter jo pasientene, vi får et eierforhold til dem, vi blir sterkt knytta til dem”.

Alle utsagnene viser at psykisk helsevern formidler eller bestiller kommunale omsorgstjenester og at det kan være en fare for at omsorgsbehovene er overvurdert, da sykehuset ikke skal betale for omsorgstjenestene. Omsorgstjenestene som formidles eller bestilles har sterkt preg av tilbudet som gis ved sykehus-/DPS, nemlig behovet for døgntjenester. Jeg vil først analysere om konteksten som sykehusansatte befinner seg i, kan forklare hvorfor de vurderer, og i noen tilfeller overvurderer omsorgsbehovene ved hjelp av institusjonell teori og perspektiv på makt. Deretter vil jeg analysere konteksten i et kunnskapsperspektiv i lys av translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering.

Utsagn fra respondenter i psykisk helsevern mener at sykehus-/DPS- ansatte kan overvurdere pasientenes omsorgsbehov ved utskrivning. Scott (1995) viser hvordan de regulative, normative og kognitive institusjonelle pilarer påvirker aktørens atferd. Den regulative pilaren tar opp i seg avtalen mellom partene (jf kapittel 4.2), mens den normative pilaren vektlegger normative regler og verdier. Verdier uttrykker det prioriterte og ønskelige, samt setter standarder som atferd kan bli målt opp imot og bedømt ut fra. Normene spesifiserer hvordan ting burde gjøres samt gjør bestemte måter å nå målene på mer legitime enn andre (Busch et al 2007). En av lederne i PH sier det slik:

”Sykehuset har litt rett i det at mange pasienter trenger en stabil relasjon. Det burde være slik at kommunen hadde denne kontakten og knyttet relasjonen – og hvis våre ansatte føler seg usikker på om kommunen er i stand til å knytte denne relasjonen er det en fare for at våre ansatte ikke slipper pasientene”.

I behandlingsforløpet vil det utvikles en nær relasjon mellom behandlere i sykehus-/DPS og pasienten. Behandlere blir påvirket av pasientens verdier som i neste omgang kan påvirke vurderingsgrunnlaget og normene for samhandling, slik K. B Madsens (1975) beskriver i sin motivasjonsteori. Han viser til at ordet motivasjon må kunne oversettes til beveggrunn, altså årsaker til at de handlinger som utøves og knytter motivasjon til tre egenskapsmengder; motivasjonelle, kognitive og emosjonelle egenskaper (Busch et al 2007). De emosjonelle egenskapene vil påvirke vår atferd og styrer hvordan vi opplever behovstilfredsstillelse. Når sykehusansatte har tendens til å overvurdere pasientens omsorgsbehov kan det være ut fra emosjonelle egenskaper og et ønske om å sikre pasientene gode omsorgstjenester. En leder i PH sier det slik:

”Men så er det jo en annen ting som vi ikke har snakket om, det er jo at pasientene gjør noe med oss å – dem binder seg til oss på en eller annen måte, vi blir knyttet til dem og de kan sette oss litt opp mot kommunen ved å si at vi har det jo så bra her og det er bare du som kan hjelpe meg etc., etc... og da er det viktig at vi ikke går på dette, vi er jo vant til dette i andre sammenhenger. Vi blir forledet av pasienten til å tro at vi er de beste – pasienten spiller på de gamle forestillingene om oss og utfordrer ikke den mer moderne måten å tenke på, for det er også utfordrende for pasienten”.

På spørsmål om hvordan sykehusansatte vurderer omsorgsbehovene svarer en fagansatt i TK slik:

”... det er veldig mye spørsmål fra psykiatriens side om det fins de institusjonsprega boligene eller ikke. Det er ofte det som blir bestillinga til kommunen”.

Utsagn fra fagansatt i TK tyder på at sykehusansatte har utviklet en annen norm enn det som reguleres i avtalen. Retningslinjene viser til at partene skal utveksle informasjon om pasientens funksjonsevner i brukermøter og at denne informasjonen skal danne grunnlag for kommunale vedtak på omsorgstjenester. Når sykehus-/DPS- ansatte kommer med en ”bestilling” av spesifikke omsorgstjenester i stedet for å beskrive pasientens funksjonsevner er dette ikke i samsvar med retningslinjer for samarbeid. Normen er at partene i fellesskap skal vurdere pasientens omsorgsbehov.

Det kan tyde på at sykehusansatte ikke har tilpasset seg en normativ rasjonalitet (March og Olsen 1989). Ut fra denne rasjonaliteten er det fornuftig å utføre handlinger som er i tråd med gjeldende avtale. Den normative rasjonaliteten fører til at visse atferdsmønstre i organisasjonen etter hvert stivner. Selv om normer og verdier i samfunnet endrer seg, kan disse atferdsmønstrene bestå (Busch et al 2007). Dette kan føre til at begge organisasjonene kommer i utakt med sine institusjonelle omgivelser og får redusert den pragmatiske legitimitet, dersom antall utskrivingsklare pasienter ikke reduseres. Organisasjonene vil dermed ikke fremstå som effektive produsenter av helsetjenester, da utskrivingsklare pasienter blokkerer for behandlingsplasser som igjen fører til lengre ventetid på psykiatrisk behandling.

De kognitive pilarene representeres av de kognitive (mentale) modellene som vi har dannet oss om hvordan en organisasjon skal se ut eller oppføre seg. Den bygger på hva vi ”tar for gitt” (Busch et al 2007). For å oppnå legitimitet kan en organisasjon ikke bryte for mye med de dominerende forestillingene som er knyttet til bildet organisasjonen gir av seg selv. Spesialisthelsetjenester betraktes som eksperter innenfor sykehustjenester og har høy faglig legitimitet i befolkningen. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømme om at de er

eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester, slik en fagansatt i PH uttrykte seg (se sitat ovenfor).

Bolman og Deal (2007) beskriver ulike kilder til makt. Når spesialisthelsetjenesten omtaler seg som eksperter vil de også kunne bli oppfattet av kommunes ansatte til å ha makt. Overleger, psykiatere og psykologer har posisjoner i sykehus-/DPS som automatisk gir formell autoritet og dermed *posisjonsmakt*. Siden formell autoritet er en asymmetrisk kilde til påvirkning, er den ofte til hinder for samordning av organisasjonens og den enkeltes behov. Dersom ansatte med formell autoritet kan påvirke kommuneansatte, men ikke omvendt, vil forholdet høyst sannsynlig være mest tilfredsstillende for sykehusansatte. De har myndighet til å avgjøre hvilken behandling pasienter skal gis og når denne skal avsluttes. Slik sett vil også nevnte fagpersoner inneha informasjon og er eksperter på fagkunnskapen innenfor psykiske lidelser som skal bidra til å hjelpe pasientene. Ut i fra et slikt perspektiv kan sykehusansattes bestillinger på spesifikke omsorgstjenester forstås. Deres bestilling om videre oppfølging etter sykehusinnleggelse vil derfor veie tungt.

Jeg ønsker samtidig å analysere om konteksten sykehusansatte befinner seg i, kan forklare deres vurderinger ut fra et kunnskapsperspektiv ved å anvende translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering. Når Røvik (2007) beskriver translasjonsteori, gjør han et klart skille mellom dekontekstualisering og kontekstualisering, fordi forholdet mellom dekontekstualisering og kontekstualisering av organisasjonsideer kan et stykke på vei sammenlignes med det å oversette en tekst fra ett språk (kildespråket) til ett eller flere andre (målspråk). Men denne sammenligningen har sine begrensninger. Den typiske språkoversettelsen foregår oftest ved at *en* person – oversetteren – arbeider med både kildespråket og målspråket samtidig, og slik sett oversetter og overfører en tekst i en og samme operasjon. Dekontekstualisering og kontekstualisering av organisasjonsideer, derimot, foregår ofte relativt frikoblet i tid og i rom, og som atskillig mindre koordinerte aktiviteter.

Som en forberedelse til "brukermøtet" skal sykehus-/DPS- ansatte foreta observasjoner av pasientens funksjonsevner. På bakgrunn av disse observasjonene skal kommuneansatte vurdere hvilke omsorgstjenester pasienten trenger ved utskriving. I sykehus- /DPS har mange ulike yrkesgrupper og personer behandlingsansvar for den enkelte pasient. Disse personene innehar nøkkelrollene som oversettere av praksiser til idèmessige representasjoner (dekontekstualisering). Det betyr at deres observasjoner av pasientens psykiske tilstand og antatte behov for omsorg skal formidles til kommunens ansatte. Røvik

(2007) anvender begrepet dekontekstualisering på tilfeller der en praksis identifiseres i bestemte organisasjoner, og forsøkes tatt ut av denne sammenhengen og omformet, ofte (men slett ikke alltid) med det formål å bli overført til andre organisasjoner. For å forstå noe av årsaken til at psykisk helsevern gir de rådene som gis om omsorgsbehov, er det viktig å vurdere hvilken kontekst de befinner seg i og hvordan de kan overføre sine observasjoner av pasientenes antatte omsorgsbehov. Spørsmålet blir derfor om denne praksisen eller observasjonene lar seg overføre og omsettes. Røvik (2007) viser til klassisk translasjonsteori som definerer oversettbarhet bl.a. slik:

”Translateability (...) is the capacity for some kind of meaning to be transferred from one language to another without undergoing radical change” (Pym og Turk 1998:273)

Det betyr at oversettbarhet i tilknytning til dekontekstualisering defineres som *muligheter og begrensninger knyttet til det å kunne transformere en praksis til en idèmessig representasjon uten at vesentlige elementer ved praksisen blir utelatt*. En praksis` oversettbarhet dels avhenger av trekk ved praksisen og dels av trekk ved organisasjonen den er lokalisert i (vertsorganisasjonen). Det er primært tre trekk ved en praksis som må antas å virke inn på dens oversettbarhet, nemlig dens *eksplisitet, kompleksitet og innvevdhet*. Jeg vil anvende de to første i min analyse av organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd.

Med ”eksplisitet” menes i hvilken grad praksisen er kodifisert og språkliggjort og dermed synliggjort og kommuniserbar. Sett fra et translasjonsteoretisk perspektiv er en vesentlig forutsetning for å kunne oversette fra ett språk til et annet at det i det hele tatt *finnes* et språk å oversette fra. I tilfeller med lite eksplisitt praksis, altså taus kunnskap, finnes ikke ”kildespråket” i utgangspunktet. Oversetterens oppgave blir da vanskeliggjort, nettopp fordi man først må *sørge* for å *språksette* praksisen, altså gjøre den uttalt og kommuniserbar. I samarbeidsavtalen er det ikke krav om at sykehusansatte skal kartlegge eller registrere pasientenes ferdigheter i dagliglivets gjøremål, som ”å kle på seg”, ”tilberede mat” og lignende. Dermed foreligger ingen dokumentert kunnskap om registrerte omsorgsbehov, men heller en skjønsmessig vurdering, basert på observasjoner (taus kunnskap).

Med ”kompleksitet” menes om hvor klar eller uklar årsak-virknings-relasjonene er bak en suksess som man ønsker å modellere og imitere (Lippman og Rumelt 1982) og forholdet mellom teknologi og menneskelige ressurser som er involvert i utførelsen av praksisen (Lillrank 1995). Røvik (2007) mener at det er vanskelig for oversetteren – den som skal dekontekstualisere – å få oversikt over en kompleks praksis. Selv om oversetteren skaffer

seg god innsikt i en kompleks praksis, kan det likevel være vanskelig å beskrive – enn si gjenskape - komplekse samvirkninger mellom ulike faktorer andre steder. Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at det er stor forskjell på omfanget av kommunale tjenester *før* og *etter* sykehusinnleggelse. For lite kommunale tjenester før innleggelse kan tolkes som en mulig årsak til at pasienten ble innlagt og derfor "bestilles" økt omfang av omsorgstjenester for om mulig å minimalisere sjansen for reinnleggelse.

Røvik (2007) viser til oversettelsesregler for dekontekstualisering, dvs. regler for hvordan praksiser i bestemte kontekster får idèmessige representasjoner. For organisasjonsideer som for eksempel litteratur handler oversettelsesregler om oversetterens muligheter og begrensninger. Dels kan en beskrive mulighetene, dvs. de frihetsgradene translatøren har til å omtolke og forme det som skal oversettes, etter eget ønske og skjønn. Translasjon er slik sett ikke bare gjengivelse, men snarere gjendiktning – og kanskje i noen tilfeller nydiktning. Innenfor translasjonsstudier finnes det to posisjoner med motsatte oppfatninger om oversettbarhet. Den ene er den rasjonalistisk-universalistiske posisjonen, som understreker at mange meninger og ideer er universelle og derfor i prinsippet oversettable og overførbare mellom ulike språk og kulturer (Pym og Turk 1998: 273, Rubel og Rosman 2003:6). I organisasjonsteorien finner vi den parallelle tanken i forestillingen om at organisasjoner stort sett er like systemer med universell utbredelse, og følgelig preget av stort sett samme problemtyper og utfordringer. I prinsippet kan derfor ideer om organisering og om ledelse i stor grad oversettes og overføres med slike systemer. Den andre translasjonsteoretiske posisjonen vektlegger det unike ved en kultur og et språk. Den tenkning og idèproduksjon som foregår innen et kultur- og språkområde, oppfattes her som uløselig koblet til det språket det uttrykkes på. Til sammen utgjør tenkning, ideer og språk et unikt meningssystem. Følgelig er det svært vanskelig, ja, bortimot umulig, å oversette tekster fra ett språk til et annet uten at vesentlige deler av meninger og ideer går tapt (Qvale 1991). I organisasjonslitteraturen finner en dette resonnementet igjen i teorier om organisasjoner som unike institusjoner – som har ulike historier, tradisjoner og utfordringer, og følgelig også ofte har erfaringer med ulike løsninger. I tilfeller der denne tenkningen dominerer, kan det bl.a. komme til uttrykk i forestillingen om at det meste av grep og ideer som finnes innenfor bestemte institusjoner, i liten grad er oversettable og overførbart til andre.

Når en av lederne i psykisk helsevern trekker frem at sykehuset er "*preget av en medisinsk modell – og tenkning for hvordan problemet skal løses*" er det uttrykk for at sykehuset er en unik institusjon med erfaringer i å løse problemer, problemer som er knyttet til behandling av psykiske lidelser.

For å forsøke å forstå motivene som ligger bak ”bestillingen” av omsorgstjenester fra fagansatte i psykisk helsevern viser Røvik (2007) til hvorfor organisasjonsideer oversettes og dermed omformes når de forsøkes overført mellom organisatoriske kontekster. Røvik skiller mellom intendert og uintentert oversettelse. Jeg vil anvende intenderte motiv for oversettelse i min analyse.

Uttalelser fra både ledere og ansatte i psykisk helsevern tyder på at motivet knyttes til rasjonelle handlinger. Når pasientene blir værende lenge i sykehus-/DPS vil det utvikles en tett relasjon til ansatte, slik en respondent uttalte. De ansatte ønsker det beste for pasienten, ”*det er rasjonelt å bestille tjenester, når en selv ikke skal betale for den*”, slik en av lederne i psykisk helsevern uttalte. I brukermøtet foregår forhandlinger mellom partene om utskrivning av pasienter. Dersom det kommunale tilbudet som pasienten er vurdert til å ha ikke er tilgjengelig, blir pasienten værende innlagt. Psykisk helsevern har press fra politikere om å utnytte ressursene optimalt. Det er press fra omgivelsene, samarbeidsparter og pasienter om rask responstid på behandling. Det hender derfor at det gjøres nye vurderinger av pasientenes omsorgsbehov, slik en fagansatt i kommunen uttrykte seg:

”Det er jo snedig da folk som venter i psykiatrien på botiltak, som er vurdert til å ha hel døgns, så begynner ansatte å ringe og lure på om det er ledig ordinær kommunal bolig og da trenger de plutselig ikke hel døgns.”

Konklusjon

Analysen viser at sykehus-/DPS- ansattes vurderinger av omsorgsbehov og bestilling av omsorgstjenester kan forklares ut fra institusjonell teori ved både den normative og kognitive forståelsesrammen. Sykehusansattes emosjonelle egenskaper påvirkes av pasientenes normer og verdier og som fører til at de ønsker å tilfredsstille pasientens totale behov. Deres handlinger kommer av den grunn i utakt med den normative rasjonaliteten som kommer til uttrykk i samarbeidsavtalen, da sykehusansatte ofte *bestiller* omsorgstjenester i stedet for å formidle observasjoner om funksjonsevner. Den kognitive rammen kan forstås ved at spesialisthelsetjenester betraktes som eksperter innenfor sykehus tjenester og har høy faglig legitimitet i kommunehelsetjenesten. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømme om at de er eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester. Dette kan også forklares ved at enkelte innenfor spesialisthelsetjenesten har posisjonsmakt og kilde til makt i kraft av å inneha faglig ekspertise.

I lys av translasjonsteori med fokus på dekontekstualisering har jeg pekt på oversettbarheten av pasientobservasjonene som gjøres av sykehusansatte. Dennes eksplisitet er i liten grad

kodifisert og språksatt, men består av taus kunnskap. Sykehus-/DPS- ansatte arbeider i en kompleks organisasjon, hvor det er uklart hva som er årsak-virknings-relasjonen i forhold til innleggelser. Sykehusansatte bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, dvs. døgtjenester i institusjonslignende boliger (botiltak). Motivet for slike bestillinger er intendert og kan relateres til en bevisst og rasjonell handling.

5.4 Forskningsspørsmål 3

På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse i en kommunal kontekst?

Bakgrunn for spørsmålet

I brukermøtet skal partene utveksle informasjon om pasientens psykiske tilstand og funksjonsevner. På bakgrunn av sykehusansattes observasjoner av pasientenes funksjonsevner inne i sykehus-/DPS, skal kommuneansatte omsette observasjonene i form av konkrete forvaltningsvedtak om helse og omsorgstjenester. Disse kommunale tjenestene skal pasienten ha tilgang til umiddelbart etter utskrivning. For å få utdypende svar på spørsmålet vil jeg først undersøke hvilke forventninger partene har og hvordan kommunikasjonsprosessen foregår. Dette kan gi meg kunnskap om forhold ved legitimitet.

Analyse

Jeg vil først anvende institusjonell teori og perspektiv på makt og forhandlingsstrategier for å analysere hvordan partene opplever dialogen i brukermøtet og i hvor stor grad kommuneansatte kvalitetssikrer bestillingen på omsorgstjenester. Deretter vil jeg anvende translasjonsteori med vekt på kontekstualisering for å analysere om brukermøtet har preg av kunnskapsutveksling om brukerbehov.

På spørsmål om partenes forventninger i brukermøtet, mener fagansatte i kommunen at ansatte i psykisk helsevern har urealistiske forventninger til omfanget av omsorgstjenester som må være på plass ved utskrivning. Fagperson TK uttrykker seg slik:

”... og så er det psykiatriens forventninger til hva kommunen kan stille opp med, hvis kommunen bare hadde hatt en bolig som bare var sånn og at personalet var sånn, og naboene var sånn, og boligen lå der, i det hele tatt, og det stemmer jo ikke overens med det kommunen har, så de kan være utskrivingsklar med deres forståelse av ordet, dersom kommunen har et optimalt tilbud som vi ikke har, kanskje. Psykiatrien starter samtalen med

bolig – det handler om hvor god trening vi har som saksbehandlere og jeg kan stoppe det der med bolig for jeg vil kjenne brukeren først før jeg begynner å tenke på tiltaket. Vi er jo trent og har lang erfaring, men jeg vil tro at det er andre som hopper fortere når det bestilles bolig”.

På spørsmål om hva som skjer, dersom forventningene ikke imøtekommes, sier fagperson TK følgende:

”Det kan bli dårlig stemning dersom vi ikke kan møte deres forventning. Psykiatrien kan ha helt urealistiske forventninger til bolig og tjenester, til tross for at vi har informert mye om dette i tidligere samarbeidsmøter med alle avdelingene i psykisk helsevern. Det er veldig skuffende. Vi er jo avhengig av den samtalen da, en dialog for å finne ut av det – jeg kjører ikke et bombastisk løp for å stoppe hva de måtte si for noen ting”.

Avtalen mellom partene er basert på felles interesser, da de mener at de kan oppnå mer i fellesskap enn hver for seg. For å nå sine mål trenger partene makt. Bolman og Deal (2007) viser til ulike perspektiv på makt, hvor strukturteoretikere fremhever autoritet – den lovlige, formelle retten til å ta beslutninger som er bindende for andre. Ledere tar rasjonelle beslutninger, mens human resource-teoretikere legger liten vekt på makt, selv om de ofte går sterkt inn for tanken om myndiggjøring. Fordeling av makt og oppgaver mellom partene er formelt definert gjennom helselovgivningen. Det er Trondheim kommunes helse og velferdskontor som er tildelt myndighet og oppgaven med å vurdere omsorgsbehov og fatte enkeltvedtak om kommunale tjenester, mens behandlingsansvarlige i sykehus er tildelt myndighet til å bestemme varigheten på behandlingen. Selv om kommuneansatte er tildelt den formelle retten til å ta beslutninger om omsorgstjenester, opplever de at ”definisjonsmakta” ligger i sykehuset. Uttalelser fra fagansatte i TK viser at de lar være å benytte den myndigheten som de er tildelt. Dette kan forklares ut i fra både posisjonsmakt og den faglige ekspertisen som er i sykehus-/DPS, jmf analysen fra forskningsspørsmål 2. Fagpersoner fra TK sier at sykehusansatte ofte bestiller bolig og døgntjeneste før de har drøftet pasientenes omsorgsbehov. Empiri viser at kommuneansatte oftest kopierer bestillingen.

Busch (2007) viser til ulike forhandlingsstrategier og peker på at samarbeidsstrategi blir brukt dersom det er viktig å ta vare på relasjonene og å oppnå et godt resultat for egen del. Da partene har forpliktet seg gjennom avtale er det viktig å ta vare på relasjonene og det kan være årsaken til at kommuneansatte ikke benytter den tildelte makten til å fatte andre vedtak enn det som bestilles. Forhandlingssituasjonen har derimot ikke preg av åpenhet, respekt og tillit, da partene uttrykker gjensidig mistillit. Kommuneansatte mener at

spesialisthelsetjenesten kun er opptatt av bolig og døgntjeneste, mens spesialisthelsetjenesten hevder at kommunens tjenester ikke har tilstrekkelig kontinuitet, dersom det ikke er døgntjenester.

Når partene gir uttrykk for mistillit kan det samtidig indikere manglende legitimitet til partenes vurderinger av omsorgstjenester. Sykehusansatte påvirkes av pasientenes normer og verdier og de vil derfor tilstrebe at pasientene sikres optimale omsorgstjenester ut i fra deres normer og verdier. Deres forventninger om spesifikke omsorgstjenester blir innfridd, da kommuneansatte kopierer bestillingen. Selv om kommunens ansatte fatter forvaltningsvedtak i tråd med bestillingen, blir pasientene værende i sykehus-/DPS i påvente av ny bolig. Slik sett har sykehusansatte legitimitet til kommunens ansatte som fatter vedtak, men ikke til "Trondheim kommune", da kommunen ikke sørger for tilgjengelige tilrettelagte boliger med døgntjenester. Kommuneansatte uttrykker manglende legitimitet til sykehusansattes vurderinger, da de mener at sykehusansatte ikke vurderer pasientens omsorgsevner, men bestiller spesifikke tjenester.

Utsagn fra respondentene tyder på at brukermøtene ikke inneholder vesentlige elementer av faglige diskusjoner eller vurderinger av pasientens omsorgsevner. Brukermøtet som kommunikasjonskanal må her forstås som *kommunikasjon* i betydningen av å underrette eller overføring av informasjon. Kommunikasjonsprosessen foregår heller som en enveisprosess enn en toveisprosess med tilbakemeldinger og gjensidige tolkninger i et samspill. Brukermøtet benyttes som overføring av spesifikke bestillinger fremfor å drøfte pasientens omsorgsevner med sikte på å skreddersy alternative omsorgstiltak.

For å forstå sammenhengen i hvordan brukerdata formidles fra sykehusansatte til kommuneansatte, anvendes spesifikke oversettelses- og omformingsregler som Røvik (2007) viser til i kontekstualiseringsfasen, om hvordan innholdet i ideene (brukerdata) påvirkes, når en prøver å overføre disse mellom ulike organisatoriske kontekster. I denne analytiske retningen blir oversetteren svært sentral. I min problemstilling vil denne teorien knyttes til å identifisere hvordan kommunens ansatte oversetter brukerdata om omsorgsbehov til forvaltningsvedtak om kommunale tjenester. Det er regler som fokuserer på i hvilken grad det som overføres, kan bli omformet i spennet mellom kopiering og total omvandling. Basert bl.a. på innsikter fra klassisk translasjonsteori, særlig Vinay og Darbelnet (1958), Nida (1964) og Barhhudarov (1975), kan man analytisk skille mellom fire grunnleggende oversettelsesregler, og som hver representerer ulike grader av omforming av det som søkes overført, nemlig a) kopiering, b) addering, c) fratrekking og d) omvandling. Røvik (2007) beskriver reglene under tre omformingsmoduser; den reproduserende modus ("kopiering"),

den modifierende modus ("addering" og "fratrekking") og den radikale modus ("omvandling"). Da respondentene i all hovedsak mener at fagansatte i psykisk helsevern legger føringer med sine "bestillinger" på spesifikke omsorgstjenester og at kommuneansatte stadfester bestillingen, vil jeg analysere overføringsprosessen ved å anvende den reproduserende modus for om mulig å forklare hvorfor kommuneansatte kopierer bestillingen.

Begrepet "kopiering" brukes ofte synonymt med begreper som "reproduksjon" og "duplisering". Røvik (2007) definerer "kopiering" til å hente ut en praksis fra en kontekst, gi den en idèmessig representasjon, og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst på en slik måte at praksisen gjenskapes, dvs. den blir utført i den nye konteksten med ingen eller få endringer. Empiri viser at kommuneansatte i hovedsak gjennomfører en tilnærmet kopiering av omsorgstjenestene det gis råd om. Kopiering som oversettelsesregel knytter an til en meget tung tradisjon i klassisk translasjonsteori, "literal translation", dvs. oversettelse ord for ord, setning for setning. Hvilke forhold påvirker sannsynligheten for at kopiering blir anvendt, og hvilke forhold påvirker sannsynligheten for å lykkes med forsøk på kopiering? Teoriutvikling på dette området betrakter to faktorer som antas å ha betydning; trekk ved det som søkes overført og oversatt og trekk ved relasjonen mellom den konteksten det oversettes fra og til. Sannsynligheten for at kopiering vil bli anvendt, og for at man vil lykkes med det, kan bl.a. henge systematisk sammen med hvor *oversettbart* og hvor *omformbart* det som skal overføres er (Røvik, 2007). I et forsøk på å forstå bakgrunnen for at kommuneansatte, langt på vei, kopierer bestillinger fra sykehusansatte, benyttes klassisk translasjonsteori og forhold som har betydning for at kopiering eller bestillinger adopteres i kommunens omsorgstjenester.

Når det gjelder en praksis` oversettbarhet henger det bl.a. sammen med dens eksplisitet, dens kompleksitet og dens innvevdhet. Resonnementet er at *jo mer eksplisitt* en praksis er, *jo mindre innvevd* den er, og *jo mindre kompleks* den er, desto lettere er det å lage en dekkende representasjon av praksisen, og følgelig er den desto mer oversettbar. På samme måte kan en si at jo lettere det er å lage en god representasjon av praksisen, *desto større er muligheten for å kunne kopiere den*, i betydningen av å gjenscape praksisen i en ny organisatorisk kontekst. En praksis` oversettbarhet er altså en viktig forutsetning for hvorvidt den kan bli kopiert i andre organisasjoner (Røvik, 2007).

Bestilling av spesifikke omsorgstjenester fra sykehusansatte uttrykkes både verbalt og i pasientens journalsystem. En leder i PH sier det slik:

”Psykiatrien definerer et behov for en viss standard på tjenestene, og da er det ofte det der med tilsyn og overvåking, døgkontinuerlig tilsyn”.

Slik sett har kommuneansatte ingen problemer med å tolke bestillingen, da omsorgsbehov er kodifisert, språksatt og tydelig kommunisert og dermed *eksplisitt*. Det andre kriteriet som Røvik (2007) trekker inn er ”innvevdhet”. Brukermøter om utskrivingsklare pasienter skal foregå inne i sykehus-/DPS. Brukermøtet er avgrenset til en konkret handling, nemlig, å vurdere om pasienten er utskrivingsklar og definere omsorgstjenester ved utskriving. Selv om tema ”utskrivingsklare” pasienter er forankret både på administrativt nivå og i flere organisatoriske enheter (for eksempel kommunale utførerenheter), er handlingen i selve brukermøtet avgrenset og utskillbar. Personene som deltar i brukermøtet er tildelt fullmakt til å fatte beslutninger. Deltakerne i møtet er ikke avhengig av andre organisatoriske kontekster for å ta beslutninger. Slik sett er oppgaven avgrenset og i mindre *grad innvevd*. Det tredje kriteriet som Røvik peker på er ”kompleksitet”. Det er relativt få personer som er til stede i brukermøtet, vanligvis 1-2 kommuneansatte, 3-5 behandlingsansvarlige fra psykisk helsevern og pasienten (ikke alltid). Formidling av pasientdata foregår både muntlig og skriftlig ved hjelp av enkel teknologi. Det er ikke oppnevnt faste medlemmer som skal representere partene i brukermøtet. Representantene skiftes ut for hver ny pasient. Det er pasientens behandlingsansvarlige i psykisk helsevern som skal være representert i brukermøtet sammen med ansatte i helse og velferdskontor (pasientens boligadresse avgjør hvilke helse og velferdskontor som er representert). Da brukermøtet drives med enkel teknologi og med få aktører som kan erstatte hverandres kompetanse, mener jeg at brukermøtets innhold kan defineres til å være *mindre kompleks*.

Røvik (2007) peker på at sannsynligheten for at oversettelse og overføring vil skje som kopiering, henger også sammen med hvor *omformbart* det som skal oversettes er. *Påstanden er at jo mindre omformbar, desto større sannsynlighet for at oversettelsen vil kunne forløpe som kopiering*. Når sykehusansatte bestiller spesifikke omsorgstjenester, er dette forstått ut fra pasientens psykiske helsetilstand og den konteksten pasienten befinner seg i. En leder i TK uttrykte seg slik:

”Definisjonsmakta ligger i sykehuset. Det du trener på blir du god på – bor du i institusjon blir du god til å innordne deg i institusjonen, og da blir det enkelt å mene at pas trenger institusjon”.

Når sykehusansatte uttrykker sammenhengen mellom nivået på omsorgstjenester og hvilken betydning dette får for pasientens psykiske tilstand med fare for reinnleggelse, har dette en karakter av en prosedyre som i detalj foreskriver hvordan en omsorgstjeneste (praksis) skal

være. Desto mer detaljerte prosedyrene er, desto mer innskrenkes frihetsgradene man har til å omforme når oppskriften skal implementeres i en ny organisasjon (Røvik 2007: 310).

Røvik (2007) peker på trekk ved relasjonen mellom den konteksten / de kontekstene det oversettes fra og til. Generelt gjelder det at jo mer lik de organisatoriske kontekster som det oversettes fra og til, desto større sannsynlighet for at oversetterne vil kopiere, og videre, desto større er sjansen for å lykkes med forsøket. De to samhandlende organisasjonene har flere likhetstrekk ved at de er offentlige organisasjoner og utfører helsetjenester innenfor felles fagområdet. Slik sett er det store likheter ved relasjonen mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd.

Røvik understreker betydningen av å identifisere hva oversatte ideer kan "gjøre" med de organisasjoner der de forsøkes adoptert – hvilke virkninger har dette medført i mottakende organisasjoner. I litteraturteori understrekes at den viktigste hensikten med oversettelser er intet mindre – men heller ikke mer – enn å gjøre den fremmede teksten kjent og tilgjengelig på et annet språk. Skoposteorien (Vermeer 1978, Reiss og Vermeer 1984) hevder at den bærende idè er at oversetteren først og fremst skal være forpliktet til å oppnå noen virkninger av sin oversettelse hos de som hører til det kultur- og språkområdet det oversettes til. Det innebærer at det må gjøres oversettelser som tar høyde for at de skal fungere når de er satt inn i en annen språklig og kulturell kontekst. Hensikten med en oversettelse er nemlig slett ikke alltid å gjengi og gjenskape.

Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at kommunens ansatte kopierer bestillingen fra sykehusansatte. Kommuneansatte som "oversettere" anvender derfor ikke "skoposteori" ved at oversettelser må ta høyde for at de skal fungere i en annen kontekst. Når bestillingen formuleres som et behov for tilrettelagt bolig med døgntjeneste og denne kopieres, blir pasientene værende i spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon

Fagpersonene i TK benytter ikke den tildelte makten til å vurdere omsorgsbehovene, men kopierer bestillingen fra spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av deres posisjonsmakt. Da avtalen forplikter partene til samarbeid, kan synes som om kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon.

Når kommuneansatte, langt på vei, kopierer bestillinger fra sykehusansatte om omsorgstjenester, kan dette forklares med at pasientdata er lett å kopiere. Dette begrunnes med at pasientdata er eksplisitt, brukermøtet er lite innvevd i en utennomorganisatorisk kontekst og brukermøtet består av få personer som kan erstattes av kollega med tilsvarende

kompetanse. Bestilling av omsorgstjenester er detaljert og er dermed i mindre grad omformbar. Da organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd har like organisatoriske kontekster, er det stor sannsynlighet for at kommuneansatte vil kopiere bestillinger.

5.5 Forskningsspørsmål 4.

Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?

Bakgrunn for spørsmålet

Alle respondenter har kjennskap til nytt felles prosjekt om; etterbehandling i kommunalt helsehus. (jfr kapittel 4.5). Jeg ønsker å få tak i respondentenes meninger om hvilke faktorer som må være til stede for at partene skal oppleve kommunalt helsehus som ny arena for kunnskapsutvikling.

Analyse

Fra intervjuene av ledere og fagansatte ble det stilt flere spørsmål. På spørsmål om etterbehandling i kommunalt helsehus kan være en felles arena for samhandling, svarer leder PH slik:

”Vi må bare fortsett å utvikle det vi er god på i relasjonen, men samtidig så må vi i spesialisthelsetjenesten bli bedre på det som vi skal være best på, også må vi tenk på at noen andre er best på relasjon faktisk, og best på kommunale tjenester, så skal vi overlate til kommunen å være best på kommunale tjenester, og så skal vi få det her til å gå sammen innenfor et pasientforløp. Dette er jo spennende i forhold til det som kommer i samhandlingsreformen.”

En annen leder PH uttrykker seg slik:

”Det er ikke alle pasientene som vil ha nytte av Leistad – mange kan heller få trening i eget hjem. Mange er sårbare og bør ikke overføres til en enda ekstra overgang for eksempel schizofrene. Skal primært være der for å vurdere primærbehov. Hva vil forskjellen være om at ansatte kom til oss (Psykisk helsevern) for ikke å snakke med personalet, men observere og snakke med pasienten?”

En annen leder PH svarer slik:

”Jeg tenker jo sånn at viss du har en pasient på langtidsopphold med schizofreni så vil det ofte være sånn at en viss prosent av oppholdet vil være utskrivingsprosess og den vil ofte vare en måned eller kanskje 6 uker, men viss vi nå tenker utskrivning så tar det tid, pasienten skal ha permisjon og gradvis ta steget mot hjemmet, vi kan godt flytte denne prosessen på Leistad og at de tar denne – det synes jeg har vært et utmerket tilbud. Jeg har sansen for Leistad – en må kjøre utskrivingsprosessen der. Jeg synes konseptet er godt – får gjort en god vurdering av dem som kjenner det kommunale systemet. Jeg har sans for dette.”

En fagperson fra PH uttrykker seg slik:

”Jeg tenker sånn at når pasienten kommer til oss (PH) så tar vi tak i det syke, mens når pasienten kommer til Leistad så tas det tak i det ”friske”- det er virkelig ressursen – det er kjempebra! Men så er det kronikere som må vente, de som ikke har bolig, da blir det for kort tid med 4 uker.”

Leder fra TK uttrykker skepsis til Leistad ved følgende utsagn:

”Tror ikke på at pasientene som er overført til Leistad er så dårlig at de hadde blitt vurdert fra sykehuset til botiltak med heldøgns tjeneste. Lage en filial på Leistad som betyr at pasientene kan ha lengre opphold på Leistad utover 4 uker, 2-3 måneder i påvente av ny bolig – (botiltak). Blir Leistad et nytt ledd i samhandlingen? Fra sykehus til DPS til kommunen. De som ligger på DPS og venter i mange måneder på utskrivning – mangler bolig. De må ha mye lengre opphold enn 4 uker på Leistad. Må vente på Leistad mens de får bolig.”

På spørsmål om hva som må gjøres for å lykkes med kommunalt helsehus svarer fagperson PH slik:

”Må gjøre tilbudet kjent - tar tid for at alle skal bli kjent med tilbudet – kommer nye turnusleger, og leger som må bli kjent med tilbudet – miljøpersonalet begynner å kjenne til tilbudet. Behandlingsmøte om pasienter i psykisk helsevern med psykologer, leger og miljøpersonell. Vise til at det går bra med pasienter som er blitt overført – fortelle historiene til oss(PH). Dess lenger pasienten blir gående i sykehus – dess verre blir det for kommunen etterpå, på grunn av institusjonalisering.”

Leder i TK sier det slik:

”Ved overføring til Leistad benyttes kriteriene - ingen diskusjon mellom ansatte i Psykisk helsevern og Trondheim kommune om hvilke kommunale tjenester som pasienten skal ha etter overføring til Leistad”. Og fortsetter: ”Sykehuset kan skrive ut pasientene og at pas blir godt ivaretatt, trekke med utførerenhetene, informere om tilbudet.”

Empiri fra forskningsspørsmål 2 er i hovedsak analysert i lys av translasjonsteori med fokus på dekontekstualisering. Mine funn viser årsaker til at ansatte i psykisk helsevern bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, dvs. døgntjenester i tilrettelagte boliger. Empiri fra forskningsspørsmål 3 er i hovedsak analysert ved å anvende translasjonsteori, men nå med fokus på kontekstualisering. Mine funn peker på årsaker til at kommuneansatte kopierer bestillingen. For å analysere empiri fra forskningsspørsmål 4, vil jeg også anvende translasjonsteori, men nå med fokus på både kontekstualiserings- og dekontekstualiseringsprosessene og vekt på oversetteren, dvs. translatøren. Hva er det som kjennetegner en "god oversetter" eller translatør. Hvilke egenskaper bør oversetteren(e) ved Leistad helsehus inneha for å lykkes med det nye prosjektet "etterbehandling" i kommunalt helsehus?

Røvik (2007) hevder at det for oversettelse og overføring av organisasjonsideer – omtrent som for oversettelse av litterære tekster – finnes så vel gode som dårlige oversettere og oversettelser. Han hevder at organisasjoners translatørkompetanse er en meget viktig ressurs for å lykkes med kunnskaps- og idéoverføring og tydeliggjør hva som må inngå i begrepet "god translatørkompetanse".

Analysen av empiri fra forskningsspørsmål 2, viser at ansatte i psykisk helsevern ikke i tilstrekkelig grad lager en god "oversettelse" eller en beskrivelse av deres vurdering av omsorgsbehov ovenfor kommuneansatte. Dette er et eksempel på at "dårlig" oversettelsesarbeid handler om mangler ved måten en gjennomfører dekontekstualiseringsprosessen på. I tillegg har jeg pekt på praksisens oversettbarhet, dvs. at rutiner for definering av omsorgsbehov inne i sykehus-/DPS er lite kompleks, lite innvevd og tydelig eksplisitt, slik at den er oversettbar og dermed blir kopiert. I og med at oversetteren, dvs. kommuneansatte som deltar i "brukermøtet" kommer utenfra, øker generelt sannsynligheten for at man ikke får med seg alle relevante forhold med innvirkning på måten praksisen har fungert på i sykehus-/DPS, og dermed i utgangspunktet ikke har innsidebasert kjennskap til organisasjonen der praksisen utføres. Funn fra forskningsspørsmål 3 viser at kommuneansatte gjør en "dårlig" oversettelse av bestilling av omsorgstjenester fra sykehusansatte, da denne kopieres. Slik sett handler dette også om mangler ved implementeringen, da det kan synes som om kommuneansatte ikke i tilstrekkelig grad er seg bevisst at omsorgsbestillingene (ideer) vanligvis *må* oversettes til konkrete, kommunale standarder i Trondheim kommune.

Ved å flytte ansvaret for å vurdere omsorgsbehov til kommunalt helsehus, vil oversetteren, dvs. fagansatte i kommunen ha kunnskap både om å vurdere omsorgsbehov (kildespråket) og vurdere hvilke omsorgstjenester som kan tilpasses omsorgsbehovene (målspråket).

Røvik (2007) peker også på faren ved mangelfullt oversettelsesarbeid – i betydningen svak kontekstualisering, fordi oversetteren kan anvende uhensiktsmessige oversettelsesmodus og dermed uheldige oversettelsesregler.

Når jeg viser til ideen om et prosjekt "etterbehandling" av psykiatriske pasienter i kommunalt helsehus, er det på bakgrunn av funn fra forskningsspørsmål 1, og resultat fra tidligere prosjekt om etterbehandling av somatiske pasienter i Sjøbstad sykehjem (Garåsen 2008). Selv om "organisasjonsoppskriften" ved Sjøbstad sykehjem har gitt gode resultater, er jeg bevisst på at denne oppskriften ikke automatisk kan kopieres til Leistad helsehus, da denne er tilpasset en type virksomhet og en pasientgruppe. Oppskriften fra Sjøbstad må derfor omformuleres og operasjonaliseres inn i en annen kontekst, da heller ikke denne oppskriften er tilpasset den universelle identiteten som en "organisasjon". Røvik (2007) bruker følgende metafor om det å implementere en ny organisasjonsidè eller praksis; de er som "halvfabrikater" som nødvendigvis må "pakkes ut" og "ferdigstilles" lokalt. Denne metaforen forsterker betydningen av å ha en oversetter(e) ved Leistad som bør inneha "god" translatørkompetanse.

Røvik (2007) peker på hva innholdet i begrepet "god" translatørkompetanse bør være ved hjelp av fire dyder for den dugende oversetteren; den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, den modige og kreative translatøren, den tålmodige translatøren og den sterke translatøren. Ved hjelp av beskrivelsen om disse fire dydene, vil jeg analysere uttalelser fra informantene og peke på hvordan translatøren(e) ved Leistad bør kombinere kunnskap, mot, tålmodighet og styrke.

Den kunnskapsrike og flerkontekstuelle oversetteren av organisasjonsideer er en som må ha inngående kjennskap til det som skal overføres og oversettes, samt om så vel konteksten(e) det skal oversettes fra som til. I tillegg må oversetteren besitte kunnskap om oversettelsesprosesser, dvs. ha innsikt i hvordan man best kan gå frem når man henter ut "noe" fra en kontekst, samt hvordan man introduserer og materialiserer det i en annen kontekst. Oversetteren må besitte og dermed kan kombinere kunnskap både om "avgivende" og "mottakende" kontekst. For oversettelser av tekster mellom ulike språk er det å kunne *begge* språk et selvfølgelig kyndighetskrav til oversetteren. Nettopp det at det mangler kunnskap om kontekstene det skal formidles mellom, er en beskyldning som hyppig rettes mot de internasjonale konsulentselskapene som jo ofte er tungt involvert i kunnskapsoverføringsprosesser mellom svært mange og ulike organisasjoner. Oversetteren må derfor ha kunnskap om organisasjonskontekstene de oversettes fra og til. Røvik (2007)

peker på to typer kompetanse, hvor den første er *dekontekstualiseringskompetanse*. Det er evnen til å identifisere godt fungerende praksiser i andre organisasjoner og til å lage muntlige /skriftlige fremstillinger som fanger inn og gir en dekkende beskrivelse av den praksis / de praksiser man ønsker å overføre og oversette. Når oversetteren(e) ved Leistad skal ta i bruk "oppskriften" ved Sjøbstad helsehus (tidligere sykehjem) må denne operasjonaliseres og beskrives med nye rutiner for alle aktørene ved Leistad (for eksempel ansatte, samarbeidsparter, pasienter). En fagansatt i PH sier det slik: *"Må gjøre tilbudet kjent- tar tid for at alle skal bli kjent med tilbudet – kommer nye turnusleger, og leger som må bli kjent med tilbudet – miljøpersonalet begynner å kjenne til tilbudet"*. Dette utsagnet tydeliggjør behovet for å skriftliggjøre rutinene, slik at disse blir forståelig for samarbeidsparter. Dekontekstualiseringskompetanse består også i å skaffe seg innsikt om praksisens kompleksitet, innvevdhet og eksplisitet. Dette handler om i hvor stor grad oppskriften fra Sjøbstad er oversettbar. Praksisen ved Sjøbstad har samme "ramme" som for den "rammen" den skal inn i ved Leistad. Ideen er den samme for de to kontekstene, dvs. den skal anvendes for etterbehandling og slik sett er dens kompleksitet lik. Praksisen er samtidig avgrenset til en avdeling ved Sjøbstad helsehus og noen avdelinger ved St. Olavs Hospital. Da praksisen har vært etablert i flere år og forsket på, er den nedfelt i prosedyrer og retningslinjer og dermed er den i høyeste grad eksplisitt. Oversetteren trenger derfor ikke å bruke mer tid på å vurdere om praksisen fra Sjøbstad er oversettbar.

Den andre kompetansen det pekes på er *rekontekstualiseringskompetanse* som handler om å frembringe mer sikker kunnskap om hvorvidt, hvor og hvordan den generelle oppskriften de facto er blitt praktisert i andre organisasjoner. Denne kompetansen er etter min vurdering heller ikke aktuell å inneha, da Trondheim kommune har god kunnskap om praksisen eller oppskriften ved Sjøbstad.

Røvik (2007) mener at den kunnskapsrike oversetteren også må ha sorteringskompetanse og konfigurasjonskompetanse. For oversetteren(e) ved Leistad mener jeg at det ikke er nødvendig å legge vekt på denne type kompetanse, da ledelsen både i St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er enig om å prøve ut ny modell, basert på erfaringer fra Sjøbstad. Når det gjelder konfigurasjonskompetanse, så er heller ikke denne av betydning, da Leistad helsehus er en ny organisasjonsenhet og har derfor ingen erfaringer fra andre ideer og oppskrifter som er forsøkt tatt inn i organisasjonen (Røvik 1998).

Når Røvik beskriver den modige og kreative oversetter er det relatert til egenskap som *språksetter*, dvs. en som må sørge for å bringe praksiser og ideer på begreps form. Da etterbehandling av innlagte psykiatriske pasienter i kommunalt helsehus ikke er prøvd ut tidligere i Norge, er det vesentlig at translatøren(e) definerer og beskriver hva som legges i

begrepet "etterbehandling". Dette må forstås og inderliggjøres i Trondheim kommune, helse og velferd, så vel som i Psykisk helsevern ved Østmarka sykehus og DPS`ene Nidaros og Tiller. Å inneha kompetanse som språksetter blir derfor en viktig egenskap for translatøren(e) ved Leistad.

Når oversetteren skal implementere "oppskriften" om etterbehandling fra Sjøbstad helsehus, må det vurderes hvilke oversettelsesmoduser og oversettelsesregler som bør velges. Den reproduserende modus (kopiering) kan være hensiktsmessig under tre betingelser. Den første betingelsen gjelder i forhold til hvor vellykket en praksis er i en annen organisasjon som er meget lik ens egen og der man i tillegg har god dokumentasjon på hvordan praksisen virker. Den andre betingelsen er at det finnes oppskrifter, gjerne gitt av eksterne myndigheter, som meget detaljert foreskriver hvordan prosedyrer og/eller praksis skal implementeres og utføres, mens den siste betingelsen gjelder i situasjoner hvor en organisasjon er preget av stor usikkerhet og dermed forholder seg til en vellykket praksis i en annen organisasjon. Slik jeg har påpekt tidligere er Leistad og Sjøbstad like institusjoner og praksisen ved Sjøbstad er godt dokumentert fra forskning (Garåsen 2008). Oversetteren(e) ved Leistad helsehus bør derfor velge en reproduserende modus.

Gjennom de to siste dydene – tålmodighet og styrke – fokuseres det eksplisitt på mulighetene for å oppnå effekter i en organisasjon som følge av at man oversetter og implementerer en ny idè. Hva er med andre ord betingelsene for at det som overføres og oversettes, skal nedfelles i praksisplanet og få noen virkninger der? Røvik (2007) sier at dette knyttes bl.a. til en sentral problemstilling i klassisk translasjonsteori om virkningene av en oversatt tekst. Dels kan man identifisere en *passiv posisjon* som vektlegger at oversetterens rolle bør være begrenset til å gjøre det ukjente kjent og dermed tilgjengelig for de som på grunn av språkbarrierer ikke kan tilegne seg originalen (Schult Ulriksen 1991). Men det finnes også posisjoner som er kjennetegnet av en mer *aktiv* holdning der det legges vekt på at oversettelsen helst bør bevege og skape ringvirkninger på mottakersiden, jmf "skoposteorien" (Vermeer 1978), (se avsnitt 2.3.7). Når det gjelder oversettelse av organisasjonsideer, er det opplagt at hensikten som regel er "to translate into practice", altså at ideene skal materialiseres og skal skape noen tilsiktede effekter i organisasjoner som tar dem i bruk (Røvik 2007). I den grad det ikke skjer – når ideene bare avstedkommer prat og ingen substansielle endringer av praksis - blir det vanligvis oppfattet som tegn på en mislykket idèoverføring og reform (Brunsson 2006). Men her kan nettopp *tålmodighet* som translatørdyd være en forutsetning for at en idè som først melder seg som prat i en organisasjon, over tid kan komme til å nedfelle seg substansielt i rutiner og praksiser.

Tålmodighet som dyd for den gode oversetter knytter an til forestillingen om at ideer ofte oppfører seg som *virus* i moderne organisasjoner. Denne metaforen beskriver Røvik ved to nøkkelresonnementer. Den første er når ideer spres og trenger inn i en organisasjon, da kommer de først til syne som "språksmitte", dvs. at de manifesteres i form av nye begreper og resonnementer og kommer til uttrykk i *prat*. Det andre er at organisasjonsoppskrifter som virus kan ha lang "inkubasjonstid". Det kan ta lang tid – av og til lang tid, fra man er språklig "smittet" av en idè, til den materialiseres og får substansielle effekter i praksisfeltet. At oversetteren selv bør være tålmodig, og bør mane andre til å være det, er direkte avledet av denne innsikten. Ideen ved Leistad helsehus kan forstås som språksmitte. Det har vært, og er fortsatt diskusjoner og prat om hvordan praksisen skal materialiseres i detaljerte beskrivelser og rutiner. Å beskrive en faglig metode for etterbehandling må utvikles på bakgrunn av erfaring og dokumentasjon. Denne situasjonen krever oversetterens tålmodighet på to måter. For det første må en sørge for at ideen har gode betingelser i organisasjonen og ikke "dør ut". I deler av den nyinstitusjonelle teoritradisjonen har "prat" i organisasjoner fått et til dels negativt innhold. Prat oppfattes som motstykke til praksis, dvs. til det å handle. Røvik sier at prat fremstilles til og med som et *substitut* for å handle: når det i en organisasjon prates om nye ideer, tilfredsstilles viktige grupper i omgivelsene som oppfatter det som tegn på at organisasjonen forandrer seg i takt med samtidens normer for den effektive og tidsriktige virksomhet. Samtidig kan praksisfeltet, som er komplekst og som fungerer bl.a. på opparbeidede erfaringsbaserte innsikter, forblir relativt uberørt av det som ofte er flyktige og dårlige ideer (Meyer og Rowan 1977, Brunsson 1989, 2006, Hernes 2005). Røvik (2007) mener derimot at prat i forbindelse med "språksmitte" fra nye ideer er mer positiv, da det er nødvendig at ideen må få et første "feste" i organisasjonen. Dernest er det slik at for at en idè skal kunne nedfelles i praksisplanet, må det ofte først prates. For translatøren(e) ved Leistad blir det derfor viktig bl.a. å sørge for at det finnes interne arenaer for prating, og at det settes av tid for prat og dermed for meningsdanning, klargjøring og modning av ideen. For det andre må oversetteren(e) sørge for *formålsrettet prat*, slik at ideen kan konkretiseres. Selv om ideen fra Søbstad helsehus bør "kopieres", må den likevel omformes og tilpasses den nye konteksten ved Leistad. Ideen ved Søbstad kan også til dels beskrives som halvfabrikat og må derfor ferdigstilles ved Leistad, slik at den blir materialisert og kommer til nytte. Oversetterne må konkretisere ideen bl.a. ved å stille spørsmål og forsøke å besvare spørsmål det ikke finnes opplagte svar på. Hva skal vi med ideen – hvilke nye rutiner og prosedyrer kreves for å innføre konseptet? Hvilke rutiner må legges vekk? Hvilke enheter og medarbeidere vil få nye ansvarsområder og oppgaver? Disse prosessene tar lang tid og kaller på oversetterens tålmodighet og på vedkommendes tid og

tilstedeværelse. Jeg vil derfor anbefale at oversetteren(e) bør oppholde seg i organisasjonen det oversettes til, i lengre perioder for å sikre en vellykket oversettelse. Erfaringer med innføring av nye organisasjonsoppskrifter ved hjelp av globale konsulentselskaper – dekontekstualiseringsindustrien, viser at de har vanskeligheter med både å oppfylle kravet om tilstedeværelse og samtidig inneha lokal kunnskap om konteksten ideen skal inn i (Røvik 2007).

Når en av lederne i PH stiller følgende spørsmål om formålet med Leistad helsehus: *”Hva vil forskjellen være om at ansatte kom til oss (DPS) for ikke å snakke med personalet, men observere og snakke med pasienten?”*, kan det være et uttrykk for en sunn skepsis eller en tvil om dette er et egnet tiltak. Denne skepsisen støttes opp med følgende utsagn fra en leder i TK: *”Helsehus kan bli en ekstra arena for vurdering av kommunale tjenester”*. Disse to utsagnene tegner et bilde på at oversettelse og implementering av organisasjonsideer skjer ofte i en kontekst av konflikt og motstand mot endring. Bakgrunnen er selvsagt at organisasjonsideer også er *reformideer*, og dermed representerer en potensiell kilde til omstilling av de organisasjonene som forsøker å implementere dem. Det innebærer at oversettelse og materialisering av ideer slett ikke bare kan forstås som en rasjonell prosess der translatøren ved sitt skrivebord, og på grunnlag av sine kunnskaper om ideen og de ulike kontekstene, finner frem til den beste versjon av en generell idè for en bestemt organisasjon og så implementerer den. Røvik (2007) sier at det er langt mer sannsynlig at slike oversettelsesprosesser foregår i en kontekst av interessebasert maktspill, forhandlinger og konflikter, og der oversetterens forslag til lokal versjon mobiliserer så vel støtte som motstand. Det kan utløses motstand som følge av at noen frykter for verdien av sin kompetanse, dersom en ny reformidè blir implementert. Det er gjerne tilfeller når medarbeideres kompetanse, og dermed deres anseelse og makt i organisasjonen, er knyttet til utførelse av arbeidsoppgaver som vil bli lagt om eller kanskje blir borte dersom en foreslått reformidè blir implementert (Jacobsen 2004), jf slik en fagansatt i PH uttrykker seg:

”Det var en del fordommer – her har vi vurdert pasienten – kan kommunen overprøve vårres vurdering? Men så tenkte æ at kanskje er det sånn at kommunen er ekspert på kommunale tjenester”.

En leder fra TK sier det slik:

”Hvordan er samarbeidet med helse og velferdskontor? Hvem fatter vedtak”?

Respondentenes uttalelser kan vitne om engstelse for tap av makt. Å måtte flytte kontor eller /arbeidssted eller å tape verdien av egen kompetanse er ikke legitime argumenter som kan settes frem i full offentlighet. Motstanden mot innføring av oversatte reformideer kommer derfor ofte i form av det som Røvik (2007) kaller inkompatibilitetsargumentene. Utgangspunktet for disse er at forestillingen om at en organisasjon er et komplekst system og gjerne en verdibærende institusjon, der det utføres arbeid med bakgrunn i et komplekst kunnskapsgrunnlag etablert bl.a. på erfaringsbaserte innsikter.

Inkompatibilitetsresonnementet fremsettes ofte i form av to mer spesifikke argumenter. Det første er det Røvik (2007) omtaler som *teknisk inkompatibilitet*. Det er et argument om at ideen man forsøker å innføre, er for enkel i forhold til kompleksiteten i praksisfeltet. Det er i alle fall en erkjennelse fra toppledelsene i Trondheim kommune og Psykisk Helsevern om at dagens løsning ved "utskrivingsklare" pasienter ikke fungerer ved at en ønsker å prøve ut ny modell for samhandling ved kommunalt helsehus. Det betyr ikke at alle er enig i at dagens modell er "utgått på dato" fordi dagens praksis er slipt til over lang tids prøving og feiling, og fordi de ansatte har erfaringsbasert og gjerne "taus" kunnskap om hvordan de skal bruke denne. Når ny praksis skal implementeres må en være forberedt på denne formen for inkompatibilitet. Dersom en ikke lykkes kan resultatet bli at prosjektet avsluttes og at den nye ideen blir "frastøtt".

Det andre inkompatibilitetsargumentet handler om *verdier*. Det bygger ofte på forestillingen om at noen organisasjoner har som viktige formål eller misjon å ivareta bestemte verdier og normer. Et argument som relativt ofte anvendes når reformideer skal inn i slike og lignende institusjoner, er at den nye løsningen kan støte an mot de verdier og hensyn institusjonen er grunnleggende forpliktet på. Disse to inkompatibilitetsargumentene er meget effektfulle. En grunn kan være at dersom det viser seg å være riktig det som motstanderne hevder, at ideen ikke passer inn i organisasjonen, så kan konsekvensene bli alvorlige dersom oversetteren og/eller ledelsen ikke tar hensyn til argumentene, men i stedet kanskje trykker ekstra hardt på for å få implementert ideen. Resultatet kan da bli at en sløser bort ressurser på noe som ikke passer og som dermed ikke virker. Den nye ideen med etterbehandling er etter min vurdering i tråd med verdiene til de to samhandlende organisasjonene som står bak prosjektet, nemlig å bedre tilbudet til pasientene i det psykiske helsevernet. Redusert liggetid for pasienter som er ferdig med behandlingen vil lette tilgangen til spesialisthelsetjenesten for pasienter som står i ventekø. Jeg mener derfor at det ikke vil være grunnlag for å benytte *verdier* som argumentere mot den nye ideen.

Men det er viktig at oversetteren(e) har kjennskap til disse argumentene og det kaller på translatørens grundige kunnskap om Leistad helsehus, men også om helse og velferdstjenestene i Trondheim kommune, hvor også ideen skal oversettes, implementeres og tas i bruk. Slik kunnskap er derfor nødvendig av to grunner. For det første er det slik at detaljert kunnskap om praksisfeltet kan være avgjørende for translatørens legitimitet, ikke minst blant berørte ansatte i praksisfeltet. For det andre er det også vesentlig at translatøren trenger grundig kunnskap om praksisfeltet for selv å kunne etterprøve og gjøre seg opp en mening om fornuften og sannhetsgehalten i argumentene om at den foreliggende oversatte versjonen av en idé ikke passer inn og derfor kan komme til å få uheldige konsekvenser dersom man forsøker å implementere den. Oversetterens egen etterprøving av fremsatte inkompatibilitetsargumenter vil være avgjørende for om man bestemmer seg for enten å avslutte og innstille reformforsøket, justere kursen, dvs. oversette reformideen til en annen versjon eller holde stø kurs, dvs. beholde den oversatte versjonen man allerede har valgt, og trykke på for å få den implementert.

Røvik (2007) mener at den sterke translatøren også trenger myndighet i tillegg til grundig kunnskap. Dels kan myndighet som nevnt oppstå som et biprodukt til kyndighet eller grundig kunnskap. Translatøren som overbevisende demonstrerer at vedkommende "kan" praksisfeltet, får gjerne også autoritet blant praktikerne. Men dette er ikke nødvendigvis et tilstrekkelig maktgrunnlag for å få implementert ideen slik at den får styrende virkninger på noen aktiviteter i praksisplanet. Translatøren(e) kan imidlertid samarbeide nært med toppledelsen i organisasjonene for prosjektet, da det er de som besitter den formelle maktposisjonen.

Statistikk fra Østbyen helsehus, avdeling Leistad

Da Østbyen helsehus, avdeling Leistad ble operasjonell per 1.09.200, har jeg innhentet data for de fire første månedene som viser antall innleggelser, etterbehandlingsdøgn og hvor pasientene ble utskrevet.

I tabell 5.3 vises pasientstatistikk fra etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad) fra de fire første månedene, 01.09 -31.12.2010.

Tabell 5.3 viser pasientstatistikk fra Leistad i perioden 01.09 – 31.12.2009.

Innlagt fra:	Antall pasienter	Antall etterbeh. Døgn	Antall døgn i gjennomsnitt	Antall utskrevne til egen bolig
Nidaros DPS	6	154	25,6	6
Tiller DPS	6	158	26,3	6
Østmarka sykeh	2	58	29	1
Sum	14	370	26,4	13

Tabell 5.3 viser at 14 pasienter er overført til etterbehandling og har i gjennomsnitt vært innlagt i 26,4 døgn ved Leistad. Av 14 innlagte pasienter er 13 utskrevet til egen bolig. En pasient ble tilbakeført til Østmarka sykehus, da denne ble overført Leistad før behandlingen var stabilisert (enighet mellom Leistad og Østmarka).

En gjennomgang av kommunale tjenester før og etter utskriving fra etterbehandling ved Leistad viser *ingen endringer for 10 av 13 pasienter*. 3 pasienter har fått mer hjelp etter utskriving, jmf tabell 5.2.

I tabell 5.4 vises endringer i kommunale tjenester for 3 pasienter før og etter utskriving fra etterbehandling i Leistad helsehus i perioden 01.09 – 31.12.2009.

Pas nr.	Kommunale tjenester før innleggelse i sykehus-/DPS	Kommunale tjenester etter utskriving fra etterbehandling ved helsehus
1	Oppfølgingstjenester	Oppfølgingstjenester + hjemmesykepleie
2	Hjemmesykepleie, oppfølgingstjenester, praktisk bistand.	Hjemmesykepleie, oppfølgingstjenester, praktisk bistand, + støttekontakt
3	Dagtilbud, praktisk bistand	Praktisk bistand + nytt dagtilbud

Tabell 5.4 viser endringer i omsorgstjenester før og etter etterbehandling i helsehus for 3 av 10 pasienter. Endringene består i tilførsel av hjemmesykepleie, støttekontakt og nytt dagtilbud. 10 av 13 pasienter mottok samme tjenester etter utskriving.

Statistikk for de første fire månedene etter oppstart av nytt tilbud (Leistad), viser at pasientenes gjennomsnittlige opphold var på 26,4 døgn. Alle pasienter ble utskrevet til egen bolig og med omtrentlig samme nivå på omsorgstjenester som før innleggelse i sykehus-/DPS.

Konklusjon

Jeg har analysert på hvilken måte kommunalt helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling i lys av translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering og kontekstualisering. Ved å flytte ansvaret for å vurdere omsorgsbehov til kommunalt helsehus, vil oversetteren, dvs. fagansatte i kommunen ha kunnskap både om å vurdere omsorgsbehov (kildespråket) og vurdere hvilke omsorgstjenester som kan tilpasses omsorgsbehovene (målspråket).

I translasjonsteori pekes det på betydningen av å ha en god oversetter ved organisasjonsendringer. Jeg har pekt på viktigheten av å ha en dugende oversetter ved Leistad helsehus, da ideen som skal prøves ut er hentet fra Sjøbstad helsehus. Ideen fra Sjøbstad kan betraktes som "halvfabrikat", og hvor denne må bearbeides og redefineres med nye rutiner og prosedyrer som passer for målgruppen ved Leistad og deres samarbeidsparter. Oversetteren(e) ved Leistad bør ha kunnskap om organisasjonen "Leistad" og den øvrige helse og velferdstjenesten i Trondheim kommune, dvs. kunnskap om forhold både ved dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene. Det bør stilles krav om kompetanse som "språksetter", slik at praksisen ved etterbehandlingen beskrives og kan etterprøves. Det er samtidig viktig å prioritere felles møter for ansatte og samarbeidsparter, slik at det kan "prates" om etterbehandlingskonseptet for å skape legitimitet. Dette krever både tålmodighet og tilstedeværelse. I tillegg bør oversetteren(e) ha kunnskap om inkompatibilitetsargumentene og da særskilt i tilfeller der ansatte taper anseelse av makt.

Statistikk fra etterbehandling i kommunalt helsehus etter fire måneders drift, viser at pasientene utskrives innen fire uker med omtrentlig tilsvarende omsorgstjenester som de hadde før sykehus- DPS- innleggelsen.

5.6 Oppsummering av sentrale funn

De siste 50 årene har det funnet sted en storstilt utbygging av offentlige velferdsordninger i Norge. Med gradvis oppgang i levealderen vil det etter hvert bli langt flere personer som mottar aldersrelaterte stønader og samtidig vil ressursbruken i helse- og omsorgssektoren øke kraftig som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning. Etterspørselen etter tjenester vil sannsynligvis også øke som følge av den generelle velstandsøkningen. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen. Ett av virkemidlene for mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren er å sørge for bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Oppgavens problemstilling handler nettopp om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, men avgrenset til utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Hva er årsaker til at utskrivingsklare pasienter blir værende i sykehus-/DPS, og hva kan gjøres? Litteraturstudier viser at ca. 4 -500 000 oppholdsdøgn(2008) innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare. I løpet av de siste årene har ca. 30 utskrivingsklare pasienter til en hver tid ventet på utskriving til Trondheim kommune. De siste års helsereformer peker fortsatt på behovet for bedre og tettere samhandling mellom forvaltningsnivåene. De er pålagt samarbeid om utskrivingsklare pasienter gjennom avtale. Avtalen pålegger partene å samhandle både på et administrativt nivå og pasient/brukernivå. Avtalen er evaluert av Sintef Helse og denne peker på flere utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling, bl.a. likeverdighet, økonomiske forhold og systemproblemer.

En undersøkelse fra OECD-land (2009) viser at Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggelsesrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet.

Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at 26 utskrivingsklare pasienter (mai 2008) venter i gjennomsnitt 10,6 måneder i sykehus-/DPS etter at de er definert som utskrivingsklar inne i sykehus-/DPS. Dersom en benytter gjennomsnittskostnader for sykehus-/DPS (2008 kroner), representerer disse pasientene en "unødvendig" sykehus-/DPS kostnad på ca 40 mill kroner. En undersøkelse av 6 utskrivingsklare pasienter (mai 2008), viser store forskjeller på omfanget av tildelte kommunale tjenester før og etter sykehus-/DPS- innleggelse for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Før innleggelse hadde alle pasientene egen bolig, samt ukentlige omsorgstjenester fra Trondheim kommune, helse og velferd. Etter at institusjonsbehandlingen var avsluttet bestiller spesialisthelsetjenesten spesifikke kommunale omsorgstjenester, dvs. ny bolig med tilgang til døgnkontinuerlige omsorgstjenester. Kommunens ansatte kopierer bestillingen og fatter kommunale forvaltningsvedtak. Pasientene blir dermed værende i sykehus-/DPS i påvente av at Trondheim kommune tildeler ny bolig og tilgang til døgnkontinuerlige omsorgstjenester.

Funn fra forskningsspørsmål 2, viser at sykehusansattes vurderinger av omsorgstjenester kan forklares ut fra institusjonell teori ved både den normative og kognitive forståelsesrammen. Sykehusansattes emosjonelle egenskaper påvirkes av pasientenes normer og verdier og som fører til at de ønsker å tilfredsstille pasientens totale behov. Deres handlinger kommer av den grunn i utakt med den normative rasjonaliteten som kommer til uttrykk i samarbeidsavtalen, da sykehusansatte ofte *bestiller* omsorgstjenester i stedet for å formidle kunnskap om behov.

Den kognitive rammen kan forstås ved at ansatte i spesialisthelsetjenesten betraktes som eksperter og har høy faglig legitimitet i primærhelsetjenesten. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømme om at de er eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester. Dette kan også forklares ved at enkelte innefor spesialisthelsetjenesten har kilder til makt i kraft av sin posisjon og sin faglige kunnskap og ekspertise.

I lys av translasjonsteori med fokus på dekontekstualisering har jeg pekt på oversettbarheten av pasientobservasjonene som gjøres av sykehusansatte. Pasientobservasjonenes eksplisitet er i liten grad kodifisert og språksatt, men består av taus kunnskap. Sykehus-/DPS- ansatte arbeider i en kompleks organisasjon, hvor det er uklart hva som er årsak-virknings-relasjonen i forhold til innleggelser. Sykehusansatte bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, dvs. døgnstjenester i institusjonslignende boliger (botiltak). Motivet for slike bestillinger er intendert og kan relateres til en bevisst og rasjonell handling.

Funn fra forskningsspørsmål 3, viser at fagpersonene i Trondheim kommune i hovedsak kopierer bestillingen fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan forklares med at kommuneansatte betrakter spesialisthelsetjenestens ansatte til å ha posisjonsmakt. Da avtalen forplikter partene til samarbeid, kan det synes som kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon.

Analysen ved translasjonsteori med vekt på kontekstualisering, viser at kommuneansatte, langt på vei, kopierer bestillinger fra sykehusansatte om omsorgstjenester. Dette kan forstås ut i fra at pasientdata er eksplisitt, brukermøtet er lite innvevd i en utenomorganisatorisk kontekst og brukermøtet består av få personer som kan erstattes av kollega med tilsvarende kompetanse. Bestillingen av omsorgstjenester er detaljerte og er dermed i mindre grad omformbar. Da organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd har like organisatoriske kontekster, er det stor sannsynlighet for at kommuneansatte vil kopiere bestillingen.

Funn fra forskningsspørsmål 4, viser at 13 av 14 pasienter ble utskrevet til egen bolig innen fire ukers opphold etter etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad). En kartlegging av kommunale omsorgstjenester for disse pasientene før og etter opphold i helsehus viser ingen vesentlige endringer.

Jeg har analysert på hvilken måte kommunalt helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling i lys av translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering og

kontekstualisering. Ved å flytte ansvaret for å vurdere omsorgsbehov til kommunalt helsehus, vil oversetteren, dvs. fagansatte i kommunen ha kunnskap både om å vurdere omsorgsbehov (kildespråket) og vurdere hvilke omsorgstjenester som kan tilpasses omsorgsbehovene (målspråket).

Jeg har pekt på viktigheten av å ha en dugende oversetter ved Leistad helsehus, da ideen som skal prøves ut er hentet fra Sjøbstad helsehus. Ideen fra Sjøbstad kan betraktes som "halvfabrikat", og hvor denne må bearbeides og redefineres med nye rutiner og prosedyrer som passer for målgruppen ved Leistad og deres samarbeidsparter. Oversetteren(e) ved Leistad bør ha kunnskap om organisasjonen "Leistad" og den øvrige helse og velferdstjenesten i Trondheim kommune, dvs. kunnskap om forhold både ved dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene.

Det bør stilles krav om kompetanse som "språksetter", slik at praksisen ved etterbehandlingen beskrives og kan etterprøves. Det er samtidig viktig å prioritere felles møter for ansatte og samarbeidsparter, slik at det kan "prates" om etterbehandlingskonseptet for å skape legitimitet. Dette krever både tålmodighet og tilstedeværelse. I tillegg bør oversetteren(e) ha kunnskap om inkompatibilitetsargumentene og da særskilt i tilfeller der ansatte taper anseelse av makt.

Del 6 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i empiri, analyse og funn fra forskningsspørsmålene som vist i kapittel 5, gir dette grunnlag for refleksjon over dagens praksis med samhandling om utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Det første målet med studien har vært å få oversikt over omfanget og kostnader ved utskrivingsklare pasienter i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd. Det andre målet har vært å forklare årsaken til at utskrivingsklare pasienter må vente inne i sykehus-/DPS på utskriving og hva som eventuelt kan gjøres annerledes. Gjennom arbeidet med avhandlingen har jeg sett på mulige tiltak som kan forbedre dagens praksis for samhandling på dette området. Før jeg presenterer forslagene i dette kapitlet vil jeg først foreta kvalitetssikring av data og reflektere over egen læring.

6.1 Kvalitetssikring av datamaterialet

Jeg har i kapittel 3 påpekt at undersøkelser alltid skal forsøke å minimere problemer knyttet til gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Til tross for dette må også kvalitative metoder underkastes en kritisk drøfting når det skal vurderes om konklusjonene er gyldige og til å stole på (Jacobsen, 2005).

6.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet stammer fra det engelske begrepet reliability og oversettes ofte med ordet troverdighet. Det henspiller på om forskningen har blitt gjennomført på en troverdig måte (Blaxter et al., 2006; Thagaard, 2009) og at forskningen har god kvalitet slik at resultatene også holder høy kvalitet. For å sikre troverdighet i min forskning har jeg benyttet en "digital voice-recorder" under intervjuene for å få en fullstendig gjengivelse av samtalene. Jeg kunne alternativt notert uttalelser, men valgte bort denne metoden for å unngå at respondentene kunne bli forstyrret eller avbrutt på grunn av min opptatthet med å notere (Jacobsen 2005).

Gjennom opptak av intervjuene har jeg dermed tatt vare på verdifulle data, som muliggjør i etterkant å få en bedre og enklere oversikt over helheten i uttalelser fra respondentene. For å være sikker på at transkriberingen er korrekt og nøyaktig, har jeg hørt på intervjuene samtidig som jeg har kontrollert transkriberingen.

Tydlig bruk av sitater i teksten gjør skillet mellom det fysiske datamaterialet og forskerens tolkning tydelig, da forskningstekster som ikke skiller mellom datamaterialet og forskerens tolkninger ofte er av dårlig kvalitet (Thagaard, 2009). For å gjøre dette skillet har jeg valgt å benytte *mindre* skriftstørrelse og *innrykk* for å fremstille sitat fra respondentene fra hvert forskningsspørsmål før jeg analyserer mine funn basert på teorier som vist i kapittel 2.

En klar trussel mot troverdigheten i oppgaven er begrensningen som en masteroppgave representerer, da jeg som forsker bare kan bruke et lite utvalg av datamaterialet som er samlet inn. For å motvirke dette har jeg valgt å bruke fyldige sitater for å synliggjøre respondentenes perspektiv.

6.1.2 Validitet

Jakobsen (2005) viser til at det i samfunnsvitenskapen heller snakkes om intersubjektivitet enn sannhet. Det innebærer at det nærmeste vi kommer sannheten er at flere personer er enige om at noe er riktig beskrivelse. Testing av gyldighet – validering – vil alltid være en test av resultater overfor andre mennesker. Jakobsen (2005) viser til to tiltak for validering; *intern* gyldighet og *ekstern* gyldighet.

Intern gyldighet handler om å konfrontere informantene med funnene som forskere har kommet fram til, enten gjennom personlig samtale eller utsendelse av foreløpig rapport. For å sikre intern gyldighet har jeg gjennomført samtaler med noen respondenter og presentert mine funn for å undersøke i hvilken grad de kjenner seg igjen i mine resultater. Jeg har hele tiden vært opptatt av at min forskning skal ha relevans for det empiriske feltet forskningen er utført i. Jeg har presentert mine funn for flere respondenter og de gir tilbakemelding på at mine funn hadde autentisitet, det vil si at de kunne kjenne seg igjen i beskrivelsen av problemet og at funnene virker sanne og realistiske. For å styrke den interne gyldigheten av mine funn har jeg benyttet resultat fra forskning på inneliggende eldre pasienter i sykehus som overføres til etterbehandling i kommunalt helsehus (Garåsen 2008).

Strategisk valg som metode for utvalg av respondenter har jeg begrunnet i kapittel 3.4.6. Respondentene har nærhet til det fenomenet som jeg ønsker å belyse og de har førstehåndskilder, det vil si at de refererer til en hendelse som de selv har vært med på. Informantene har minimum 3-årig høgskoleutdanning og mange års erfaring fra tema for undersøkelsen. Til tross for nærhet og god kompetanse hos respondentene, er det ikke sikkert at de er villig til å gi riktig informasjon. Det kan være en fare for at noen holder tilbake relevant informasjon eller at de ønsker å fremstille informasjonen på en uriktig måte for å sette seg selv i et bedre lys. For å redusere muligheten for usannheter har jeg innhentet informasjon fra flere respondenter. I gruppeintervjuene har jeg stilt oppfølgings spørsmål til andre gruppe medlemmer for å høre deres mening. Ulike meninger fra respondentene kan være et godt tegn på gyldighet, da det gir ulike beskrivelser av et fenomen, fordi mennesker tolker situasjonene ulikt. Å få tak på slike ulikheter er et av hovedpoengene med kvalitative tilnærminger (Jakobsen 2005). Det er summen av informasjon fra ulike respondenter som er den riktige beskrivelsen av fenomenet, enten denne beskrivelsen går mot enighet (konvergens) eller uenighet (divergens).

Når en velger intervju som datainnsamlingsverktøy er det forskeren som tolker funnene, dataene forteller ingenting uten at de fortolkes. Faren ved fortolkning er at tolkningen blir farget av forskerens referanseramme. Jeg har vært bevisst denne faren og har jobbet med meg selv for å prøve å være objektiv i forhold til datamaterialet. Da jeg forsker i egen organisasjon og samtidig er sterkt involvert i et prosjekt om etterbehandling av innlagte pasienter i kommunalt helsehus kan det være en fare for at jeg ikke opptre objektivt. Jeg har hele tiden vært åpen om min rolle og fordelene er at jeg samtidig kan stille oppfølgings spørsmål, da jeg har kjennskap om begge organisasjonene. Jeg mener at det er en klar fordel at datamaterialet er hentet fra fire ulike informantgrupper som har ulikt

ståsted i forhold til utskrivingsklare pasienter. Dermed får studien flere aktørers synspunkter og dette kan være med på å kvalitetssikre datamaterialet. Med kvalitetssikring menes at datamaterialet består av respondenter som har ulike utgangspunkt i arbeidet med utskrivingsklare pasienter og dette gjør det mulig for meg å se om det er forskjell i oppfatninger blant lederne eller fagansatte i Trondheim kommunen, helse og velferd og i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Jeg viser til utfyllende kommentarer og vurderinger i kapittel 3.5 – forske i egen organisasjon.

Jeg er også klar over at mine valg av kategorier har betydning for resultatet og for å forklare årsakssammenhenger. På grunn av tidsbegrenset tid, har jeg ikke bedt om hjelp eller fått en annen forsker til å foreta en uavhengig kategorisering av data for å se på samsvaret mellom kategoriseringene. En slik dobbeltsjekk ville eventuelt øke sannsynligheten for at valgte kategorier i analysen er gyldig, dersom forskeren også hadde kommet frem til samme resultat.

Jeg har pekt på at det kan være en sammenheng mellom den konteksten pasientenes vurderinger av omsorgsbehov foregår i og omfanget av omsorgstjenester. Jeg må allikevel reflektere over denne sammenhengen, da det ikke alltid er slik at respondentene har den riktige oppfatningen av hva forklaringen kan være. Teorien er hentet fra attribusjonspsykologi og knyttes til at mennesker ikke har oversikt over alle forklaringer, og at alle mennesker har en tendens til å tillegge noe en forklarende effekt (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Min empiri sammenligner data fra 2008 (26 utskrivingsklare pasienter) og 2009 (14 utskrivingsklare pasienter fra etterbehandling, Leistad). En mulig årsak til at pasientene har blitt utskrevet raskere fra kommunal etterbehandling (Leistad), kan knyttes til forskjeller i pasientenes omsorgsevner eller bedre utbygde omsorgstjenester i løpet av det siste året. Dette er forhold som må tas i betraktning, når det skal konkluderes med sammenhenger.

Den eksterne gyldigheten handler om i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres. Hensikten med kvalitative metoder er som regel ikke å generalisere fra utvalget av enheter til større grupper enheter, da slike undersøkelser heller har til hensikt å forstå og utdype begreper og fenomener, det vil si få tak på generelle fenomener (Jakobsen 2005). Hensikten med min undersøkelse er som tidligere beskrevet å forstå og utdype problemstillingen i mitt valgte empirifelt. Da undersøkelsen er et case-studie, er det noen få enheter som er trukket ut for sitt spesielle formål. Jeg kan derfor ikke hevde at mitt utvalg er representativt for andre enheter eller at mine funn har ekstern gyldighet. Det var heller ikke siktemålet med studien.

På bakgrunn av mine vurderinger, vil jeg hevde at mine funn er pålitelige.

6.1.3 Bruk av teori – andre tilnærminger

Mine funn er knyttet til to teoretiske perspektiv som jeg valgte før undersøkelsen. Det første er institusjonell teori og perspektiv på makt, mens det andre er teori om translasjon med vekt på kunnskapsoverføring. Dette har gitt meg ny kunnskap og en ny forståelse for valg av teori og hvilke resultater dette kan gi. Jeg har lagt mest vekt på translasjonsteori, da jeg mener denne teorien fokuserer i større grad på kunnskapsutvikling og dermed i mindre grad på maktperspektiv. Denne teorien har gitt meg ny kunnskap til å forstå fagpersonenes samhandlingsmønster i lys av deres kontekst. Translasjonsteori ble derfor i hovedsak anvendt for bedre å kunne forstå begrunnelsen for at sykehusansatte foretok bestillinger av spesifikke omsorgstjenester og hvordan kommuneansatte kopierte observasjonene (brukerdata). Ved å anvende translasjonsteori har jeg også analysert hvilke faktorer som er viktig for at etterbehandling i kommunalt helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling. Translasjonsteori ble derfor en ”rød tråd” for meg i analysen av forskningsspørsmålene.

Jeg kunne også ha valgt andre teorier for å belyse problemstillingen. Da ansvaret for å gjennomføre og utvikle samhandlingen omkring utskrivingsklare pasienter er lagt til toppledelsen i St. Olavs Hospital og Trondheim kommune, kunne teori om ledelse være aktuelt. Busch (2007) beskriver den operasjonelle ledelseslæren som er utviklet av Erik Johnsen (1975), og hvor ledelse er definert som et *målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker*. Et viktig punkt i denne teorien er at ledelsen må søke å nå de mål som kan henføres til interessentenes behov for belønninger.

6.2 Refleksjon over egen læring

I kapittel 3 har jeg gjort rede for utfordringer ved å forske i egen organisasjon. Jeg har god kjennskap til praksisfeltet og medarbeidere, og ikke minst har jeg deltatt aktivt med å få igangsatt fellesprosjektet: ”etterbehandling i kommunalt helsehus”. Mine tolkninger av funn kan derfor være preget av dette. Min førforståelse av utfordringene med utskrivingsklare pasienter dreide seg om hvorvidt sykehus-/DPS er en egnet arena for å kartlegge pasientenes omsorgsevner og fatte vedtak på kommunale omsorgstjenester. Mine funn kan tyde på at en slik arena ikke bidrar til en effektiv tjeneste. Studien har dermed bekreftet min antakelse. Foreløpige funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives raskere og at omsorgstjenestene er på omtrentlig samme nivå som før innleggelse.

Målgruppen for etterbehandling i kommunalt helsehus er pasienter med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni og bipolare lidelser. Da det ikke er foretatt en randomisert undersøkelse med en kontrollgruppe, er det ikke vitenskapelig belegg for å hevde at pasientene utskrives raskere etter opphold i kommunalt helsehus.

Nye forskningsstudier på disse pasientene kan gi et bedre svar om hvor vellykket et slikt tiltak er. Nasjonale myndigheter har stor oppmerksomhet på å finne frem til gode samhandlingsmåter mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe som bekreftes gjennom de siste reformene. Mine funn kan være et bidrag i denne sammenheng.

6.3 Anbefalinger

Jeg foreslår fire konkrete anbefalinger som er basert på funn fra forskningsspørsmålene i kapittel 5. Jeg har anvendt to teoretiske tilnærminger for å finne svar på problemstillingen. Jeg vil særskilt trekke frem teori om translasjon som kan anvendes for bedre å kunne forstå grunnlaget for vurderinger som gjøres, når to organisasjoner skal samarbeide. Da translasjonsteori har fokus på kunnskapsoverføring(-utvikling) vil partene mest sannsynlig fokusere på faglige utfordringer i stedet for makt, og dermed styrkes relasjonene partene imellom. Mine anbefalinger kan vurderes som alternative måter for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten omkring utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Det er helt sikkert andre tiltak som også kan bidra til en bedre samhandling, men jeg håper mine råd kan skape refleksjon, og at samhandlingen kan betraktes fra et nytt perspektiv.

Anbefaling nr 1).

Avvikle brukermøter inne i sykehus-/DPS som arena for å vurdere omsorgstjenester etter utskrivning.

Empiri viser at når fagpersoner vurderer pasienters antatte behov for omsorgstjenester etter utskrivning inne i sykehus-/DPS, er bestillingen bolig med tilgang på tjenester hele døgnet. Ledere i PH mente at sykehusansatte kan ha en tendens til å overvurdere pasientenes omsorgsbehov, da de ikke skal betale for tjenesten. Bestilling av spesifikke omsorgstjenester kan forklares med den konteksten pasienten og ansatte befinner seg i, og i mindre grad pasientens funksjonsevner. Data fra etterbehandling ved kommunalt helsehus (Leistad) viser at pasientenes omsorgstjenester ikke økes i særlig grad etter utskrivning. Jeg velger å tolke resultatet dit hen at når kommuneansatte foretar vurderinger inne i en kommunal arena og tildeler tjenester, er disse i samsvar med pasientenes behov. Kommunes ansatte har oversikt over hele tjenestetilbudet og skal samtidig samarbeide med andre offentlige etater som for eksempel NAV (Ny arbeids og velferdsforvaltning).

Anbefaling nr. 2).

Videreutvikle Leistad helshus som forum for kunnskapsutvikling - kartlegge omsorgsbehov ved utskriving.

Data fra de fire første månedene etter oppstart med etterbehandling (Leistad) viser at pasientene utskrives innen fire uker med tilsvarende omsorgstjenester før sykehus-/DPS-innleggelse. Leder fra PH mente at etterbehandling i kommunalt helsehus kan bidra til å avklare et tydeligere skille og oppgavefordeling mellom partene. Inntil nå har sykehuset påtatt seg rollen som ekspert også til å definere omsorgstjenester, men når Leistad etableres vil det være kommunen som blir ekspert på kommunale tjenester. Leistad må videreutvikles som forum for kunnskapsutvikling for kommunale tjenester. Samarbeidet mellom ansatte i helsehuset og ansatte i helse og velferdskontorene må styrkes for å skape en god forståelse av "oversettelser" av brukerdata. I praksis er det slik at ansatte i helsehuset observerer pasientens funksjonsevner og overfører denne informasjonen til ansatte i helse og velferdskontorene som foretar forvaltningsvedtak på kommunale helse og velferdstjenester. Leistad må også bli et kunnskapsforum for ansatte i psykisk helsevern, slik at de får informasjon om og kan bidra med fagkunnskap om etterbehandlingen.

Anbefaling nr. 3).

Sørge for at leder-/fagansvarlig ved Leistad helsehus gis kompetanse som en dugende oversetter.

Røvik (2007) peker på at mange organisasjoner undervurderer betydningen av lederen eller fagpersonen som "oversetter", når nye ideer skal tas inn i organisasjoner. Informantene uttaler at prosjektet; "etterbehandling i kommunal helsehus" ikke har vært tilstrekkelig kjent verken i kommunale enheter eller i psykisk helsevern. Lederen må derfor legge til rette for egnede forum, hvor fagpersoner fra ulike enheter og etater kan møtes for å drøfte og utvikle tilbudet. Det bør derfor legges til rette for at lederen eller den som tildeles prosjektansvar for Leistad får tilgang til den kompetansen som er nødvendig for å bli en dugende oversetter.

Anbefaling nr. 4).

Prosjekt: "etterbehandling i kommunalt helsehus" bør evalueres med bakgrunn i vitenskapelig metode. Evalueringen må inneholde indikatorer som sammenligner pasientdata, brukertilfredshet og samfunnskostnader med dagens modell for samhandling.

Etterbehandling i kommunalt helsehus er et prosjekt som ikke tidligere er prøvd ut i Norge på psykiatriske pasienter. Uttalelser fra ledere i TK mener at pasientene som er overført til Leistad har bedre funksjonsevner sammenlignet med pasienter som blir værende inne i sykehuset-/DPS i påvente av ny bolig med døgnstjenester. En vitenskapelig evaluering av

etterbehandling i kommunalt helsehus kan bekrefte-/avkrefte slike spørsmål. Samtidig bør en slik evaluering inkludere pasientenes grad av tilfredshet med tilbudet og kostnadseffekter. Reinnleggelser i psykisk helsevern må i så fall inkluderes i en slik kostnadsanalyse.

Kommentar

Jeg har kalt min oppgave; SAMHANDLING – ET TILSIKTET ELLER UTILSIKTET RESULTAT?

Statlige myndigheter har gjennom flere reformer pekt på viktigheten av å få til god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for bl.a. å optimalisere ressursene. Dagens avtaler mellom partene har en god intensjon – den skal bidra til en felles forståelse for å utvikle helhetlige pasientforløp. Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling. Skal summen av gamle og nye tiltak gi de tilsiktede effektene for bedre samhandling er det avgjørende at det innenfor helse- og omsorgstjenesten utvikler seg en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Mer konkret betyr dette at aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen.

Mine funn kan tyde på at dagens form for samhandling ved å ha brukermøter inne i sykehus-/DPS ikke gir et tilsiktet resultat. Jeg føler meg trygg på at toppledelsen i berørte organisasjoner vil reflektere over mine funn og iverksette tiltak som fører samhandlingen inn på rett spor, slik at målsettingen i Samhandlingsreformen kan nås om:

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Del 7 AVSLUTNING

Bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et virkemiddel for å optimalisere bruken av ressursene, slik at pasientene gis rett behandling – på rett sted – til rett tid, slik det er formulert i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47).

Utarbeidelse av gode oppskrifter på ”god samhandling” er nødvendigvis ikke den vanskeligste oppgaven, men derimot å omsette oppskriften til en god praktisk samhandling er en stor utfordring. Mine funn kan tyde på at det fortsatt er et stykke igjen før partene i helsevesenet når målsettingen om en omforent oppgavefordeling, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Siktemålet med min masteroppgave var å finne årsaken(e) til at pasienter som er ferdig med institusjonsbehandlingen i psykisk helsevern fortsatt må vente på utskriving, og hva er det som kan gjøres for å løse problemet. Det er helt sikkert flere årsakssammenhenger enn de som jeg har belyst ved å anvende to teoretiske perspektiv.

I dette kapitlet vil jeg svare på problemstillingen og verifisere mine funn.

7.1 Svar på problemstillingen

HVA ER ÅRSAKEN TIL AT UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENTE PÅ UTSKRIVING OG HVA KAN GJØRES?

Jeg har forsøkt å svare på problemstillingen gjennom fire formulerte forskningsspørsmål. Disse forskningsspørsmålene er utledet på bakgrunn av valgte teorier i kapittel 2. Funn fra forskningsspørsmålene er basert på analyse av valgte teorier i kapittel 5, hvor disse oppsummeres i kapittel 5.6. Jeg velger å trekke frem noen sentrale funn som eksempler og som har direkte relevans til problemstillingen.

En gjennomgang av 26 utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern viste at pasientene måtte vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på utskriving etter at den psykiatriske behandlingen var avsluttet. Gjennomsnittskostnadene for denne ”ventetiden” utgjorde ca 40 mill kroner (2008), mens samfunnskostnadene er sannsynlig betydelig høyere.

Årsaken til at utskrivingsklare pasienter må vente på utskriving er at sykehusansatte bestiller spesifikke kommunale omsorgstjenester som; ny bolig med tilgang til tjenester i løpet av hele døgnet, til tross for at pasientene hadde egen bolig før sykehusinnleggelsen.

Kommuneansatte kopierer denne bestillingen uten å vurdere alternative omsorgstjenester.

Det er stor forskjell på tildelte omsorgstjenester for utskrivingsklare pasienter *før* og *etter* institusjonsopphold i psykisk helsevern, når vurderingene foretas inne i sykehus-/DPS. Funn kan tyde på at sykehusansatte har en tendens til å overvurdere pasientenes omsorgsbehov på bakgrunn av den konteksten pasientene blir vurdert i.

Funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives innen fire uker til egen bolig med tilsvarende omsorgstjenester som de hadde *før* sykehusinnleggelsen.

Jeg mener at mine funn fra forskningsspørsmålene gir svar på problemstillingen om å finne årsaker til at utskrivingsklare pasienter må vente på utskriving og hva kan gjøres. Funnene har også gitt innspill til anbefalinger og forbedringer, slik det er beskrevet i kapittel 6.3. Anbefalingene svarer også på problemstillingen.

Litteraturliste

Bolman, L.G. og Deal, T.E. (2007): *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gyldendal Akademisk.

Busch, T og Vanebo, J.O. (2003): *Organisasjon og ledelse – et integrert perspektiv*. Universitetsforlaget.

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.J., og Vanebo, J.O. (2007): *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. og Vanebo, J.O. (2005): *Modernisering av offentlig sektor*. Universitetsforlaget

Engelstad, F.: *Innledning og Maktbegrepet etter Max Weber I: Om makt : teori og kritikk*. Oslo Ad Notam Gyldendal 1999

Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase, T.H. (2006): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo. Universitetsforlaget.

Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget.

Jensen, L., og Sørensen, E.: *Netverk – fra vilkår til værktøj for styring og demokrati*. I "Politica", 36. årgang, nr. 2, 2004, 125-142.

Kaufmann G., Kaufmann A. (2009): *Psykologi i organisasjon og ledelse*, 4. utgave. Fagbokforlaget.

Kjeldstadli, K. (1992): "Å analysere skriftlige kilder". Artikkel

Kvale, S. (2004): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Lubcke, P. (1994): *Filosofilexikonet*. Stockholm: Bokforlaget Forum.

Nielsen, R. og Repstad, P. (1993): "Fra nærhet til distanse og tilbake igjen". Artikkel.

Newman J: *New governance, new organisational rationalities? Public services and the reconfiguration of power*. Adapted from J. Newman (2001) *Modernising governance: new Labour, Policy and Society*. London, Sage.

Opstad, L. (2006) *Økonomistyring i offentlig sektor*, Gyldendal akademiske forlag.

Ringstad, V. (2007) *Samfunnsøkonomi og økonomisk politikk*, Cappelen akademiske forlag.

Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner*. Universitetsforlaget.

Schein, E. (1987): *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Mercuri Media Forlag.

Schultz, M. (2006): *Kultur i organisationer. Funksjon eller symbol*. København. Handelshøjskolens Forlag.

Scott, W.R. (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Suchman, M. (1995): Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, 20/3, 571-610.

Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Fagbokforlag.

Yin, R.K. (1994): "Case Study Research". Busch, T og Ramstad, L.S (2002). "Forprosjekt – evaluering av organisasjonsendringer i storbyer." Dokument.

Rapporter og Stortingsmeldinger

Agenda utredning og utvikling AS (2007): *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten*. KS FOU-prosjekt.

De regionale helseforetakene (2004): Samhandling og desentralisering. 2004.

Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006a): Samhandling mellom kommunale omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Oslo: HOD; 2006.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004): Samhandling mellom 1. og 2.linje helsetjenester. Kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet - mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2007).

Nasjonal helseplan (2007-2010) St. meld. nr 25: Meistring, muligheter og mening.

Nasjonal helseplan (2007 – 2010) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6.

Nasjonal Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006(08).

NOU:2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.*

Plan for psykisk helse 2007-2010, Trondheim kommune.

Rapporten (2009) "Psykiske lidelser i Norge – Et folkehelseperspektiv". Folkehelseinstituttet

Rapport: Garåsen (2008): The Trondheim Model, NTNU, 2008:68.

Rapport: Grimsmo (2009): Litteraturgjennomgang

Rapport : "Health at a Glance 2009: OECD Indicators".

St. meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

St. meld. nr 25 (2005 -2006) *Mestring, muligheter og mening*

St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet.

St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Trondheim kommune, plan for psykisk helse 2007-2010.

Veileder (IS-1388, 2006): Oppgavefordeling mellom DPS og sykehus, Helsedirektoratet.

Figur og tabelloversikt

Figur 1.0: Antall utskrivingsklare pas i 2006, 2007 og 2008.....	s. 23
Figur 2.1: Kommunikasjonsprosessens komponenter (Kaufmann & Kaufmann)..	s. 34
Figur 5.6.1: Uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsvern, OECD-land	s. 61
Tabell 2.1: De tre institusjonelle pilarer (Scott, 1995).....	s. 34
Tabell 2.2: Teoretiske kulturperspektiver (Scott, 1987).....	s.36
Tabell 3.1: Oppgavefordeling mellom DPS og sykehus	s. 48
Tabell 5.1: Ventetid og kostnader etter at behandlingen er ferdig.....	s. 66
Tabell 5.2: Kommunale tjenester før og etter sykehusbehandling.....	s. 68
Tabell 5.3: Pasientstatistikk fra Leistad i perioden 01.09-31.12.2009.....	s. 96
Tabell 5.4: Pasientstatistikk fra Leistad, komm. Tjenester før og etter innl.	s. 96

Vedlegg 1. Intervjuguide

Tema 1: Samhandling ved dagens modell – brukermøter inne i sykehus-/DPS

- Hvordan forstås begrepet samhandling om utskrivingsklare pasienter?
- Hvordan foregår prosessen med å definere pasientens behov for kommunale tjenester etter utskriving?
- Hvordan opplever partene likeverdighet i samhandlingen og i kommunikasjonen?
- Samhandling forutsetter god kommunikasjon, hva er elementene i god kommunikasjon?
- Hva gjøres for at disse elementene blir en del av kommunikasjonen – hvordan trener dere på denne kommunikasjonen?
- Hvordan er maktforholdet mellom partene, det vil si hvem er det som bestemmer omfanget av kommunale tjenester?
- Hvordan er kulturen i egen organisasjon?
- Hva er bra med dagens modell for samhandling?
- Hva er mindre bra med dagens modell for samhandling?

Tema 2: Etterbehandling i kommunalt helsehus - ny arena for kunnskapsutvikling

- Hvilke faktorer må være til stede for at partene skal oppleve kommunalt helsehus som en arena for samhandling?
- Ledelsesmessige utfordringer – hvordan skape felles forståelse for ny samhandlingsarena? Hvordan implementere en ny ide eller modell?
- Hvilke konsekvenser vil en ny modell få for organisasjonene psykisk helsevern og Trondheim kommune?

Vedlegg 1. Intervjuguide

Tema 1: Samhandling ved dagens modell – brukermøter inne i sykehus-/DPS

- Hvordan forstås begrepet samhandling om utskrivingsklare pasienter?
- Hvordan foregår prosessen med å definere pasientens behov for kommunale tjenester etter utskriving?
- Hvordan opplever partene likeverdighet i samhandlingen og i kommunikasjonen?
- Samhandling forutsetter god kommunikasjon, hva er elementene i god kommunikasjon?
- Hva gjøres for at disse elementene blir en del av kommunikasjonen – hvordan trener dere på denne kommunikasjonen?
- Hvordan er maktforholdet mellom partene, det vil si hvem er det som bestemmer omfanget av kommunale tjenester?
- Hvordan er kulturen i egen organisasjon?
- Hva er bra med dagens modell for samhandling?
- Hva er mindre bra med dagens modell for samhandling?

Tema 2: Etterbehandling i kommunalt helsehus - ny arena for kunnskapsutvikling

- Hvilke faktorer må være til stede for at partene skal oppleve kommunalt helsehus som en arena for samhandling?
- Ledelsesmessige utfordringer – hvordan skape felles forståelse for ny samhandlingsarena? Hvordan implementere en ny ide eller modell?
- Hvilke konsekvenser vil en ny modell få for organisasjonene psykisk helsevern og Trondheim kommune?

NOU:2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.*

Plan for psykisk helse 2007-2010, Trondheim kommune.

Rapporten (2009) "Psykiske lidelser i Norge – Et folkehelseperspektiv". Folkehelseinstituttet

Rapport: Garåsen (2008): The Trondheim Model, NTNU, 2008:68.

Rapport: Grimsmo (2009): Litteraturgjennomgang

Rapport : "Health at a Glance 2009: OECD Indicators".

St. meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

St. meld. nr 25 (2005 -2006) *Mestring, muligheter og mening*

St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet.

St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Trondheim kommune, plan for psykisk helse 2007-2010.

Veileder (IS-1388, 2006): Oppgavefordeling mellom DPS og sykehus, Helsedirektoratet.

Figur og tabelloversikt

Figur 1.0: Antall utskrivingsklare pas i 2006, 2007 og 2008.....	s. 23
Figur 2.1: Kommunikasjonsprosessens komponenter (Kaufmann & Kaufmann)..	s. 34
Figur 5.6.1: Uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsvern, OECD-land	s. 61
Tabell 2.1: De tre institusjonelle pilarer (Scott, 1995).....	s. 34
Tabell 2.2: Teoretiske kulturperspektiver (Scott, 1987).....	s.36
Tabell 3.1: Oppgavefordeling mellom DPS og sykehus	s. 48
Tabell 5.1: Ventetid og kostnader etter at behandlingen er ferdig.....	s. 66
Tabell 5.2: Kommunale tjenester før og etter sykehusbehandling.....	s. 68
Tabell 5.3: Pasientstatistikk fra Leistad i perioden 01.09-31.12.2009.....	s. 96
Tabell 5.4: Pasientstatistikk fra Leistad, komm. Tjenester før og etter innl.	s. 96

Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner*. Universitetsforlaget.

Schein, E. (1987): *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Mercuri Media Forlag.

Schultz, M. (2006): *Kultur i organisationer. Funksjon eller symbol*. København. Handelshøjskolens Forlag.

Scott, W.R. (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Suchman, M. (1995): Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, 20/3, 571-610.

Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Fagbokforlag.

Yin, R.K. (1994): "Case Study Research". Busch, T og Ramstad, L.S (2002). "Forprosjekt – evaluering av organisasjonsendringer i storbyer." Dokument.

Rapporter og Stortingsmeldinger

Agenda utredning og utvikling AS (2007): *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten*. KS FOU-prosjekt.

De regionale helseforetakene (2004): Samhandling og desentralisering. 2004.

Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006a): Samhandling mellom kommunale omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Oslo: HOD; 2006.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004): Samhandling mellom 1. og 2.linje helsetjenester. Kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet - mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2007).

Nasjonal helseplan (2007-2010) St. meld. nr 25: Meistring, muligheter og mening.

Nasjonal helseplan (2007 – 2010) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6.

Nasjonal Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006(08).

Litteraturliste

Bolman, L.G. og Deal, T.E. (2007): *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gyldendal Akademisk.

Busch, T og Vanebo, J.O. (2003): *Organisasjon og ledelse – et integrert perspektiv*. Universitetsforlaget.

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.J., og Vanebo, J.O. (2007): *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. og Vanebo, J.O. (2005): *Modernisering av offentlig sektor*. Universitetsforlaget

Engelstad, F.: *Innledning og Maktbegrepet etter Max Weber I: Om makt : teori og kritikk*. Oslo Ad Notam Gyldendal 1999

Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase, T.H. (2006): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo. Universitetsforlaget.

Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget.

Jensen, L., og Sørensen, E.: *Netverk – fra vilkår til værktøj for styring og demokrati*. I "Politica", 36. årgang, nr. 2, 2004, 125-142.

Kaufmann G., Kaufmann A. (2009): *Psykologi i organisasjon og ledelse*, 4. utgave. Fagbokforlaget.

Kjeldstadli, K. (1992): "Å analysere skriftlige kilder". Artikkel

Kvale, S. (2004): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Lubcke, P. (1994): *Filosofilexikonet*. Stockholm: Bokforlaget Forum.

Nielsen, R. og Repstad, P. (1993): "Fra nærhet til distanse og tilbake igjen". Artikkel.

Newman J: *New governance, new organisational rationalities? Public services and the reconfiguration of power*. Adapted from J. Newman (2001) *Modernising governance: new Labour, Policy and Society*. London, Sage.

Opstad, L. (2006) *Økonomistyring i offentlig sektor*, Gyldendal akademiske forlag.

Ringstad, V. (2007) *Samfunnsøkonomi og økonomisk politikk*, Cappelen akademiske forlag.

Det er stor forskjell på tildelte omsorgstjenester for utskrivingsklare pasienter *før* og *etter* institusjonsopphold i psykisk helsevern, når vurderingene foretas inne i sykehus-/DPS. Funn kan tyde på at sykehusansatte har en tendens til å overvurdere pasientenes omsorgsbehov på bakgrunn av den konteksten pasientene blir vurdert i.

Funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives innen fire uker til egen bolig med tilsvarende omsorgstjenester som de hadde *før* sykehusinnleggelsen.

Jeg mener at mine funn fra forskningsspørsmålene gir svar på problemstillingen om å finne årsaker til at utskrivingsklare pasienter må vente på utskrivning og hva kan gjøres. Funnene har også gitt innspill til anbefalinger og forbedringer, slik det er beskrevet i kapittel 6.3. Anbefalingene svarer også på problemstillingen.

Del 7 AVSLUTNING

Bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et virkemiddel for å optimalisere bruken av ressursene, slik at pasientene gis rett behandling – på rett sted – til rett tid, slik det er formulert i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47).

Utarbeidelse av gode oppskrifter på ”god samhandling” er nødvendigvis ikke den vanskeligste oppgaven, men derimot å omsette oppskriften til en god praktisk samhandling er en stor utfordring. Mine funn kan tyde på at det fortsatt er et stykke igjen før partene i helsevesenet når målsettingen om en omforent oppgavefordeling, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Siktemålet med min masteroppgave var å finne årsaken(e) til at pasienter som er ferdig med institusjonsbehandlingen i psykisk helsevern fortsatt må vente på utskriving, og hva er det som kan gjøres for å løse problemet. Det er helt sikkert flere årsakssammenhenger enn de som jeg har belyst ved å anvende to teoretiske perspektiv.

I dette kapitlet vil jeg svare på problemstillingen og verifisere mine funn.

7.1 Svar på problemstillingen

HVA ER ÅRSAKEN TIL AT UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENTE PÅ UTSKRIVING OG HVA KAN GJØRES?

Jeg har forsøkt å svare på problemstillingen gjennom fire formulerte forskningsspørsmål. Disse forskningsspørsmålene er utledet på bakgrunn av valgte teorier i kapittel 2. Funn fra forskningsspørsmålene er basert på analyse av valgte teorier i kapittel 5, hvor disse oppsummeres i kapittel 5.6. Jeg velger å trekke frem noen sentrale funn som eksempler og som har direkte relevans til problemstillingen.

En gjennomgang av 26 utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern viste at pasientene måtte vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på utskriving etter at den psykiatriske behandlingen var avsluttet. Gjennomsnittskostnadene for denne ”ventetiden” utgjorde ca 40 mill kroner (2008), mens samfunnskostnadene er sannsynlig betydelig høyere.

Årsaken til at utskrivingsklare pasienter må vente på utskriving er at sykehusansatte bestiller spesifikke kommunale omsorgstjenester som; ny bolig med tilgang til tjenester i løpet av hele døgnet, til tross for at pasientene hadde egen bolig før sykehusinnleggelsen.

Kommuneansatte kopierer denne bestillingen uten å vurdere alternative omsorgstjenester.

etterbehandling i kommunalt helsehus kan bekrefte-/avkrefte slike spørsmål. Samtidig bør en slik evaluering inkludere pasientenes grad av tilfredshet med tilbudet og kostnadseffekter. Reinnleggelser i psykisk helsevern må i så fall inkluderes i en slik kostnadsanalyse.

Kommentar

Jeg har kalt min oppgave; SAMHANDLING – ET TILSIKTET ELLER UTILSIKTET RESULTAT?

Statlige myndigheter har gjennom flere reformer pekt på viktigheten av å få til god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for bl.a. å optimalisere ressursene. Dagens avtaler mellom partene har en god intensjon – den skal bidra til en felles forståelse for å utvikle helhetlige pasientforløp. Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling. Skal summen av gamle og nye tiltak gi de tilsiktede effektene for bedre samhandling er det avgjørende at det innenfor helse- og omsorgstjenesten utvikler seg en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Mer konkret betyr dette at aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen.

Mine funn kan tyde på at dagens form for samhandling ved å ha brukermøter inne i sykehus-/DPS ikke gir et tilsiktet resultat. Jeg føler meg trygg på at toppledelsen i berørte organisasjoner vil reflektere over mine funn og iverksette tiltak som fører samhandlingen inn på rett spor, slik at målsettingen i Samhandlingsreformen kan nås om:

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Anbefaling nr. 2).

Videreutvikle Leistad helshus som forum for kunnskapsutvikling - kartlegge omsorgsbehov ved utskriving.

Data fra de fire første månedene etter oppstart med etterbehandling (Leistad) viser at pasientene utskrives innen fire uker med tilsvarende omsorgstjenester før sykehus-/DPS-innleggelse. Leder fra PH mente at etterbehandling i kommunalt helsehus kan bidra til å avklare et tydeligere skille og oppgavefordeling mellom partene. Inntil nå har sykehuset påtatt seg rollen som ekspert også til å definere omsorgstjenester, men når Leistad etableres vil det være kommunen som blir ekspert på kommunale tjenester. Leistad må videreutvikles som forum for kunnskapsutvikling for kommunale tjenester. Samarbeidet mellom ansatte i helsehuset og ansatte i helse og velferdskontorene må styrkes for å skape en god forståelse av "oversettelser" av brukerdata. I praksis er det slik at ansatte i helsehuset observerer pasientens funksjonsevner og overfører denne informasjonen til ansatte i helse og velferdskontorene som foretar forvaltningsvedtak på kommunale helse og velferdstjenester. Leistad må også bli et kunnskapsforum for ansatte i psykisk helsevern, slik at de får informasjon om og kan bidra med fagkunnskap om etterbehandlingen.

Anbefaling nr. 3).

Sørge for at leder-/fagansvarlig ved Leistad helsehus gis kompetanse som en dugende oversetter.

Røvik (2007) peker på at mange organisasjoner undervurderer betydningen av lederen eller fagpersonen som "oversetter", når nye ideer skal tas inn i organisasjoner. Informantene uttaler at prosjektet; "etterbehandling i kommunal helsehus" ikke har vært tilstrekkelig kjent verken i kommunale enheter eller i psykisk helsevern. Lederen må derfor legge til rette for egnede forum, hvor fagpersoner fra ulike enheter og etater kan møtes for å drøfte og utvikle tilbudet. Det bør derfor legges til rette for at lederen eller den som tildeles prosjektansvar for Leistad får tilgang til den kompetansen som er nødvendig for å bli en dugende oversetter.

Anbefaling nr. 4).

Prosjekt: "etterbehandling i kommunalt helsehus" bør evalueres med bakgrunn i vitenskapelig metode. Evalueringen må inneholde indikatorer som sammenligner pasientdata, brukertilfredshet og samfunnskostnader med dagens modell for samhandling.

Etterbehandling i kommunalt helsehus er et prosjekt som ikke tidligere er prøvd ut i Norge på psykiatriske pasienter. Uttalelser fra ledere i TK mener at pasientene som er overført til Leistad har bedre funksjonsevner sammenlignet med pasienter som blir værende inne i sykehuset-/DPS i påvente av ny bolig med døgnstjenester. En vitenskapelig evaluering av

Målgruppen for etterbehandling i kommunalt helsehus er pasienter med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni og bipolare lidelser. Da det ikke er foretatt en randomisert undersøkelse med en kontrollgruppe, er det ikke vitenskapelig belegg for å hevde at pasientene utskrives raskere etter opphold i kommunalt helsehus.

Nye forskningsstudier på disse pasientene kan gi et bedre svar om hvor vellykket et slikt tiltak er. Nasjonale myndigheter har stor oppmerksomhet på å finne frem til gode samhandlingsmåter mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe som bekreftes gjennom de siste reformene. Mine funn kan være et bidrag i denne sammenheng.

6.3 Anbefalinger

Jeg foreslår fire konkrete anbefalinger som er basert på funn fra forskningsspørsmålene i kapittel 5. Jeg har anvendt to teoretiske tilnærminger for å finne svar på problemstillingen. Jeg vil særskilt trekke frem teori om translasjon som kan anvendes for bedre å kunne forstå grunnlaget for vurderinger som gjøres, når to organisasjoner skal samarbeide. Da translasjonsteori har fokus på kunnskapsoverføring(-utvikling) vil partene mest sannsynlig fokusere på faglige utfordringer i stedet for makt, og dermed styrkes relasjonene partene imellom. Mine anbefalinger kan vurderes som alternative måter for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten omkring utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Det er helt sikkert andre tiltak som også kan bidra til en bedre samhandling, men jeg håper mine råd kan skape refleksjon, og at samhandlingen kan betraktes fra et nytt perspektiv.

Anbefaling nr 1).

Avvikle brukermøter inne i sykehus-/DPS som arena for å vurdere omsorgstjenester etter utskrivning.

Empiri viser at når fagpersoner vurderer pasienters antatte behov for omsorgstjenester etter utskrivning inne i sykehus-/DPS, er bestillingen bolig med tilgang på tjenester hele døgnet. Ledere i PH mente at sykehusansatte kan ha en tendens til å overvurdere pasientenes omsorgsbehov, da de ikke skal betale for tjenesten. Bestilling av spesifikke omsorgstjenester kan forklares med den konteksten pasienten og ansatte befinner seg i, og i mindre grad pasientens funksjonsevner. Data fra etterbehandling ved kommunalt helsehus (Leistad) viser at pasientenes omsorgstjenester ikke økes i særlig grad etter utskrivning. Jeg velger å tolke resultatet dit hen at når kommuneansatte foretar vurderinger inne i en kommunal arena og tildeler tjenester, er disse i samsvar med pasientenes behov. Kommunes ansatte har oversikt over hele tjenestetilbudet og skal samtidig samarbeide med andre offentlige etater som for eksempel NAV (Ny arbeids og velferdsforvaltning).

På bakgrunn av mine vurderinger, vil jeg hevde at mine funn er pålitelige.

6.1.3 Bruk av teori – andre tilnærminger

Mine funn er knyttet til to teoretiske perspektiv som jeg valgte før undersøkelsen. Det første er institusjonell teori og perspektiv på makt, mens det andre er teori om translasjon med vekt på kunnskapsoverføring. Dette har gitt meg ny kunnskap og en ny forståelse for valg av teori og hvilke resultater dette kan gi. Jeg har lagt mest vekt på translasjonsteori, da jeg mener denne teorien fokuserer i større grad på kunnskapsutvikling og dermed i mindre grad på maktperspektiv. Denne teorien har gitt meg ny kunnskap til å forstå fagpersonenes samhandlingsmønster i lys av deres kontekst. Translasjonsteori ble derfor i hovedsak anvendt for bedre å kunne forstå begrunnelsen for at sykehusansatte foretok bestillinger av spesifikke omsorgstjenester og hvordan kommuneansatte kopierte observasjonene (brukerdata). Ved å anvende translasjonsteori har jeg også analysert hvilke faktorer som er viktig for at etterbehandling i kommunalt helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling. Translasjonsteori ble derfor en "rød tråd" for meg i analysen av forskningsspørsmålene.

Jeg kunne også ha valgt andre teorier for å belyse problemstillingen. Da ansvaret for å gjennomføre og utvikle samhandlingen omkring utskrivingsklare pasienter er lagt til toppledelsen i St. Olavs Hospital og Trondheim kommune, kunne teori om ledelse være aktuelt. Busch (2007) beskriver den operasjonelle ledelseslæren som er utviklet av Erik Johnsen (1975), og hvor ledelse er definert som et *målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker*. Et viktig punkt i denne teorien er at ledelsen må søke å nå de mål som kan henføres til interessentenes behov for belønninger.

6.2 Refleksjon over egen læring

I kapittel 3 har jeg gjort rede for utfordringer ved å forske i egen organisasjon. Jeg har god kjennskap til praksisfeltet og medarbeidere, og ikke minst har jeg deltatt aktivt med å få igangsatt fellesprosjektet: "etterbehandling i kommunalt helsehus". Mine tolkninger av funn kan derfor være preget av dette. Min førforståelse av utfordringene med utskrivingsklare pasienter dreide seg om hvorvidt sykehus-/DPS er en egnet arena for å kartlegge pasientenes omsorgsevner og fatte vedtak på kommunale omsorgstjenester. Mine funn kan tyde på at en slik arena ikke bidrar til en effektiv tjeneste. Studien har dermed bekreftet min antakelse. Foreløpige funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives raskere og at omsorgstjenestene er på omtrentlig samme nivå som før innleggelse.

ståsted i forhold til utskrivingsklare pasienter. Dermed får studien flere aktørers synspunkter og dette kan være med på å kvalitetssikre datamaterialet. Med kvalitetssikring menes at datamaterialet består av respondenter som har ulike utgangspunkt i arbeidet med utskrivingsklare pasienter og dette gjør det mulig for meg å se om det er forskjell i oppfatninger blant lederne eller fagansatte i Trondheim kommunen, helse og velferd og i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Jeg viser til utfyllende kommentarer og vurderinger i kapittel 3.5 – forske i egen organisasjon.

Jeg er også klar over at mine valg av kategorier har betydning for resultatet og for å forklare årsakssammenhenger. På grunn av tidsbegrenset tid, har jeg ikke bedt om hjelp eller fått en annen forsker til å foreta en uavhengig kategorisering av data for å se på samsvaret mellom kategoriseringene. En slik dobbeltsjekk ville eventuelt øke sannsynligheten for at valgte kategorier i analysen er gyldig, dersom forskeren også hadde kommet frem til samme resultat.

Jeg har pekt på at det kan være en sammenheng mellom den konteksten pasientenes vurderinger av omsorgsbehov foregår i og omfanget av omsorgstjenester. Jeg må allikevel reflektere over denne sammenhengen, da det ikke alltid er slik at respondentene har den riktige oppfatningen av hva forklaringen kan være. Teorien er hentet fra attribusjonspsykologi og knyttes til at mennesker ikke har oversikt over alle forklaringer, og at alle mennesker har en tendens til å tillegge noe en forklarende effekt (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Min empiri sammenligner data fra 2008 (26 utskrivingsklare pasienter) og 2009 (14 utskrivingsklare pasienter fra etterbehandling, Leistad). En mulig årsak til at pasientene har blitt utskrevet raskere fra kommunal etterbehandling (Leistad), kan knyttes til forskjeller i pasientenes omsorgsevner eller bedre utbygde omsorgstjenester i løpet av det siste året. Dette er forhold som må tas i betraktning, når det skal konkluderes med sammenhenger.

Den eksterne gyldigheten handler om i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres. Hensikten med kvalitative metoder er som regel ikke å generalisere fra utvalget av enheter til større grupper enheter, da slike undersøkelser heller har til hensikt å forstå og utdype begreper og fenomener, det vil si få tak på generelle fenomener (Jakobsen 2005). Hensikten med min undersøkelse er som tidligere beskrevet å forstå og utdype problemstillingen i mitt valgte empirifelt. Da undersøkelsen er et case-studie, er det noen få enheter som er trukket ut for sitt spesielle formål. Jeg kan derfor ikke hevde at mitt utvalg er representativt for andre enheter eller at mine funn har ekstern gyldighet. Det var heller ikke siktemålet med studien.

Intern gyldighet handler om å konfrontere informantene med funnene som forskere har kommet fram til, enten gjennom personlig samtale eller utsendelse av foreløpig rapport. For å sikre intern gyldighet har jeg gjennomført samtaler med noen respondenter og presentert mine funn for å undersøke i hvilken grad de kjenner seg igjen i mine resultater. Jeg har hele tiden vært opptatt av at min forskning skal ha relevans for det empiriske feltet forskningen er utført i. Jeg har presentert mine funn for flere respondenter og de gir tilbakemelding på at mine funn hadde autentisitet, det vil si at de kunne kjenne seg igjen i beskrivelsen av problemet og at funnene virker sanne og realistiske. For å styrke den interne gyldigheten av mine funn har jeg benyttet resultat fra forskning på inneliggende eldre pasienter i sykehus som overføres til etterbehandling i kommunalt helsehus (Garåsen 2008).

Strategisk valg som metode for utvalg av respondenter har jeg begrunnet i kapittel 3.4.6. Respondentene har nærhet til det fenomenet som jeg ønsker å belyse og de har førstehåndskilder, det vil si at de refererer til en hendelse som de selv har vært med på. Informantene har minimum 3-årig høgskoleutdanning og mange års erfaring fra tema for undersøkelsen. Til tross for nærhet og god kompetanse hos respondentene, er det ikke sikkert at de er villig til å gi riktig informasjon. Det kan være en fare for at noen holder tilbake relevant informasjon eller at de ønsker å fremstille informasjonen på en uriktig måte for å sette seg selv i et bedre lys. For å redusere muligheten for usannheter har jeg innhentet informasjon fra flere respondenter. I gruppeintervjuene har jeg stilt oppfølgings spørsmål til andre gruppe medlemmer for å høre deres mening. Ulike meninger fra respondentene kan være et godt tegn på gyldighet, da det gir ulike beskrivelser av et fenomen, fordi mennesker tolker situasjonene ulikt. Å få tak på slike ulikheter er et av hovedpoengene med kvalitative tilnærminger (Jakobsen 2005). Det er summen av informasjon fra ulike respondenter som er den riktige beskrivelsen av fenomenet, enten denne beskrivelsen går mot enighet (konvergens) eller uenighet (divergens).

Når en velger intervju som datainnsamlingsverktøy er det forskeren som tolker funnene, dataene forteller ingenting uten at de fortolkes. Faren ved fortolkning er at tolkningen blir farget av forskerens referanseramme. Jeg har vært bevisst denne faren og har jobbet med meg selv for å prøve å være objektiv i forhold til datamaterialet. Da jeg forsker i egen organisasjon og samtidig er sterkt involvert i et prosjekt om etterbehandling av innlagte pasienter i kommunalt helsehus kan det være en fare for at jeg ikke opptre objektivt. Jeg har hele tiden vært åpen om min rolle og fordelene er at jeg samtidig kan stille oppfølgings spørsmål, da jeg har kjennskap om begge organisasjonene. Jeg mener at det er en klar fordel at datamaterialet er hentet fra fire ulike informantgrupper som har ulikt

6.1 Kvalitetssikring av datamaterialet

Jeg har i kapittel 3 påpekt at undersøkelser alltid skal forsøke å minimere problemer knyttet til gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Til tross for dette må også kvalitative metoder underkastes en kritisk drøfting når det skal vurderes om konklusjonene er gyldige og til å stole på (Jacobsen, 2005).

6.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet stammer fra det engelske begrepet reliability og oversettes ofte med ordet troverdighet. Det henspiller på om forskningen har blitt gjennomført på en troverdig måte (Blaxter et al., 2006; Thagaard, 2009) og at forskningen har god kvalitet slik at resultatene også holder høy kvalitet. For å sikre troverdighet i min forskning har jeg benyttet en "digital voice-recorder" under intervjuene for å få en fullstendig gjengivelse av samtalene. Jeg kunne alternativt notert uttalelser, men valgte bort denne metoden for å unngå at respondentene kunne bli forstyrret eller avbrutt på grunn av min opptatthet med å notere (Jacobsen 2005).

Gjennom opptak av intervjuene har jeg dermed tatt vare på verdifulle data, som muliggjør i etterkant å få en bedre og enklere oversikt over helheten i uttalelser fra respondentene. For å være sikker på at transkriberingen er korrekt og nøyaktig, har jeg hørt på intervjuene samtidig som jeg har kontrollert transkriberingen.

Tydlig bruk av sitater i teksten gjør skillet mellom det fysiske datamaterialet og forskerens tolkning tydelig, da forskningstekster som ikke skiller mellom datamaterialet og forskerens tolkninger ofte er av dårlig kvalitet (Thagaard, 2009). For å gjøre dette skillet har jeg valgt å benytte *mindre* skriftstørrelse og *innrykk* for å fremstille sitat fra respondentene fra hvert forskningsspørsmål før jeg analyserer mine funn basert på teorier som vist i kapittel 2.

En klar trussel mot troverdigheten i oppgaven er begrensningen som en masteroppgave representerer, da jeg som forsker bare kan bruke et lite utvalg av datamaterialet som er samlet inn. For å motvirke dette har jeg valgt å bruke fyldige sitater for å synliggjøre respondentenes perspektiv.

6.1.2 Validitet

Jakobsen (2005) viser til at det i samfunnsvitenskapen heller snakkes om intersubjektivitet enn sannhet. Det innebærer at det nærmeste vi kommer sannheten er at flere personer er enige om at noe er riktig beskrivelse. Testing av gyldighet – validering – vil alltid være en test av resultater overfor andre mennesker. Jakobsen (2005) viser til to tiltak for validering; *intern* gyldighet og *ekstern* gyldighet.

kontekstualisering. Ved å flytte ansvaret for å vurdere omsorgsbehov til kommunalt helsehus, vil oversetteren, dvs. fagansatte i kommunen ha kunnskap både om å vurdere omsorgsbehov (kildespråket) og vurdere hvilke omsorgstjenester som kan tilpasses omsorgsbehovene (målspråket).

Jeg har pekt på viktigheten av å ha en dugende oversetter ved Leistad helsehus, da ideen som skal prøves ut er hentet fra Sjøbstad helsehus. Ideen fra Sjøbstad kan betraktes som "halvfabrikat", og hvor denne må bearbeides og redefineres med nye rutiner og prosedyrer som passer for målgruppen ved Leistad og deres samarbeidsparter. Oversetteren(e) ved Leistad bør ha kunnskap om organisasjonen "Leistad" og den øvrige helse og velferdstjenesten i Trondheim kommune, dvs. kunnskap om forhold både ved dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene.

Det bør stilles krav om kompetanse som "språksetter", slik at praksisen ved etterbehandlingen beskrives og kan etterprøves. Det er samtidig viktig å prioritere felles møter for ansatte og samarbeidsparter, slik at det kan "prates" om etterbehandlingskonseptet for å skape legitimitet. Dette krever både tålmodighet og tilstedeværelse. I tillegg bør oversetteren(e) ha kunnskap om inkompatibilitetsargumentene og da særskilt i tilfeller der ansatte taper anseelse av makt.

Del 6 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i empiri, analyse og funn fra forskningsspørsmålene som vist i kapittel 5, gir dette grunnlag for refleksjon over dagens praksis med samhandling om utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Det første målet med studien har vært å få oversikt over omfanget og kostnader ved utskrivingsklare pasienter i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd. Det andre målet har vært å forklare årsaken til at utskrivingsklare pasienter må vente inne i sykehus-/DPS på utskriving og hva som eventuelt kan gjøres annerledes. Gjennom arbeidet med avhandlingen har jeg sett på mulige tiltak som kan forbedre dagens praksis for samhandling på dette området. Før jeg presenterer forslagene i dette kapitlet vil jeg først foreta kvalitetssikring av data og reflektere over egen læring.

Den kognitive rammen kan forstås ved at ansatte i spesialisthelsetjenesten betraktes som eksperter og har høy faglig legitimitet i primærhelsetjenesten. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømme om at de er eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester. Dette kan også forklares ved at enkelte innefor spesialisthelsetjenesten har kilder til makt i kraft av sin posisjon og sin faglige kunnskap og ekspertise.

I lys av translasjonsteori med fokus på dekontekstualisering har jeg pekt på oversettbarheten av pasientobservasjonene som gjøres av sykehusansatte. Pasientobservasjonenes eksplisitet er i liten grad kodifisert og språksatt, men består av taus kunnskap. Sykehus-/DPS- ansatte arbeider i en kompleks organisasjon, hvor det er uklart hva som er årsak-virknings-relasjonen i forhold til innleggelser. Sykehusansatte bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, dvs. døgntjenester i institusjonslignende boliger (botiltak). Motivet for slike bestillinger er intendert og kan relateres til en bevisst og rasjonell handling.

Funn fra forskningsspørsmål 3, viser at fagpersonene i Trondheim kommune i hovedsak kopierer bestillingen fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan forklares med at kommuneansatte betrakter spesialisthelsetjenestens ansatte til å ha posisjonsmakt. Da avtalen forplikter partene til samarbeid, kan det synes som kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon.

Analysen ved translasjonsteori med vekt på kontekstualisering, viser at kommuneansatte, langt på vei, kopierer bestillinger fra sykehusansatte om omsorgstjenester. Dette kan forstås ut i fra at pasientdata er eksplisitt, brukermøtet er lite innvevd i en utenomorganisatorisk kontekst og brukermøtet består av få personer som kan erstattes av kollega med tilsvarende kompetanse. Bestillingen av omsorgstjenester er detaljerte og er dermed i mindre grad omformbar. Da organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd har like organisatoriske kontekster, er det stor sannsynlighet for at kommuneansatte vil kopiere bestillingen.

Funn fra forskningsspørsmål 4, viser at 13 av 14 pasienter ble utskrevet til egen bolig innen fire ukers opphold etter etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad). En kartlegging av kommunale omsorgstjenester for disse pasientene før og etter opphold i helsehus viser ingen vesentlige endringer.

Jeg har analysert på hvilken måte kommunalt helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling i lys av translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering og

Oppgavens problemstilling handler nettopp om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, men avgrenset til utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Hva er årsaker til at utskrivingsklare pasienter blir værende i sykehus-/DPS, og hva kan gjøres? Litteraturstudier viser at ca. 4 -500 000 oppholdsdøgn(2008) innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare. I løpet av de siste årene har ca. 30 utskrivingsklare pasienter til en hver tid ventet på utskriving til Trondheim kommune. De siste års helsereformer peker fortsatt på behovet for bedre og tettere samhandling mellom forvaltningsnivåene. De er pålagt samarbeid om utskrivingsklare pasienter gjennom avtale. Avtalen pålegger partene å samhandle både på et administrativt nivå og pasient/brukernivå. Avtalen er evaluert av Sintef Helse og denne peker på flere utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling, bl.a. likeverdighet, økonomiske forhold og systemproblemer.

En undersøkelse fra OECD-land (2009) viser at Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggelsesrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet.

Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at 26 utskrivingsklare pasienter (mai 2008) venter i gjennomsnitt 10,6 måneder i sykehus-/DPS etter at de er definert som utskrivingsklar inne i sykehus-/DPS. Dersom en benytter gjennomsnittskostnader for sykehus-/DPS (2008 kroner), representerer disse pasientene en "unødvendig" sykehus-/DPS kostnad på ca 40 mill kroner. En undersøkelse av 6 utskrivingsklare pasienter (mai 2008), viser store forskjeller på omfanget av tildelte kommunale tjenester før og etter sykehus-/DPS- innleggelse for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Før innleggelse hadde alle pasientene egen bolig, samt ukentlige omsorgstjenester fra Trondheim kommune, helse og velferd. Etter at institusjonsbehandlingen var avsluttet bestiller spesialisthelsetjenesten spesifikke kommunale omsorgstjenester, dvs. ny bolig med tilgang til døgnkontinuerlige omsorgstjenester. Kommunens ansatte kopierer bestillingen og fatter kommunale forvaltningsvedtak. Pasientene blir dermed værende i sykehus-/DPS i påvente av at Trondheim kommune tildeler ny bolig og tilgang til døgnkontinuerlige omsorgstjenester.

Funn fra forskningsspørsmål 2, viser at sykehusansattes vurderinger av omsorgstjenester kan forklares ut fra institusjonell teori ved både den normative og kognitive forståelsesrammen. Sykehusansattes emosjonelle egenskaper påvirkes av pasientenes normer og verdier og som fører til at de ønsker å tilfredsstille pasientens totale behov. Deres handlinger kommer av den grunn i utakt med den normative rasjonaliteten som kommer til uttrykk i samarbeidsavtalen, da sykehusansatte ofte *bestiller* omsorgstjenester i stedet for å formidle kunnskap om behov.

Konklusjon

Jeg har analysert på hvilken måte kommunalt helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling i lys av translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering og kontekstualisering. Ved å flytte ansvaret for å vurdere omsorgsbehov til kommunalt helsehus, vil oversetteren, dvs. fagansatte i kommunen ha kunnskap både om å vurdere omsorgsbehov (kildespråket) og vurdere hvilke omsorgstjenester som kan tilpasses omsorgsbehovene (målspråket).

I translasjonsteori pekes det på betydningen av å ha en god oversetter ved organisasjonsendringer. Jeg har pekt på viktigheten av å ha en dugende oversetter ved Leistad helsehus, da ideen som skal prøves ut er hentet fra Sjøbstad helsehus. Ideen fra Sjøbstad kan betraktes som "halvfabrikat", og hvor denne må bearbeides og redefineres med nye rutiner og prosedyrer som passer for målgruppen ved Leistad og deres samarbeidsparter. Oversetteren(e) ved Leistad bør ha kunnskap om organisasjonen "Leistad" og den øvrige helse og velferdstjenesten i Trondheim kommune, dvs. kunnskap om forhold både ved dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene. Det bør stilles krav om kompetanse som "språksetter", slik at praksisen ved etterbehandlingen beskrives og kan etterprøves. Det er samtidig viktig å prioritere felles møter for ansatte og samarbeidsparter, slik at det kan "prates" om etterbehandlingskonseptet for å skape legitimitet. Dette krever både tålmodighet og tilstedeværelse. I tillegg bør oversetteren(e) ha kunnskap om inkompatibilitetsargumentene og da særskilt i tilfeller der ansatte taper anseelse av makt.

Statistikk fra etterbehandling i kommunalt helsehus etter fire måneders drift, viser at pasientene utskrives innen fire uker med omtrentlig tilsvarende omsorgstjenester som de hadde før sykehus- DPS- innleggelsen.

5.6 Oppsummering av sentrale funn

De siste 50 årene har det funnet sted en storstilt utbygging av offentlige velferdsordninger i Norge. Med gradvis oppgang i levealderen vil det etter hvert bli langt flere personer som mottar aldersrelaterede stønader og samtidig vil ressursbruken i helse- og omsorgssektoren øke kraftig som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning. Etterspørselen etter tjenester vil sannsynligvis også øke som følge av den generelle velstandsøkningen. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen. Ett av virkemidlene for mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren er å sørge for bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Tabell 5.3 viser pasientstatistikk fra Leistad i perioden 01.09 – 31.12.2009.

Innlagt fra:	Antall pasienter	Antall etterbeh. Døgn	Antall døgn i gjennomsnitt	Antall utskrevne til egen bolig
Nidaros DPS	6	154	25,6	6
Tiller DPS	6	158	26,3	6
Østmarka sykeh	2	58	29	1
Sum	14	370	26,4	13

Tabell 5.3 viser at 14 pasienter er overført til etterbehandling og har i gjennomsnitt vært innlagt i 26,4 døgn ved Leistad. Av 14 innlagte pasienter er 13 utskrevet til egen bolig. En pasient ble tilbakeført til Østmarka sykehus, da denne ble overført Leistad før behandlingen var stabilisert (enighet mellom Leistad og Østmarka).

En gjennomgang av kommunale tjenester før og etter utskriving fra etterbehandling ved Leistad viser *ingen endringer for 10 av 13 pasienter*. 3 pasienter har fått mer hjelp etter utskriving, jmf tabell 5.2.

I tabell 5.4 vises endringer i kommunale tjenester for 3 pasienter før og etter utskriving fra etterbehandling i Leistad helsehus i perioden 01.09 – 31.12.2009.

Pas nr.	Kommunale tjenester før innleggelse i sykehus-/DPS	Kommunale tjenester etter utskriving fra etterbehandling ved helsehus
1	Oppfølgingstjenester	Oppfølgingstjenester + hjemmesykepleie
2	Hjemmesykepleie, oppfølgingstjenester, praktisk bistand.	Hjemmesykepleie, oppfølgingstjenester, praktisk bistand, + støttekontakt
3	Dagtilbud, praktisk bistand	Praktisk bistand + nytt dagtilbud

Tabell 5.4 viser endringer i omsorgstjenester før og etter etterbehandling i helsehus for 3 av 10 pasienter. Endringene består i tilførsel av hjemmesykepleie, støttekontakt og nytt dagtilbud. 10 av 13 pasienter mottok samme tjenester etter utskriving.

Statistikk for de første fire månedene etter oppstart av nytt tilbud (Leistad), viser at pasientenes gjennomsnittlige opphold var på 26,4 døgn. Alle pasienter ble utskrevet til egen bolig og med omtrentlig samme nivå på omsorgstjenester som før innleggelse i sykehus-/DPS.

Men det er viktig at oversetteren(e) har kjennskap til disse argumentene og det kaller på translatørens grundige kunnskap om Leistad helsehus, men også om helse og velferdstjenestene i Trondheim kommune, hvor også ideen skal oversettes, implementeres og tas i bruk. Slik kunnskap er derfor nødvendig av to grunner. For det første er det slik at detaljert kunnskap om praksisfeltet kan være avgjørende for translatørens legitimitet, ikke minst blant berørte ansatte i praksisfeltet. For det andre er det også vesentlig at translatøren trenger grundig kunnskap om praksisfeltet for selv å kunne etterprøve og gjøre seg opp en mening om fornuften og sannhetsgehalten i argumentene om at den foreliggende oversatte versjonen av en idè ikke passer inn og derfor kan komme til å få uheldige konsekvenser dersom man forsøker å implementere den. Oversetterens egen etterprøving av fremsatte inkompatibilitetsargumenter vil være avgjørende for om man bestemmer seg for enten å avslutte og innstille reformforsøket, justere kursen, dvs. oversette reformideen til en annen versjon eller holde stø kurs, dvs. beholde den oversatte versjonen man allerede har valgt, og trykke på for å få den implementert.

Røvik (2007) mener at den sterke translatøren også trenger myndighet i tillegg til grundig kunnskap. Dels kan myndighet som nevnt oppstå som et biprodukt til kyndighet eller grundig kunnskap. Translatøren som overbevisende demonstrerer at vedkommende "kan" praksisfeltet, får gjerne også autoritet blant praktikerne. Men dette er ikke nødvendigvis et tilstrekkelig maktgrunnlag for å få implementert ideen slik at den får styrende virkninger på noen aktiviteter i praksisplanet. Translatøren(e) kan imidlertid samarbeide nært med toppledelsen i organisasjonene for prosjektet, da det er de som besitter den formelle maktposisjonen.

Statistikk fra Østbyen helsehus, avdeling Leistad

Da Østbyen helsehus, avdeling Leistad ble operasjonell per 1.09.200, har jeg innhentet data for de fire første månedene som viser antall innleggelser, etterbehandlingsdøgn og hvor pasientene ble utskrevet.

I tabell 5.3 vises pasientstatistikk fra etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad) fra de fire første månedene, 01.09 -31.12.2010.

Respondentenes uttalelser kan vitne om engstelse for tap av makt. Å måtte flytte kontor eller /arbeidssted eller å tape verdien av egen kompetanse er ikke legitime argumenter som kan settes frem i full offentlighet. Motstanden mot innføring av oversatte reformideer kommer derfor ofte i form av det som Røvik (2007) kaller inkompatibilitetsargumentene. Utgangspunktet for disse er at forestillingen om at en organisasjon er et komplekst system og gjerne en verdibærende institusjon, der det utføres arbeid med bakgrunn i et komplekst kunnskapsgrunnlag etablert bl.a. på erfaringsbaserte innsikter.

Inkompatibilitetsresonnementet fremsettes ofte i form av to mer spesifikke argumenter. Det første er det Røvik (2007) omtaler som *teknisk inkompatibilitet*. Det er et argument om at ideen man forsøker å innføre, er for enkel i forhold til kompleksiteten i praksisfeltet. Det er i alle fall en erkjennelse fra toppledelsene i Trondheim kommune og Psykisk Helsevern om at dagens løsning ved "utskrivingsklare" pasienter ikke fungerer ved at en ønsker å prøve ut ny modell for samhandling ved kommunalt helsehus. Det betyr ikke at alle er enig i at dagens modell er "utgått på dato" fordi dagens praksis er slipt til over lang tids prøving og feiling, og fordi de ansatte har erfaringsbasert og gjerne "taus" kunnskap om hvordan de skal bruke denne. Når ny praksis skal implementeres må en være forberedt på denne formen for inkompatibilitet. Dersom en ikke lykkes kan resultatet bli at prosjektet avsluttes og at den nye ideen blir "frastøtt".

Det andre inkompatibilitetsargumentet handler om *verdier*. Det bygger ofte på forestillingen om at noen organisasjoner har som viktige formål eller misjon å ivareta bestemte verdier og normer. Et argument som relativt ofte anvendes når reformideer skal inn i slike og lignende institusjoner, er at den nye løsningen kan støte an mot de verdier og hensyn institusjonen er grunnleggende forpliktet på. Disse to inkompatibilitetsargumentene er meget effektfulle. En grunn kan være at dersom det viser seg å være riktig det som motstanderne hevder, at ideen ikke passer inn i organisasjonen, så kan konsekvensene bli alvorlige dersom oversetteren og/eller ledelsen ikke tar hensyn til argumentene, men i stedet kanskje trykker ekstra hardt på for å få implementert ideen. Resultatet kan da bli at en sløser bort ressurser på noe som ikke passer og som dermed ikke virker. Den nye ideen med etterbehandling er etter min vurdering i tråd med verdiene til de to samhandlende organisasjonene som står bak prosjektet, nemlig å bedre tilbudet til pasientene i det psykiske helsevernet. Redusert liggetid for pasienter som er ferdig med behandlingen vil lette tilgangen til spesialisthelsetjenesten for pasienter som står i ventekø. Jeg mener derfor at det ikke vil være grunnlag for å benytte *verdier* som argumentere mot den nye ideen.

tilstedeværelse. Jeg vil derfor anbefale at oversetteren(e) bør oppholde seg i organisasjonen det oversettes til, i lengre perioder for å sikre en vellykket oversettelse. Erfaringer med innføring av nye organisasjonsoppskrifter ved hjelp av globale konsulentselskaper – dekontekstualiseringsindustrien, viser at de har vanskeligheter med både å oppfylle kravet om tilstedeværelse og samtidig inneha lokal kunnskap om konteksten ideen skal inn i (Røvik 2007).

Når en av lederne i PH stiller følgende spørsmål om formålet med Leistad helsehus: *”Hva vil forskjellen være om at ansatte kom til oss (DPS) for ikke å snakke med personalet, men observere og snakke med pasienten?”*, kan det være et uttrykk for en sunn skepsis eller en tvil om dette er et egnet tiltak. Denne skepsisen støttes opp med følgende utsagn fra en leder i TK: *”Helsehus kan bli en ekstra arena for vurdering av kommunale tjenester”*. Disse to utsagnene tegner et bilde på at oversettelse og implementering av organisasjonsideer skjer ofte i en kontekst av konflikt og motstand mot endring. Bakgrunnen er selvsagt at organisasjonsideer også er *reformideer*, og dermed representerer en potensiell kilde til omstilling av de organisasjonene som forsøker å implementere dem. Det innebærer at oversettelse og materialisering av ideer slett ikke bare kan forstås som en rasjonell prosess der translatøren ved sitt skrivebord, og på grunnlag av sine kunnskaper om ideen og de ulike kontekstene, finner frem til den beste versjon av en generell idè for en bestemt organisasjon og så implementerer den. Røvik (2007) sier at det er langt mer sannsynlig at slike oversettelsesprosesser foregår i en kontekst av interessebasert maktspill, forhandlinger og konflikter, og der oversetterens forslag til lokal versjon mobiliserer så vel støtte som motstand. Det kan utløses motstand som følge av at noen frykter for verdien av sin kompetanse, dersom en ny reformidè blir implementert. Det er gjerne tilfeller når medarbeideres kompetanse, og dermed deres anseelse og makt i organisasjonen, er knyttet til utførelse av arbeidsoppgaver som vil bli lagt om eller kanskje blir borte dersom en foreslått reformidè blir implementert (Jacobsen 2004), jf slik en fagansatt i PH uttrykker seg:

”Det var en del fordommer – her har vi vurdert pasienten – kan kommunen overprøve vårres vurdering? Men så tenkte æ at kanskje er det sånn at kommunen er ekspert på kommunale tjenester”.

En leder fra TK sier det slik:

”Hvordan er samarbeidet med helse og velferdskontor? Hvem fatter vedtak”?

Tålmodighet som dyd for den gode oversetter knytter an til forestillingen om at ideer ofte oppfører seg som *virus* i moderne organisasjoner. Denne metaforen beskriver Røvik ved to nøkkelresonnementer. Den første er når ideer spres og trenger inn i en organisasjon, da kommer de først til syne som "språksmitte", dvs. at de manifesteres i form av nye begreper og resonnementer og kommer til uttrykk i *prat*. Det andre er at organisasjonsoppskrifter som virus kan ha lang "inkubasjonstid". Det kan ta lang tid – av og til lang tid, fra man er språklig "smittet" av en idè, til den materialiseres og får substansielle effekter i praksisfeltet. At oversetteren selv bør være tålmodig, og bør mane andre til å være det, er direkte avledet av denne innsikten. Ideen ved Leistad helsehus kan forstås som språksmitte. Det har vært, og er fortsatt diskusjoner og prat om hvordan praksisen skal materialiseres i detaljerte beskrivelser og rutiner. Å beskrive en faglig metode for etterbehandling må utvikles på bakgrunn av erfaring og dokumentasjon. Denne situasjonen krever oversetterens tålmodighet på to måter. For det første må en sørge for at ideen har gode betingelser i organisasjonen og ikke "dør ut". I deler av den nyinstitusjonelle teoritradisjonen har "prat" i organisasjoner fått et til dels negativt innhold. Prat oppfattes som motstykke til praksis, dvs. til det å handle. Røvik sier at prat fremstilles til og med som et *substitut* for å handle: når det i en organisasjon prates om nye ideer, tilfredsstilles viktige grupper i omgivelsene som oppfatter det som tegn på at organisasjonen forandrer seg i takt med samtidens normer for den effektive og tidsriktige virksomhet. Samtidig kan praksisfeltet, som er komplekst og som fungerer bl.a. på opparbeidede erfaringsbaserte innsikter, forblir relativt uberørt av det som ofte er flyktige og dårlige ideer (Meyer og Rowan 1977, Brunsson 1989, 2006, Hernes 2005). Røvik (2007) mener derimot at prat i forbindelse med "språksmitte" fra nye ideer er mer positiv, da det er nødvendig at ideen må få et første "feste" i organisasjonen. Dernest er det slik at for at en idè skal kunne nedfelles i praksisplanet, må det ofte først prates. For translatøren(e) ved Leistad blir det derfor viktig bl.a. å sørge for at det finnes interne arenaer for prating, og at det settes av tid for prat og dermed for meningsdanning, klargjøring og modning av ideen. For det andre må oversetteren(e) sørge for *formålsrettet prat*, slik at ideen kan konkretiseres. Selv om ideen fra Søbstad helsehus bør "kopieres", må den likevel omformes og tilpasses den nye konteksten ved Leistad. Ideen ved Søbstad kan også til dels beskrives som halvfabrikat og må derfor ferdigstilles ved Leistad, slik at den blir materialisert og kommer til nytte. Oversetterne må konkretisere ideen bl.a. ved å stille spørsmål og forsøke å besvare spørsmål det ikke finnes opplagte svar på. Hva skal vi med ideen – hvilke nye rutiner og prosedyrer kreves for å innføre konseptet? Hvilke rutiner må legges vekk? Hvilke enheter og medarbeidere vil få nye ansvarsområder og oppgaver? Disse prosessene tar lang tid og kaller på oversetterens tålmodighet og på vedkommendes tid og

begrepet "etterbehandling". Dette må forstås og inderliggjøres i Trondheim kommune, helse og velferd, så vel som i Psykisk helsevern ved Østmarka sykehus og DPS`ene Nidaros og Tiller. Å inneha kompetanse som språksetter blir derfor en viktig egenskap for translatøren(e) ved Leistad.

Når oversetteren skal implementere "oppskriften" om etterbehandling fra Sjøbstad helsehus, må det vurderes hvilke oversettelsesmoduser og oversettelsesregler som bør velges. Den reproduserende modus (kopiering) kan være hensiktsmessig under tre betingelser. Den første betingelsen gjelder i forhold til hvor vellykket en praksis er i en annen organisasjon som er meget lik ens egen og der man i tillegg har god dokumentasjon på hvordan praksisen virker. Den andre betingelsen er at det finnes oppskrifter, gjerne gitt av eksterne myndigheter, som meget detaljert foreskriver hvordan prosedyrer og/eller praksis skal implementeres og utføres, mens den siste betingelsen gjelder i situasjoner hvor en organisasjon er preget av stor usikkerhet og dermed forholder seg til en vellykket praksis i en annen organisasjon. Slik jeg har påpekt tidligere er Leistad og Sjøbstad like institusjoner og praksisen ved Sjøbstad er godt dokumentert fra forskning (Garåsen 2008). Oversetteren(e) ved Leistad helsehus bør derfor velge en reproduserende modus.

Gjennom de to siste dydene – tålmodighet og styrke – fokuseres det eksplisitt på mulighetene for å oppnå effekter i en organisasjon som følge av at man oversetter og implementerer en ny idè. Hva er med andre ord betingelsene for at det som overføres og oversettes, skal nedfelles i praksisplanet og få noen virkninger der? Røvik (2007) sier at dette knyttes bl.a. til en sentral problemstilling i klassisk translasjonsteori om virkningene av en oversatt tekst. Dels kan man identifisere en *passiv posisjon* som vektlegger at oversetterens rolle bør være begrenset til å gjøre det ukjente kjent og dermed tilgjengelig for de som på grunn av språkbarrierer ikke kan tilegne seg originalen (Schult Ulriksen 1991). Men det finnes også posisjoner som er kjennetegnet av en mer *aktiv* holdning der det legges vekt på at oversettelsen helst bør bevege og skape ringvirkninger på mottakersiden, jmf "skoposteorien" (Vermeer 1978), (se avsnitt 2.3.7). Når det gjelder oversettelse av organisasjonsideer, er det opplagt at hensikten som regel er "to translate into practice", altså at ideene skal materialiseres og skal skape noen tilsiktede effekter i organisasjoner som tar dem i bruk (Røvik 2007). I den grad det ikke skjer – når ideene bare avstedkommer prat og ingen substansielle endringer av praksis - blir det vanligvis oppfattet som tegn på en mislykket idèoverføring og reform (Brunsson 2006). Men her kan nettopp *tålmodighet* som translatørdyd være en forutsetning for at en idè som først melder seg som prat i en organisasjon, over tid kan komme til å nedfelle seg substansielt i rutiner og praksiser.

peker på to typer kompetanse, hvor den første er *dekontekstualiseringskompetanse*. Det er evnen til å identifisere godt fungerende praksiser i andre organisasjoner og til å lage muntlige /skriftlige fremstillinger som fanger inn og gir en dekkende beskrivelse av den praksis / de praksiser man ønsker å overføre og oversette. Når oversetteren(e) ved Leistad skal ta i bruk "oppskriften" ved Sjøbstad helsehus (tidligere sykehjem) må denne operasjonaliseres og beskrives med nye rutiner for alle aktørene ved Leistad (for eksempel ansatte, samarbeidsparter, pasienter). En fagansatt i PH sier det slik: *"Må gjøre tilbudet kjent- tar tid for at alle skal bli kjent med tilbudet – kommer nye turnusleger, og leger som må bli kjent med tilbudet – miljøpersonalet begynner å kjenne til tilbudet"*. Dette utsagnet tydeliggjør behovet for å skriftliggjøre rutinene, slik at disse blir forståelig for samarbeidsparter. Dekontekstualiseringskompetanse består også i å skaffe seg innsikt om praksisens kompleksitet, innvevdhet og eksplisitet. Dette handler om i hvor stor grad oppskriften fra Sjøbstad er oversettbar. Praksisen ved Sjøbstad har samme "ramme" som for den "rammen" den skal inn i ved Leistad. Ideen er den samme for de to kontekstene, dvs. den skal anvendes for etterbehandling og slik sett er dens kompleksitet lik. Praksisen er samtidig avgrenset til en avdeling ved Sjøbstad helsehus og noen avdelinger ved St. Olavs Hospital. Da praksisen har vært etablert i flere år og forsket på, er den nedfelt i prosedyrer og retningslinjer og dermed er den i høyeste grad eksplisitt. Oversetteren trenger derfor ikke å bruke mer tid på å vurdere om praksisen fra Sjøbstad er oversettbar.

Den andre kompetansen det pekes på er *rekontekstualiseringskompetanse* som handler om å frembringe mer sikker kunnskap om hvorvidt, hvor og hvordan den generelle oppskriften de facto er blitt praktisert i andre organisasjoner. Denne kompetansen er etter min vurdering heller ikke aktuell å inneha, da Trondheim kommune har god kunnskap om praksisen eller oppskriften ved Sjøbstad.

Røvik (2007) mener at den kunnskapsrike oversetteren også må ha sorteringskompetanse og konfigurasjonskompetanse. For oversetteren(e) ved Leistad mener jeg at det ikke er nødvendig å legge vekt på denne type kompetanse, da ledelsen både i St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er enig om å prøve ut ny modell, basert på erfaringer fra Sjøbstad. Når det gjelder konfigurasjonskompetanse, så er heller ikke denne av betydning, da Leistad helsehus er en ny organisasjonsenhet og har derfor ingen erfaringer fra andre ideer og oppskrifter som er forsøkt tatt inn i organisasjonen (Røvik 1998).

Når Røvik beskriver den modige og kreative oversetter er det relatert til egenskap som *språksetter*, dvs. en som må sørge for å bringe praksiser og ideer på begreps form. Da etterbehandling av innlagte psykiatriske pasienter i kommunalt helsehus ikke er prøvd ut tidligere i Norge, er det vesentlig at translatøren(e) definerer og beskriver hva som legges i

Røvik (2007) peker også på faren ved mangelfullt oversettelsesarbeid – i betydningen svak kontekstualisering, fordi oversetteren kan anvende uhensiktsmessige oversettelsesmodus og dermed uheldige oversettelsesregler.

Når jeg viser til ideen om et prosjekt "etterbehandling" av psykiatriske pasienter i kommunalt helsehus, er det på bakgrunn av funn fra forskningsspørsmål 1, og resultat fra tidligere prosjekt om etterbehandling av somatiske pasienter i Sjøbstad sykehjem (Garåsen 2008). Selv om "organisasjonsoppskriften" ved Sjøbstad sykehjem har gitt gode resultater, er jeg bevisst på at denne oppskriften ikke automatisk kan kopieres til Leistad helsehus, da denne er tilpasset en type virksomhet og en pasientgruppe. Oppskriften fra Sjøbstad må derfor omformuleres og operasjonaliseres inn i en annen kontekst, da heller ikke denne oppskriften er tilpasset den universelle identiteten som en "organisasjon". Røvik (2007) bruker følgende metafor om det å implementere en ny organisasjonsidè eller praksis; de er som "halvfabrikater" som nødvendigvis må "pakkes ut" og "ferdigstilles" lokalt. Denne metaforen forsterker betydningen av å ha en oversetter(e) ved Leistad som bør inneha "god" translatørkompetanse.

Røvik (2007) peker på hva innholdet i begrepet "god" translatørkompetanse bør være ved hjelp av fire dyder for den dugende oversetteren; den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, den modige og kreative translatøren, den tålmodige translatøren og den sterke translatøren. Ved hjelp av beskrivelsen om disse fire dydene, vil jeg analysere uttalelser fra informantene og peke på hvordan translatøren(e) ved Leistad bør kombinere kunnskap, mot, tålmodighet og styrke.

Den kunnskapsrike og flerkontekstuelle oversetteren av organisasjonsideer er en som må ha inngående kjennskap til det som skal overføres og oversettes, samt om så vel konteksten(e) det skal oversettes fra som til. I tillegg må oversetteren besitte kunnskap om oversettelsesprosesser, dvs. ha innsikt i hvordan man best kan gå frem når man henter ut "noe" fra en kontekst, samt hvordan man introduserer og materialiserer det i en annen kontekst. Oversetteren må besitte og dermed kan kombinere kunnskap både om "avgivende" og "mottakende" kontekst. For oversettelser av tekster mellom ulike språk er det å kunne *begge* språk et selvfølgelig kyndighetskrav til oversetteren. Nettopp det at det mangler kunnskap om kontekstene det skal formidles mellom, er en beskyldning som hyppig rettes mot de internasjonale konsulentselskapene som jo ofte er tungt involvert i kunnskapsoverføringsprosesser mellom svært mange og ulike organisasjoner. Oversetteren må derfor ha kunnskap om organisasjonskontekstene de oversettes fra og til. Røvik (2007)

Empiri fra forskningsspørsmål 2 er i hovedsak analysert i lys av translasjonsteori med fokus på dekontekstualisering. Mine funn viser årsaker til at ansatte i psykisk helsevern bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, dvs. døgntjenester i tilrettelagte boliger. Empiri fra forskningsspørsmål 3 er i hovedsak analysert ved å anvende translasjonsteori, men nå med fokus på kontekstualisering. Mine funn peker på årsaker til at kommuneansatte kopierer bestillingen. For å analysere empiri fra forskningsspørsmål 4, vil jeg også anvende translasjonsteori, men nå med fokus på både kontekstualiserings- og dekontekstualiseringsprosessene og vekt på oversetteren, dvs. translatøren. Hva er det som kjennetegner en "god oversetter" eller translatør. Hvilke egenskaper bør oversetteren(e) ved Leistad helsehus inneha for å lykkes med det nye prosjektet "etterbehandling" i kommunalt helsehus?

Røvik (2007) hevder at det for oversettelse og overføring av organisasjonsideer – omtrent som for oversettelse av litterære tekster – finnes så vel gode som dårlige oversettere og oversettelser. Han hevder at organisasjoners translatørkompetanse er en meget viktig ressurs for å lykkes med kunnskaps- og idéoverføring og tydeliggjør hva som må inngå i begrepet "god translatørkompetanse".

Analysen av empiri fra forskningsspørsmål 2, viser at ansatte i psykisk helsevern ikke i tilstrekkelig grad lager en god "oversettelse" eller en beskrivelse av deres vurdering av omsorgsbehov ovenfor kommuneansatte. Dette er et eksempel på at "dårlig" oversettelsesarbeid handler om mangler ved måten en gjennomfører dekontekstualiseringsprosessen på. I tillegg har jeg pekt på praksisens oversettbarhet, dvs. at rutiner for definering av omsorgsbehov inne i sykehus-/DPS er lite kompleks, lite innvevd og tydelig eksplisitt, slik at den er oversettbar og dermed blir kopiert. I og med at oversetteren, dvs. kommuneansatte som deltar i "brukermøtet" kommer utenfra, øker generelt sannsynligheten for at man ikke får med seg alle relevante forhold med innvirkning på måten praksisen har fungert på i sykehus-/DPS, og dermed i utgangspunktet ikke har innsidbasert kjennskap til organisasjonen der praksisen utføres. Funn fra forskningsspørsmål 3 viser at kommuneansatte gjør en "dårlig" oversettelse av bestilling av omsorgstjenester fra sykehusansatte, da denne kopieres. Slik sett handler dette også om mangler ved implementeringen, da det kan synes som om kommuneansatte ikke i tilstrekkelig grad er seg bevisst at omsorgsbestillingene (ideer) vanligvis *må* oversettes til konkrete, kommunale standarder i Trondheim kommune.

Ved å flytte ansvaret for å vurdere omsorgsbehov til kommunalt helsehus, vil oversetteren, dvs. fagansatte i kommunen ha kunnskap både om å vurdere omsorgsbehov (kildespråket) og vurdere hvilke omsorgstjenester som kan tilpasses omsorgsbehovene (målspråket).

”Jeg tenker jo sånn at viss du har en pasient på langtidsopphold med schizofreni så vil det ofte være sånn at en viss prosent av oppholdet vil være utskrivingsprosess og den vil ofte vare en måned eller kanskje 6 uker, men viss vi nå tenker utskrivning så tar det tid, pasienten skal ha permisjon og gradvis ta steget mot hjemmet, vi kan godt flytte denne prosessen på Leistad og at de tar denne – det synes jeg har vært et utmerket tilbud. Jeg har sansen for Leistad – en må kjøre utskrivingsprosessen der. Jeg synes konseptet er godt – får gjort en god vurdering av dem som kjenner det kommunale systemet. Jeg har sans for dette.”

En fagperson fra PH uttrykker seg slik:

”Jeg tenker sånn at når pasienten kommer til oss (PH) så tar vi tak i det syke, mens når pasienten kommer til Leistad så tas det tak i det ”friske”- det er virkelig ressursen – det er kjempebra! Men så er det kronikere som må vente, de som ikke har bolig, da blir det for kort tid med 4 uker.”

Leder fra TK uttrykker skepsis til Leistad ved følgende utsagn:

”Tror ikke på at pasientene som er overført til Leistad er så dårlig at de hadde blitt vurdert fra sykehuset til botiltak med heldøgns tjeneste. Lage en filial på Leistad som betyr at pasientene kan ha lengre opphold på Leistad utover 4 uker, 2-3 måneder i påvente av ny bolig – (botiltak). Blir Leistad et nytt ledd i samhandlingen? Fra sykehus til DPS til kommunen. De som ligger på DPS og venter i mange måneder på utskrivning – mangler bolig. De må ha mye lengre opphold enn 4 uker på Leistad. Må vente på Leistad mens de får bolig.”

På spørsmål om hva som må gjøres for å lykkes med kommunalt helsehus svarer fagperson PH slik:

”Må gjøre tilbudet kjent - tar tid for at alle skal bli kjent med tilbudet – kommer nye turnusleger, og leger som må bli kjent med tilbudet – miljøpersonalet begynner å kjenne til tilbudet. Behandlingsmøte om pasienter i psykisk helsevern med psykologer, leger og miljøpersonell. Vise til at det går bra med pasienter som er blitt overført – fortelle historiene til oss(PH). Dess lenger pasienten blir gående i sykehus – dess verre blir det for kommunen etterpå, på grunn av institusjonalisering.”

Leder i TK sier det slik:

”Ved overføring til Leistad benyttes kriteriene - ingen diskusjon mellom ansatte i Psykisk helsevern og Trondheim kommune om hvilke kommunale tjenester som pasienten skal ha etter overføring til Leistad”. Og fortsetter: ”Sykehuset kan skrive ut pasientene og at pas blir godt ivaretatt, trekke med utførerenhetene, informere om tilbudet.”

kompetanse. Bestilling av omsorgstjenester er detaljert og er dermed i mindre grad omformbar. Da organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd har like organisatoriske kontekster, er det stor sannsynlighet for at kommuneansatte vil kopiere bestillinger.

5.5 Forskningsspørsmål 4.

Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?

Bakgrunn for spørsmålet

Alle respondenter har kjennskap til nytt felles prosjekt om; etterbehandling i kommunalt helsehus. (jfr kapittel 4.5). Jeg ønsker å få tak i respondentenes meninger om hvilke faktorer som må være til stede for at partene skal oppleve kommunalt helsehus som ny arena for kunnskapsutvikling.

Analyse

Fra intervjuene av ledere og fagansatte ble det stilt flere spørsmål. På spørsmål om etterbehandling i kommunalt helsehus kan være en felles arena for samhandling, svarer leder PH slik:

”Vi må bare fortsett å utvikle det vi er god på i relasjonen, men samtidig så må vi i spesialisthelsetjenesten bli bedre på det som vi skal være best på, også må vi tenk på at noen andre er best på relasjon faktisk, og best på kommunale tjenester, så skal vi overlate til kommunen å være best på kommunale tjenester, og så skal vi få det her til å gå sammen innenfor et pasientforløp. Dette er jo spennende i forhold til det som kommer i samhandlingsreformen.”

En annen leder PH uttrykker seg slik:

”Det er ikke alle pasientene som vil ha nytte av Leistad – mange kan heller få trening i eget hjem. Mange er sårbare og bør ikke overføres til en enda ekstra overgang for eksempel schizofrene. Skal primært være der for å vurdere primærbehov. Hva vil forskjellen være om at ansatte kom til oss (Psykisk helsevern) for ikke å snakke med personalet, men observere og snakke med pasienten?”

En annen leder PH svarer slik:

være. Desto mer detaljerte prosedyrene er, desto mer innskrenkes frihetsgradene man har til å omforme når oppskriften skal implementeres i en ny organisasjon (Røvik 2007: 310).

Røvik (2007) peker på trekk ved relasjonen mellom den konteksten / de kontekstene det oversettes fra og til. Generelt gjelder det at jo mer lik de organisatoriske kontekster som det oversettes fra og til, desto større sannsynlighet for at oversetterne vil kopiere, og videre, desto større er sjansen for å lykkes med forsøket. De to samhandlende organisasjonene har flere likhetstrekk ved at de er offentlige organisasjoner og utfører helsetjenester innenfor felles fagområdet. Slik sett er det store likheter ved relasjonen mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd.

Røvik understreker betydningen av å identifisere hva oversatte ideer kan "gjøre" med de organisasjoner der de forsøkes adoptert – hvilke virkninger har dette medført i mottakende organisasjoner. I litteraturteori understrekes at den viktigste hensikten med oversettelser er intet mindre – men heller ikke mer – enn å gjøre den fremmede teksten kjent og tilgjengelig på et annet språk. Skoposteorien (Vermeer 1978, Reiss og Vermeer 1984) hevder at den bærende idè er at oversetteren først og fremst skal være forpliktet til å oppnå noen virkninger av sin oversettelse hos de som hører til det kultur- og språkområdet det oversettes til. Det innebærer at det må gjøres oversettelser som tar høyde for at de skal fungere når de er satt inn i en annen språklig og kulturell kontekst. Hensikten med en oversettelse er nemlig slett ikke alltid å gjengi og gjenskape.

Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at kommunens ansatte kopierer bestillingen fra sykehusansatte. Kommuneansatte som "oversettere" anvender derfor ikke "skoposteori" ved at oversettelser må ta høyde for at de skal fungere i en annen kontekst. Når bestillingen formuleres som et behov for tilrettelagt bolig med døgntjeneste og denne kopieres, blir pasientene værende i spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon

Fagpersonene i TK benytter ikke den tildelte makten til å vurdere omsorgsbehovene, men kopierer bestillingen fra spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av deres posisjonsmakt. Da avtalen forplikter partene til samarbeid, kan synes som om kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon.

Når kommuneansatte, langt på vei, kopierer bestillinger fra sykehusansatte om omsorgstjenester, kan dette forklares med at pasientdata er lett å kopiere. Dette begrunnes med at pasientdata er eksplisitt, brukermøtet er lite innvevd i en utenomorganisatorisk kontekst og brukermøtet består av få personer som kan erstattes av kollega med tilsvarende

”Psykiatrien definerer et behov for en viss standard på tjenestene, og da er det ofte det der med tilsyn og overvåking, døgkontinuerlig tilsyn”.

Slik sett har kommuneansatte ingen problemer med å tolke bestillingen, da omsorgsbehov er kodifisert, språksatt og tydelig kommunisert og dermed *eksplisitt*. Det andre kriteriet som Røvik (2007) trekker inn er ”innvevdhet”. Brukermøter om utskrivingsklare pasienter skal foregå inne i sykehus-/DPS. Brukermøtet er avgrenset til en konkret handling, nemlig, å vurdere om pasienten er utskrivingsklar og definere omsorgstjenester ved utskriving. Selv om tema ”utskrivingsklare” pasienter er forankret både på administrativt nivå og i flere organisatoriske enheter (for eksempel kommunale utførerenheter), er handlingen i selve brukermøtet avgrenset og utskillbar. Personene som deltar i brukermøtet er tildelt fullmakt til å fatte beslutninger. Deltakerne i møtet er ikke avhengig av andre organisatoriske kontekster for å ta beslutninger. Slik sett er oppgaven avgrenset og i mindre *grad innvevd*. Det tredje kriteriet som Røvik peker på er ”kompleksitet”. Det er relativt få personer som er til stede i brukermøtet, vanligvis 1-2 kommuneansatte, 3-5 behandlingsansvarlige fra psykisk helsevern og pasienten (ikke alltid). Formidling av pasientdata foregår både muntlig og skriftlig ved hjelp av enkel teknologi. Det er ikke oppnevnt faste medlemmer som skal representere partene i brukermøtet. Representantene skiftes ut for hver ny pasient. Det er pasientens behandlingsansvarlige i psykisk helsevern som skal være representert i brukermøtet sammen med ansatte i helse og velferdskontor (pasientens boligadresse avgjør hvilke helse og velferdskontor som er representert). Da brukermøtet drives med enkel teknologi og med få aktører som kan erstatte hverandres kompetanse, mener jeg at brukermøtets innhold kan defineres til å være *mindre kompleks*.

Røvik (2007) peker på at sannsynligheten for at oversettelse og overføring vil skje som kopiering, henger også sammen med hvor *omformbart* det som skal oversettes er. *Påstanden er at jo mindre omformbar, desto større sannsynlighet for at oversettelsen vil kunne forløpe som kopiering*. Når sykehusansatte bestiller spesifikke omsorgstjenester, er dette forstått ut fra pasientens psykiske helsetilstand og den konteksten pasienten befinner seg i. En leder i TK uttrykte seg slik:

”Definisjonsmakta ligger i sykehuset. Det du trener på blir du god på – bor du i institusjon blir du god til å innordne deg i institusjonen, og da blir det enkelt å mene at pas trenger institusjon”.

Når sykehusansatte uttrykker sammenhengen mellom nivået på omsorgstjenester og hvilken betydning dette får for pasientens psykiske tilstand med fare for reinnleggelse, har dette en karakter av en prosedyre som i detalj foreskriver hvordan en omsorgstjeneste (praksis) skal

den modifierende modus ("addering" og "fratrekking") og den radikale modus ("omvandling"). Da respondentene i all hovedsak mener at fagansatte i psykisk helsevern legger føringer med sine "bestillinger" på spesifikke omsorgstjenester og at kommuneansatte stadfester bestillingen, vil jeg analysere overføringsprosessen ved å anvende den reproduserende modus for om mulig å forklare hvorfor kommuneansatte kopierer bestillingen.

Begrepet "kopiering" brukes ofte synonymt med begreper som "reproduksjon" og "duplisering". Røvik (2007) definerer "kopiering" til å hente ut en praksis fra en kontekst, gi den en idèmessig representasjon, og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst på en slik måte at praksisen gjenskapes, dvs. den blir utført i den nye konteksten med ingen eller få endringer. Empiri viser at kommuneansatte i hovedsak gjennomfører en tilnærmet kopiering av omsorgstjenestene det gis råd om. Kopiering som oversettelsesregel knytter an til en meget tung tradisjon i klassisk translasjonsteori, "literal translation", dvs. oversettelse ord for ord, setning for setning. Hvilke forhold påvirker sannsynligheten for at kopiering blir anvendt, og hvilke forhold påvirker sannsynligheten for å lykkes med forsøk på kopiering? Teoriutvikling på dette området betrakter to faktorer som antas å ha betydning; trekk ved det som søkes overført og oversatt og trekk ved relasjonen mellom den konteksten det oversettes fra og til. Sannsynligheten for at kopiering vil bli anvendt, og for at man vil lykkes med det, kan bl.a. henge systematisk sammen med hvor *oversettbart* og hvor *omformbart* det som skal overføres er (Røvik, 2007). I et forsøk på å forstå bakgrunnen for at kommuneansatte, langt på vei, kopierer bestillinger fra sykehusansatte, benyttes klassisk translasjonsteori og forhold som har betydning for at kopiering eller bestillinger adopteres i kommunens omsorgstjenester.

Når det gjelder en praksis` oversettbarhet henger det bl.a. sammen med dens eksplisitet, dens kompleksitet og dens innvevdhet. Resonnementet er at *jo mer eksplisitt* en praksis er, *jo mindre innvevd* den er, og *jo mindre kompleks* den er, desto lettere er det å lage en dekkende representasjon av praksisen, og følgelig er den desto mer oversettbar. På samme måte kan en si at jo lettere det er å lage en god representasjon av praksisen, *desto større er muligheten for å kunne kopiere den*, i betydningen av å gjenscape praksisen i en ny organisatorisk kontekst. En praksis` oversettbarhet er altså en viktig forutsetning for hvorvidt den kan bli kopiert i andre organisasjoner (Røvik, 2007).

Bestilling av spesifikke omsorgstjenester fra sykehusansatte uttrykkes både verbalt og i pasientens journalsystem. En leder i PH sier det slik:

spesialisthelsetjenesten kun er opptatt av bolig og døgntjeneste, mens spesialisthelsetjenesten hevder at kommunens tjenester ikke har tilstrekkelig kontinuitet, dersom det ikke er døgntjenester.

Når partene gir uttrykk for mistillit kan det samtidig indikere manglende legitimitet til partenes vurderinger av omsorgstjenester. Sykehusansatte påvirkes av pasientenes normer og verdier og de vil derfor tilstrebe at pasientene sikres optimale omsorgstjenester ut i fra deres normer og verdier. Deres forventninger om spesifikke omsorgstjenester blir innfridd, da kommuneansatte kopierer bestillingen. Selv om kommunens ansatte fatter forvaltningsvedtak i tråd med bestillingen, blir pasientene værende i sykehus-/DPS i påvente av ny bolig. Slik sett har sykehusansatte legitimitet til kommunens ansatte som fatter vedtak, men ikke til "Trondheim kommune", da kommunen ikke sørger for tilgjengelige tilrettelagte boliger med døgntjenester. Kommuneansatte uttrykker manglende legitimitet til sykehusansattes vurderinger, da de mener at sykehusansatte ikke vurderer pasientens omsorgsevner, men bestiller spesifikke tjenester.

Utsagn fra respondentene tyder på at brukermøtene ikke inneholder vesentlige elementer av faglige diskusjoner eller vurderinger av pasientens omsorgsevner. Brukermøtet som kommunikasjonskanal må her forstås som *kommunikasjon* i betydningen av å underrette eller overføring av informasjon. Kommunikasjonsprosessen foregår heller som en enveisprosess enn en toveisprosess med tilbakemeldinger og gjensidige tolkninger i et samspill. Brukermøtet benyttes som overføring av spesifikke bestillinger fremfor å drøfte pasientens omsorgsevner med sikte på å skreddersy alternative omsorgstiltak.

For å forstå sammenhengen i hvordan brukerdata formidles fra sykehusansatte til kommuneansatte, anvendes spesifikke oversettelses- og omformingsregler som Røvik (2007) viser til i kontekstualiseringsfasen, om hvordan innholdet i ideene (brukerdata) påvirkes, når en prøver å overføre disse mellom ulike organisatoriske kontekster. I denne analytiske retningen blir oversetteren svært sentral. I min problemstilling vil denne teorien knyttes til å identifisere hvordan kommunens ansatte oversetter brukerdata om omsorgsbehov til forvaltningsvedtak om kommunale tjenester. Det er regler som fokuserer på i hvilken grad det som overføres, kan bli omformet i spennet mellom kopiering og total omvandling. Basert bl.a. på innsikter fra klassisk translasjonsteori, særlig Vinay og Darbelnet (1958), Nida (1964) og Barhhudarov (1975), kan man analytisk skille mellom fire grunnleggende oversettelsesregler, og som hver representerer ulike grader av omforming av det som søkes overført, nemlig a) kopiering, b) addering, c) fratrekking og d) omvandling. Røvik (2007) beskriver reglene under tre omformingsmoduser; den reproduserende modus ("kopiering"),

bolig – det handler om hvor god trening vi har som saksbehandlere og jeg kan stoppe det der med bolig for jeg vil kjenne brukeren først før jeg begynner å tenke på tiltaket. Vi er jo trent og har lang erfaring, men jeg vil tro at det er andre som hopper fortere når det bestilles bolig”.

På spørsmål om hva som skjer, dersom forventningene ikke imøtekommes, sier fagperson TK følgende:

”Det kan bli dårlig stemning dersom vi ikke kan møte deres forventning. Psykiatrien kan ha helt urealistiske forventninger til bolig og tjenester, til tross for at vi har informert mye om dette i tidligere samarbeidsmøter med alle avdelingene i psykisk helsevern. Det er veldig skuffende. Vi er jo avhengig av den samtalen da, en dialog for å finne ut av det – jeg kjører ikke et bombastisk løp for å stoppe hva de måtte si for noen ting”.

Avtalen mellom partene er basert på felles interesser, da de mener at de kan oppnå mer i fellesskap enn hver for seg. For å nå sine mål trenger partene makt. Bolman og Deal (2007) viser til ulike perspektiv på makt, hvor strukturteoretikere fremhever autoritet – den lovlige, formelle retten til å ta beslutninger som er bindende for andre. Ledere tar rasjonelle beslutninger, mens human resource-teoretikere legger liten vekt på makt, selv om de ofte går sterkt inn for tanken om myndiggjøring. Fordeling av makt og oppgaver mellom partene er formelt definert gjennom helselovgivningen. Det er Trondheim kommunes helse og velferdskontor som er tildelt myndighet og oppgaven med å vurdere omsorgsbehov og fatte enkeltvedtak om kommunale tjenester, mens behandlingsansvarlige i sykehus er tildelt myndighet til å bestemme varigheten på behandlingen. Selv om kommuneansatte er tildelt den formelle retten til å ta beslutninger om omsorgstjenester, opplever de at ”definisjonsmakta” ligger i sykehuset. Uttalelser fra fagansatte i TK viser at de lar være å benytte den myndigheten som de er tildelt. Dette kan forklares ut i fra både posisjonsmakt og den faglige ekspertisen som er i sykehus-/DPS, jmf analysen fra forskningsspørsmål 2. Fagpersoner fra TK sier at sykehusansatte ofte bestiller bolig og døgntjeneste før de har drøftet pasientenes omsorgsbehov. Empiri viser at kommuneansatte oftest kopierer bestillingen.

Busch (2007) viser til ulike forhandlingsstrategier og peker på at samarbeidsstrategi blir brukt dersom det er viktig å ta vare på relasjonene og å oppnå et godt resultat for egen del. Da partene har forpliktet seg gjennom avtale er det viktig å ta vare på relasjonene og det kan være årsaken til at kommuneansatte ikke benytter den tildelte makten til å fatte andre vedtak enn det som bestilles. Forhandlingssituasjonen har derimot ikke preg av åpenhet, respekt og tillit, da partene uttrykker gjensidig mistillit. Kommuneansatte mener at

kodifisert og språksatt, men består av taus kunnskap. Sykehus-/DPS- ansatte arbeider i en kompleks organisasjon, hvor det er uklart hva som er årsak-virknings-relasjonen i forhold til innleggelser. Sykehusansatte bestiller omsorgstjenester som har preg av sykehustjenester, dvs. døgtjenester i institusjonslignende boliger (botiltak). Motivet for slike bestillinger er intendert og kan relateres til en bevisst og rasjonell handling.

5.4 Forskningsspørsmål 3

På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse i en kommunal kontekst?

Bakgrunn for spørsmålet

I brukermøtet skal partene utveksle informasjon om pasientens psykiske tilstand og funksjonsevner. På bakgrunn av sykehusansattes observasjoner av pasientenes funksjonsevner inne i sykehus-/DPS, skal kommuneansatte omsette observasjonene i form av konkrete forvaltningsvedtak om helse og omsorgstjenester. Disse kommunale tjenestene skal pasienten ha tilgang til umiddelbart etter utskriving. For å få utdypende svar på spørsmålet vil jeg først undersøke hvilke forventninger partene har og hvordan kommunikasjonsprosessen foregår. Dette kan gi meg kunnskap om forhold ved legitimitet.

Analyse

Jeg vil først anvende institusjonell teori og perspektiv på makt og forhandlingsstrategier for å analysere hvordan partene opplever dialogen i brukermøtet og i hvor stor grad kommuneansatte kvalitetssikrer bestillingen på omsorgstjenester. Deretter vil jeg anvende translasjonsteori med vekt på kontekstualisering for å analysere om brukermøtet har preg av kunnskapsutveksling om brukerbehov.

På spørsmål om partenes forventninger i brukermøtet, mener fagansatte i kommunen at ansatte i psykisk helsevern har urealistiske forventninger til omfanget av omsorgstjenester som må være på plass ved utskriving. Fagperson TK uttrykker seg slik:

”... og så er det psykiatriens forventninger til hva kommunen kan stille opp med, hvis kommunen bare hadde hatt en bolig som bare var sånn og at personalet var sånn, og naboene var sånn, og boligen lå der, i det hele tatt, og det stemmer jo ikke overens med det kommunen har, så de kan være utskrivingsklar med deres forståelse av ordet, dersom kommunen har et optimalt tilbud som vi ikke har, kanskje. Psykiatrien starter samtalen med

For å forsøke å forstå motivene som ligger bak ”bestillingen” av omsorgstjenester fra fagansatte i psykisk helsevern viser Røvik (2007) til hvorfor organisasjonsideer oversettes og dermed omformes når de forsøkes overført mellom organisatoriske kontekster. Røvik skiller mellom intendert og uintentert oversettelse. Jeg vil anvende intenderte motiv for oversettelse i min analyse.

Uttalelser fra både ledere og ansatte i psykisk helsevern tyder på at motivet knyttes til rasjonelle handlinger. Når pasientene blir værende lenge i sykehus-/DPS vil det utvikles en tett relasjon til ansatte, slik en respondent uttalte. De ansatte ønsker det beste for pasienten, ”*det er rasjonelt å bestille tjenester, når en selv ikke skal betale for den*”, slik en av lederne i psykisk helsevern uttalte. I brukermøtet foregår forhandlinger mellom partene om utskrivning av pasienter. Dersom det kommunale tilbudet som pasienten er vurdert til å ha ikke er tilgjengelig, blir pasienten værende innlagt. Psykisk helsevern har press fra politikere om å utnytte ressursene optimalt. Det er press fra omgivelsene, samarbeidsparter og pasienter om rask responstid på behandling. Det hender derfor at det gjøres nye vurderinger av pasientenes omsorgsbehov, slik en fagansatt i kommunen uttrykte seg:

”Det er jo snedig da folk som venter i psykiatrien på botiltak, som er vurdert til å ha hel døgns, så begynner ansatte å ringe og lure på om det er ledig ordinær kommunal bolig og da trenger de plutselig ikke hel døgns.”

Konklusjon

Analysen viser at sykehus-/DPS- ansattes vurderinger av omsorgsbehov og bestilling av omsorgstjenester kan forklares ut fra institusjonell teori ved både den normative og kognitive forståelsesrammen. Sykehusansattes emosjonelle egenskaper påvirkes av pasientenes normer og verdier og som fører til at de ønsker å tilfredsstille pasientens totale behov. Deres handlinger kommer av den grunn i utakt med den normative rasjonaliteten som kommer til uttrykk i samarbeidsavtalen, da sykehusansatte ofte *bestiller* omsorgstjenester i stedet for å formidle observasjoner om funksjonsevner. Den kognitive rammen kan forstås ved at spesialisthelsetjenester betraktes som eksperter innenfor sykehus tjenester og har høy faglig legitimitet i kommunehelsetjenesten. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømme om at de er eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester. Dette kan også forklares ved at enkelte innenfor spesialisthelsetjenesten har posisjonsmakt og kilde til makt i kraft av å inneha faglig ekspertise.

I lys av translasjonsteori med fokus på dekontekstualisering har jeg pekt på oversettbarheten av pasientobservasjonene som gjøres av sykehusansatte. Dennes eksplisitet er i liten grad

seg god innsikt i en kompleks praksis, kan det likevel være vanskelig å beskrive – enn si gjenskape - komplekse samvirkninger mellom ulike faktorer andre steder. Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at det er stor forskjell på omfanget av kommunale tjenester *før* og *etter* sykehusinnleggelse. For lite kommunale tjenester før innleggelse kan tolkes som en mulig årsak til at pasienten ble innlagt og derfor "bestilles" økt omfang av omsorgstjenester for om mulig å minimalisere sjansen for reinnleggelse.

Røvik (2007) viser til oversettelsesregler for dekontekstualisering, dvs. regler for hvordan praksiser i bestemte kontekster får idèmessige representasjoner. For organisasjonsideer som for eksempel litteratur handler oversettelsesregler om oversetterens muligheter og begrensninger. Dels kan en beskrive mulighetene, dvs. de frihetsgradene translatøren har til å omtolke og forme det som skal oversettes, etter eget ønske og skjønn. Translasjon er slik sett ikke bare gjengivelse, men snarere gjendiktning – og kanskje i noen tilfeller nydiktning. Innenfor translasjonsstudier finnes det to posisjoner med motsatte oppfatninger om oversettbarhet. Den ene er den rasjonalistisk-universalistiske posisjonen, som understreker at mange meninger og ideer er universelle og derfor i prinsippet oversettable og overførbare mellom ulike språk og kulturer (Pym og Turk 1998: 273, Rubel og Rosman 2003:6). I organisasjonsteorien finner vi den parallelle tanken i forestillingen om at organisasjoner stort sett er like systemer med universell utbredelse, og følgelig preget av stort sett samme problemtyper og utfordringer. I prinsippet kan derfor ideer om organisering og om ledelse i stor grad oversettes og overføres med slike systemer. Den andre translasjonsteoretiske posisjonen vektlegger det unike ved en kultur og et språk. Den tenkning og idèproduksjon som foregår innen et kultur- og språkområde, oppfattes her som uløselig koblet til det språket det uttrykkes på. Til sammen utgjør tenkning, ideer og språk et unikt meningssystem. Følgelig er det svært vanskelig, ja, bortimot umulig, å oversette tekster fra ett språk til et annet uten at vesentlige deler av meninger og ideer går tapt (Qvale 1991). I organisasjonslitteraturen finner en dette resonnementet igjen i teorier om organisasjoner som unike institusjoner – som har ulike historier, tradisjoner og utfordringer, og følgelig også ofte har erfaringer med ulike løsninger. I tilfeller der denne tenkningen dominerer, kan det bl.a. komme til uttrykk i forestillingen om at det meste av grep og ideer som finnes innenfor bestemte institusjoner, i liten grad er oversettable og overførbart til andre.

Når en av lederne i psykisk helsevern trekker frem at sykehuset er "*preget av en medisinsk modell – og tenkning for hvordan problemet skal løses*" er det uttrykk for at sykehuset er en unik institusjon med erfaringer i å løse problemer, problemer som er knyttet til behandling av psykiske lidelser.

(2007) anvender begrepet dekontekstualisering på tilfeller der en praksis identifiseres i bestemte organisasjoner, og forsøkes tatt ut av denne sammenhengen og omformet, ofte (men slett ikke alltid) med det formål å bli overført til andre organisasjoner. For å forstå noe av årsaken til at psykisk helsevern gir de rådene som gis om omsorgsbehov, er det viktig å vurdere hvilken kontekst de befinner seg i og hvordan de kan overføre sine observasjoner av pasientenes antatte omsorgsbehov. Spørsmålet blir derfor om denne praksisen eller observasjonene lar seg overføre og omsettes. Røvik (2007) viser til klassisk translasjonsteori som definerer oversettbarhet bl.a. slik:

”Translateability (...) is the capacity for some kind of meaning to be transferred from one language to another without undergoing radical change” (Pym og Turk 1998:273)

Det betyr at oversettbarhet i tilknytning til dekontekstualisering defineres som *muligheter og begrensninger knyttet til det å kunne transformere en praksis til en idèmessig representasjon uten at vesentlige elementer ved praksisen blir utelatt*. En praksis` oversettbarhet dels avhenger av trekk ved praksisen og dels av trekk ved organisasjonen den er lokalisert i (vertsorganisasjonen). Det er primært tre trekk ved en praksis som må antas å virke inn på dens oversettbarhet, nemlig dens *eksplisitet, kompleksitet og innvevdhet*. Jeg vil anvende de to første i min analyse av organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd.

Med ”eksplisitet” menes i hvilken grad praksisen er kodifisert og språkliggjort og dermed synliggjort og kommuniserbar. Sett fra et translasjonsteoretisk perspektiv er en vesentlig forutsetning for å kunne oversette fra ett språk til et annet at det i det hele tatt *finnes* et språk å oversette fra. I tilfeller med lite eksplisitt praksis, altså taus kunnskap, finnes ikke ”kildespråket” i utgangspunktet. Oversetterens oppgave blir da vanskeliggjort, nettopp fordi man først må *sørge* for å *språksette* praksisen, altså gjøre den uttalt og kommuniserbar. I samarbeidsavtalen er det ikke krav om at sykehusansatte skal kartlegge eller registrere pasientenes ferdigheter i dagliglivets gjøremål, som ”å kle på seg”, ”tilberede mat” og lignende. Dermed foreligger ingen dokumentert kunnskap om registrerte omsorgsbehov, men heller en skjønnsmessig vurdering, basert på observasjoner (taus kunnskap).

Med ”kompleksitet” menes om hvor klar eller uklar årsak-virknings-relasjonene er bak en suksess som man ønsker å modellere og imitere (Lippman og Rumelt 1982) og forholdet mellom teknologi og menneskelige ressurser som er involvert i utførelsen av praksisen (Lillrank 1995). Røvik (2007) mener at det er vanskelig for oversetteren – den som skal dekontekstualisere – å få oversikt over en kompleks praksis. Selv om oversetteren skaffer

eksperter, kan de også påta seg rollen som ekspert i å definere omsorgstjenester, slik en fagansatt i PH uttrykte seg (se sitat ovenfor).

Bolman og Deal (2007) beskriver ulike kilder til makt. Når spesialisthelsetjenesten omtaler seg som eksperter vil de også kunne bli oppfattet av kommunes ansatte til å ha makt. Overleger, psykiatere og psykologer har posisjoner i sykehus-/DPS som automatisk gir formell autoritet og dermed *posisjonsmakt*. Siden formell autoritet er en asymmetrisk kilde til påvirkning, er den ofte til hinder for samordning av organisasjonens og den enkeltes behov. Dersom ansatte med formell autoritet kan påvirke kommuneansatte, men ikke omvendt, vil forholdet høyst sannsynlig være mest tilfredsstillende for sykehusansatte. De har myndighet til å avgjøre hvilken behandling pasienter skal gis og når denne skal avsluttes. Slik sett vil også nevnte fagpersoner inneha informasjon og er eksperter på fagkunnskapen innenfor psykiske lidelser som skal bidra til å hjelpe pasientene. Ut i fra et slikt perspektiv kan sykehusansattes bestillinger på spesifikke omsorgstjenester forstås. Deres bestilling om videre oppfølging etter sykehusinnleggelse vil derfor veie tungt.

Jeg ønsker samtidig å analysere om konteksten sykehusansatte befinner seg i, kan forklare deres vurderinger ut fra et kunnskapsperspektiv ved å anvende translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering. Når Røvik (2007) beskriver translasjonsteori, gjør han et klart skille mellom dekontekstualisering og kontekstualisering, fordi forholdet mellom dekontekstualisering og kontekstualisering av organisasjonsideer kan et stykke på vei sammenlignes med det å oversette en tekst fra ett språk (kildespråket) til ett eller flere andre (målspråk). Men denne sammenligningen har sine begrensninger. Den typiske språkoversettelsen foregår oftest ved at *en* person – oversetteren – arbeider med både kildespråket og målspråket samtidig, og slik sett oversetter og overfører en tekst i en og samme operasjon. Dekontekstualisering og kontekstualisering av organisasjonsideer, derimot, foregår ofte relativt frikoblet i tid og i rom, og som atskillig mindre koordinerte aktiviteter.

Som en forberedelse til "brukermøtet" skal sykehus-/DPS- ansatte foreta observasjoner av pasientens funksjonsevner. På bakgrunn av disse observasjonene skal kommuneansatte vurdere hvilke omsorgstjenester pasienten trenger ved utskriving. I sykehus- /DPS har mange ulike yrkesgrupper og personer behandlingsansvar for den enkelte pasient. Disse personene innehar nøkkelrollene som oversettere av praksiser til idèmessige representasjoner (dekontekstualisering). Det betyr at deres observasjoner av pasientens psykiske tilstand og antatte behov for omsorg skal formidles til kommunens ansatte. Røvik

”Men så er det jo en annen ting som vi ikke har snakket om, det er jo at pasientene gjør noe med oss å – dem binder seg til oss på en eller annen måte, vi blir knyttet til dem og de kan sette oss litt opp mot kommunen ved å si at vi har det jo så bra her og det er bare du som kan hjelpe meg etc., etc... og da er det viktig at vi ikke går på dette, vi er jo vant til dette i andre sammenhenger. Vi blir forledet av pasienten til å tro at vi er de beste – pasienten spiller på de gamle forestillingene om oss og utfordrer ikke den mer moderne måten å tenke på, for det er også utfordrende for pasienten”.

På spørsmål om hvordan sykehusansatte vurderer omsorgsbehovene svarer en fagansatt i TK slik:

”... det er veldig mye spørsmål fra psykiatriens side om det fins de institusjonsprega boligene eller ikke. Det er ofte det som blir bestillinga til kommunen”.

Utsagn fra fagansatt i TK tyder på at sykehusansatte har utviklet en annen norm enn det som reguleres i avtalen. Retningslinjene viser til at partene skal utveksle informasjon om pasientens funksjonsevner i brukermøter og at denne informasjonen skal danne grunnlag for kommunale vedtak på omsorgstjenester. Når sykehus-/DPS- ansatte kommer med en ”bestilling” av spesifikke omsorgstjenester i stedet for å beskrive pasientens funksjonsevner er dette ikke i samsvar med retningslinjer for samarbeid. Normen er at partene i fellesskap skal vurdere pasientens omsorgsbehov.

Det kan tyde på at sykehusansatte ikke har tilpasset seg en normativ rasjonalitet (March og Olsen 1989). Ut fra denne rasjonaliteten er det fornuftig å utføre handlinger som er i tråd med gjeldende avtale. Den normative rasjonaliteten fører til at visse atferdsmønstre i organisasjonen etter hvert stivner. Selv om normer og verdier i samfunnet endrer seg, kan disse atferdsmønstrene bestå (Busch et al 2007). Dette kan føre til at begge organisasjonene kommer i utakt med sine institusjonelle omgivelser og får redusert den pragmatiske legitimitet, dersom antall utskrivingsklare pasienter ikke reduseres. Organisasjonene vil dermed ikke fremstå som effektive produsenter av helsetjenester, da utskrivingsklare pasienter blokkerer for behandlingsplasser som igjen fører til lengre ventetid på psykiatrisk behandling.

De kognitive pilarene representeres av de kognitive (mentale) modellene som vi har dannet oss om hvordan en organisasjon skal se ut eller oppføre seg. Den bygger på hva vi ”tar for gitt” (Busch et al 2007). For å oppnå legitimitet kan en organisasjon ikke bryte for mye med de dominerende forestillingene som er knyttet til bildet organisasjonen gir av seg selv. Spesialisthelsetjenester betraktes som eksperter innenfor sykehustjenester og har høy faglig legitimitet i befolkningen. Dersom sykehusansatte skal leve opp til omdømme om at de er

diagnose, men så viser det seg at det går da ganske bra – det går bedre - vi beskytter jo pasientene, vi får et eierforhold til dem, vi blir sterkt knytta til dem”.

Alle utsagnene viser at psykisk helsevern formidler eller bestiller kommunale omsorgstjenester og at det kan være en fare for at omsorgsbehovene er overvurdert, da sykehuset ikke skal betale for omsorgstjenestene. Omsorgstjenestene som formidles eller bestilles har sterkt preg av tilbudet som gis ved sykehus-/DPS, nemlig behovet for døgntjenester. Jeg vil først analysere om konteksten som sykehusansatte befinner seg i, kan forklare hvorfor de vurderer, og i noen tilfeller overvurderer omsorgsbehovene ved hjelp av institusjonell teori og perspektiv på makt. Deretter vil jeg analysere konteksten i et kunnskapsperspektiv i lys av translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering.

Utsagn fra respondenter i psykisk helsevern mener at sykehus-/DPS- ansatte kan overvurdere pasientenes omsorgsbehov ved utskrivning. Scott (1995) viser hvordan de regulative, normative og kognitive institusjonelle pilarer påvirker aktørenes atferd. Den regulative pilaren tar opp i seg avtalen mellom partene (jf kapittel 4.2), mens den normative pilaren vektlegger normative regler og verdier. Verdier uttrykker det prioriterte og ønskelige, samt setter standarder som atferd kan bli målt opp imot og bedømt ut fra. Normene spesifiserer hvordan ting burde gjøres samt gjør bestemte måter å nå målene på mer legitime enn andre (Busch et al 2007). En av lederne i PH sier det slik:

”Sykehuset har litt rett i det at mange pasienter trenger en stabil relasjon. Det burde være slik at kommunen hadde denne kontakten og knyttet relasjonen – og hvis våre ansatte føler seg usikker på om kommunen er i stand til å knytte denne relasjonen er det en fare for at våre ansatte ikke slipper pasientene”.

I behandlingsforløpet vil det utvikles en nær relasjon mellom behandlere i sykehus-/DPS og pasienten. Behandlere blir påvirket av pasientens verdier som i neste omgang kan påvirke vurderingsgrunnlaget og normene for samhandling, slik K. B Madsens (1975) beskriver i sin motivasjonsteori. Han viser til at ordet motivasjon må kunne oversettes til beveggrunn, altså årsaker til at de handlinger som utøves og knytter motivasjon til tre egenskapsmengder; motivasjonelle, kognitive og emosjonelle egenskaper (Busch et al 2007). De emosjonelle egenskapene vil påvirke vår atferd og styrer hvordan vi opplever behovstilfredsstillelse. Når sykehusansatte har tendens til å overvurdere pasientens omsorgsbehov kan det være ut fra emosjonelle egenskaper og et ønske om å sikre pasientene gode omsorgstjenester. En leder i PH sier det slik:

”Samarbeidsavtalen sier at vi skal være der innen 5 dager, men det er ikke alltid vi klarer dette, for ofte er det jo sånn at pasienten skal jo være der lenge, slik at du kan gjøre avtale om at du kan komme seinere enn 5 dager, så det har hendt at jeg har ringt tilbake og avtalt møte etter 14 dager, men utgangspunktet er at vi skal være der innen 5 dager og det prøver vi å overholde”.

Informantene mener at avtalen er kjent i begge organisasjoner. Funn i SINTEF Helse`s rapport (2008) om implementering av avtaler (kapittel 1.3) viser at alle helseforetak har avtaler, men at det er viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling. Jeg viser samtidig til kapittel 4.2 som omtaler dagens samhandling ved bruk av samarbeidsavtale.

På spørsmål om hvordan ansatte i psykisk helsevern vurderer kommunale omsorgsbehov og om de kan overvurdere omsorgsbehovet til pasientene etter utskrivning, svarer leder PH slik:

”Sykehuset er preget av en medisinsk modell – og tenkning for hvordan problemet skal løses. Vi har ikke det systemet og ressursene som ligger i at et system rundt pasienten kan aktiviseres. Vi kan reparere denne personen og sende han tilbake, og fordi det var slik før var det sykehuset som hadde dette tilbudet – vi er vant til å ha relasjonen til pasientene. Før var det slik at sykehuset bestilte tjenester til DPS, men nå er det ikke slik, vi skal ta ansvar for pasienten når dem mener at den er ferdig behandlet og omfattes av den interne avtalen, så skal vi bestemme innholdet i behandlingen, det der har vi også hatt før ved at dem(sykehuset) har laga forventninger til pasienten om hva han skulle få hos oss, og det like vi ikke, så jeg skjønner at kommunen heller ikke like det der – det forplanter seg”.

En annen leder PH uttrykker det på følgende måte:

”Psykiatrien definerer et behov for en viss standard på tjenestene og da er det jo ofte det der med tilsyn og overvåking, døgkontinuerlig tilsyn som på en måte er den begrensende faktor i den grad kommunene har noe sånt, eller ikke som er tilgjengelig... hvis ikke kommunen har det så tar det en tid. Det er veldig mye spørsmål fra psykiatriens side om det fins de institusjonsprega boligene eller ikke. Det er ofte det som blir bestillinga til kommunen. Det kan være en fare for at ansatte bestiller en kommunal tjeneste som har høyere omsorgsnivå enn det pas trenger strengt talt, fordi det ikke er sykehuset som skal betale for kommunale tjenester”.

Fagperson fra PH uttaler seg slik:

”Æ trur det e slik at spesialisthelsetjenesten definerer seg sjøl som eksperter og vet også hva som er best for pasienten også i hjemmet fordi pasienten er så syk og har en alvorlig

som; tilrettelagt bolig med tilgang til døgntjenester og at kommuneansatte kopierer bestillingen.

5.3 Forskningsspørsmål 2:

På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?

Bakgrunn for spørsmålet

Funn fra forskningsspørsmål 1, viser at nivået på kommunale omsorgstjenester øker betydelig etter at pasientene har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten. Kan årsaken til denne økningen i nye omsorgsbehov være forårsaket av pasientens endrede funksjonsnivå som førte til innleggelsen, eller kan det være den konteksten som sykehusansatte befinner seg i som påvirker deres vurderinger av omsorgsbehov. Det er samtidig viktig å få kjennskap til informantenes praktisering av samarbeidsavtalen.

Analyse

Jeg vil innledningsvis anvende institusjonell teori og perspektiv på makt for å vurdere bakgrunnen for at spesialisthelsetjenesten bestiller spesifikke omsorgstjenester og deretter benyttes translasjonsteori for å analysere om denne bestillingen heller er knyttet til kunnskapsutvikling, i betydningen av å meddele egne observasjoner om pasientens funksjonsevner.

Da avtalen mellom partene har eksistert i nærmere ti år har jeg forutsatt at denne er kjent blant respondentene. Avtalen er verktøyet som regulerer samarbeidet og stiller krav om blant annet felles deltakelse i brukermøter inne i sykehus-/DPS innen en varslingsfrist på 5 dager. Jeg stilte allikevel ett spørsmål om avtalen opplevdes å være kjent. Fagperson PH svarer følgende:

”.. det med 5 dager – det kommer folk fra kommunen. Det tok lang tid før avdelingene tok det i bruk, ble kjent med avtalen. Helse og velferdskontorene kommer på møtet. Vanskelig å få tak i riktig person i kommunen - ringer men det er ikke alltid at de ringer tilbake. Viktig å kunne forholde seg til en bestemt person – sikre at noen overtar ved sykefravær”.

Fagpersonen i PH gir uttrykk for at kommunen kjenner til avtalen og stiller til møter iht. avtalen (innen 5 virkedager). Utsagnet tyder også på at ansatte i psykisk helsevern kjenner til avtalen nå. Dette bekreftes av fagperson TK som sier:

makt som "den potensielle evnen til å innvirke på atferd, endre begivenhetens gang, overvinne motstand og få folk til å gjøre det de ellers ikke ville ha gjort". Russ (1994, s.38) bruker sterkere ord og sier at det er evnen til å "sette sin vilje igjennom og oppnå sine mål". Det kan synes som om kommunens ansatte ikke benytter den tildelte makten som de er tildelt. I følge samarbeidsavtalen skal kommunens ansatte vurdere pasientens behov for kommunale tjenester og fatte vedtak. Empiri viser at kommunens ansatte kopierer "bestillingen" fra sykehusansatte. Bestillingen er ny bolig med tilgang på døgntjenester.

Slik det fremgår av tabell 5.2 mener sykehusansatte at pasientene har behov for både ny bolig og døgntjenester før de kan skrives ut, til tross for at pasientene har bolig. Kommunens ansatte er enig med spesialisthelsetjenestens vurderinger. Trondheim kommune kan ikke tilby pasientene ny bolig med døgntjenester umiddelbart og pasienten blir derfor værende i sykehus-/DPS. Selv om kommunen har god erfaring med at pasienter ofte klarer seg med færre kommunale tjenester enn det ansatte i spesialisthelsetjenesten mener, synes det som om kommunens ansatte ikke overprøver spesialistenes vurderinger.

Scott (1995) viser til at de institusjonelle omgivelsene er i stor grad formet av fundamentale verdier og langsiktige trender i den samfunnsmessige utviklingen og består av tre hovedpilarer: de regulative, de normative og de kognitive forståelsesrammene (kapittel 2.3.1). Når partene har valgt å inngå avtale for å regulere samhandlingen omkring utskrivingsklare pasienter er dette innenfor den regulative forståelsesrammen. Avtalen regulerer hvordan samhandlingen skal skje og hvilke parter som skal delta. Avtalen er behandlet av politiske myndigheter og den har en legal basis. De regulative mekanismene bygger på en instrumentell rasjonalitet – det vil si at de oppfattes som fornuftige instrumenter for å bidra til at både samfunn og næringsliv fungerer på en hensiktsmessig måte (Busch et al 2007).

Konklusjon

Min undersøkelse viser at det er lang ventetid og betydelige kostnader ved å være innlagt i sykehus-/DPS etter at behandlingen er avsluttet. En gjennomgang av 26 utskrivingsklare pasienter fra mai 2008, viser at pasientene må vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på kommunale tjenester. Dersom en legger gjennomsnittskostnader til grunn, koster disse pasientene 40,3 mill kroner. Undersøkelsen viser også store forskjeller i pasientenes omfang av omsorgstjenester *før* og *etter* sykehusinnleggelse. Av et utvalg på seks pasienter hadde alle egen bolig og kommunal hjelp ca en gang per uke før innleggelse, mens de samme pasientene ble vurdert til å ha behov for ny bolig med tilgang på tjenester gjennom hele døgnet etter utskrivning. Funn viser at sykehusansatte bestiller spesifikke omsorgstjenester

”Våre ansatte bestiller oftest kommunale tjenester ut i fra institusjonsperspektivet. Vi har dette om at vi vil bestem over den andre – sånn er det litt innenfor vårt system”.

Fagpersoner fra kommunens helse og velferdskontor er tildelt myndighet til å fatte enkeltvedtak som omhandler kommunale tjenester. Fagpersonene må fatte viktige beslutninger som handler om fordeling av knappe ressurser. Det er kommunens fagpersoner som har kunnskap om omfanget og spekteret av kommunale tjenester. Dersom kommunen tildeler flere tjenester eller at omfanget er større enn det som brukeren har behov for, kan dette føre til at andre pasienter ikke får tilstrekkelig hjelp. Både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester er knappe ressurser og dette kan føre til konflikter og at makt blir den viktigste ressursen. Når spesialisthelsetjenesten ”bestiller” kommunale tjenester som har et nivå utover det som kommunen kan innfri – oppstår det et forventningsgap.

Hvilke interessegrupper har best kompetanse til å vurdere pasientenes behov for kommunale tjenester etter sykehusbehandling?

- Spesialisthelsetjenestens fagpersonell som har behandlet pasienten i flere uker, og som har observert funksjonsnivået i daglige gjøremål?
- Kommunens fagpersonell som kjenner pasientens bosituasjon og nettverk før innleggelse, og som har oversikt over tilgjengelige kommunale tjenester og ressurser?

I brukermøtet inne i sykehus-/DPS foregår forhandlinger og en kjøpslåing om målsettingen for pasienten etter utskrivning og hvilke ressurser kommunen må stille til rådighet.

Sykehusansatte er kjent med at pasienter som bor i kommunale botiltak har tilgang til hjelp hele døgnet. Når spesialisthelsetjenesten skal vurdere og samtidig gi råd om omfanget på kommunale tjenester, er det basert på pasientens situasjon i sykehus-/DPS. I sykehus-/DPS er den fysiske og innholdsmessige konteksten forskjellig fra pasientens kontekst når denne er i sin bolig. I sykehusinstitusjoner går pasienter bokstavelig til ”dekket” bord og det kan derfor være vanskelig å vurdere pasientens reelle omsorgsbehov i en slik kontekst.

Spesialisthelsetjenesten mener ofte at pasientene har behov for omfattende kommunale tjenester som for eksempel tilrettelagt bolig med tilstedeværende personell. Kommunen innfrir som regel bestillingen, men tjenestene er ikke tilgjengelige og pasienten blir dermed værende i sykehus eller DPS.

Selv om kommunen har god erfaring med at pasienter ofte klarer seg med færre kommunale tjenester enn det som sykehuset-/DPS mener, vil det være vanskelig å overprøve spesialistenes vurderinger. En sentral faktor i dette møtet er makt – både fordeling og utøvelse. Makt i organisasjoner er evnen til å få ting til å skje. Pfeffer (1992, s.30) definerer

Da det er to store organisasjoner som skal samhandle om felles mål – ingen inneliggende utskrivingsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten – vil det være mange interessenter som kan få endret maktstrukturen og ressursfordelingen. Bolman og Deal (2007) sier at innenfor den politiske fortolkningsrammen trer organisasjoner frem som levende og aktive politiske organer som er arenaer for en kompleks vev av individuelle interesser og gruppeinteresser som kan sammenfattes i form av fem påstander:

- Organisasjoner er *koalisjoner* av forskjellige individer og forskjellige interessegrupper.
- Det er *varige forskjeller* mellom koalisjonsmedlemmene når det gjelder verdier, overbevisninger, kunnskaper, interesser og virkelighetsoppfatning.
- De fleste viktige beslutninger angår fordeling av *knappe ressurser* – hvem som skal få hva.
- Ressursknapphet og de varige forskjellene gir *konflikter* en sentral rolle i organisasjoners dynamikk og gjør *makt* til den viktigste ressursen.
- Mål og beslutninger vokser frem gjennom kjøpslåing, forhandlinger og posisjonskamp mellom de ulike interessegruppene.

St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd, er to store organisasjoner som består av mange koalisjoner av forskjellige individer og forskjellige interessegrupper. Politikere er en koalisjon som har felles interesse av å løse problemet med utskrivingsklare pasienter, slik at behandlingsskapiteten kan bedres for pasienter som står på venteliste. Administrasjonen i begge organisasjonene arbeider på oppdrag for politikerne og har felles interesser. Fagpersonene i respektive organisasjoner er eksempel på andre koalisjoner. Overleger, psykologer, leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er en koalisjon som kan ha andre interesser enn koalisjonen i kommunen som i hovedsak består av sykepleiere og omsorgsarbeidere. Overlegene i sykehus har det medisinske ansvaret for pasientens behandling og har tradisjonelt vært suveren i å utøve makt – makt i den forstand å beslutte når behandlingen skal avsluttes. Samarbeidsavtalen bygger på felles vurdering både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten om hvilke forhold som skal være oppfylt, før pasienten defineres som utskrivingsklar. Når kommunens fagpersoner skal kvalitetssikre spesialistenes vurderinger kan det oppstå konflikt, da det er varige forskjeller mellom koalisjonsmedlemmene når det gjelder verdier, overbevisninger, kunnskaper, interesser og virkelighetsoppfatning. Fagpersoner i spesialisthelsetjenesten har blitt godt kjent med pasientens behov for psykiatrisk behandling og det er oppstått et ”pasient-behandler” forhold etter mange ukers innleggelse. Spesialistene har god fagkunnskap om behandling og vil ivareta pasientens behov på en best mulig måte, også etter utskriving. For å sikre at pasienten blir tilfredsstillende ivaretatt etter utskriving, ”bestilles” spesifikke kommunale tjenester på vegne av pasienten (botiltak med døgntjeneste). Leder i PH sier det slik:

Tabell 5.2 viser faktiske kommunale tjenester *før* sykehusinnleggelse og hvilke kommunale tjenester pasientene ventet på *etter* avsluttet sykehusbehandling (6 pasienter).

Pas.nr.	vedtak før innl.	har bolig	"bestilling"
1	Hjemmesykepleie en gang per uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
2	Samtale x 1 per uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
3	Støttekontakt x 1 per uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
	Oppfølging x 1 per uke. Pas har bolig		
4	Støttekontakt x 1 per uke. Samtaler x 1 hver annen uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
5	Samtale annen hver uke. Pas har bolig	Ja	Bolig med døgntjeneste
6	Samtale/oppfølging 2 ganger per uke. Arbeidstrening hver dag. Har bolig.	Ja	Bolig med døgntjeneste

Tabell 5.2 viser at pasientene hadde hjelp fra kommunale enheter ca en gang per uke *før* innleggelse, mens vurderingen av omsorgsnivå *etter* sykehusoppholdet, ble *ny bolig med døgntjeneste*.

Analyse

I tabell 5.2 vises det til store forskjeller i omfanget av kommunale tjenester, fra kommunal hjelp ca en gang per uke i egen bolig *før* innleggelse til døgntjenester og flytting til ny bolig *etter* avsluttet behandling. Til tross for at alle seks pasientene hadde bolig *før* innleggelse, ble alle vurdert til å ha behov for annen bolig ved utskrivning. Spørsmålet er om pasientene trenger ny bolig eller om det er økt omfang av kommunale tjenester som er pasientenes behov. Siden 2002 har Trondheim kommune etablert ca 120 boliger med døgntjeneste. Disse boligene er såkalte "botiltak". Ett botiltak for psykisk helse i Trondheim kommune er ett hus som inneholder mellom 7 og 30 boliger og hvor brukerne har tilgang på personell hele døgnet. Brukerundersøkelse (Trondheim kommune, 2006) viser at brukere i botiltak, psykisk helse er tilfreds med boligen og tjenestene.

Jeg har i kapittel 4.2 vist til dagens modell for samhandling og til samarbeidsavtalen mellom partene. Denne forutsetter at kommunens ansatte skal delta i brukermøter med spesialisthelsetjenesten innen 5 virkedager etter at sykehuset -/ DPS har definert pasienten til å være utskrivingsklar. Partene skal avklare om pasienten er utskrivingsklar og hvilke kommunale tjenester som må være på plass ved utskrivning. Pasienten kan selv delta i møte.

innlagt. Nytte i den forstand at den psykiatriske behandlingen er avsluttet og pasienten vil ikke lengre profitere på å være innlagt, fordi pasienten ikke gis aktiv behandling. Dersom pasienten blir værende i sykehus i flere uker etter behandlingsforløpet er avsluttet, kan det heller redusere pasientens evne til å mestre hverdagslige aktiviteter – pasienten kan bli ”institusjonalisert”, det vil si at pasienten mottar hjelp som han eller hun ellers ville ha utført selv (får servert mat, vask av rom). En av lederne i PH uttrykker seg slik på spørsmål om pasientenes situasjon etter at behandlingen i sykehus er avsluttet:

”Pasienten blir ikke bedre av å være i institusjon etter at behandlingen er avsluttet. Ingen pasienter som er ferdig behandlet bør være i sykehus-/DPS. Pasienter som må vente kan vel kanskje opprettholde funksjonen, men han blir ikke noe bedre, kanskje tvert i mot, blir hospitalisert, blir vant til å få det opp i hendene og sånt...”.

Sykehuset har heller ingen nytte av at pasienter blir inneliggende etter at de er ferdig med behandlingen. Sykehuset får dermed ikke optimalisert egne ressurser gjennom å behandle pasienter, da utskrivingsklare pasienter ikke lenger mottar behandling, men heller omsorg.

Et annet samfunnsøkonomiske perspektiv er at det oppstår unødvendig ventetid på behandling, fordi utskrivingsklare pasienter blokkerer behandlingsplasser. Mange pasienter er sykmeldt i venteperioden for behandling - og denne ekstra ventetiden koster samfunnet dyrt i form av sykepengeutbetaling. Offentlige norske statistikker rapporterte at 13,8 % av sykefraværet i siste kvartal 2008 skyldtes psykiske lidelser, men det reelle tallet er sannsynligvis høyere.

Metode og funn – omsorgstjenester før og etter innleggelse

Jeg ønsker videre å undersøke om det er en sammenheng mellom brukerens tildelte kommunale tjenester *før* innleggelse i sykehus-/DPS og hvilke kommunale tjenester pasienten (brukeren) ventet på *etter* at behandlingen i sykehus-/DPS var avsluttet. Jeg har foretatt et utvalg blant 26 utskrivingsklare pasienter fra mai 2008 og innhentet informasjon om de 6 første pasientene. Informasjon om brukernes tjenester før og etter innleggelse i sykehus-/DPS er hentet fra kommunens dokumentasjonssystem om brukerne (Geric). I tabell 5.2 vises hvilke kommunale tjenester pasientene hadde *før* sykehusinnleggelse og hvilke kommunale tjenester pasientene ventet på *etter* avsluttet sykehusbehandling.

Datagrunnlaget om ventetid for den innlagte pasient er hentet fra pasientregistreringer utført av St. Olavs Hospital. Jeg har gått igjennom en registrert liste over antall utskrivingsklare pasienter per mai 2008. Det var på dette tidspunktet registrert 26 utskrivingsklare pasienter og alle var vurdert og tildelt forvaltningsvedtak på kommunale tjenester (de kommunale tjenestene var ikke effektuert). I tabell 5.1 vises en oversikt over pasientenes ventetid etter at de er definert som ferdig behandlet i sykehus-/DPS, samt kostnader.

Tabell 5.1 viser antall inneliggende pasienters ventetid på kommunale tjenester etter at de er ferdig behandlet i sykehus-/DPS, samt kostnader ved institusjonsoppholdet (pr mai 2008).

	Leistad DPS	Tiller DPS	Østmarka	Totalt
Ant. Pasienter	8	2	16	26
Tot. Ventetid	140 mnd	26 mnd	109 mnd	275 mnd
Gj.sn. ventetid	17,5 mnd	13 mnd	6,8 mnd	10,6 mnd
Kostnader *	14,7 mill	2,7 mill	22,9 mill	40,3 mill

Pris per døgn i distriktpsykiatrisk senter (DPS) er kr 3.500,- og opphold i Østmarka sykehus koster kr. 7.000,- (Priser for 2008).

Analyse

For å beregne kostnader ved innleggelse i sykehus og DPS, har jeg benyttet gjennomsnittskostnader. I 2008 kostet en behandlingsplass i sykehus (Østmarka) i gjennomsnitt kr 7000,- per døgn og en behandlingsplass i DPS kostet kr 3.500,- per døgn. Registrering av 26 utskrivingsklare pasienter fra mai 2008 viste en gjennomsnittlig ventetid på 10,6 måneder på kommunale tjenester. Disse pasientene utgjorde en samlet kostnad per år på til sammen 40,3 mill kroner. En kostnad på 40 mill kroner tilsvarte drift av 15 sykehusplasser i 2008 (40 mill : 7000 kr/døgn: 365 dager) eller 31 behandlingsplasser i DPS (40 mill : 3500 kr/døgn : 365 dager). For pasienter som er ferdig med behandlingen, vil jeg anta at institusjonene ikke forbruker like mye spesialiserte tjenester sammenlignet med pasienter som er under aktiv behandling, slik at den reelle kostnaden er sannsynligvis noe lavere enn gjennomsnittskostnaden. Uansett, så representerer utskrivingsklare pasienter en betydelig kostnad. Gjennom samarbeidsavtalen er det et klart politisk og administrativt mål om å eliminere problemet med utskrivingsklare pasienter – pasientene skal sikres hjelp på lavest mulig omsorgsnivå - ut i fra samfunnsøkonomiske hensyn. Når pasienter blir værende i sykehus etter avsluttet behandling, er dette sløsing med offentlige midler.

I følge Gossen's andre lov skal nytten av den andre kronen være lik i alle anvendelser. Når en pasient er definert som utskrivingsklar vil vedkommende ikke lenger ha nytte av å være

dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene for å vurdere om helsehus kan være forum for kunnskapsutvikling.

Del 5 RESULTATER – ANALYSE

5.1 Innledning

I dette kapitlet foretas analyse av empiri ved hjelp av valgt teori for hvert av de fire forskningsspørsmålene. Med utgangspunkt i mine tolkninger av funn gis en kort konklusjon for hvert forskningsspørsmål, før jeg helt til slutt vil redegjøre for sentrale funn i en oppsummering.

5.2 Forskningsspørsmål 1:

Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Og hvilke tjenester venter de på?

Bakgrunn for spørsmålet

Når tema "utskrivingsklare" pasienter drøftes i administrative møter mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern, er datagrunnlaget i hovedsak avgrenset til antall pasienter som må vente på kommunale tilbud. I løpet av de siste 4 årene har i gjennomsnitt ca 30 utskrivingsklare pasienter til en hver tid vært innlagt ved Østmarka sykehus eller ved Nidaros og Tiller DPS ert, i påvente av kommunale tjenester. Da jeg ønsker å undersøke årsaken(e) til at pasientene ikke blir utskrevet umiddelbart etter at de er ferdig med behandlingen i sykehus-/DPS, ønsker jeg å få tilgang til flere datakilder for å se om disse kan belyse problemet fra flere perspektiv.

Jeg ønsket å finne ut hvor lenge hver enkelt pasient blir værende i institusjon(etter at behandlingen var avsluttet) i påvente av kommunale tjenester og kostnadene ved å være innlagt. Kjennetegn ved pasienter som defineres som "utskrivingsklare" er at de har en alvorlig psykisk lidelse og at de har vært innlagt i psykisk helsevern tidligere. Disse pasientene har samtidig kommunale helse og velferdstjenester. Jeg ønsker derfor å undersøke hvilke kommunale helse og velferdstjenester pasientene hadde *før* innleggelse i psykisk helsevern og hvilke helse og velferdstjenester de venter på etter at den psykiatriske behandlingen er avsluttet (før utskriving).

Metode og funn for ventetid og samfunnskostnader

4.6 Gjennomføring av egen undersøkelse

På bakgrunn av rapporter som viser at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare, de siste års reformer og dagens modell for samhandling, ønsker jeg å gå i dybden på fenomenet ”utskrivingsklare” pasienter. Statistikk for de siste årene viser at Trondheim kommune har ca 30 utskrivingsklare pasienter til en hver tid i psykisk helsevern. Jeg ønsker å undersøke hvor lenge pasientene blir værende inne i sykehus-/DPS etter at behandlingen er avsluttet og hvilke samfunnskostnader dette representerer. Deretter ønsker jeg å undersøke hvilke kommunale tjenester pasientene venter på før de kan utskrives og om det er en sammenheng mellom pasientenes omsorgstjenester *før* og *etter* sykehus-/DPS- innleggelse.

For å finne årsaker til at utskrivingsklare pasienter må vente på kommunale omsorgstjenester, ønsker jeg å studere hvordan aktørene overfører brukerdata om antatt omsorgsbehov i brukermøtet. Brukermøter om utskrivingsklare pasienter er et sentralt ledd i dagens modell for samhandling mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern (se kapittel 4.2). Det er fagpersoner fra helse og velferdskontorene i Trondheim kommune som møter behandlingsansvarlige fra Østmarka sykehus eller Nidaros og Tiller DPS`er. I dette brukermøtet skal partene i fellesskap vurdere pasientens antatte behov for kommunale omsorgstjenester etter utskrivning. Kommunens fagpersoner er tildelt myndighet til å fatte forvaltningsvedtak som tydeliggjør hvilke omsorgstjenester pasienten skal motta.

Jeg har valgt to teoretiske innfallsvinkler for å analysere relasjonen i brukermøtet. Den første teoretiske tilnærmingen knyttes til institusjonell teori og maktperspektiv og legitimitet for å undersøke om det er skjev maktfordeling og samtidig identifisere kilder til makt.

Den andre teoretiske tilnærmingen knyttes til translasjonsteori, hvor jeg ønsker å analysere om partene betrakter brukerdata som et ledd i kunnskapsoverføring mellom to organisasjoner. Jeg benytter translasjonsteori med vekt på dekontekstualiseringsprosessen for å analysere sykehusansattes grunnlag for å vurdere pasientenes omsorgsbehov etter utskrivning. Videre anvendes translasjonsteori med vekt på kontekstualiseringsprosessen for å analysere grunnlaget for kommuneansattes vurdering av den informasjonen som de mottar om pasientenes omsorgsbehov.

Med bakgrunn i pasientstatistikk fra etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad 2009) og funn fra den kvalitative undersøkelsen, vil jeg anvende translasjonsteori med vekt på både

- I 2003 hadde om lag halvparten av pasientene fått utarbeidet planer for tilbudet etter utskrivning, mens i 2007 var denne andelen lavere.

4.5 Prosjekt – etterbehandling i kommunalt helsehus

På bakgrunn av erfaringer med etterbehandling i kommunalt helsehus av somatiske pasienter i sykehus (Garåsen, 2008), ønsket Trondheim kommune i samarbeid med St. Olavs Hospital å prøve ut ny strategi ovenfor innlagte pasienter i psykisk helsevern. Den nye strategien går ut på å overføre inneliggende pasienter fra sykehus-/DPS for etterbehandling i kommunalt helsehus. Pasientene som overføres skal være utredet og diagnostisert og den videre behandlingsplanen skal være avklart. Det kommunale helsehuset skal avklare pasientens behov for kommunale omsorgstjenester ved utskrivning. Prosjektet skiller seg ut fra dagens praksis ved at det kun er kommunens ansatte som skal vurdere omsorgsnivået ved utskrivning. Dagens praksis er regulert i en samarbeidsavtale, hvor partene skal vurdere omsorgsbehovene i fellesskap.

Psykiatrisk etterbehandling i kommunalt helsehus er en strategi for å finne ut om pasienten kan tilbakeføres raskere enn om pasienten ble værende i sykehus-/DPS og samtidig sikre at de mestrer hjemmesituasjonen etter behandlingen.

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune inviterte senere kommunene Klæbu, Malvik og Melhus til å delta i prosjektet. Helsedepartementet støtter prosjektet med 4 mill kroner, mens helse- og omsorgsdirektoratet bevilget 1 mill. Prosjektet er i tråd med føringer i ny Samhandlingsreform (2009) og ble etablert i oktober 2009 ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad.

Målsettingen er å ta pasienter ut fra sykehuset til slutt-/etterbehandling med tanke på å skreddersy det kommunale tilbudet for pasientene når de deretter utskrives til eget hjem. Opphold i kommunalt helsehus skal begrenses til 4 uker.

Prosjektets forventinger til resultatmål for pasienter i etterbehandling i kommunalt helsehus:

1. Antall reinnleggelser og nye innleggelser reduseres signifikant
2. Totalt antall ventedøgn i Psykisk Helsevern reduseres signifikant
3. Pasienten skal oppleve trygghet og mestre å bo i egen leilighet.

rådgiving kan gi økt kunnskapsnivå, bedret helse samt opplevelse av bedre sosial fungering og mestring hos brukerne. Ved å iverksette alternative tiltak ved sykehusinnleggelse er det påvist inntil 40 % reduksjon i innleggelsesrater. For alternative tiltak ved utskrivning fra sykehus er det redusert dødelighet, færre reinnleggelse, mindre behov for hjemmetjenester/ sykehjem (Garåsen, 2008).

4.4.3 Pasientenes vurdering av det psykiske helsevernet

SINTEF © Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning`s rapport om brukerundersøkelsene i det psykiske helsevernet for voksne i 2003 og 2007 ble gjennomført samtidig som pasientregistreringene i 2003 og 2007 ved alle voksenpsykiatriske døgnavdelinger. Problemstillingene som belyses omhandler de innlagte pasientenes erfaringer, kunnskap og innflytelse på det behandlingstilbudet de mottok i løpet av behandlingsoppholdet i det psykiske helsevernet for voksne (Sintef, rapport nr A 11409). Et av spørsmålene var pasientens vurdering av planlegging av, og behov for tjenester etter utskrivning. Rapporten presenterer pasientenes synspunkter på behandlingstilbudet og bidrar til å belyse denne pasientgruppens opplevelse av sin innleggelse. Undersøkelsene gir oss kunnskap om pasientenes vurderinger og identifiserer flere områder hvor det er behov for endring og utdypende kunnskap. Svarprosenten i begge brukerundersøkelsene var i overkant av 50 prosent. Noen resultater fra rapporten:

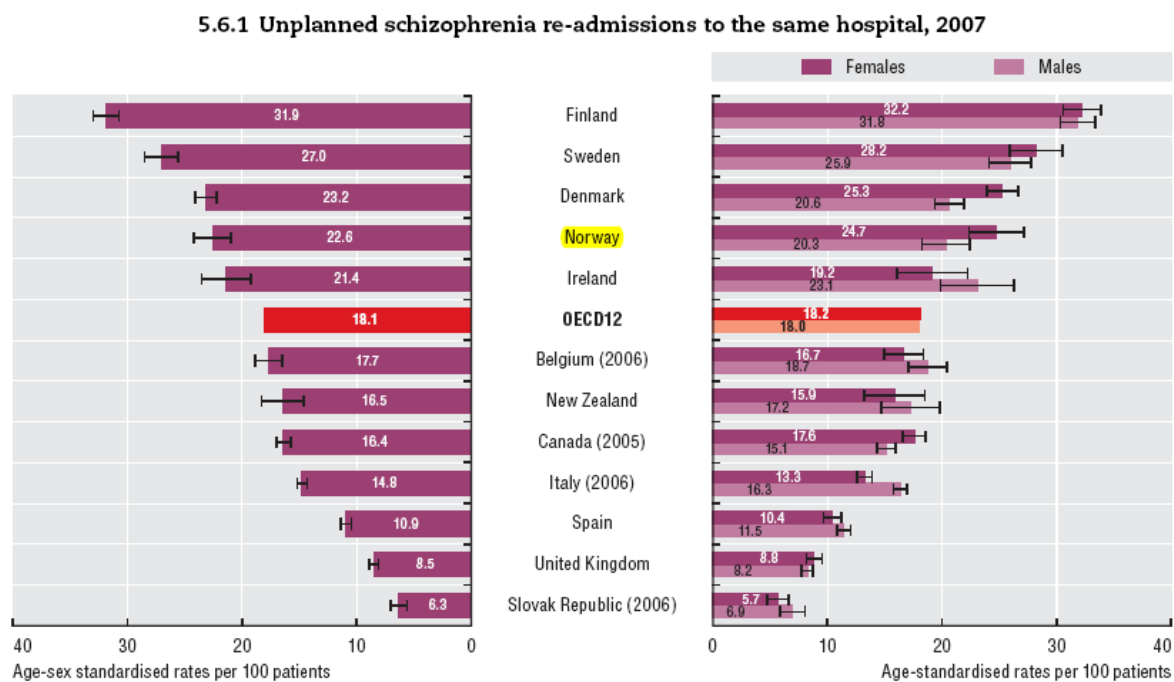
- En sjettedel av pasientene rapporterte at de selv ikke ønsket innleggelsen. Yngre pasienter er i større grad negative til innleggelse sammenlignet med eldre pasienter. Pasientene som ikke ønsket å bli innlagt hadde i større grad vært innlagt tidligere.
- I alt 70 prosent av pasientene som deltok i undersøkelsene, ønsket å være innlagt, og de opplevde i hovedsak at de fikk hjelp da de hadde behov for denne hjelpen.
- Ikke uventet var pasientene som ikke ønsket å være innlagte, gjennomgående mer misfornøyde med behandlingstilbudet. De opplevde i mindre grad å ha innflytelse på behandlingstilbudet, at informasjonen de mottok var dårligere og at de ofte mottok en type behandlingsinnhold de ikke selv ønsket.
- Pasienter innlagt ved sykehusavdelinger var mer misfornøyde med sitt behandlingsopphold enn pasienter innlagt ved DPS og øvrige døgninstitusjoner.
- Det er generelt sett et høyt samsvar mellom det behandlingstilbudet pasientene ønsker og det behandlingstilbudet de har mottatt i løpet av sitt opphold ved døgninstitusjonen. Det er likevel en betydelig andel av pasientene som ikke fikk den behandlingsformen de ønsket.
- I overkant av 30 prosent av de innlagte pasientene rapporterte at de i liten grad hadde blitt tatt med på råd ved utformingen av behandlingstilbudet.
- Pasientene var gjennomgående mindre fornøyd med atferden til leger og psykologer sammenlignet med det øvrige personalet ved institusjonen.

planlagt enn på sykehus, og planlagte reinnleggelser behøver ikke å være en indikator på dårlig kvalitet i behandlingsskjeden. Planlagte reinnleggelser kan faktisk være en bedre behandling enn lengre sykehusopphold.

Ved optimal sykehusbehandling og planlegging av utskrivningen samt godt ettervern bør det være mulig å holde antall uplanlagte reinnleggelser på et lavt nivå. OECD regner innleggelser innen 30 dager etter utskrivningen som uplanlagte.

Verken antall sykehussenger eller oppholdslengde kan ifølge OECD forklare forskjeller i reinnleggelsesraten mellom landene. Norge hadde laveste oppholdslengde på psykiatrisk institusjon i OECD.

Figur 5.6.1 viser uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsevern.



Temaet uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsevern som en kvalitetsindikator for helsetjenesten er likevel viktig. Valideringsstudier ved gjennomgang av journaler vil sannsynligvis avklare årsakene til den tilsynelatende høye reinnleggelsesraten i Norge.

4.4.2 Effekt av samhandlingstiltak

En litteraturgjennomgang (Grimsmo, 2009) av effekten av ulike samhandlingstiltak mellom helseforetak og kommuner for pasienter med slag, kronisk lungesyke, hjerteproblemer, hofteopererte og geriatriske pasienter viser at standardiserte forløpsplaner med strukturerte forløp for pasienter med kronisk sykdom kan være sammenfallende med inntil en halvering av behovet for spesialisthelsetjenester. Interaktive dataløsninger med helseopplysning og

Det er ikke knyttet økonomiske virkemidler til avtalen, det vil si at kommunen betaler ikke for inneliggende pasienter som venter på et kommunalt tilbud, slik det er for somatiske pasienter.

4.4 Funn fra eksterne undersøkelser

På bakgrunn av søk via internett og bibliotekbaser har jeg funnet få undersøkelser som knyttes direkte til samhandling omkring utskrivingsklare pasienter. Jeg vil trekke frem tre relevante undersøkelser, hvor den første er hentet fra en rapport fra OECD som sammenligner helsesystemer og resultater og den andre relateres til en litteraturogennomgang av effektive samhandlingstiltak (Grimsmo, 2009). Den tredje undersøkelsen er utført av SINTEF og omhandler brukertilfredshet hos inneliggende pasienter i psykisk helsevern.

4.4.1 Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land

Rapporten "Health at a Glance 2009: OECD Indicators" er nylig utgitt av OECD og (www.oecd.org/health/healthataglance) viser sammenlikninger av helsesystemer og deres resultater ved en rekke dimensjoner. OECD har brukt ulike indikatorer for helse og helsetjenester i OECD-landene, og valgt data basert på betydningen for langsiktig kurs og om de er tilgjengelige og sammenliknbare.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet en kommentarrapport som belyser viktige trekk ved den norske helsetjenesten sett i forhold til OECD (desember 2009). Jeg velger å ta med et kort utdrag fra rapporten som er knyttet til reinnleggelser i psykisk helsevern.

Hyppigere reinnleggelser i psykisk helsevern i Norge enn i OECD

Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggingsrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet, se figur 5.6.1. Reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning på grunn av schizofreni og bipolare lidelser utgjorde henholdsvis 22,6 % og 18,4 % i Norge, mot OECD-gjennomsnittet på 18,1 % og 16,8 %. Uplanlagte reinnleggelser brukes i rapporten som en indikator på hvordan aktørene i helsetjenesten samhandler etter at en pasient utskrives fra en psykiatrisk institusjon. Flere faktorer kan bidra til de høye reinnleggingsratene for Norge i forhold til OECD, som for eksempel ulik rapporteringspraksis, organisering, lovgivning, prevalens og ressurstilgang. Indikatoren bør derfor tolkes med forsiktighet. De norske tallene for uplanlagte reinnleggelser innen 30 dager kan være for høye siden de omfatter både uplanlagte og planlagte reinnleggelser. Både innleggelser på sykehus og distriktpsikiatriske sentre (DPS) er inkludert. Reinnleggelser på DPS er oftere

rapporten viser til effektive samhandlingstiltak, basert på litteraturgjennomgang. Den siste rapporten omtaler pasientenes vurdering av det psykiske helsevernet i Norge.

Jeg redegjør deretter for et nytt felles prosjekt i regi av St. Olavs Hospital og Trondheim kommune; "etterbehandling" i kommunalt helsehus av inneliggende psykiatriske pasienter før jeg til slutt gjør rede for min kvalitative undersøkelse.

4.2 Dagens modell for samhandling om utskrivingsklare pasienter

Dagens modell for samhandling om utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern er regulert gjennom avtale mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Denne samarbeidsavtalen beskriver to former for samhandling; *administrativt* samarbeid og *praktisk* samarbeid. Siktemålet med avtalen er å bevisstgjøre partene til å samarbeide for å sikre at pasientene får et faglig godt og helhetlig tilbud gjennom effektiv ressursutnyttelse, samt å sette opp retningslinjer for tjenesteutøverne, slik at behandlingsskjeden skal være sammenhengende og godt koordinert mellom de ulike samarbeidspartnerne.

Det administrative samarbeidet foregår ved at kommunaldirektør for helse og velferd eller kommuneoverlegen, stabsmedarbeidere og klinikkssjefen for St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og dennes stabsmedarbeidere møtes en gang per måned. En gjennomgang av møtereferat (2005 til 2009) viser at sak om "utskrivingsklare" pasienter har vært drøftet i alle møtene. Gjensidig informasjon om diverse prosjekt og økonomi er andre eksempler på saker.

Det praktiske samarbeidet er knyttet til konkrete brukermøte mellom fagansatte. Alle brukermøter foregår inne i sykehus eller distriktpsikiatriske sentra (DPS). Da Trondheim kommune har innført bestiller- utførermodell (BUM), er det kommunens helse- og velferdskontor som er tildelt myndighet til å vurdere helse og velferdsbehov og fatte vedtak på kommunale tjenester til utskrivingsklare pasienter. Avtalen forplikter Trondheim kommune til å delta i brukermøte(r) innen 5 virkedager etter at sykehuset-/DPS har varslet kommunen om at pasienten er utskrivingsklar. Målet med brukermøtet er å vurdere hvilke kommunale tjenester pasienten trenger for å skrives ut. I brukermøtet er helse og velferdskontorene representert med en eller to fagpersoner, mens Divisjon psykisk helsevern er representert med behandlingsansvarlig lege eller psykolog og miljøfaglig personell. Brukeren er som regel til stede i brukermøtene.

Avtalen definerer begrepet "utskrivingsklar pasient" og beskriver det praktiske samarbeidet som skal finne sted mellom partene ved utskriving (se kapittel 1).

3.6 Oppsummering

Med bakgrunn i en fortolkningsbasert tilnærming vil det være enkelte metoder som egner seg bedre enn andre til å studere "min virkelighet". Min intensjon er å gå inn i problemstillingen med et så åpent sinn som mulig, samle inn all relevant informasjon og til slutt å gå i tenkeboksen for å systematisere innsamlet data. Dette vil i følge teorien være en induktiv tilnærming. Problemene med å velge en induktiv tilnærming er at det er svært vanskelig å gå ut i virkeligheten med et helt åpent sinn og jeg vil ikke ha kapasitet til å samle inn all relevant informasjon. Jeg må derfor foreta en bevisst avgrensning av informasjonen, samt at jeg i tillegg vil helt ubevisst avgrense den informasjonen som samles inn. Ut fra denne erkjennelsen vil ikke tilnærmingen være en ren induktiv tilnærming, men en mer åpen tilnærming.

Min problemstilling betyr at jeg skal intervjuet et utvalg av ledere og ansatte i egen og andres organisasjon. Jeg vil derfor benytte en holistisk tilnærming og velger samtidig en kvalitativ metode. Den kvalitative metoden har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet, samt å formidle forståelse. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi, fortolkning og hermeneutisk tilnærming. En hermeneutisk tilnærming innebærer en tolkende lytting til mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser.

Da jeg skal forske både i egen og andres organisasjon, har jeg redegjort for særskilte forhold som må vies oppmerksomhet for at forskningen skal ha legitimitet. Jeg har informert toppledelsen i Trondheim kommune, helse og velferd og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern om min studie. I tolkning av data må det vies spesiell oppmerksomhet knyttet til påvirkning av egen forutinntatte meninger og fordommer. Dette kan skje både bevisst og ubevisst. Det ligger også en fare i at jeg kan se bort fra å skrive "sannheten".

Del 4 EMPIRI

4.1 Innledning

Jeg vil først gi en beskrivelse av dagens modell for samhandling omkring utskrivingskrivingsklare pasienter før jeg viser til tre forskningsrapporter som har relevans for min problemstilling om samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den første rapporten sammenligner norsk helsetjeneste med andre OECD-land, mens den andre

det psykiske helsearbeidet og samarbeidet med St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Gjennom denne erfaringen vil det være vanskelig for intervjuobjektet å pynte på sannheten i en intervjusituasjon. Min nærhet til organisasjonene vil sannsynligvis kunne føre til at jeg kan formulere presise spørsmål og samtidig stille gode og raske oppfølgings-spørsmål om det ikke gis utfyllende svar.

Den hermeneutiske vitenskapstradisjonen i vår tid fokuserer ikke bare på hvordan en skal få tilgang til andre aktørers mening og kontekst, men også på fortolkerens kontekst (Erik Fossåskaret et al 2006). De mener at forståelse ikke bare kan relateres til det fenomen, de objekter og handlinger som skal forstås, men også omfatter den som fortolker disse fenomen, og den forutforståelse han eller hun har. Denne forståelse kan ikke løsrives fra den kontekst aktøren er en del av, enten denne er forsker eller informant. Fra et slikt perspektiv blir kravet om ikke-viten i studiet av samfunnsmessige og kulturelle fenomen ikke bare problematisk, det blir umulig. Forståelse vil alltid innebære et prinsipp om "oversettelse" på bakgrunn av forutforståelse forskeren har. Forskerens subjektive forutforståelse sees ikke som en feilkilde som sperrer for innsikt, men som en forutsetning for innsikt. I og med at forståelse alltid tar utgangspunkt i den mening vi allerede er fortrolige med, er farene for "etnosentriske mistak" større for en forsker som kommer utenfra, enn for en som kommer innenfra (Taylor 1971, Guneriusen 1966). *Etnosentrisme* betyr å bruke en felles målestokk for å vurdere alle samfunn ut i fra sitt eget. *De andre* vil fremstå som mindreverdige. En innvending mot dette synet vil være at ethvert samfunn har sitt eget syn på hva som er bra og dårlig. Vi har alle et utgangspunkt hvor vi bedømmer andre ut i fra egen virkelighetsoppfatning, egne normer og verdier. For å forstå andre kulturer bruker vi vår egen, det i seg selv gjør at det ofte blir mistro og usikkerhet.

Det at forskeren står fjernt fra sine informanter når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag, vil på denne måte kunne sees som et hinder for forståelse (Rosaldo 1989). Fra et slikt ståsted vil jeg mene at det kan være en fordel at jeg som forsker har nærhet til mine informanter.

I forhold til problemstillingen kan det forventes at forskningen skal bidra til forbedringer for pasientene både i spesialist- og kommunehelsetjenesten og som ansatt i organisasjonen skal jeg være en del av denne utviklingsprosessen. Å forske i egen organisasjon innebærer å påta seg rollen som både tilskuer og deltaker.

Jeg har jobbet med samhandling mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune i mange år og har derfor godt kjennskap til det empiriske feltet jeg skal forske i. Å forske i egen organisasjon kan i følge Ry Nielsen og Pål Repstad (1993) medføre både fordeler og ulemper. Det vil helt klart være en rekke begrensninger i det å studere egen organisasjon. Jeg har bidratt i forberedelsesfasen med å etablere etterbehandling i kommunalt helsehus for inneliggende pasienter i psykisk helsevern og har derfor en forutforståelse om bestemte problemer.

I tillegg vil jeg benytte ansatte som informanter i organisasjonene som samarbeider om prosjektet. Mange av informantene har jeg sannsynligvis møtt fra tidligere samarbeidsforhold. Disse faktorene kan bidra til at det kan bli vanskelig å få gode, valide data og at organisasjonen(e) oppfatter meg som en aktør i organisasjonen. Jeg kan derfor risikere å bli avvist som potensielt brysom. For å motvirke en slik utvikling har jeg presentert problemstillingen i møter mellom toppledelsen for St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune og informert ledelsen for Østmarka sykehus og de to DPS`ene Nidaros og Tiller. Jeg ønsker å bli betraktet som student som har en legitim uvitenhet og som i kraft av dette kan få verdifull informasjon.

I tolkning av data må det vies spesiell oppmerksomhet knyttet til påvirkning av egen forutinntatte meninger og fordommer. Dette kan skje både bevisst og ubevisst. Det ligger også en fare i at jeg kan se bort fra å skrive "sannheten". Problemstillingen kan oppfattes som kontroversielle spørsmål, fordi det kan føre til forskyvning av ansvar og oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette er et forhold som jeg må være svært oppmerksom på. Jeg forutsetter at ledelsen og organisasjonene både i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd vil opptre i forhold til de vedtatte verdiene. Sykehusets organisasjon bygger på verdiene; *helhet, likeverd, medbestemmelse* og *respekt*, mens arbeidet i Trondheim kommunes organisasjon skal preges av medarbeidere som er; *åpen, kompetent og modig*.

Fordelene med å studere egen organisasjon er kjennskap til språk, struktur og kultur og en viss fornemmelse av organisasjonens svake og sterke sider. Gjennom deltakelse i samarbeidsmøter med ansatte og ledere i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune har jeg kunnskap om en rekke faktorer som kan påvirke graden av samarbeid omkring utskrivning eller overføring av psykiatriske pasienter. Jeg har kjennskap til den uformelle organisasjonen gjennom deltakelse i samarbeidsnettverk både i egen organisasjon og sammen med St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. På bakgrunn av lang erfaring som rådgiver i Trondheim kommune, med blant annet ansvar for den statlige "Opptappingsplanen for psykisk helse" (1998-2008) i Trondheim, har jeg god kunnskap om

samhandlingen belyses fra ulike aktørers ståsted. Dette kan bidra til å oppdage ulikheter mellom aktørenes perspektiv på samhandling og hvilke meninger aktørene har til eventuelt andre modeller for samhandling utover samarbeidsavtaler og brukermøter i sykehus-/DPS.

3.4.6. Informantene

Etter å ha bestemt utvalgsriterier, tok jeg kontakt med kommunaldirektør for helse og velferd og divisjonssjef for St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern for å be om tillatelse til å kontakte ledere i respektive organisasjoner. Etter å ha mottatt tillatelse, sendte jeg email til aktuelle ledere for å informere om mitt studium, introduserte prosjektet og ba om tidspunkt for intervju. Jeg fikk positiv tilbakemelding og ba samtidig om at de valgte ut to fagpersoner fra egen enhet som jeg kunne intervju. Jeg ønsket primært å gjennomføre gruppeintervju med homogene grupper, det vil si egne gruppeintervju av ledere og ansatte fra begge organisasjonene. Da ledere og ansatte er travle personer, lyktes det ikke å finne tidspunkt for gruppeintervju som passet alle. Jeg valgte derfor individuelle intervju med ledere i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern (3 intervju). Jeg gjennomførte to gruppeintervju med ledere i Trondheim kommune, helse og velferd, henholdsvis med fire og tre ledere og to gruppeintervju med henholdsvis to fagpersoner fra Trondheim kommune, helse og velferds kontor og to fagpersoner fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern.

For å anonymisere respondentene har jeg valgt å benytte "leder TK" og "leder PH". Tilsvarende kode benyttes for fagpersonene; "fagperson TK" og "fagperson PH". Utvalget består av 9 kvinner og 4 menn. Jeg har ingen grunn til å tro at kjønn er en relevant faktor for denne undersøkelsen, datamaterialet har heller ikke gitt meg grunn til å tro at lederes eller ansattes oppfattelse av samhandling er ulik for kjønnene.

Metoden som ble brukt for å velge respondenter kan påvirke resultatene for undersøkelsene. Når respondentene velges strategisk er det en fare for at dette kan prege funnene. Respondentene er valgt ut i fra at de besitter meninger og synspunkter som er verdifulle for studien. Faren er at respondentene besitter for like eller ulike synspunkter, slik at ledere og ansatte med meninger mellom ytterpunktene ikke blir hørt. Når jeg allikevel velger denne utvelgelsen er det foretatt avveininger for og i mot. Jeg mener at denne studien er bedre tjent med å velge respondenter strategisk.

3.5 Forske i egen organisasjon

Da jeg skal forske både i egen og andres organisasjon, vil jeg redegjøre for særskilte forhold som må vies oppmerksomhet for at forskningen skal ha legitimitet.

grunn for at partene skal ha omforent forståelse for en slik ny modell for samhandling. For å analysere dette spørsmålet har jeg valgt å se dette i lys av translasjonsteori.

3.4.5 Utvalg

Denne undersøkelsens utvalg er basert på en strategisk utvelgelse av respondenter, det vil si at respondentene besitter egenskaper eller kvalifikasjoner som er sentrale i forhold til problemstillingen (Thagaard 2009). I min oppgave vil disse egenskapene knyttes til ansattes erfaringer med bruk av samarbeidsavtalen om utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Det er vesentlig at studien utforsker hvordan både ledelsen og fagpersonene oppfatter og anvender samarbeidsavtalen gjennom brukermøter. Trondheim kommune, helse og velferd har organisert tjenestene i en bestiller og utførermodell. Det er 4 bestillerenheter og 74 utførerenheter. Det er viktig å få tak i ansatte som har direkte samhandling og møter med ansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. De fire helse- og velferdskontorene (bestiller) har møter med psykisk helsevern både på et administrativt nivå og på brukernivå (brukermøter om utskrivingsklare pasienter, fatter forvaltningsvedtak på kommunale helse og omsorgstjenester). Blant utførerene er det i hovedsak ledere og ansatte innenfor enhetene; Oppfølgingstjenester, Boveiledning, Botiltak for psykisk helse og Østbyen helsehus, avdeling Leistad som yter tjenester til personer med psykiske lidelser (se kapittel 3.2.1).

Fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern er det to distriktpsikiatriske sentra og et sykehus som har inneliggende pasienter tilhørende Trondheim kommune. Ledelsen og ansatte i nevnte institusjoner samhandler med Trondheim kommune om utskriving av pasienter.

I kvalitative undersøkelser er det ingen mal på hvor mange informanter eller respondenter en studie bør ha. Fordelen med å ha et stort antall informanter er at forankringen i empirien blir bedre og mulige funn bekreftes fra flere informanter. Thagaard (2009) hevder at studier ofte har et metningspunkt, slik at en studie bør ha så mange informanter at ytterligere informanter ikke tilfører studien noe nytt. På den annen side må utvalget ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre en dyptpløyende analyse (Thagaard 2009).

I praksis er det ofte mangel på tid og penger som ofte setter begrensninger for hvor stort antall informanter en studie kan ha (Jacobsen 2005). Dette gjelder også for min studie. Studien har totalt 13 respondenter, 8 fra Trondheim kommune, helse og velferd (6 ledere og 2 fagpersoner) og 5 fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern (3 ledere og 2 fagpersoner). Fordelen med å ha to informantgrupper fra hver organisasjon er at

som gir dybdekunnskap om et avgrenset område, noe som er ønskelig i denne oppgaven. Innenfor den kvalitative metode har jeg valgt å benytte gruppeintervju med homogene respondenter, hvor ledere og fagpersoner utgjør hver sin homogene gruppe i de to organisasjonene. Jeg velger denne metoden, da mitt tema er avgrenset. Jeg ønsker å få frem respondentenes erfaringer i å samhandle med en annen organisasjon. I mange tilfeller vil ikke mennesker tenke særlig nøye igjennom hva som skjer når de er tilstede under en hendelse (Jacobsen 2005). Et gruppeintervju kan være med på å starte en tankeprosess der den enkelte bearbeider sine erfaringer i løpet av intervjuet. Det skjer en fortolkningsutvikling i gruppen, og deltakerne i gruppen hjelper hverandre å forstå noe som har skjedd. Morgan (1993) har påpekt at gruppeintervjuer kanskje ikke er så mye bedre enn individuelle intervjuer når det gjelder å få frem synspunkter. Det som gjør gruppeintervjuene overlegne i forhold til individuelle intervju er at de får frem *hvorfor* mennesker har et spesielt synspunkt. Gjennom samtale med andre i samme situasjon får deltakerne perspektiv på tingene, og de utvikler mening i løpet av selve prosessen (Jacobsen 2005).

Jeg har samtidig benyttet eksterne rapporter, utredninger og evalueringer om tema "samhandling" mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Jeg har også gjennomgått interne dokumenter mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd som er knyttet til samhandling.

I tillegg anvendes statistikk om "utskrivingsklare pasienter" fra dagens modell for samhandling og fra nytt prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus". Jeg ønsker å sammenstille disse for å se om det er forskjeller på "ventetid" for utskrivning og om det er forskjeller på omsorgstjenester før og etter innleggelse i psykisk helsevern.

Overførbarheten av mine resultater er avhengig av om jeg klarer å spesifisere og tydeliggjøre variablene for hva som kan defineres som god samhandling, samt hvor eksplisitt jeg klarer å analysere funnene. For å forstå mer av hva dette begrepet inneholder har jeg valgt å se dette i lys av institusjonell og økonomisk teori. Sentrale begrep innenfor institusjonell teori er makt, kommunikasjon, kultur og legitimitet. Jeg vil også anvende pragmatisk institusjonalisme som er avledet av teori om translasjon.

Et annet sentralt tema handler om hvordan kommunal helsehus kan være en ny arena for kunnskapsutvikling ovenfor utskrivingsklare pasienter og hvilke faktorer som må legges til

3.4.4 Kvalitativ eller kvantitativ metode

Innenfor samfunnsvitenskapen skilles det i hovedsak mellom to hovedformer for metoder; *kvalitative* og *kvantitative*. Den kvalitative metoden kan ses som en reaksjon på anvendelsen av den naturvitenskapelige metoden til å studere sosiale fenomener. Det er et ønske om å få tak i hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten gjennom observasjon – hva de gjør og sier – og la dem snakke med egne ord. Gjennom slike åpne tilnærminger får en frem hvordan mennesker selv konstruerer virkeligheten, samt nyanser som ligger i ulike fortolkninger (Jakobsen 2005).

Kvantitative metoder har som et grunnleggende utgangspunkt at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av metoder og instrumenter som kan gi oss informasjon i form av *tall*. Det klassiske kvantitative måleinstrumentet er spørreskjemaet med faste svaralternativer. Idealet er den naturvitenskapelige forskningen, der tallfesting fører til at fenomener kan studeres nøye og med stor presisjon.

Min problemstilling er formulert ut fra en fortolkningsbasert tilnærming, da jeg skal finne årsaken(e) til at utskrivingsklare pasienter må vente på utskriving og om det er andre måter som eventuelt kan bedre samhandlingen. Jeg vil identifisere om brukermøter inne i sykehus - /DPS bidrar til å avklare pasientens reelle omsorgsbehov og at tildeling av kommunale omsorgstjenester er i samsvar med omsorgsbehovene. Da jeg ønsker å se nærmere på hva som skjer i relasjonen mellom fagpersoner som skal samhandle for å forstå årsaken(e) til fenomenet "utskrivingsklare pasienter" vil jeg anvende kvalitativ metode.

I min forskning er målet å få en dypere forståelse av hva som skjer i prosessen mellom to parter og at dette må forstås ut i fra informantenes ståsted (Merriam, 1998). Styrkene ved å bruke en kvalitativ metode er at forskeren får innblikk i det spesielle ved hver situasjon. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Ordet kvalitativ henviser til kvaliteten, det vil si karaktertrekkene og egenskapene ved fenomenene. Med bakgrunn i min problemstilling og formålet med forskningen har jeg valgt å bruke metoden kvalitativ intervjuundersøkelse. Jeg ønsker at respondentenes stemme skal bli hørt og at jeg som forsker har et reflektert og bevisst forhold til dette ved valg av metode. Derfor ble det viktig for meg å velge en metode som ivaretar respondentenes synspunkter og som kan gi dybdekunnskap om hvorvidt samhandling knyttet til brukermøter inne i sykehus-/DPS kan gi et riktig bilde av pasientenes behov. Styrken ved kvalitativ intervjuundersøkelse er bruken av intervju som hovedkilde til informasjon. Intervju er en egnet metode for innhenting av data

behov for kommunale tjenester etter utskrivning, vil jeg beskrive handlingsmønsteret og prosessen i det konkrete "brukermøtet". Jeg vil samtidig beskrive hvilke oppfatninger aktørene har av egne og andres roller og oppgaver i samhandlingen. Mitt fokus er å finne ut hva som skjer i prosessen med å vurdere omsorgsbehov og hvordan denne observasjonen blir formidlet av sykehusansatte og bearbeidet av kommuneansatte. Jeg velger derfor en induktiv tilnærming.

3.4.2 Holisme eller individualisme

En annen metodisk tilnærming er knyttet til problemet mellom holisme eller individualisme om hvordan sosiale fenomener skal forstås. Enkelte mener at individet er den eneste fornuftige analyseenhet ved å studere deres motiver og atferd. Mens andre mener at en slik individualisme reduserer vår evne til å forstå sosiale fenomener. En individualistisk tilnærming har gitt opphav til to vanlige metodiske undersøkelsesopplegg: 1) kontrollerte eksperimenter 2) store utvalgsundersøkelser.

En holistisk tilnærming innebærer at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenhengen de inngår i. Tilhengere av en slik tilnærming hevder at en må fokusere på hvordan mennesker fungerer og opptrer i ulike sammenhenger.

Da jeg skal studere samhandling mellom to ulike organisasjoner og hva som skjer i møter mellom fagpersoner fra to ulike organisasjoner vil jeg ha en holistisk tilnærming. En slik tilnærming vil kunne avdekke hvordan prosessene er mellom partene og hva partene legger vekt på i brukermøter, slik at utskrivingsklare pasienter faktisk skrives ut fra institusjoner i psykisk helsevern.

3.4.3 Nærhet eller distanse

Et annet metodisk problem er å minimere eller aller helst eliminere forskerens effekt på de som skal studeres. Det må være et skille mellom forsker og det fenomen som undersøkes. Idealet er repliserbarhet, det vil si at en annen forsker gjennomfører et identisk forskningsopplegg også kommer frem til samme resultat (Jacobsen 2005). Noen hevder at forskningen aldri kan bli kvitt såkalte forskningseffekter, det at forskeren påvirker resultatet, da forskeren alltid har en relasjon til forskningsobjektet.

Da jeg har vært sterkt delaktig både i prosessen og planleggingen av et nytt prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus" for personer med psykiske lidelser har jeg nærhet til forskningsobjektet. Jeg må være bevisst denne nærheten og forsøke å opptre på en slik måte at jeg ikke blir styrt av egne forventninger om virkeligheten.

et spesielt tidspunkt. Dette gir et epistemologisk utgangspunkt som sier at det er umulig å tenke seg en objektiv kunnskap om samfunnet.

3.4 Innsamling av data – fremgangsmåte

Slik jeg tidligere har beskrevet skal metode angi hvilken fremgangsmåte som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten. Jeg vil i følgende kapittel redegjøre for valg av metode som jeg mener er best egnet til å gi svar på min problemstilling.

3.4.1 Deduktiv eller induktiv

Det er to sentrale strategier å velge blant: *deduktiv* eller *induktiv*. Tilhengere av en deduktiv strategi hevder at den beste fremgangsmåten er først å skape seg noen forventninger om hvordan virkeligheten ser ut, og dernest gå ut og samle inn empiri for å se om forventningene stemmer overens med virkeligheten. Forventningene dannes her på bakgrunn av tidligere empiriske funn og tidligere teorier. Kritikken mot en slik tilnærming til datainnsamling er at den nødvendigvis vil føre til at forskeren bare leter etter den informasjon han eller hun finner relevant, og som dermed har en tendens til å støtte opp om de forventninger forskeren startet undersøkelsen med. Ved at vi danner oss konkrete forventninger, begrenses informasjonen og det kan resultere i at viktig informasjon blir oversett.

Med en induktiv tilnærming går forskeren motsatt vei, fra empiri til teori. Idealet er forskeren som går ut i virkeligheten med et tilnærmet åpent sinn, samler inn all relevant informasjon og til slutt går i tenkeboksen og systematiserer innsamlede data. Ut fra en slik åpen tilnærming dannes så teoriene. Målet er at ikke noe skal begrense hvilken informasjon den enkelte forsker samler inn (Jacobsen 2005).

Kritikken mot den induktive strategien kom raskt fra dem som mente det var umulig og naivt å tro at mennesker kunne gå ut i virkeligheten med et åpent sinn. Moderne psykologisk forskning på menneskets evne til å samle inn og bearbeide informasjon er relativt entydige i sine funn. De hevder at mennesker ikke har kapasitet til å samle inn all relevant informasjon (Simon, 1945; Schott, 1991).

Min forutforståelse av problemstillingen bygger på eksterne funn, bl.a. fra samhandling omkring utskrivingsklare pasienter i somatiske sykehus (Garåsen, 2008) og hvordan dagens avtale regulerer samhandlingen mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune. Min problemstilling skal søke å finne svar på hva som skjer i samhandlingen mellom disse organisasjonene, dvs. i brukermøter mellom fagpersoner. Da det er fagpersoner fra to ulike organisasjoner som skal vurdere inneliggende pasienters

3.3 Metodisk tilnærming

Før jeg går løs på den praktisk orienterte metoden, vil jeg drøfte begrepene ontologi og epistemologi som vist i kapittel 3.1. Det første begrepet er *ontologi* som er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. En ontologisk debatt er en debatt om hvorvidt sosiale systemer – mennesker som samhandler består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. En vitenskapsteoretisk retning kalt *positivismen*, har som grunnleggende antagelse at det finnes noen generelle lover i sosiale systemer og at positivistene har forsøkt å avdekke disse lovmessighetene. Disse har blitt utfordret fra flere hold og mange hevder at naturvitenskapens ide om generelle lover ikke kan overføres til sosiale systemer, da det å studere mennesker er noe helt annet enn å studere for eksempel atomer og partikler. Poenget med studiet av mennesker; hva de gjør og hva de tenker, i liten grad kan fange opp universelle lover, fordi mennesker lærer, reagerer på ny kunnskap og endrer atferd i motsetning til "døde" ting (naturvitenskap). Kunnskap om mennesker blir dermed mindre generell og mer unik. Det ontologiske utgangspunktet får betydning for min problemstilling og gjennomføring av undersøkelsen med henblikk på en forståelse for det spesielle og unike.

Det andre begrepet er *epistemologi* som sier noe om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten. Den positivistiske retningen hevder at det finnes en objektiv verden utenfor oss selv og at den objektive virkeligheten kan studeres på en objektiv måte. Det kan dessuten opparbeides en kumulativ kunnskap om den objektive verden ved at resultater fra ulike undersøkelser kan kobles sammen. Slik sett kan vi få en bedre oversikt over de lovmessigheter som samfunnet styres av.

Den positivistiske tilnærmingen blir kritisert fra mange hold. I nyere tid har studier av organisasjonskultur vært dominert av forskere med en fortolkningsbasert tilnærming. Fokuset er flyttet fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolker og lager sin egen virkelighet. Det var meningsløst å snakke om en objektiv virkelighet – en sosial virkelighet som var lik for alle og som i praksis betyr at alle mennesker oppfatter et fenomen på samme måte.

I nyere tid har studier av organisasjonskulturer vært dominert av forskere med en fortolkningsbasert tilnærming. Fokuset ble flyttet fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolket og laget mening av en virkelighet. Fokuset ble flyttet fra det objektive til det subjektive. Forskerne la vekt på å forstå den enkeltes situasjon med sine spesielle trekk. Tilhengere av denne retningen var også skeptisk til ideen om at forskningen var kumulativ, da denne bare kunne være lokal og knyttet til et spesielt sted og

også målsetting om arbeidstrening / opplæring, samt kartlegge og øke funksjonsnivået ved observasjon i et lite arbeidsmiljø hvor arbeidsoppgavene er tilrettlagt for hver enkelt.

Nidaros DPS er et nytt distriktpsikiatrisk senter (2009) som består av døgnavdelinger, poliklinikker og psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (PART).

Tiller DPS er et distriktpsikiatrisk senter som består av døgnavdelinger, poliklinikker og et aktivt oppsøkende støtteteam (ACT-team, assertive community team). I tillegg er det et ambulant akutt team som tilbyr samtaler i poliklinikk, hos samarbeidspartnere eller ved hjemmebesøk. Teamet kan følge opp den enkelte pasient i inntil 3 uker. Er det behov for ytterligere behandling, vil pasienten henvises videre i spesialisthelsetjenesten eller følges opp av den kommunale helsetjenesten.

I tabell 3.1 vises Sosial- og helsedirektoratets anbefaling av oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusoppgaver (veileder IS-1388, 2006):

Tabell 3.1 Oppgavefordeling mellom DPS og sykehusoppgaver

DPS har ansvar for:	Sentraliserte sykehusfunksjoner:
<ul style="list-style-type: none"> • Akutt- og krisetjenester • Spesialisert utredning og behandling • Tett samarbeid med kommunene og øvrige spesialisthelsetjeneste • Bistå kommunene med råd og veiledning • Ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten 	<ul style="list-style-type: none"> • Øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenester § 3-1, jf. forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet • Pasienter som trenger opphold i lukket avdeling • Pasienter som trenger opphold i sikkerhetsavdeling • Pasienter med særlig vanskelige og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (komorbiditet), selvskading, tvangs-lidelser, personlighetsforstyrrelser eller andre kompliserte tilstander • Pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander hos eldre • Samarbeid med DPS, øvrige spesialisthelsetjeneste, og kommuner

Psykisk helsevern består av sykehuset avdeling Østmarka - med øyeblikkelig hjelp-funksjon og spesialavdelinger, Regional sikkerhetsavdeling Brøset, tre distriktpsikiatriske sentra (DPS) som betjener hver sin del av Sør-Trøndelag fylke og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Da min oppgave er relatert til samhandling med psykisk helsevern omkring personer over 18 år som er hjemmehørende i Trondheim kommune vil jeg beskrive institusjonene Østmarka sykehus, Nidaros DPS og Tiller DPS. Østmarka sykehus består av 8 poster eller avdelinger.

Akuttpost 1, 2, 3 og 4 ivaretar akutt-/øyeblikkelig hjelp-funksjonen og hver av postene har 10 senger. Postene vil først og fremst behandle den akutte krisetilstand og prøve å kartlegge videre behandlingsbehov. Etter akuttbehandlingen henvises pasientene til egnede behandlingsopplegg ved samarbeidsparter som kommunene, DPS og langtidsposter ved avdelingen. Miljøkontaktene vil sammen med den enkelte pasient og behandler, planlegge behandlingen under oppholdet ved postene. Behandlergruppa består av: overlege (psykiater), leger og psykolog. Sosionom er også tilknyttet postene. Overlegene har det medisinske ansvaret for alle som er innlagt. Avdelingssykepleier er ansvarlig for sykepleietjenesten ved posten.

Spesialpost 3 er en døgnavdeling med 16 plasser for unge nysyke personer med psykoseproblematikk og som kan ha samtidig rusmisbruk. Innleggelsestiden vil være 3 – 9 måneder.

Spesialpost 4 er en korttids rehabiliteringspost med 16 døgnplasser. Det er ansatt en psykolog som leder for spiseforstyrrelsesprosjektet. Før utskriving kan det tilbys dagpasientstatus i ca to uker. Posten kan også tilby kort poliklinisk kontakt i påvente av videre tilbud.

Spesialpost 6 er en aktiv, utviklingsorientert og utadrettet post for utredning og behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, sammensatt problematikk og varig funksjonssvikt. Posten er en lukket sengeavdeling. Under oppholdet vil det etableres samarbeid med DPS og kommunen for å tilrettelegge for videre oppfølging etter utskriving. Behandlingen bygger på medisinsk og miljøterapeutiske prinsipper.

Spesialpost 7 er en rehabiliteringspost med 6 plasser primært rettet mot personer med alvorlig sinnslidelse. I tillegg er det 6 plasser i "Gulhuset" som ligger i en bygning vis a vis sykehuset. "Gulhuset" blir brukt som en overgang for de som er på vei ut i samfunnet, og det skal være en gradvis tilnærming til et selvstendig liv i egen bolig. Hovedmålet er å tilby et stabilt og faglig høyt nivå på behandlingen til mennesker i en fase av livet hvor de trenger støtte og ekstra oppfølging til å takle hverdagen, og å leve med sykdommen. Dette innbefatter læringsfokuserede strategier for å takle livet utenfor en institusjon. Posten har

De to ledernivåene har felles støttefunksjoner som; økonomitjeneste, personaltjeneste, IT-tjeneste, regnskapstjeneste og juridiske tjenester. I tillegg er det en egen kommunikasjonsenhet som bistår lederne med råd og veiledning i forhold til strategiske og utførende oppgaver.

Trondheim kommune har også innført en bestiller – utførermodell (BUM-modell). Helse og velferdstjenesten har opprettet fire helse- og velferdskontor(ett i hver bydel) med ansvar for å vurdere om personen oppfyller kriteriene for å motta hjelp og deretter vurdere hvilke tjenester som brukeren må ha for å kompensere for funksjonstapet. Det fattes deretter et lovfestet enkeltvedtak på retten til nevnte tjenester. Det er fagpersoner ved de fire helse- og velferdskontorene som deltar i brukermøter inne i sykehus-/DPS om utskrivingsklare pasienter, da disse har delegert myndighet til å fatte forvaltningsvedtak om kommunale tjenester (bestiller). Det psykiske helsearbeidet i kommunen utføres av flere enheter.

Enhet for Oppfølgingstjenester tilbyr helse og omsorgstjenester til ca. 1500 registrerte brukere som har rusproblemer og eller psykiske lidelser. Enheten sysselsetter ca 50 årsverk med høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell.

Enhet for Boveiledning gir hjelp og bistand til ca. 200 brukere og sysselsetter ca 40 årsverk. De ansatte har flerfaglig kompetanse som for eksempel omsorgsarbeider, sykepleier eller vernepleier. De jobber i turnus, dvs. på dag-, kveld-, og helgetid.

Enhet for Botiltak, psykisk helse har ca 60 årsverk med flerfaglig kompetanse. De yter tjenester til personer med psykiske lidelser som bor i tilrettelagte kommunale boliger. Disse brukerne har tilgang på helse og omsorgstjenester hele døgnet, 365 dager. Det er 120 brukere som mottar tjenester fra denne enheten.

Østbyen helsehus, avdeling Leistad har ca. 8 årsverk og tilbyr 10-15 etterbehandlingsplasser for inneliggende utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern.

Andre kommunale tjenesteenheter som yter hjelp til personer med psykiske lidelser er; hjemmetjenesten, enhet for kultur, ergoterapi- og fysioterapitjenesten, legevakt og helsehus.

Trondheim kommunes plan for psykisk helse (2007 – 2010) har som mål at antall utskrivingsklare pasienter ikke skal overstige 10 og at ingen skal vente på kommunale tjenester i mer enn 6 uker.

3.2.2 St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern

St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern skal gi befolkningen i hele Sør-Trøndelag psykiatrisk behandling på spesialisthelsetjenestenivå, både for barn og voksen.

høgskoleutdanning. Alle har lang erfaring som ledere eller fagansatte og de har samtidig lang erfaring med å samhandle omkring utskrivingsklare psykiatriske pasienter. Slik samhandling foregår på minst to plan. Det administrative samarbeidet er strukturert i faste månedlige møter mellom divisjonssjefen for psykisk helsevern og kommunaldirektøren for helse og velferd. Samarbeidet mellom fagpersonene er knyttet til brukermøter inne i sykehus-/DPS for å vurdere om pasientene er utskrivingsklar og hvilke kommunale tjenester som må være på plass ved utskriving.

3.2.1 Trondheim kommune

Pr. 1.1.2010 var det registrert 170.936 innbyggere i Norges tredje største by. Trondheim kommune er en meget stor arbeidsplass med ca. 12.500 ansatte og alle byens innbyggere som tjenestemottakere. Det kreves derfor et velsmurt maskineri for å administrere selve organisasjonen Trondheim kommune. Kommunen innførte allerede i 1998 en to-nivå modell med en strategisk ledelse bestående av rådmannen og 6 kommunaldirektører med hvert sitt ansvar innenfor; byutvikling, finans, helse og velferd, kultur og næring, organisasjon og oppvekst og utdanning. Rådmannsinstituttet har egen rådgiverstab med ca 60 rådgivere. Rådgiverne jobber på tvers av alle områdene, men er samtidig inndelt i faggrupper etter fagområdet til den enkelte kommunaldirektør. Rådgiverstaben har ansvar for saksbehandling, utarbeide saksfremlegg for politisk foresatte, tjenesteutvikling og opptre på vegne av rådmannen i ulike saker.

Det andre ledernivået består av ca. 250 enhetsledere. En enhetsleder kan for eksempel ha ansvar for en skole, en barnehage, helse og velferdssenter, hjemmetjenesteenhet, byggesaks kontor eller byplankontor. Enhetsledere har budsjett-, personal- og fagansvar innenfor sin enhet. Da min oppgave er relatert til helse og velferd vil jeg bemerke at kommunaldirektør for helse og velferd har ansvar for 78 enhetsledere og hver leder har ansvar for 30 – 100 årsverk.

Bystyret i Trondheim kommune har vedtatt et mål- og resultatstyringssystem basert på lederavtaler mellom rådmannen og enhetsleder. Rådmannen inngår årlig lederavtale med hver enkelt enhetsleder for å sikre gjennomføring av politiske vedtak. Det er rådgiverstaben, på vegne av kommunaldirektøren, som legger til rette for prosessen med å utvikle og fastsette resultatmålene i lederavtalen, samt vurdere måloppnåelse. Vurdering av individuell måloppnåelse er knyttet til fire områder; budsjett-/regnskap, medarbeidertilfredshet, brukertilfredshet og faglige resultat.

på organisasjonens betydning av "god translatørkompetanse". Med god translatørkompetanse beskrives fire dyder som oversetteren må besitte; *kunnskap, mot, tålmodighet og styrke*.

DEL 3 METODE

3.1 Innledning

Dette kapitlet redegjør for den metodiske tilnærmingen som er valgt og hvilken fremgangsmåte som er benyttet i den empiriske undersøkelsen. Jeg vil innledningsvis omtale det empiriske feltet ved å beskrive de to organisasjonene som jeg har forsket i, Trondheim kommune, helse og velferd og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern.

Da jeg ønsker å skape et godt resultat av mitt forskningsarbeid, må jeg også begrunne mine valg. Jeg ønsker å sikre at datamaterialet som fremskaffes er pålitelig, kunnskapsbasert og at dette gjøres i tråd med anerkjente vitenskapelige metoder.

Metode er en måte å gå frem på for å samle inn empiri, dvs. data om virkeligheten. Metoden blir da et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av den såkalte virkeligheten. Derfor kan vi ofte få en forståelse av at metode er et teknisk hjelpemiddel for å gjennomføre undersøkelser. Det finnes en grunnleggende uenighet om hva virkelighet eller sannhet egentlig er, hvordan vi kan vite noe om denne virkeligheten, og hvordan vi bør samle inn informasjon for å få en best mulig tilnærming til virkeligheten (Jacobsen 2005). I tillegg til metode er det to andre faktorer som kan hjelpe til med å diskutere begrepene; virkelighet, sannhet og kunnskap. Den ene faktoren er *ontologi* som betyr læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. En ontologisk debatt er en debatt om hvorvidt sosiale systemer – mennesker som samhandler består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. Den andre faktoren er *epistemologi* som sier noe om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Jacobsen 2005). I kapittel 3.3 vil jeg redegjøre nærmere om begrepene ontologi og epistemologi.

3.2 Beskrivelse av det empiriske feltet

Undersøkelsen er foretatt blant ledere og ansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og i Trondheim kommune, helse og omsorg. Mitt empiriske felt er innenfor psykisk helsearbeid, eller mer presist i grenseflaten mellom psykiatri og psykisk helsearbeid. Litt forenklet kan en si at "psykiatri" defineres som et fagområde som utøves av spesialisthelsetjenesten, mens "psykisk helsearbeid" utøves av kommunehelsetjenesten. Mine respondenter er ledere med universitets- eller høgskoleutdanning og fagpersonell med

Opstad (2006: 121) beskriver den optimale mengden av velferdsgoder der samfunnets grensenytte er lik grensekostnadene.

2.5 Oppsummering

Kapittel 2 gir et kort overblikk over utviklingen av offentlig sektor de siste 20 årene, for å se på hvilke trekk ved denne utviklingen som har og som har hatt betydning for organisering, ledelse og samhandling. New Public Management (NPM) har blitt en felles betegnelse på de siste 25 års mange forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning. NPM hevdes å være en "familie" av moderniseringsideer for offentlig sektor henter fra privat sektor, der kjernen utgjøres av ideer om profesjonell ledelse, dvs. ledere med ledelseskunnskaper og frihetsgrader til å ta avgjørelser, oppsplitting av virksomheter i flere selvstendige resultatenheter, økt konkurranse, samt bruk av kontrakter som politisk styringsinstrument (Røvik 2007). Som et motsvar på NPM kom utviklingen av "governance". Governance er ikke politisk styring gjennom representative og ansvarlige institusjoner som parlament og byråkrati som ligger i begrepet government, men innovative praksiser av nettverk eller horisontale former for interaksjon. Det har skjedd store endringer innenfor organisasjonstenkning og ledelse gjennom de siste tjue årene. Stadig nye oppskrifter lanseres og oversettes til lokale versjoner i offentlige virksomheter. St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er intet unntak i denne sammenhengen.

Jeg har gjort rede for valg av teori som skal anvendes for å tolke og analysere datamaterialet i min undersøkelse. Videre skal teoriene bidra i drøftingene av funn fra undersøkelsen for å understøtte og utdype argumentasjonen i svarene på forskningsspørsmålene. Jeg vil med andre ord bruke teoriene induktivt som en del av min førforståelse og som et verktøy for å forstå, fortolke og analysere data. For å belyse det første forskningsspørsmålet som omhandler ventetid, samfunnskostnader og hvilke omsorgstjenester pasientene venter på før de kan skrives ut, anvendes i hovedsak institusjonell teori, samt økonomisk teori. For å belyse andre og tredje forskningsspørsmålene som knyttes til grunnlaget for å vurdere pasientenes omsorgsbehov og hvordan observasjonene (brukerdata) formidles i brukermøtet, har jeg valgt å se dette i lys av institusjonell teori, både med vekt på maktperspektiv og translasjonsperspektiv (kunnskapsoverføring). Sentrale begrep innenfor institusjonell teori er makt og legitimitet, kommunikasjon, kultur og translasjon.

Tema i fjerde forskningsspørsmål knyttes til ny modell for samhandling ved bruken av kommunalt helsehus. Jeg vil undersøke om etterbehandling i kommunalt helsehus kan være arena for kunnskapsutvikling og vil analysere empiri ved hjelp av translasjonsteori med vekt

for organisasjonene har eller tar seg. Frihetsgrader knyttes til i hvilken grad nåværende avtale om utskrivingsklare pasienter kan operasjonaliseres og forstås i organisasjonene. Den friheten som fagansvarlige har eller tar i dette arbeidet kan være avgjørende for om en i fellesskap lykkes med å ta ut pasienter etter at behandlingen er avsluttet i sykehus -/DPS. St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd har bestemt å prøve ut en felles ide med kommunalt helsehus for etterbehandling av innlagte psykiatriske pasienter, dvs. en ny modell for samhandling. Toppledelsen i begge organisasjonene har ansvar for at pasientene sikres gode og effektive pasientforløp gjennom samhandling mellom organisasjonene. Samtidig skal ledelsen sørge for at samhandlingen utvikles i riktig retning.

Den nye ideen eller modell for samhandling handler ikke bare om ett fysisk kommunalt helsehus – da ideen må oversettes til mange helse og velferdsenheter i Trondheim kommune og til alle døgnavdelinger i St. Olavs Hospital, psykisk helsevern. Lederen eller prosjektansvarlig for etterbehandlingen i kommunalt helsehus blir derfor en viktig aktør som oversetter. Ideen som beskriver ny samhandlingsmodell kan gå fra å være et fjernt styringsdokument, til å bli en viktig lokal prosedyre for samhandling om utskrivingsklare pasienter. Forskjellen mellom den frihetsgraden oversetteren har og den frihetsgraden oversetteren tar, vil være viktig for ideens form og innvirkning på organisasjonen (Røvik 2007). Det er ikke sagt at oversetteren med hensikt endrer ideene, men at ideen rett og slett er for abstrakt eller kommer fra en kontekst som er svært ulik den konteksten den skal innføres i. Ideen må derfor tolkes og oversettes til den organisasjonen ideen skal innføres til før den resulterer i praksis.

Røvik (2007) peker på at det finnes så vel *gode* som *dårlige* oversettelse og overføring av organisasjonsideer – omtrent som for oversettelse av litterære tekster. Han viser til betydningen av organisasjonens translatørkompetanse og tydeliggjør hva som må inngå i begrepet "god translatørkompetanse" gjennom fire dyder for den dugende idèoversetteren; den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, den modige og kreative translatøren, den tålmodige translatøren og den sterke translatøren.

2.4 Økonomisk teori

Ringstad (2007) beskriver tre hovedoppgaver til den offentlige sektoren; allokeringspolitikk, fordelingspolitikk og stabiliseringspolitikk.

GOSSEN har definert kostnadsteori på følgende måte andre lov: "Nytten av den siste krone skal være lik i alle anvendelser".

påvirkes, når en prøver å overføre disse mellom ulike organisatoriske kontekster. I denne analytiske retningen blir oversetteren svært sentral.

Røvik (2007) hevder at en teori om translasjon av organisasjonsideer må ha tre hovedfokus: på *oversetterne*, dvs. de aktørene som formidler organisasjonsideer mellom kontekster. Han mener at deres "translatørkompetanse" må ta utgangspunkt i fire dyder som består av: den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, den modige og kreative translatøren, den tålmodige translatøren og den sterke translatøren. For det andre er det nødvendig å identifisere *oversettelsesregler* for dekontekstualisering, dvs. regler for hvordan praksiser i bestemte kontekster får idèmessige representasjoner og dels av å identifisere regler for kontekstualisering, dvs. for hvordan ideer blir forsøkt oversatt til praksis i konkrete organisasjoner. Det er regler som fokuserer på i hvilken grad det som overføres, kan bli omformet i spennet mellom kopiering og total omvandling. Det skilles mellom fire grunnleggende oversettelsesregler og som hver representerer ulike grader av omforming av det som søkes overført: kopiering, addering, fratrekking og omvandling.

Det tredje fokuset er knyttet til å identifisere hva oversatte ideer kan "gjøre" med de organisasjoner der de forsøkes adoptert – hvilke virkninger har dette medført i mottakende organisasjoner. I litteraturteori understrekes at den viktigste hensikten med oversettelser er intet mindre – men heller ikke mer – enn å gjøre den fremmede teksten kjent og tilgjengelig på et annet språk. Skoposteorien (Vermeer 1978, Reiss og Vermeer 1984) hevder at den bærende idè er at oversetteren først og fremst skal være forpliktet til å oppnå noen virkninger av sin oversettelse hos de som hører til det kultur- og språkområdet det oversettes til. Det innebærer at det må gjøres oversettelser som tar høyde for at de skal fungere når de er satt inn i en annen språklig og kulturell kontekst. Skoposteorien har derfor relevans til mitt tema og spørsmålet om effekten av oversatte ideer i organisasjoner som adopterer dem. Er det slik at Trondheim kommune, helse og velferd er fornøyd med de rådene som gis av ansatte i psykisk helsevern om pasientenes omsorgsbehov? Er det kopiering av anbefalinger eller blir rådene vurdert og bearbeidet på et selvstendig grunnlag og omvandlet til kommunal praksis eller standard?

Oversetteren

Oversetteren vil være den eller de personene som tar ned ideen og omsetter den til praksis. I min forskning er behandlingsansvarlige i St. Olavs Hospital, psykisk helsevern og fagansatte i helse og velferdskontorene i Trondheim kommune oversetteren, da nevnte aktører er tildelt myndighet til å samhandle om å definere når pasienter er utskrivingsklare og hva som skal til for at de kan utskrives. Et sentralt spørsmål er hvor stor frihet oversetteren eller fagansatte

Da vurderinger av brukernes omsorgsevner og vedtak om kommunale omsorgstjenester foregår i brukermøter inne i sykehus-/DPS vil jeg først anvende begrepet "dekontekstualisering" for å analysere på hvilken måte sykehusansatte "tar ut" sin kunnskap om pasienters omsorgsbehov. Deretter benyttes begrepet "kontekstualisering" for å analysere på hvilken måte kommuneansatte "tar inn" observasjonene eller brukerdata fra sykehusansatte som grunnlag for å fatte forvaltningsvedtak om helse og omsorgstjenester. For å analysere forskningsspørsmål 4, dvs. nytt felles prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus" benyttes både dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosesser, samt betydningen av translatørkompetanse.

Dekontekstualisering, eller uthenting, består av mange og komplekse prosesser som strekker seg ut i tid og rom. Røvik (2007) beskriver dekontekstualiseringsprosesser i to hovedfaser; "løsrivelse" og "pakking". Med løsrivelse menes at en lokalisert, konkret praksis i en organisasjon forsøkes gitt en idèmessig representasjon, mens pakking betegner tilfeller der en organisasjonsidè tas ut av en bestemt kontekst og omformes slik at den fremstår som mindre kontekststøttet og dermed mer overførbart til andre kontekster. Røvik (2007) viser til hvordan en kan anvende oversettelsesregler og vurdere ideens oversettbarhet for å analysere hva som blir med og hva som utelates, når en forsøker å gi en praksis en tydeligere idèmessig og språklig representasjon.

Kontekstualisering er når ideer oversettes til praksis, og det kan brukes til å forstå hvordan kommunalt ansatte oversetter brukerdata som formidles fra sykehusansatte til en kommunal praksis. Er det slik at informasjonen som gis om brukerdata blir tilnærmet kopiert av kommuneansatte eller foregår det en omforming til en kommunal "standard".

Kontekstualisering definerer Røvik som:

"..at ideer, som i varierende grad er representasjoner av praksiser fra bestemte kontekster, forsøkes introdusert i en ny organisatorisk kontekst. Når en idè reiser "inn i" et bestemt felt eller en organisasjon, kommer den vanligvis inn i en kompleks kontekst som består av bl.a fysisk-materielle strukturer, formelle strukturer, rutiner og prosedyrer, samt mer usynlige kulturer, som bl.a formidles gjennom sett av fortellinger" (Røvik, 2007:293).

Dette viser at det er mangfoldige faktorer som kan påvirke den ideen som kommer inn i organisasjonen. Røvik viser til et analytisk skille i måten å forstå hvilke prosesser som ligger bak en ide når den introduseres i en ny organisatorisk kontekst. Dette skillet går mellom generelle innskrivingsregler og spesifikke oversettelses- og omformingsregler. Generelle innskrivingsregler handler om å tolke en ide inn i den lokale kontekstens tid og rom, mens spesifikke oversettelses- og omformingsreglene handler om hvordan innholdet i ideene

Mange sosialkonstruktivister er tvilende til at populære organisasjonsideer faktisk springer ut av særlig effektive praksiser i bestemte organisasjoner, da man heller forklarer at populære ideer ofte har rykte som svært effektive redskaper, som uttrykk for effektiv "storytelling" som ledd i den sosiale autoriseringen av ideen (Huczynski 1993).

Sosialkonstruktivistisk inspirerte resonnementer om hva som skjer når ideer "reiser inn i" (kontekstualisering) er at ideer blir *tatt inn*, men ikke nødvendigvis *tatt i bruk*. Ideene tas inn for å leve opp til normer i omgivelsene om å være forandringsorientert, moderne organisasjon, men holdes avskjermet fra kjernevirksomheten. En unngår at utførelsen av kjernevirksomheten blir rystet og kanskje ødelagt av strømmen av tilfeldige, lettvinde og ofte dårlige ideer fra institusjonelle omgivelser.

Røvik (2007) viser til en tredje vei som han beskriver som *pragmatisk institusjonalisme*.

Pragmatisk institusjonalisme handler om å ta høyde for at den modernistiske og den sosialkonstruktivistiske tradisjonen er for ensidig i sine syn. Den pragmatiske retningen er en teori som tar høyde for empiri og har et blikk for tvetydigheten. Historisk henter denne retningen inspirasjon fra filosofer som Pierce, James og Dewey. Et gjennomgående tema i den filosofiske pragmatismen er forholdet mellom den kunnskapen en utviklet om virkeligheten, og virkeligheten i seg selv. Røvik (2007) utvikler selv to teorier som er inspirert av pragmatismen, virus- og translasjonsteorien. Jeg vil anvende den siste teorien i min oppgave.

Translasjonsteori handler om hva organisasjonen kan gjøre med ideer og anvendes som analytisk tilnærming for bedre å forstå kunnskapsoverføring mellom organisasjoner. Røvik mener at denne teorien er en mer "*helhetlig pragmatisk teori om kunnskapsoverføring, da den både omfatter dekontekstualisering og kontekstualisering*" (Røvik 2007:56). Når Røvik skiller mellom kontekstualisering og dekontekstualisering av organisasjonsideer, er det fordi dette er prosesser som i praksis ofte blir gjennomført av ulike aktørgrupper og ofte også ukoordinert i tid og rom. Overføring omfatter dels dekontekstualisering, dvs at "noe" blir forsøkt tatt ut av en sammenheng, og dels kontekstualisering, dvs, at "noe" blir forsøkt satt inn i en ny sammenheng. Røvik har beskrevet elementer til en mer sammenhengende translasjonsteori om overføring og spredning av organisasjonsideer. Translasjonsteori åpner for innsikten om at det som overføres, er representasjoner og ideer, og slik sett noe langt mer omformbart enn fysiske objekter. I lys av et translasjonsteoretisk perspektiv er det mulig å se at ideer kan overføres mellom organisasjoner og over tid materialiseres, dvs. nedfelles i praksisplanet i adopterende organisasjon.

Legitimitet kan med utgangspunkt i institusjonell teori klassifiseres i fire ulike former (Scott 1995, Suchman 1995) – pragmatisk-, legal-, normativ-, og kognitiv legitimitet.

Disse formene for legitimitet kan påvirke hverandre, og det er viktig å være klar over hvilke former som utfordres i en analyse av en situasjon. Om flere former for legitimitet utfordres på samme tid, vil det ha større konsekvenser. Omdømmebygging er eksempler på hvordan det er viktig å påvirke flere former av legitimiteten (Busch et al 2007). Engelstad (1999) beskriver Webers teori om legitimitet og makt, og hevder at en forutsetning for at store organisasjoner skal fungere, er at makten er legitim. Det innebærer at de som er knyttet til den, oppfatter maktforskjellene som rimelige og velbegrunnede. Det som særpreger den legitime maktens funksjonsmåte, er den aktive viljen til å adlyde blant de underordnede. Det å adlyde blir på sett og vis selvbegrunnende. I dette ligger ikke bare at B gjør som han blir bedt om, men også at den underordnede aktivt forgriper den overordnedes ønsker og søker å tilfredsstille dem før de er uttalt, kanskje til og med før de er klart tenkt. I så måte støter vi her mot en av maktens grenser, da det ikke er sikkert at den underordnede tolker riktig. Tvert om kan han feilvurdere den overordnedes ønsker og på den måten svekke den makten han ville tjene (Engelstad, 1999).

Engelstad (1999) peker videre på at normer inngår i det som danner og påvirker handling, og at aktørers gjensidige forståelse av normer leder til avtaler som binder fremtidige handlinger. Legitimitet hviler altså på en begrunnelse for at handlingen skal underordnes en norm eller regel. Engelstad (1999) mener at legitimitet først og fremst er knyttet til anerkjennelse av konstitutive regler og at legitimitet hviler på rimeligheten i begrunnelsen for en ordning, og at antakelsen om at andre også oppfatter begrunnelsen som rimelig.

2.3.7 Pragmatisk institusjonalisme - translasjonsteori

Røvik (2007) beskriver hvordan organisasjonsideer overføres mellom institusjoner, hvor ideer skal ut av noen organisasjoner og sammenhenger og inn i andre. Han bygger sin teori på en rekke forskningstradisjoner og viser til to paradigmatisk skiller som preger organisasjonsteorien; den *modernistiske* og den *sosialkonstruktivistiske* tilnærmingen. Den modernistiske tilnærmingen handler om at formelle organisasjoner har stor systemlikhet, og videre at det er systemer som er gjennomsyret av rasjonalitet. Kunnskaper og ideer skal og bør derfor i prinsippet kunne overføres mellom slike systemer. Ved hjelp av rasjonelle teknikker (bl.a benchmarking) vil man kunne oppdage "beste praksiser" i bestemte organisasjoner. Da organisasjoner antas å være relativt like og har rasjonelle systemer, vil slike beste praksiser i prinsippet være identifiserbare, uttakbare og overførbare til andre organisasjoner (dekontekstualisering).

- Grunnleggende antakelser representerer en virkelighetskonstruksjon som både påvirker organisasjonsmedlemmenes tolkninger av foreliggende problemer og begrenser deres sett av alternative løsninger.

Kulturens begrensninger ligger ikke i normer og verdier, men i at organisasjonsmedlemmene har en dysfunksjonell tolkning av hvilke utfordringer organisasjonen står ovenfor (Busch 2007).

Schein (1992) definerer også kultur som "et mønster av felles, grunnleggende antakelser som en gruppe er kommet fram til etter hvert som den har løst sine problemer når det gjelder ytre tilpasning og integrering, som har fungert godt nok til å bli betraktet som holdbare, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forbindelse med disse problemene".

Scott (1987) definerer tre forskjellige teoretiske kulturperspektiver som er fremstilt i tabell 2.2 (Schultz 2006):

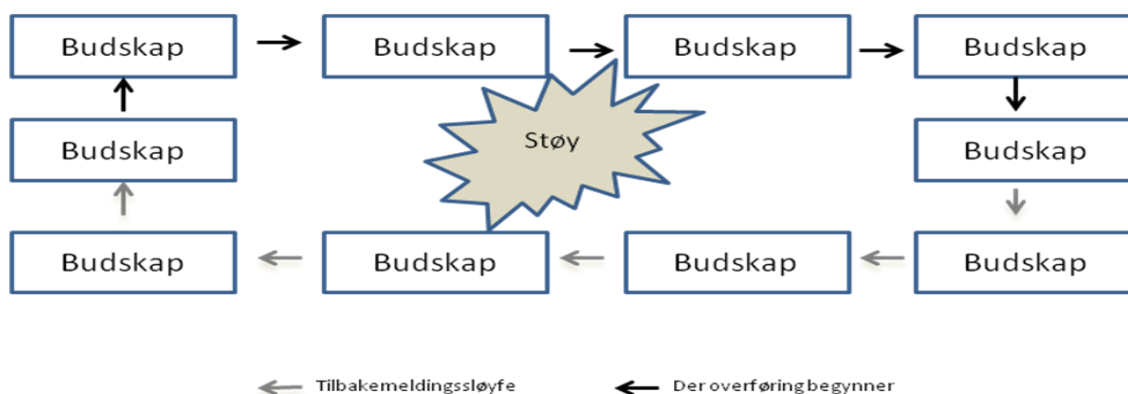
Perspektiv	Organisasjonsforståelse	Organisasjonskultur
1. Rasjonalisme	Organisasjonen er et middel til effektiv måloppfyllelse	Kultur er et redskap til oppnåelse av gitte mål
2. Funksjonalisme	Organisasjonen er et kollektiv, som sørger for overlevelse gjennom ivaretagelse av nødvendige funksjoner	Kultur er et mønster av felles verdier og basale antakelser som ivaretar funksjoner vedrørende ekstern tilpasning og intern integrasjon
3. Symbolisme	Organisasjonen er et menneskelig system som uttrykker komplekse mønstre av symbolske handlinger	Kultur er et mønster av sosialt skapte symboler og meningsdannelse

2.3.6 Legitimitet

Weber (1924) definerer begrepet legitimitet som hvorvidt noe oppfattes som rettslig eller moralsk gyldig, om det kan rettfærdiggjøres og anerkjennes. Suchman (1995) definerer begrepet som en generalisert antakelse om at spesielle handlinger er ønskelige og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner.

foregår tilbakemeldinger og gjensidige tolkninger i et sosialt samspill. Kaufmann & Kaufmann (2009) viser til følgende figur som er basert på informasjonsprosessteori, og som viser en mer utdypet versjon av hva som egentlig foregår i formidlingsprosessen mellom senderen og mottakeren.

Figur 2.1 Kommunikasjonsprosessens komponenter



Et kjernepunkt i kommunikasjon er spørsmålet om vår kapasitet til å omsette informasjon ved formidling av budskap. Særlig vil kognitive prosesser som oppmerksomhet og persepsjon være sentrale i dette samspillet. Kaufmann & Kaufmann (2009) skiller mellom fire hovedkomponenter i kommunikasjonsprosessen (se figur 2.1): Innkoding, kommunikasjonskanalen, avkoding og tilbakemelding. I tillegg til disse fire grunnkomponentene må en alltid regne med fallgruver eller "støy". Språkforskjeller, distraherende elementer, svikt i konsentrasjonsevnen eller at flere personer snakker samtidig er eksempler på "støy".

2.3.5 Kultur

Organisasjonskultur kan betraktes ut fra et funksjonalistisk perspektiv (Schein 1987) som et resultat av organisasjonens tilpasning til sine omgivelser. Det vil utvikles normer, verdier og en virkelighetskonstruksjon som er funksjonell ut fra de krav organisasjonen skal dekke i forhold til alle sine interessenter. Det vil utvikles en felles forståelse av organisasjonens misjon og mål, hvilke midler som skal benyttes for å realisere målene, og hvilke kriterier som skal benyttes for å evaluere resultatene. Organisasjonskulturen inneholder tre elementer som kan begrense organisasjonens evne til å takle endringer (Schein 1987):

- Normer som definerer et handlingsrom som setter begrensninger for hvilke aktiviteter organisasjonsmedlemmene kan gjennomføre
- Verdier gir et sett med grunnleggende kriterier som alle handlinger veies mot. Aktiviteter som bryter med disse verdiene, vil ikke bli akseptert i organisasjonen.

2.3.2 Makt

Engelstad (1999) viser til Webers definisjon av makt: Makt er "ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand" (Weber 1971: 53). Robert Dahls definisjon 35 år senere er i samme ånd: "A har makt over B i den grad A kan få B til å gjøre noe som B ellers ikke ville gjort" (Dahl 1957). Rundt 1980 ga Michel Foucault denne karakteristikken: "Maktutøvelse... er en måte som visse handlinger påvirker andre handlinger på" (Foucault 1983: 219). Engelstad (1999) hevder at disse definisjonene inneholder mer eller mindre klart spesifisert følgende tre dimensjoner; makt som noe som er intensjonalt, relasjonelt eller kausalt. Han mener at disse elementene er bare delvis overlappende, slik at det er *kombinasjonen av alle tre* som utgjør det "sterke" maktbegrepet.

Bolman og Deal (2007) skiller mellom åtte typer maktkilder; posisjonsmakt, argumentasjonsmakt, kontroll over belønninger, makt gjennom tvangsmidler, allianser og nettverk, tilgang til og kontroll over agendaen, makt over fortolkningsrammer og personlig makt.

2.3.4 Kommunikasjon

I avtalen mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er det lagt til grunn at samhandlingen skal skje gjennom dialog. En dialog er ofte en løpende meningsutveksling for å skape forståelse og å utjevne motsetninger. Jeg vil derfor undersøke forhold som kan påvirke dialogen og hvorvidt dialogen kan gi en felles forståelse av problemstillingen. Da dialog handler om kommunikasjon vil jeg anvende teori som er knyttet til kommunikasjonsprosessen. Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare* og betyr å meddele", "melde", "gjøre felles", "stå i forbindelse med" eller "underrette om". En enkel definisjon er å si at *kommunikasjon* er "overføring eller utveksling av informasjon gjennom et felles symbolsystem". Mer presist kan det sies at kommunikasjon er "prosessen der en person eller organisasjon (sender) overfører en type informasjon (budskap) til en annen person, gruppe eller organisasjon (mottaker), og der mottaker(ne) får en viss forståelse av budskapet". I denne definisjonen inngår tanken om at det både dreier seg om overføring av informasjon og overføring av mening (Kaufmann G., Kaufmann A. 2009).

Det finnes ingen overordnet kommunikasjonsteori, men en rekke forskjellige innfallsvinkler til det sammensatte fenomenet som kommunikasjon er (Kaufmann G., Kaufmann A. 2009). Jeg har tatt utgangspunkt i den mest anvendte modellen av kommunikasjonsprosessen som kalles den *informasjonsteoretiske modell* (Kaufmann G., Kaufmann A 2009).

Kommunikasjonsprosessen dreier seg mer om en toveisprosess enn en enveisprosess, og det

og krefter, har nyinstitusjonalister de siste 30 årene i sterkere grad fokusert på institusjoner som styrende ideer eller regler (Busch et al 2007). Lübcke (1994) mener at en institusjon betyr den form, eller den måte, et samfunn har valgt å organisere eller innrette et system av regler for menneskelige handlinger. Det betyr at en institusjon er et relativt vedvarende sosialt byggverk, som sikrer en viss overensstemmelse mellom de ulike individenes handlinger. På denne måten kan institusjoner betraktes som et regelsystem som muliggjør sosial interaksjon mellom menneskene.

Utvikling av institusjonell teori kan forstås som en reaksjon mot for ensidig vektlegging av rasjonalitet og instrumentalitet i samfunnsvitenskapelig forskning og i det praktiske arbeidet med å endre organisasjoner (Busch et al 2007). Den institusjonelle tenkningen åpner for psykologiske og politiske aspekter ved organisasjoners funksjon, og den kan være et alternativ til kostnad-nytte-tenkning i nyklassisk økonomisk teori.

Scott (1995) summerer opp elementer fra ulike institusjonelle teoretikere og viser til at institusjoner består av kognitive, normative og regulative strukturer og handlinger som skaper stabilitet og gir mening til sosial atferd. Institusjoner overføres ved hjelp av ulike bærere, som kultur, struktur og rutiner.

I tabell 1 viser Scott (1995) hvordan de regulative, normative og kognitive institusjoner, eller institusjonelle pilarer, påvirker aktørenes atferd.

Tabell 2.1 De tre institusjonelle pilarer

	Regulerende	Normative	Kognitive
<i>Grunnlag for innordning</i>	Hensiktsmessighet	Sosial forpliktelse	Tatt for gitt
<i>Mekanisme</i>	Tvang	Normativ	Mimetisk
<i>Logikk</i>	Instrumentell	Hensiktsmessig	Vane
<i>Indikatorer</i>	Regler, lover, sanksjoner	Sertifisering, Akkreditering	Utbredelse Isomorfisme
<i>Basis for legitimitet</i>	Sanksjonert gjennom lov	Moralsk styrt	Kulturell støtte, begrepsmessig korrekt

utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Avtalen forplikter partene til å delta i brukermøter inne i sykehus-/DPS for å avklare om pasienten er utskrivingsklar og i så fall hvilke omsorgstjenester som må være på plass ved utskriving.

Det første forskningsspørsmålet skal gi svar på hvor lenge pasientene må vente på kommunale tjenester etter at behandlingen er avsluttet i sykehus-/DPS og hvilke samfunnskostnader dette har. Det skal også gi svar på hvilke tjenester kommunale helse og omsorgstjenester pasientene venter på. Jeg vil innhente data fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og fra Trondheim kommune, helse og velferd. For å analysere empiri vil jeg i hovedsak benytte institusjonell teori, men også noe økonomisk teori.

Sentrale tema i andre og tredje forskningsspørsmålene handler om å forstå begrunnelsen for partenes vurderinger av omsorgstjenester. Jeg ønsker derfor å ha en åpen og bred tilnærming til denne problemstillingen og vil derfor analysere empiri ved hjelp av to teoretiske tilnærminger: 1) *Institusjonell teori med vekt på makt* 2) *pragmatisk institusjonalisme med vekt på kunnskapsoverføring* (translasjonsteori).

Tema i fjerde forskningsspørsmål knyttes til ny modell for samhandling ved bruken av kommunalt helsehus. Jeg vil undersøke om etterbehandling i kommunalt helsehus kan være arena for kunnskapsutvikling og vil analysere empiri ved hjelp av pragmatisk institusjonalisme med vekt på translasjonsteori og betydningen av å ha en "god" oversetter ved kommunalt helsehus.

Innenfor translasjonsteori legges det stor vekt på å identifisere aktørene som skal oversette ideene og deres kunnskap. Oversetterne eller translatørene defineres i min oppgave til deltakere i brukermøter for de to samhandlende organisasjonene St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd, samt lederen eller prosjektlederen som er ansvarlig for nytt felles prosjekt; etterbehandling i kommunalt helsehus (Leistad).

2.3.1 Institusjonell teori

Institusjonell teori (Busch et al 2007) strekker seg tilbake til sosiologer som Max Weber og Émilie Durkheim, og institusjonell analyse fikk et gjennombrudd med Philip Selznick (1948, 1957). Selznick så at det var nødvendig med en grundigere forståelse av årsaken til at både organisasjoner og medarbeidere ofte agerer på måter som ikke er hensiktsmessige eller formålstjenlige i forhold til uttalte målsettinger. Han fant ut at organisasjoner blir formet av krefter som ligger utenfor virksomhetens vedtatte strukturer og mål. I motsetning til klassisk institusjonell teori, hvor institusjoner forstås som et nesten naturlig produkt av sosiale behov

valgfrihet. Staten har i løpet av de siste årene sørget for at brukerne har fått rettighetsfestet mange helse og velferdstjenester. En slik lovfestet rett til tjenester er med på å skape forventninger til offentlig tjenesteproduksjon. Dette utfordrer både politikere og administrasjoner til å tenke nytt og annerledes for bl.a. å tette forventningsgapet. Tradisjonelle oppfatninger om at offentlig sektor er tungdrevet og byråkratisk, preger fortsatt en stor del av befolkningen.

Da min problemstilling er knyttet til samhandling mellom psykisk helsevern og kommuner, vil jeg peke på at psykisk helsearbeid har fått stor oppmerksomhet de siste årene gjennom den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Helseforetak og kommuner har mottatt milliarder for å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser. Det har skjedd betydelig strukturelle endringer fra institusjonsomsorg til poliklinisk behandling, hvor langt flere pasienter behandles i eget hjem fremfor i institusjon. Norges forskningsråd har gjennomført evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse(98-08). Planen var at midler til brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste skulle økes reelt med 6,1 mrd. kroner (2008-kroner). Planens økonomiske forutsetninger ble fullført i 2008. Bakgrunnen for satsningen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. Evalueringen viser til at det er etablert en ny lokalbasert tjeneste gjennom kraftig satsing i kommunene og etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) over hele landet. Det er fortsatt brist i samhandlingen i helsevesenet og regjeringen presenterte ny Samhandlingsreform (2009) som peker på flere årsaker. En viktig årsak er at det mangler *et helhetlig perspektiv* på hvordan tjenestene skal organiseres. Stykkevis og delt er en karakteristikk som pasienter som trenger hjelp fra flere instanser og fagfolk, kan kjenne igjen. Mange må ordne opp selv for å få noe til å skje – og ofte klarer de ikke dette på egen hånd og gir opp. Resultatet er ofte at sykdom får utvikle seg. Målet med samhandlingsreformen og forslagene i meldingen er at brukerne skal få helhetlige tjenester som er godt koordinert uansett hvor i behandlingsapparatet de søker hjelp.

Det har også skjedd store endringer innenfor organisasjonstenkning og ledelse gjennom de siste tjue årene. Stadig nye oppskrifter lanseres og oversettes til lokale versjoner i offentlige virksomheter. St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er intet unntak i denne sammenhengen.

2.3 Samhandlingsperspektiv

Partene (St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd) benytter avtale som verktøy for å regulere måten samhandlingen skal foregå omkring

gode samarbeidsrelasjoner, for å utvikle kompetanse og for å kunne vurdere ressursbruk i forhold til oppgaver som skal løses.

Som et motsvar på NPM ble "governance" utviklet. Governance er ikke politisk styring gjennom representative og ansvarlige institusjoner som parlament og byråkrati som ligger i begrepet government, men innovative praksiser av nettverk eller horisontale former for interaksjon. Modernisering, globalisering og privatisering er hver for seg en del av utviklingen av governance. Endringer som har skjedd over tid i samfunnet og i staten, har skapt nye sosiale betingelser for hvordan offentlig forvaltning kan fungere og ledes. Governance skal fange bevegelsen fra et fokus på formelle politiske og administrative institusjoner, til fokus på samspill mellom forskjellige offentlige og private aktører og mellom forskjellige former for kommunikative systemer som for eksempel økonomi, politikk, vitenskap og massemedia. Slike samspill vil danne grupper av nettverk. Mange governance-teoretikere betrakter nå nettverk i et nytt lys. Tidligere betraktet teoretikerne nettverk ut fra et vilkårperspektiv, men disse blir nå sett på som et verktøyperspektiv. Dette perspektivet kan ses på som en tredje styreform, som kan tas i bruk, når byråkrati og marked kommer til kort. De er ikke bedre enn verken byråkrati eller marked. De har andre karakteristika og passer til politikkområder i visse tilfeller (Jensen og Sørensen 2004). Governance-teoriene er en heterogen samling av teorier. Teoriene er i hovedtrekk enige om å betrakte nettverk som; *selvorganiserende, løst koblete, interorganisatoriske interaksjonsenheter, som holdes sammen av tilstedeværelsen av gjensidig avhengighet og tillit, og treffer beslutninger på basis av forhandlinger* (Jensen og Sørensen 2004).

Janet Newman (2001) beskriver tre former for governance. Den første handler om ledelse gjennom nettverk som alternativ til hierarki og marked, den andre handler om fokus på utviklingen av samarbeidsledelse, en form for ledelse som gjenoppretter forholdet mellom stat, samfunn og innbyggere. Den tredje formen er å gjenskape medborgerskap. Dette er basert på at innbyggerne selv får økt makt og autonomi. Newman hevder at nye lederregimer krever et nytt sett av kommunikative ferdigheter som ledere og profesjonelle må lære seg. Dette er ferdigheter om ledelse, nettverksbygging, om å lage interaksjoner og forene forskjellighet. Disse ferdighetene er mer rasjonelle og prosessorienterte enn tradisjonelle lederferdigheter og er også avhengig av tillitskapende relasjoner (Newman 2001).

Dagens offentlige sektor har i seg både markedstenkning, nettverkstenkning og tradisjonelt hierarki. Samtidig kan vi se konturene av et sterkere innslag av individualisme hos borgerne gjennom at de stiller større krav til tilrettelagte tjenester, innsyn i politiske beslutninger, og

teoriene induktivt som en del av min førforståelse og som et verktøy for å forstå, fortolke og analysere data. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 3. I valg av teoretisk tilnærming har jeg også utelatt mange relevante teorier. Det betyr at mitt teorivalg vil ha konsekvenser for analysen og for resultatene i neste omgang.

Med utgangspunkt i mine fire forskningsspørsmål har jeg vurdert hvilke teorier som kan brukes for å belyse disse. For å besvare spørsmålet om ventetid, samfunnskostnader og hvilke omsorgstjenester pasientene venter på, vil jeg innhente pasientstatistikk og analysere et utvalg.

Jeg starter med å vise et kort overblikk over utviklingen av offentlig sektor de siste 20 årene, for å se på hvilke trekk ved denne utviklingen som har og som har hatt betydning for organisering, ledelse og samhandling.

2.2 Utviklingstrekk i offentlig sektor

I løpet av de siste tjue årene har regjeringene i Skandinavia eksperimentert med organisering, produksjon, og levering av offentlige tjenester. Tidligere verdier forankret i offentlig administrasjon, blant annet det å tjene offentlige interesser, er blitt konfrontert med markedsstyring og markedsliknende organisasjons- og styringsprinsipper.

Modernisering av offentlig sektor med reformer i offentlig administrasjon og ledelse får gjerne samlebetegnelsen New Public Management (NPM), og fremstår som alternativ til tradisjonell offentlig administrasjon og ledelse (Busch et al 2007). NPM har blitt en felles betegnelse på de siste 25 års mange forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning. NPM hevdes å være en "familie" av moderniseringsideer for offentlig sektor henter fra privat sektor, der kjernen utgjøres av ideer om profesjonell ledelse, dvs. ledere med ledelseskunnskaper og frihetsgrader til å ta avgjørelser, oppsplitting av virksomheter i flere selvstendige resultatenheter, økt konkurranse, samt bruk av kontrakter som politisk styringsinstrument (Røvik 2007).

Med utgangspunkt i NPM og fokus på tjenestekvalitet, bestemte politisk myndighet i Trondheim kommune å opprette resultatenheter og innføre et mål- og resultatstyringssystem ved bruk av lederavtaler mellom rådmannen og enhetsledere (1998). Lederavtaler er ikke en juridisk avtale, men kan heller betraktes som en intern kontrakt mellom partene. Interne kontrakter finnes på ulike nivå; mellom leder og ansatt og mellom enheter (Busch et al 2007). Styringsformen brukes gjerne for å kunne iverksette og implementere politisk vedtatte mål og strategier for tjenesteproduksjonen, for å etablere

Det fjerde forskningsspørsmålet har følgende formulering:

4. Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?

Høsten 2009 igangsatte St. Olavs Hospital og Trondheim kommune et nytt felles prosjekt; "etterbehandling" i kommunalt helsehus. Prosjektet finansieres i hovedsak med statlige midler og er et praktisk tiltak i tråd med nasjonale føringer i den nye Samhandlingsreformen (2009). Det er et nytt tiltak som ikke har vært prøvd ut tidligere i Norge. Bakgrunnen for spørsmålet er å få informasjon om forhold som har betydning for at partene kan lykkes med bruken av kommunalt helsehus som ny arena for kunnskapsutvikling. Hypotesen er: Når kommunalt ansatte foretar observasjoner av pasienten, vil det tildeles individuelle og skreddersydde omsorgstjenester på bakgrunn av pasientens reelle omsorgsbehov, da kommunalt ansatte har kunnskap om hele spekteret av kommunale omsorgstjenester. I tillegg er det kommunen som skal finansiere omsorgstilbudet og det er dermed viktig at ressursene tildeles ut i fra reelle behov og at tiltakene blir kostnadseffektive. Jeg mener derfor at sjansen det vil være stor sannsynlighet for at pasientene blir raskere utskrevet sammenlignet med dagens praksis.

Respondentene er kjent med at partene i fellesskap har etablert et kommunalt helsehus for etterbehandling av innlagte pasienter i psykisk helsevern.

DEL 2 TEORI

2.1 Innledning

Dette kapitlet redegjør for hvilke teorier jeg vil anvende for å tolke og analysere data-materialet i undersøkelsen. Teori kan defineres som en forenklet modell av virkeligheten, en modell som kan være til hjelp for å se og forstå komplekse sammenhenger. Det er viktig å være seg bevisst når teori skal velges, da valg av teori får konsekvenser for hvordan jeg vil tolke og analysere datagrunnlaget. Slik sett får teorien stor betydning for hvilke resultater eller konklusjoner som kan trekkes av undersøkelsen. Derfor må valg av teori kobles tett mot og påvirkes av den problemformuleringen og de forskningsspørsmålene jeg har valgt. Jeg har valgt å trekke fram relevant teori som et redskap eller et verktøy til bruk for både å belyse forskningsspørsmål og til å avgrense analysen. Dette skal forsøke å sette undersøkelsen inn i en kontekst og bidra til retning på spørsmål og fokus i intervjuene. Videre skal teoriene bidra i drøftingene av funn fra undersøkelsen for å understøtte og utdype argumentasjonen i svarene på forskningsspørsmålene. Jeg vil med andre ord bruke

Det andre forskningsspørsmålet har jeg formulert slik:

2. *På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?*

Bakgrunn for spørsmålet er en hypotese om at fagansatte (partene) har ulik forståelse av ansvarsforhold, oppgaver og roller i "brukermøtet" om pasientenes behov. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk og psykisk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten har fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. Ulikheter i målforståelse kan bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger den enkelte part vektlegger.

Overlegene i sykehus har det medisinske ansvaret for pasientens behandling og har tradisjonelt vært suverene i å utøve makt – makt i den forstand å beslutte når behandlingen skal avsluttes, mens kommunes ansatte er tildelt ansvaret for å fatte forvaltningsvedtak på kommunale helse og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalen definerer at det skal foretas felles vurdering fra ansatte i psykisk helsevern og kommunen om hvilke forhold som skal være oppfylt, før pasienten defineres som utskrivingsklar.

Det tredje forskningsspørsmålet har jeg uttrykt slik:

3. *På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse i en kommunal kontekst?*

Pasienter som defineres som "utskrivingsklare" har oftest en alvorlig psykisk lidelse og et langvarig behandlingsforløp. Pasientene har som regel behov for gjentatte sykehus-/DPS - innleggelser og de blir derfor godt kjent av ansatte i psykisk helsevern. Samtidig har også disse pasientene kommunale helse og omsorgstjenester, når de ikke er innlagt i psykisk helsevern. Slik sett har kommuneansatte god oversikt og kjennskap til pasientenes omsorgsbehov og omsorgstjenester før de ble innlagt til behandling i psykisk helsevern. Kommuneansatte skal derfor vurdere endringer i pasientens omsorgsbehov på bakgrunn av sykehusansattes observasjoner av pasienten. Denne vurderingen foregår i brukermøter inne i sykehus-/DPS. Min hypotese er at kommuneansatte ikke har muligheter for å observere pasientenes omsorgsbehov på et selvstendig grunnlag inne i sykehus/DPS og at de derfor blir avhengig av å fatte forvaltningsvedtak på kommunale helse og omsorgstjenester på grunnlag av sykehusansattes observasjoner.

kan kommunalt ansatte på et selvstendig grunnlag, kartlegge pasienters behov for kommunale tjenester, basert på møter eller observasjoner inne i sykehus-/DPS?

Høsten 2009 etablerte St. Olavs Hospital og Trondheim kommune et felles prosjekt; "etterbehandling i kommunalt helsehus for inneliggende pasienter i psykisk helsevern". Det ble utarbeidet omforente kriterier for overføring av pasienter. Målet med tiltaket er å undersøke om kommunens ansatte kan slutføre den psykiatriske etterbehandlingen og samtidig foreta kartlegging av pasientens antatte omsorgsbehov ved utskriving, slik at pasienten kan tilbakeføres raskt til egen bolig. Etterbehandling i kommunalt helsehus har en varighet på inntil fire uker. Jeg vil undersøke hvilke faktorer som bør vektlegges i samhandlingen mellom partene for at prosjektet om etterbehandling i helsehus skal lykkes. På bakgrunn av empiri og teori vil jeg forsøke å finne svar på disse spørsmålene. På denne bakgrunn er følgende hovedproblemstilling definert:

Hva er årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskriving og hva kan gjøres?

For å svare på problemstillingen har jeg utarbeidet fire forskningsspørsmål, hvor det første er formulert slik:

1. *Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Hvilke tjenester venter de på?*

Det foreligger offentlig statistikk som viser antall utskrivingsklare pasienter i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Det foreligger ingen offentlig statistikk med en samlet oversikt over hvor lenge utskrivingsklare pasienter må vente i sykehus-/DPS på kommunale omsorgstjenester og heller ikke hvilke omsorgstjenester de venter på. I løpet av de siste 10 årene har kommunene fått øremerkede statlige psykiatrimidler (statlig Opptappingsplan for psykisk helse 1998-2008) for å bygge ut det psykiske helsetilbudet. Trondheim kommunes psykiatritilskudd for 2009 var på ca. 110 mill kroner. For disse midlene har Trondheim kommune bl.a. etablert ca. 120 tilrettelagte boliger for personer med psykiske lidelser. I disse boligene (botiltak) har personene tilgang på omsorgstjenester hele døgnet og alle dager i året. Erfaringer viser at pasienter som er tildelt bolig og tjenester (botiltak), etter flere års behandling i psykisk helsevern, fungerer bra i disse boligene. På bakgrunn av nevnte erfaringer, er min hypotese at fagpersonell ønsker å tilby pasienter med alvorlige psykiske lidelser et optimalt tilbud og at de er kjent med effekten av omsorgstilbudene i tilrettelagte boliger. De vil derfor anbefale tilsvarende omsorgstilbud ovenfor andre pasienter.

Hvorfor må utskrivingsklare pasienter vente på å bli skrevet ut?

Hvilke tjenester er det de venter på?

Hva skal til for at samhandlingen mellom sykehus og kommuner skal bli bedre?

Temaet som jeg har valgt har en bred tilnærming. Temaet kan omhandle endringer i sykehusbehandlinger med færre liggedøgn etter medisinske utredninger og behandlinger, manglende ressurser i kommunene, mangelfull kompetanse i kommunene for å ta imot alvorlig syke pasienter, overordnede avtaler er ikke tilstrekkelig implementert i "praktiske handlinger" og manglende forståelse for hvem som skal definere pasientenes hjelpebehov etter utskriving.

Problemet med utskrivingsklare pasienter som jeg har beskrevet er et stort tema. Til tross for at partene som skal samhandle har innført avtaler og utarbeidet praktiske retningslinjer for inn- og utskriving av utskrivingsklare pasienter og etablert regelmessige kontaktmøter både på administrativt og faglig nivå er problemet ikke løst.

For at temaet skal være håndterbart, har jeg valgt å avgrense oppgaven til samhandlingen om utskrivingsklare pasienter mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd. Jeg vil først undersøke omfanget av problemet, dvs. hvor lenge pasientene må vente i sykehus-/DPS og hvilke omsorgstjenester de venter på. Deretter vil jeg forsøke å finne svar på hva som kan være årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskriving til Trondheim kommune. Dagens samarbeidsavtale forplikter partene å delta i brukermøter inne i sykehus-/DPS for å avklare om pasienten er utskrivingsklar og hvilke kommunale omsorgstjenester som må være til stede ved utskriving. Det er partenes fagpersoner som er representert i disse brukermøtene. Jeg ønsker å undersøke på hvilket grunnlag sykehusansatte foretar vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte brukedata formidles til kommuneansatte. Samtidig vil jeg undersøke på hvilken måte kommuneansatte håndterer den informasjonen som gis (brukerdata om omsorgsbehov) av sykehusansatte. Dersom partene har ulik forståelse for pasienters behov ønsker jeg samtidig å finne ut hva som kan ligge til grunn for denne forståelsen.

Er det slik at sykehusansatte mener at pasientene må ha høyere kommunalt omsorgsnivå enn det pasientene nødvendigvis trenger, på grunn av manglende kunnskap om kommunale tjenester eller fordi de selv ikke har ansvar for å betale for kommunale tjenester? Hvordan

kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

En av flere utfordringer i samhandlingen mellom psykisk helsevern og kommunene i dag er å finne frem til gode tiltak som gjør at pasienter som er ferdig behandlet i psykiatrisk sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter(DPS) kan skrives ut umiddelbart. Samhandlingsreformen peker blant annet på behovet for å tydeliggjøre en klarere pasientrolle. Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenestene er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt av de enkelte delene av tjenestene. Det pekes på betydningen av å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (St. meld. nr 47).

Spørsmål som knyttes til samhandling omkring utskrivingsklare pasienter har opptatt meg i mange år. Som rådgiver i Trondheim kommune, rådmannens fagstab, har en av oppgavene vært å finne frem til gode samhandlingstiltak for å løse problemet med utskrivingsklare pasienter. Jeg deltok i utarbeidelsen av den første avtalen mellom Regionsykehuset i Trondheim (St. Olavs Hospital) og Trondheim kommune omkring utskrivingsklare somatiske pasienter(1992), hvor begrepet "en utskrivingsklar pasient" ble definert. Denne avtalen ble senere benyttet som mal for nasjonale avtaler mellom helseforetak og kommuner om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare somatiske pasienter.

Oppmerksomheten på utskrivingsklare pasienter har i hovedsak vært rettet inn mot *somatiske* sykehus. En mulig årsak kan være at det er innført betalingsplikt for kommuner som har utskrivingsklare pasienter i sykehus. Det er imidlertid utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern som legger beslag på langt flere liggedøgn enn somatiske utskrivingsklare pasienter.

Jeg mener det er en uverdigg situasjon for pasienter som må oppholde seg i sykehus etter at behandlingen er ferdig. Samtidig er det sløsing med offentlige ressurser, dersom pasienter blir værende på sykehus fremfor å bli utskrevet til kommunal omsorg og sannsynligvis til en langt lavere kostnad. De viktigste spørsmålene som opptar meg er derfor:

Figur 1 viser at det i perioden 2006 -2008 var ca 30 pasienter som til en hver tid var definert som utskrivingsklar med tilhørighet i Trondheim kommune.

1.5 Begrunnelse for valg av problemstilling

En gjennomgang av tidligere reformer og strategier for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten viser at det fortsatt er brist i mange vekslinger omkring pasienter som trenger kommunale tjenester etter sykehusbehandling. Nasjonale rammeavtaler som skal sikre god samhandling mellom helseforetak og kommuner er sannsynligvis ikke alene tilstrekkelig som verktøy. Det er selvfølgelig helt urealistisk å forvente at etablering av et overordnet avtaleverk skulle løse praktiske samarbeidsproblemer på tjenestenivå i løpet av den korte tiden de har eksistert. Det er en stor utfordring å bygge opp en samhandlingskultur, da en må anta at det er ulike kulturer og forventninger til samarbeidet i helseforetak og i kommunene.

Gjeldende lovbestemmelser har ikke bidratt til å fremme samhandling i tilstrekkelig grad i og med at det er konstatert at manglende samhandling er et problem i dag. Hvis man skal bruke lovgivning som styringsvirkemiddel på en effektiv måte, er det behov for kunnskap om hvilke betingelser som må være oppfylt for at de ønskede virkninger skal oppnås. Det er for liten tradisjon for å evaluere lovgivning og dermed vanskelig å finne systematisk underbygget kunnskap om i hvilke tilfeller lov fungerer godt som styringsvirkemiddel innenfor de ulike samfunnsområdene (St. meld. nr. 47).

Erfaringer med de reglene som pålegger samhandling viser at lovpålegg i seg selv ikke har vært et tilstrekkelig tiltak for å få til bedre samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet. Dette tilsier at normative virkemidler mest sannsynlig må suppleres med andre systemtiltak, som organisering av effektive samhandlingsarenaer og finansieringstiltak, som gjør samhandling til økonomisk rasjonell atferd.

Dersom lovgivning brukes ukritisk for å oppnå ønskede målsettinger og det viser seg etterpå at reglene ikke får den tilsiktede effekten, kan det føre til at respekten for lovgivning som styringsform innenfor helse- og omsorgssektoren blir mindre.

En hypotese på mangelfull samhandling kan være at partene har ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker

1.4 Manglende samhandling – noen nasjonale konsekvenser

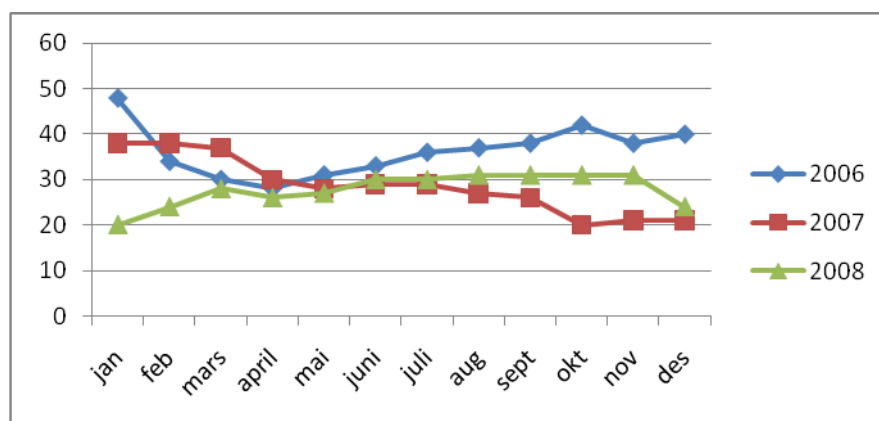
Konsekvenser for manglende samhandling mellom helseforetak og kommuner kan føre til at utskrivningsklare pasienter både i somatiske og psykiatriske sykehus blir liggende i sykehus i mange uker og måneder etter at behandlingen er avsluttet. Analyser basert på pasientdata for somatisk virksomhet i 1. og 2. tertial 2008 tilsier at omfanget av utskrivningsklare pasienter tilsvarer 19 000 opphold og omlag 145 000 liggedøgn. Tilsvarende gir en kartlegging foretatt høsten 2008 blant landets regionale helseforetak et anslag på 150 000 somatiske liggedøgn. Legedekning i sykehjem, dekningsgraden av institusjoner, boliger for eldre over 80 år og sykehusenes lokalisering påvirker liggetiden i sykehus. Omfanget av liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er størst ved mindre lokalsykehus, og størst i byer over 100 000. Det er imidlertid store variasjoner mellom sykehusene. Tilsvarende viser estimerte tall fra SINTEF at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare. Basert på regnskapsdata fra helseforetak og sykehus i 2007 var det inntektsført om lag 40 mill. kroner for utskrivningsklare pasienter.

1.4.1 Manglende samhandling – noen lokale konsekvenser

Til tross for samarbeidsavtale om utskrivningsklare pasienter mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er problemet ikke løst. I løpet av de siste årene har antall utskrivningsklare *somatiske* pasienter blitt redusert fra mellom 20 -30 til 10-15 daglige pasienter. I denne perioden er det iverksatt en rekke tiltak for å bedre samhandlingen. Opprettelse av en intermedieæravdeling på Sjøbstad sykehjem er ett av flere tiltak som har bidratt til å redusere problemet med utskrivningsklare *somatiske* pasienter (Garåsen 2008).

Antall utskrivningsklare pasienter i *psykisk helsevern* har variert fra 50 til 20, men har de siste årene ligget på et gjennomsnitt på ca 30. I figur 1 vises oversikt over antall utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern i 2006, 2007 og 2008.

Figur 1 viser antall utskrivningsklare pasienter i 2006, 2007 og 2008 i Trondheim kommune.



Vurderinger av samarbeid og samarbeidsrelasjoner:

- Det er svært stor enighet både blant representanter for helseforetak og kommuner at samarbeidet er høyt forankret på ledernivå i hhv. helseforetakene og kommunene
- Helseforetakene er i hovedsak "delvis enig" i at det er god forankring og involvering av fagnivået i samarbeidet. Spredningen er noe større blant kommunene, men også 53 prosent av dem sa seg delvis enig
- Representantene for helseforetakene er mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid enn det kommunene er. Omtrent en tredjedel av kommunene er delvis eller helt uenig i dette
- Nesten halvparten av kommunene er helt eller delvis uenig i at det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetak og kommuner. 63 prosent av helseforetakenes representanter var helt enig i at det er en slik kompetanseutveksling
- Over 90 prosent av helseforetakenes representanter var helt eller delvis enig i at helseforetakene involverer kommunene i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene. Halvparten av kommunene var mer eller mindre enig i dette
- 54 prosent av kommunene er delvis eller helt uenig i at "kommunen blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet".

Utfordringer i arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

I undersøkelsen redegjør informantene i kommunene og helseforetakene for hva de mente var de viktigste utfordringene i arbeidet med å forbedre samspillet mellom sykehus og kommune i denne sammenhengen. Spørsmålet var formulert helt åpent: "Mener du det foreligger noen viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling mellom kommunene og helseforetaket? Hvis ja, kan du kort beskrive dette?" Blant de tema som ble berørt finner vi:

- Likeverdighet mellom samarbeidspartnerne. (Hyppigst nevnte problem: 1 av fem svargivere)
- Økonomiske forhold
- Systemproblemer: Organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandling
- Implementering av avtalenes intensjoner på tjenestenivå
- Problemstillinger knyttet til samhandling ved utskrivninger av pasienter som trenger kommunal omsorg
- Forslag til bedre rutiner ved utskrivninger av omsorgstrengene eldre
- Praktiske problemstillinger i samhandlingen innen ulike områder for eksempel rehabilitering, rus psykiatri
- Behov for å utvikle kompetanse i den kommunale omsorgstjenesten
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten for å forbedre kompetansesituasjonen i kommunal omsorgstjeneste
- Behov for elektroniske samhandlingsverktøy

1.3 Hvordan fungerer nasjonale strategier for samhandling?

Den nasjonale strategien for samhandling er i hovedsak knyttet til bruken av nasjonale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner som verktøy for å bedre samhandlingen.

SINTEF Helse (2008) utarbeidet rapport om status for implementeringen av den nasjonale samhandlingsstrategien i forhold til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, og oppfølgingen av disse. Rapporten inneholder både en kartlegging av status i forhold til avtaleverket og samarbeidsfora, men også partenes vurderinger av hvorvidt viktige kriterier for godt strategisk samarbeid er til stede.

Rapporten oppsummerer følgende hovedfunn:

- Alle helseforetak med eget opptaksområde har samarbeidsavtaler
- Avtalene dekker både somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Rusfeltet er i noe mindre grad dekket av avtalene
- De fleste helseforetak har formaliserte rutiner for utskriving av pasienter (fra spesialisthelsetjenesten) innen somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Det er videre svært vanlig at de som har rutiner for utskriving også har rutiner for ansvarsfordeling ved innskriving av pasienter til spesialisthelsetjenesten
- Svært mange av foretaksområdene har avtaler som innbefatter ordninger knyttet til hospitering, håndtering av avvik fra rutiner og rutiner for ansvar ved utarbeidelse av individuell plan. Av de aktivitetene vi spurte om, er det rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning som i minst grad er formalisert
- Omtrent halvparten av foretaksområdene har ansatt en prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samhandlingsavtalene
- Det er en klar utvikling i retning av at man utarbeider egne samarbeidsavtaler som legger rammen for samarbeidet og skisserer fora for samarbeid på leder/systemnivå. Det er da vanlig å utarbeide formaliserte rutiner for samarbeid på tjeneste/individnivå i tillegg til en overordnet samarbeidsavtale. I en del områder reguleres både samarbeid på overordnet nivå og på tjenestenivå i samme avtale. Bare i to helseforetaksområder er samarbeidsfora ikke skissert i avtaleverket.
- Ifølge svar fra helseforetakene er alle kommunene representert i samarbeidsfora med helseforetakene i 15 av 24 foretaksområder
- 91 prosent av kommunene som er med i samarbeidsfora mener det avholdes regelmessige møter
- De fleste helseforetakene angir at det er etablert rutiner for evaluering av avtaler og de fleste svarer også at avtalene er evaluert og at evalueringen har medført endringer
- Over halvparten (56 prosent) av kommunene som svarte på undersøkelsen mener det er behov for mer formalisert samarbeid

1.2.4 Samhandlingsreform

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2009) rett behandling – på rett sted – til rett tid peker på flere årsaker til mangelfull samhandling. En viktig årsak er at det mangler et *helhetlig perspektiv* på hvordan tjenestene skal organiseres. Stykkevis og delt er en karakteristikk som pasienter som trenger hjelp fra flere instanser og fagfolk, kan kjenne igjen. Mange må ordne opp selv for å få noe til å skje – og ofte klarer de ikke dette på egen hånd og gir opp. Resultatet er ofte at sykdom får utvikle seg. Målet med samhandlingsreformen og forslagene i meldingen er at brukerne skal få helhetlige tjenester som er godt koordinert uansett hvor i behandlingsapparatet de søker hjelp. Reformen peker samtidig på de økonomiske utfordringene som helse- og omsorgssektoren står overfor og vil derfor legge vekt på tiltak som viser seg kostnadseffektive.

1.2.5 Andre reformer

Andre reformer som har betydning for samhandling er stortingsmelding nr. 25 i 2006, Stortingsproposisjon nr 1 (2006-2007)- Nasjonal Helseplan (2007- 2010), samt flere rapporter om temaet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, Agenda 2007).

1.2.6 Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene er ikke regulert i en egen lov. Det er heller ingen systematisk samling av bestemmelser om samhandling i tjenestelovene for kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller omsorgstjenesten. En kan derfor få inntrykk av at lovgivning ikke er tatt i bruk som nasjonalt styringsvirkemiddel for å fremme samhandling innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Det finnes imidlertid en del enkeltstående bestemmelser om plikt til samhandling i de ulike tjenestelovene. For eksempel inneholder mange av lovene bestemmelser om individuell plan for visse grupper tjenestemottakere. Andre eksempler er spesialisthelsetjenestens bestemmelser om pasientansvarlig lege og om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. I kommunehelsetjenesteloven er kommunehelsetjenesten generelt pålagt å samarbeide for å yte enhetlige helsetjenester og spesielt pålagt å samarbeide med sosialtjenesten.

Sykehusene kan i dag kreve inn døgntakst fra kommunene for utskrivningsklare pasienter. Betalingsplikten inntreffer tiende dag etter at en pasient er definert som utskrivningsklar. Departementet har vurdert å la forskriften gjelde også for pasienter innen psykiatrien, men foreslår å avvente til opptrappingsplanen for psykisk helse er fullført, de mener kommunene da vil være bedre rustet til å ta imot denne pasientgruppen.

1.2.2 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005) anses samhandling for å være en grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenesten.

Det er etablert en rekke ordninger for å understøtte samhandling på tvers av enheter og nivåer. Eksempler på dette er samarbeidsavtaler, samarbeidsfora, legenes praksiskonsulentordning, ambulante team, IT-basert kommunikasjon og systematisk arbeid med gjennomgående pasientforløp.

Eksempler på organisatoriske endringer som fremmer samhandling kan være utvikling av lokalsykehusfunksjoner, desentralisering av spesialisthelsetjenester, samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, fellesarenaer for fagfolk med beslektede fagområder (eldrepoliklinikk med psykogeriatrer, geriater, mfl.) og hospiteringsordninger.

Lov- og forskriftsfestede ordninger som skal bidra til å ivareta helhet og sammenheng i tilbudet til den enkelte pasient er for eksempel fastlege, pasientansvarlig lege, pasientjournal med behandlingsplan, henvisning og epikrise samt individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det stilles særskilt krav til planlegging og samarbeid om brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

1.2.3 Nasjonal rammeavtale

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes sentralforbund (KS) ble i 2007 enige om en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og bidra til bedre samhandling om brukere og pasienter som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. I nasjonal veileder for inngåelse av lokale avtaler framheves at avtalene bør konkretisere samarbeidsfora, hvem som skal delta i slike, hvilke oppgaver og myndighet ulike fora har. Det er også anbefalt at man fastsetter møtehyppighet. Følgende kriterier for god samhandling er framhevet i nasjonal rammeavtale:

- Tett dialog og regelmessige møter
- Kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeidet
- Planlegging av helhetlige behandlings- og omsorgskjeder
- Forankring på høyt ledernivå – både i kommunene og helseforetakene
- Forankring og involvering også på fagnivå, ikke minst blant linjeledere på mellomnivå
- Gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene

Tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne er blant annet å styrke lege-tjenestens rolle, slik at fastlegenes ansvar blir tydeligere og mer forpliktende. Det foreslås videre at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Det bør både være avtaler som regulerer hvordan partene skal forholde seg på overordnet nivå, samt avtaler som regulerer spesifikke områder for samarbeid. Det er hensiktsmessig at partene selv finner ut hvordan avtalen skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling. Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Utvalget foreslår at avtalen skal vedtas av kommunestyret og foretaksstyret. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år.

Det foreslås videre at kommuner og foretak samarbeider for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene, inklusive opptreningsinstitusjonen og oppretter én klar adresse for henvendelser mellom tjenesteyterne om samhandlingsbehov.

Helhetlige pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsskjeden. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste.

Utvalget mener at det er en betydelig ubalanse mellom den betydning samhandling har for realisering av helsepolitiske mål og den vekt som akademiske institusjoner og de faglige organisasjonene legger på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og opplæring på området. Det er behov for mer forskning på de behandlingsområdene som er samhandlingsskrevende, rus, psykisk helsevern etc. Det er også behov for forskning på metoder for samhandling. Det er for lite kunnskap om hva som er virksom samhandling, og hvordan den kan bli mer effektiv og nyttig. Utvalget foreslår at det prioriteres ressurser til forskning rettet mot dette.

Når det gjelder *helsesektorens rammebetingelser* foreslås ingen nye store reformer, men det pekes på behovet for justeringer og mindre endringer i dagens hovedmodeller. Utvalget mener det er verdifullt å forsøke nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger som bedre kan understøtte samhandling.

Det er en stor oppgave å dekke alle disse samhandlingsutfordringene med presis analyse og forslag til tiltak. Det finnes sjelden ett enkelt svar på så vidt kompliserte problemstillinger.

- c) Eventuell funksjonssvikt utløst av de tilstander som førte til innleggelse skal være tilfredsstillende utredet og behandlet
- d) Eventuell behandling skal være initiert, og behandlingen skal kunne videreføres av primærhelsetjenesten
- e) Det skal være søkt om/skaffet til veie hjelpemidler som er nødvendig for at pasienten skal kunne utskrives fra sykehuset
- f) På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskriving. Begge parter har ansvar for at kompetanse er bygd opp innen denne dato. Pasienten betraktes som utskrivingsklar fra denne dato

Før en pasient kan defineres som utskrivingsklar til kommunehelsetjenesten, må alle momenter iht. definisjonen være innfridd. På utskrivningstidspunktet må det foreligge et relevant tilbud i kommunen. Pasienter skal ikke defineres som utskrivingsklar til kommunehelsetjenesten før de er i stand til å bli utskrevet.

1.2 Hva vet vi om tidligere reformer for å bedre samhandlingen

En gjennomgang av reformer fra de siste fem årene viser at nasjonale helsemyndigheter har vært opptatt av å bedre samhandlingen mellom statlige helseforetak og kommuner for at pasientene skal få helhetlige og koordinerte tjenester. Jeg vil gjennomgå sentrale reformer og lovgiving som har størst relevans for min masteroppgave.

1.2.1 "Fra stykkevis til helt"

NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" foreslår tiltak som oppsummeres i tre hovedområder: tiltak som styrker pasientperspektivet, tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser.

Pasientperspektivet innebærer en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Også tilretteleggere og planleggere av helsetjenestene på ulike nivå må arbeide med dette som utgangspunkt. tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, er det nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. Målet er å utvikle tjenester og tilbud som er tilpasset brukergruppens behov. I spesialisthelsetjenesten reguleres dette i helseforetaksloven § 35. Med utgangspunkt i disse bestemmelsene er det etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven.

hvordan nasjonale strategier for samhandling fungerer. Jeg viser samtidig til noen konsekvenser ved manglende samhandling både nasjonalt og lokalt. Jeg vil til slutt i kapitlet begrunne mitt valg av problemstilling og viser til fire forskningsspørsmål som kan hjelpe meg til å gi svar på denne.

1.1.1 Definisjoner; samhandling – en utskrivingsklar pasient

Helsetjenesten i Norge er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. De statlige foretakene har ansvar for blant annet sykehus og distriktpsikiatriske sentra (DPS), mens kommunene har ansvar for pleie og omsorgstjenester. Eksempler på pleie- og omsorgstjenester er hjemmesykepleie, sykehjem, helsehus og andre boformer med døgntjenester, ergo – og fysioterapitjeneste og psykiske helsetjenester. Innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatoriske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer som NAV (ny arbeids og velferdsforvaltning) som organiserer trygdekontor, arbeidskontor og sosialtjeneste. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må *samhandle* med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

Samhandling

Samhandling benyttes om koordinasjon og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen, og hvor koordinasjon og gjennomføring av aktivitetene derfor må finne sted i forhandlinger mellom aktørene. Samhandling er som regel ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel. Når jeg bruker begrepet *samhandling* i min oppgave er det knyttet til prosessen i møter mellom fagansatte i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd. Det vil si spesifikke møter inne i sykehus-/DPS som skal avklare om inneliggende pasienter er utskrivingsklare og hvilke omsorgstjenester som må være på plass ved utskrivning. I st.meld. nr 47 (2008-2009) defineres "samhandling" som: "uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte".

En utskrivingsklar pasient

I avtalen mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd, gjengis følgende definisjon av en utskrivingsklar pasient:

- a) Behandlingsansvarlig lege avgjør når pasienten ikke lengre har behov for utredning og behandling i sykehus
- b) Pasienten skal være tilfredsstillende utredet og behandlet både for de tilstander som førte til innleggelse og eventuelle komplikasjoner til disse

virkemidlene er å sørge for bedre samhandling mellom ulike deltjenester i sykehus og i kommunehelsetjenesten og ikke minst mellom to forvaltningsnivå.

Gjennom de siste årene har samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fått økt prioritet. Med utgangspunkt i dokumentasjon og analyser av lite fungerende samhandlingskjeder og dårlige rammebetingelser for god samhandling, ble temaet etter hvert løftet opp på den nasjonale helsepolitiske dagsorden i Norge. Problemer knyttet til samhandling rundt utskrivninger av omsorgstrengende pasienter fra sykehus har tradisjonelt vært ett viktig konfliktområde i samspillet mellom sykehus og kommuner. Kortere liggetider og raskere utskrivninger stiller store krav til kommunenes evne til å reagere rask når sykehuset melder om pasienter som trenger omsorg etter utskrivningen.

Brist i samhandlingen mellom nivåene kan være årsak til at pasienter blir værende i sykehus etter at behandlingen er sluttført. Til tross for at helseforetak og kommuner har samarbeidsavtale som regulerer partenes ansvar og rolle om blant annet utskrivningsklare pasienter i sykehus, er problemet ikke løst. Begrepet "utskrivningsklar" beskriver døgninnlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten og hvor den medisinske behandlingen i sykehus eller distriktpsikiatriske senter er ferdig, slik at pasienten kan utskrives. Estimerte tall for 2007 fra SINTEF viser at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare. SINTEFs pasienttelling fra 2003 innen psykisk helsevern viste at 50 pst. av de innlagte på akuttavdeling burde hatt tiltak i distriktpsikiatriske sentere (DPS) eller på kommunalt nivå. Om lag 40 pst. av de døgninnlagte på DPS burde primært hatt et kommunalt tilbud.

I løpet av de siste årene har det i gjennomsnitt vært ca 30 utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern som til en hver tid har ventet på omsorgstilbud fra Trondheim kommune. Jeg ønsker derfor å finne ut hva årsaken(e) kan være til at utskrivningsklare pasienter som har avsluttet den psykiatriske behandlingen må vente på kommunale helse og omsorgstjenester før de kan skrives ut. Hva er det som gjør at dagens strategier for samhandling ikke fører frem og hvilke andre modeller bør i så fall utprøves?

Jeg har avgrenset min oppgave til å studere samhandling mellom St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd omkring utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern.

For å svare på disse spørsmålene vil jeg først beskrive og definere begrepene "samhandling" og "en utskrivningsklar pasient". På bakgrunn av litteraturbeskrivelser gis en kort gjennomgang av de siste års reformer som peker på tiltak for å bedre samhandlingen og

idealer. Gutter doper seg i helsestudio, jenter utvikler spiseforstyrrelser - anorexi og bulemi - lidelser som før var sjeldne. Kulturen endres - rammene for våre liv skifter - det psykiatriske sykdomspanoramaet forandres. Samfunnet er blitt mer komplisert, de psykiske lidelsene likeså. Flere har flere typer psykiske lidelser samtidig og flere utløsende årsaker på en gang. Barn og eldre rammes sterkere. Og siden det blir flere eldre, blir det flere psykisk syke eldre.

”Holdningsrevolusjonen” har gjort det lettere å være psykiatrisk pasient - men kanskje også lettere å bli pasient? Hindrene for å få hjelp er blitt lavere, men terskelen for å søke hjelp er nok også lavere.

I et større perspektiv, er mye utrettet i psykiatrien. Det har vært en omfattende utbygging helt siden 1850. Historien er lang, satsingene mange. I St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet er det foretatt evaluering av satsingen som fant sted i handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse 1990-1995. Evaluering av denne satsingen viste at det fortsatt var en utilfredsstillende situasjon. For å rette opp denne svikten ble det derfor vedtatt egen Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006(08).

Norges forskningsråd har gjennomført evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse(98-08). Planen var at midler til brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste skulle økes reelt med 6,1 mrd. kroner (2008-kroner). Planens økonomiske forutsetninger ble fullført i 2008. Bakgrunnen for satsningen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. De overordnede målsettingene var et verdig tjenestetilbud preget av: Brukerperspektiv, mestringperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. Evalueringen viser til at det er etablert en ny lokalbasert tjeneste gjennom kraftig satsing i kommunene og etablering av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) over hele landet.

Med konstant ressursbruk av helsetjenester per innbygger i de enkelte aldersklassene kan offentlige utgifter til helsesektoren øke fra 10 pst. av BNP for Fastlands-Norge i 2005 til om lag 14½ pst. i 2060. Ved en videreføring av tidligere mønstre, der blant annet utviklingen av nye behandlingsformer har bidratt til økt bruk av ressurser i helsesektoren, kan veksten bli enda sterkere. Utviklingen i retning av nye og bedre behandlingsformer vil trolig vedvare. På den annen side kan et bedre helsetilbud og lengre levealder bety bedre helsetilstand. Dette kan dempe veksten i ressursbruken på det enkelte alderstrinn. I tillegg kan mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren gi rom for å få mer igjen for de midlene som settes inn. Ett av

DEL 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

1.1 Innledning

De siste 50 årene har det funnet sted en storstilt utbygging av offentlige velferdsordninger. Disse ordningene omfatter finansiering og produksjon av tjenester innen blant annet utdanning, helse og omsorg og et overføringsystem som sikrer den enkelte inntekt i alderdommen og ved sykdom, uførhet eller arbeidsledighet. En gunstig alderssammensetning i befolkningen og sterk vekst i kvinners yrkesdeltakelse har medvirket til at utbyggingen av velferdsordningene har latt seg gjennomføre uten for store utfordringer for offentlige finanser. De offentlige utgiftene har likevel økt som andel av verdiskapingen, fra et nivå tilsvarende 25 pst. av BNP for Fastlands-Norge i 1960 til 51 pst. i 2007 (St.meld.nr.9 – Perspektivmeldingen 2009).

Med gradvis oppgang i levealderen vil det etter hvert bli langt flere personer som mottar aldersrelaterte stønader. Også ressursbruken i helse- og omsorgssektoren vil øke kraftig framover som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning. I tillegg kan etterspørselen etter tjenester fra disse sektorene øke som følge av den generelle velstandsøkningen, slik vi har sett gjennom de siste tiårene. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen.

Parallelt med den sterke velstandsveksten gjennom forrige århundre fant det sted en merkbar forbedring i befolkningens helsetilstand. På begynnelsen av 1900-tallet døde hvert tiende barn i løpet av første leveår, sammenliknet med ett av 320 i dag. En nyfødt gutt kunne gjennomsnittlig forvente å leve i 55 år, en jente i 58 år. I dag er forventet levealder for nyfødte gutter og jenter henholdsvis 78 og 83 år. Forbedringen i helsetilstanden har sammenheng med bedre bo- og sanitærforhold, mer omfattende utdanning, bedret kunnskap og forbedringer av det fysiske miljøet. Samtidig ble legetettheten nidoblet fra 1900 til 2005, og introduksjon av vaksiner, antibiotika og andre medikamenter, samt forbedret medisinsk utstyr, har ført til at befolkningen har fått et stadig bedre behandlingstilbud. En økende andel av befolkningen drar nytte av det medisinske behandlingstilbudet, og gevinstene av behandlingen i form av forlenget levetid, bedret funksjonsevne og livskvalitet er blitt større. Samtidig har pleie- og omsorgstjenestene blitt kraftig bygget ut.

Til tross for at de aller fleste lever godt i Norge, sammenliknet med tidligere tider og andre deler av verden, ser vi en økning av psykiske lidelser som; depresjon, angst og nevroser. Rusmiddelproblemene - alkoholisme, narkomani og vold ser også ut til å øke. Stress og psykosomatiske sykdommer får større omfang. Ungdommer piner seg mot uoppnåelige

Personen(e) som skal ha faglig ansvar for etterbehandlingen i kommunalt helsehus bør ha kunnskap både om organisasjonen "kommunalt helsehus" og Trondheim kommune, helse og velferd, dvs. kunnskap om forhold både ved dekontekstualiserings- og kontekstualiseringsprosessene.

Ledelsen i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd anbefales følgende:

- ✚ Avvikle brukermøter inne i sykehus-/DPS som arena for å vurdere omsorgstjenester etter utskriving.
- ✚ Videreutvikle Leistad helshus som forum for kunnskapsutvikling - kartlegge omsorgsbehov ved utskriving.
- ✚ Sørge for at leder-/fagansvarlig ved Leistad helsehus gis kompetanse som en dugende oversetter.
- ✚ Prosjekt: "etterbehandling i kommunalt helsehus" bør evalueres med bakgrunn i vitenskapelig metode. Evalueringen må inneholde indikatorer som sammenligner pasientdata, brukertilfredshet og samfunnskostnader med dagens modell for samhandling.

Jeg har valgt en kvalitativ metode, hvor empiri er hentet inn ved intervju av ledere og fagpersoner fra St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helse og Trondheim kommune, helse og velferd. I tillegg er det innhentet data fra andre undersøkelser. Jeg har valgt to teoretiske tilnærminger; institusjonell teori med perspektiv på makt og translasjonsteori med vekt på kunnskapsoverføring.

Funn i studien viser at 26 utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern måtte vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på tjenester fra Trondheim kommune etter at behandlingen var avsluttet. Disse pasientene utgjorde en samlet sykehuskostnad på 40,3 millioner kroner, men samfunnskostnadene er sannsynligvis høyere.

Analysen ved institusjonell teori med vekt på maktperspektivet viser at det er betydelig forskjell i omfanget av tildelte omsorgstjenester *før* og *etter* innleggelse i spesialisthelsetjenesten. En gjennomgang av 6 utskrivingsklare pasienter viser at sykehusansatte mener at disse trenger ny bolig med tilgang på tjenester hele døgnet, til tross for at alle hadde egen bolig før innleggelse og hjelp en gang per uke. Funn viser at kommuneansatte kopierer bestillingen i stedet for å vurdere alternative omsorgstjenester. Sykehusansattes grunnlag for å vurdere omsorgsbehov og bestilling av omsorgstjenester kan forklares ut fra deres emosjonelle egenskaper som påvirkes av pasientenes normer og verdier, og at de har makt i kraft av faglig ekspertise. Fagpersoner i Trondheim kommune kopierer bestillinger på bakgrunn av spesialisthelsetjenestens posisjonsmakt og det kan synes som kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon i stedet for å utøve den tildelte makten.

Analysen ved translasjonsteori med vekt på dekontekstualisering kan forklare grunnlaget for sykehusansattes vurderinger av behovet for omsorgstjenester med uklarerheter i "årsak-virknings-relasjonen" i forhold til innleggelser. Motivet for bestillingen er intendert og kan relateres til en bevisst og rasjonell handling. Translasjonsteori med vekt på kontekstualisering viser at kommuneansatte kopierer bestillingen, fordi pasientdata er lett å kopiere. Bestillingen er detaljert og dermed i mindre grad omformbar.

Funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives innen fire uker til egen bolig med omtrentlig samme nivå på omsorgstjenester som før innleggelse. Disse funnene kan forklares i lys av translasjonsteori, da det er kommunens ansatte som både vurderer pasientens omsorgsevner og tildeler individuelle omsorgstjenester. Etterbehandling i helsehus gir en betydelig kostnadseffektivitet sammenlignet med dagens modell ved færre "unødvendige" oppholdsdøgn i sykehus-/DPS og reduserte kostnader til omsorgstjenester.

SAMMENDRAG

De siste 50 årene har det funnet sted en storstilt utbygging av offentlige velferdsordninger i Norge. Med gradvis oppgang i levealderen vil det etter hvert bli langt flere personer som mottar aldersrelaterte stønader og samtidig vil ressursbruken i helse- og omsorgssektoren øke kraftig som følge av endringer i befolkningens alderssammensetning. Etterspørselen etter tjenester vil sannsynligvis også øke som følge av den generelle velstandsøkningen. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen. Ett av virkemidlene for mer effektiv bruk av ressursene i helse-sektoren er å sørge for bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Oppgavens problemstilling handler om samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, og er avgrenset til utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Litteraturstudier viser at ca. 4 -500 000 oppholdsdøgn(2008) innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare. De siste års helsereformer peker fortsatt på behovet for bedre og tettere samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Statlige myndigheter har pålagt partene å inngå avtale som regulerer samarbeid om utskrivingsklare pasienter. Avtalen er evaluert av Sintef Helse og denne peker på flere utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling, bl.a. likeverdighet, økonomiske forhold og systemproblemer. En undersøkelse fra OECD-land (2009) viser at Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggelsesrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet.

Utskrivingsklare pasienter er et omfattende problem, både for pasientene og for partene som skal samhandle om å effektivisere helsesektoren. Jeg har formulert min problemstilling på følgende måte:

HVA ER ÅRSAKER TIL AT UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENTE PÅ UTSKRIVING, OG HVA KAN GJØRES?

For å svare på problemstillingen er det formulert fire forskningsspørsmål:

1. *Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Hvilke tjenester venter de på?*
2. *På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?*
3. *På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse til en kommunal kontekst?*
4. *Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?*

which both evaluate the patients care capabilities and assigning individual care services. Care in the community nursing home (Leistad) provides a significant cost-effectiveness compared to the current model with fewer “unnecessary” stays in hospital-/DPS and reduced costs of care. The person(s) who have professional responsibility for the treatment of community nursing home (Leistad) should have knowledge about both the organization “the community nursing home” and Trondheim, health and welfare, ie, knowledge about matters both decontextualization and contextualization processes.

The management of St. Olavs Hospital, Mental Health Division and the City of Trondheim, Health and Welfare recommended the following:

- ✚ Terminate meetings between professionals and patients in the hospital -/ District Psychiatric Centres 's (DPS) as an arena for assessing care after discharge.
- ✚ Developing community nursing home (Leistad) as a forum for knowledge - identify care needs at discharge.
- ✚ Ensure that the head of Leistad nursing home are given skills as a good translator.
- ✚ Project: “Treatment in a community based nursing home” should be evaluated using scientifically methods.

3. *In what way will use of data on care quality assured by the community employees and how do this transform to a community context?*
4. *How can community nursing home be a new arena for knowledge?*

I have chosen a qualitative method, in which empirical data are collected by interviews of managers and professionals from St. Olav's Hospital, Mental Health Division and the City of Trondheim, health and welfare, and additional data from other surveys. I have chosen two theoretical approaches, institutional theory perspective on power and translational theory with emphasis on transfer of knowledge.

Findings of the study show that 26 discharge ready patients in mental health services had to wait an average of 10.6 months after completion of their treatment before receiving any health care services from the City of Trondheim. The total hospital cost accounted for 40.3 million NOK and the social cost are probably higher. The analysis of institutional theory with emphasis on the power of perspective show that there is a significant difference in the extent of allocated care services before and after admission to specialist health services. A review of 6 discharge ready patients showed that hospital staff believed the patients needed new homes with access to services at all times, even though everyone had their own home prior to admission and assistance once a week. Findings show that community employees copy the order instead of considering alternative care services. Hospital employees' basis for assessing the need of care and the order of care can be explained by their emotional characteristics that are influenced by patients' norms and values, and that they have the power by high merit of professional expertise. Professionals in the City of Trondheim reproduce orders on the basis of specialist health service's position of power. It appears that there is applied a use of collaborative strategy to maintain good relationship on behalf of exercising the assigned authority. By using the analysis of translational theory emphasizing decontextualization it may be possible to explain the foundation for hospital employees' assessments of the need of care with the uncertainty of the "cause-effect relationship" in relation to admission. The motive for the order's purpose can be related to a deliberate and rational action. Translational theory with emphasis on contextualization shows that community employees copy the order, because patient data is easy to copy. The order is detailed and thus less conformable.

Findings from treatment in community nursing home (Leistad), show that patients are discharged within four weeks to their own home and with approximately the same level of care as before hospitalization. This can be explained by the use of community employees

ABSTRACT

In the last 50 years there has been a gradual, sustained development of public welfare schemes in Norway. The ongoing increase in age could lead to a growth in public expenditures on pensions and health. Thus the use of health care resources, such as nursing and other health care services are estimated to be higher than growth in production. Demands for services are also likely to augment as a result of the general increase in prosperity. Norway is facing significant challenges in financing the production of public services and one of the instruments for more efficient use of assets in the health sector is to ensure better coordination between hospitals and community health services.

This study's main focus is the relations between secondary level (general hospitals and specialist care) and primary level (community level), and is limited to the discharge of patients in mental health care. Studies show that patients in the mental health care system have 4- 500 000 days in hospital (2008) in Norway before they are classified as discharge ready. Health reforms in recent years are still pointing to the need for a better and closer interaction between management levels in health services. State authorities have ordered the parties to enter into an agreement governing cooperation on discharge ready patients. The agreement has been evaluated by SINTEF Health and this point to several challenges related to the development of good cooperation, including equality, economic conditions and system problems. A survey from the OECD countries (2009) shows that Norway and other Scandinavian countries have higher readmission rates for schizophrenia and bipolar disorders than the OECD average.

Patients ready to be discharged are a widespread problem, both for patients and the parties who are to collaborate to streamline the health sector. The question is formulated in this manner:

WHAT IS THE REASON PATIENTS WHO HAVE FINISHED THEIR TREATMENT IN HOSPITALS, HAVE TO WAIT TO BE DISCHARGED, AND HOW CAN WE AVOID THIS IN THE FUTURE?

The following research questions have been formulated:

- 1. How long must patients, who are ready to be discharge, wait for community services and what are the social costs? What services are they waiting for?*
- 2. On what basis do hospital employees make evaluations on community care and how are these conveyed to community employees?*

FORORD

I løpet av de siste årene har det foregått en modernisering av offentlig sektor med en rekke reformer. Dagens offentlige sektor har i seg både markedstenkning, nettverkstenkning og tradisjonelt hierarki. Etterspørselen etter tjenester vil sannsynligvis øke som følge av den generelle velstandsøkningen. Norge står dermed foran betydelige utfordringer knyttet til å finansiere den offentlige tjenesteproduksjonen. Ett av virkemidlene for mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren er å sørge for bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Etter mange år som leder og rådgiver i Trondheim kommune har jeg opparbeidet kunnskap og erfaring fra offentlig forvaltning. Jeg ønsket imidlertid å søke ny kunnskap for å forstå sammenhenger og reflektere over samfunnsutviklingen.

Denne masteroppgaven i Public Administration avslutter 2 år og 4 måneders studier i tillegg til fulltidsjobb. Det har vært lærerike år som har gitt meg ny kunnskap innenfor organisasjon og ledelse, samfunnsøkonomi og statsvitenskap. Og ikke minst de lærerike og sosiale studiesamlingene i inn- og utland. Jeg kommer til å savne alt dette!

Jeg vil rette en stor takk til min arbeidsgiver Trondheim kommune v/ kommunaldirektørene Elin R. Solbu og Tor Åm som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre studiet.

En stor takk til informantene som har delt sin kunnskap, refleksjon og meninger med meg. Uten deres åpenhet og ærlighet, ville aldri denne oppgaven blitt en realitet.

En stor takk til professor Olav Linaker, NTNU som innvilget økonomisk støtte, slik at jeg kunne studere på heltid i en hel måned for å skrive ferdig masteroppgaven.

Min veileder Stein Jonny Valstad har vært til stor hjelp under hele prosjektet. Jeg har opplevd veiledningen som en meget god prosess og i form av en utviklingsamtale.

Helt til slutt vil jeg takke Bente for all støtte. Du har vært forståelsesfull og gitt meg god veiledning ved å lese alle mine utkast!

05. 04. 2010

Eirik Roos

Litteraturliste.....	110
Figur og tabelloversikt	112
Vedlegg 1. Intervjuguide.....	113

4.2 Dagens modell for samhandling om utskrivingsklare pasienter	59
4.4 Funn fra eksterne undersøkelser	60
4.4.1 Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land	60
4.4.2 Effekt av samhandlingstiltak	61
4.4.3 Pasientenes vurdering av det psykiske helsevernet	62
4.5 Prosjekt – etterbehandling i kommunalt helsehus	63
4.6 Gjennomføring av egen undersøkelse	64
Del 5 RESULTATER – ANALYSE	65
5.1 Innledning	65
5.2 Forskningsspørsmål 1:	65
5.3 Forskningsspørsmål 2:	72
5.4 Forskningsspørsmål 3	80
5.5 Forskningsspørsmål 4.	86
5.6 Oppsummering av sentrale funn	97
Del 6 ANBEFALINGER	100
6.1 Kvalitetssikring av datamaterialet	101
6.1.1 Reliabilitet	101
6.1.2 Validitet	101
6.1.3 Bruk av teori – andre tilnærminger	104
6.2 Refleksjon over egen læring	104
6.3 Anbefalinger	105
Del 7 AVSLUTNING	108
7.1 Svar på problemstillingen	108

2.3.4 Kommunikasjon	35
2.3.5 Kultur.....	36
2.3.6 Legitimitet	37
2.3.7 Pragmatisk institusjonalisme - translasjonsteori	38
2.4 Økonomisk teori.....	42
2.5 Oppsummering	43
DEL 3 METODE.....	44
3.1 Innledning	44
3.2 Beskrivelse av det empiriske feltet.....	44
3.2.1 Trondheim kommune	45
3.2.2 St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern	46
3.3 Metodisk tilnærming	49
3.4 Innsamling av data – fremgangsmåte	50
3.4.1 Deduktiv eller induktiv	50
3.4.2 Holisme eller individualisme	51
3.4.3 Nærhet eller distanse.....	51
3.4.4 Kvalitativ eller kvantitativ metode.....	52
3.4.5 Utvalg	54
3.4.6. Informantene	55
3.5 Forske i egen organisasjon	55
3.6 Oppsummering	58
Del 4 EMPIRI	58
4.1 Innledning	58

Innhold

FORORD	6
ABSTRACT	7
SAMMENDRAG	10
DEL 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	13
1.1 Innledning	13
1.1.1 Definisjoner; samhandling – en utskrivingsklar pasient	16
1.2 Hva vet vi om tidligere reformer for å bedre samhandlingen.....	17
1.2.1 "Fra stykkevis til helt"	17
1.2.2 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring	19
1.2.3 Nasjonal rammeavtale	19
1.2.4 Samhandlingsreform.....	20
1.2.5 Andre reformer	20
1.2.6 Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling.....	20
1.3 Hvordan fungerer nasjonale strategier for samhandling?	21
1.4 Manglende samhandling – noen nasjonale konsekvenser	23
1.4.1 Manglende samhandling – noen lokale konsekvenser	23
1.5 Begrunnelse for valg av problemstilling	24
DEL 2 TEORI	29
2.1 Innledning	29
2.2 Utviklingstrekk i offentlig sektor.....	30
2.3 Samhandlingsperspektiv.....	32
2.3.1 Institusjonell teori	33
2.3.2 Makt	35



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

Forfatter(e): Gunn Røos

Tittel: Samhandling - et tiltak eller
 et tiltak et resultat?

Studieprogram: Master of Public Administration 2010

Kryss av:



Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv



Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 01.05.2010

Dato: 05.04.2010

 Gunn Røos

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

SAMHANDLING – ET TILSIKTET
ELLER UTILSIKTET RESULTAT?

*HVA ER ÅRSAKEN TIL AT UTSKRIVINGSKLARE
PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENDE PÅ
UTSKRIVING OG HVA KAN GJØRES?*

Av

Eirik Roos

Avhandling avlagt ved

Handelshøjskolen i København for graden

Master of Public Administration 2010

