

HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Heidi Røste**

---

# **Samhandling om eldre skrøpelige personer**

**-En kvalitativ studie om helsepersonells erfaringer med samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten**

**Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre  
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag  
Vår 2013**

## ***Sammendrag***

**Formål:** Hensikten med denne studien er å få kunnskap i hvordan helsepersonell erfarer samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten når eldre skrøpelige personer utskrives fra sykehus til hjemmet. Det er ønskelig å undersøke hvilken forståelse helsepersonell har av brukergruppen eldre skrøpelige personer og på hvilken måte de ulike perspektivene på forståelse preger samarbeidet. I tillegg er det ønskelig å få et innblikk i om samarbeidet har endret seg med Samhandlingsreformen. Et slikt fokus kan bidra til å gi innsikt i hvilke utfordringer helsepersonell kan møte på når samarbeidet foregår på tvers av nivåer i helsetjenesten.

**Teoretisk forankring:** Studien er analytisk forankret med perspektiver hentet fra fenomenologi og hermeneutikk. Studien bygger i tillegg på en sosial forståelse på rehabilitering og vektlegger rehabilitering som samhandling og koordinering

**Metode:** Studien bygger på en kvalitativ design, og består av 7 semistrukturerte dybdeintervjuer. Bearbeiding og analyse av intervju materiale er utført i henhold til fenomenologisk tradisjon.

**Resultat:** Informantens erfaringer av samarbeidet karakteriseres i 4 hovedtema. Disse temaene handler om erfaringer knyttet til hvordan samarbeidet spesifikt utføres, karakteristikker av eldre skrøpelige personer, ulike perspektiver i forståelse av eldre skrøpelige personer, samt beskrivelser av samarbeidet med Samhandlingsreformen.

**Konklusjon:** Samarbeidet mellom helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten om eldre skrøpelige personer som utskrives fra sykehuset til hjemmet erfares av alle informantene som godt. Samarbeidet foregår elektronisk via skriftlig kommunikasjon. Samarbeidet erfares å være effektivt, samtidig som det oppfattes som upersonlig og ansiktsløst. I tillegg etterspør Informantene etterspør tydeligere retningslinjer for hvordan samarbeidet skal utføres. Samarbeidet synes å være preget av ulik forståelse av helsepersonell i de forskjellige nivåene har til eldre skrøpelige personer, og hvilke videre tjenester de vurderer som hensiktsmessige etter utskrivelse. Ansatte på sykehuset synes å forstå eldre skrøpelige personer ut ifra en medisinsk tradisjon, og anser at videre hjelp etter utskrivelse skal være optimal. De kommuneansattes forståelse til eldre skrøpelige personer oppfattes å være helhetlig, og mener videre tjenester ved utskrivelse skal være gode nok. Samarbeidet med Samhandlingsreformen foregår i et raskere tempo enn tidligere, og det kan stilles spørsmål ved om et fokus på effektivitet går på bekostning av tjenestekvalitet

**Nøkkelord:** Rehabilitering, Samhandling, koordinering, erfaring, helsepersonell, skrøpelige eldre personer.

## ***Summary***

***Purpose:*** The purpose of this study is to gain knowledge of how the Health Personnel experience cooperation between 1st and 2 line services when frail elderly people discharged from hospital to home. It is desirable to investigate the understanding Health Personnel has of frail older people and how the different perspectives of understanding characterizes cooperation. In addition, it is desirable to gain an insight if the partnership has changed with the Coordination Reform. Such a focus can help provide insight into the challenges faced by health professionals may encounter when collaboration takes place across levels of health care.

***Theory:*** The study is anchored by analytical perspectives derived from the phenomenology and hermeneutics. The study is also based on a social understanding of rehabilitation with emphasis on rehabilitation as collaboration and coordination.

***Methods:*** The study is based on a qualitative design. The material is built on findings from seven semi-structured depth interviews.

***Results:*** Informant experiences of collaboration have been described in four main themes. These topics are about experiences related to how cooperation specifically is performed, the characteristics of frail older people, different perspectives in understanding of frail older people, as well as descriptions of collaboration with the Coordination Reform.

***Conclusion:*** The collaboration between health professionals in the 1st and 2 line services for frail older people discharged from hospital to home experienced by all informants as well. Cooperation takes place electronically through written communication. This system is experienced to be effective, while being perceived as impersonal and faceless. In addition, demand informants have requested clearer guidelines on how this cooperation shall be conducted. The partnership appears to be influenced by the different understandings health in different levels have to frail older people and what further services they consider appropriate after discharge. The staff at the hospital seems to understand frail older people on the basis of a medical tradition, and considers that further care after discharge will be optimal. The municipal employees' understanding perceived to be comprehensive, and is based on the opinions of the services at discharge should be good enough. The collaboration with the Coordination Reform takes place at a faster pace than previously, and it may be questioned whether a focus on efficiency at the expense of service quality.

***Key Words:*** Health Personnel, experience, collaboration, coordination, rehabilitation, frail elderly

## ***Forord***

Etter fem års arbeidserfaring i helsevesenet har interessen for hvordan vi som helsepersonell kan bidra til at pasienter opplever at sammenheng og helhet mellom tjenestene vært tilstede. Flere spørsmål har dukket opp underveis. Hvordan kan jeg som ansatt i en kommunal rehabiliteringsvirksomhet samarbeide på best mulig måte med helsepersonell som arbeider på andre organisatoriske nivå? Hvordan kan pasienters overganger fra andrelinje- til førstelinjetjenesten ivaretas? Hvordan kan vi arbeide for å oppnå sammenhengende og helhetlige tjenester? Samtidig som helsepolitiske føringer om samhandling så dagens lys, førte min undring og nysgjerrighet på dette området til en søknad på masterstudiet i rehabilitering ved Høgskolen i Oslo. Innvilgningen og studiets forløp skapte videre grobunn for ytterligere engasjement for feltet og for den eldste brukergruppen.

Etter et samlet studieforløp som har strekt seg over 4 år, er masteroppgaven et faktum, den er innlevert, jeg er i havn. I løpet av disse årene og ikke minst i arbeidet med den avsluttende oppgaven, er det flere som fortjener en takk. Først vil jeg takke min samboer, Henning for støtte og oppmuntring i de årene som jeg har fått bruke min fritid på å dyrke min faglige interesse. Deretter fortjener nærmeste familie en stor takk. Takk for deres omsorg, og for deres unnværlige innsats som barnevakt.

I arbeidet med masteroppgaven vil jeg først rette en stor takk til prosjektets hovedrolleinnhavere, informantene. Takk for deres deling av tanker, refleksjoner og erfaringer om den virkeligheten dere arbeider innenfor. Uten dere, ingen oppgave! Takk også til de respektive arbeidsstedene for deres imøtekommenhet og gode samarbeid. Så vil jeg takke min veileder, Inger Marie Lid, for konstruktive råd, støtte og tilbakemeldinger gjennom hele arbeidsprosessen. Takk til min arbeidsgiver, Oslo kommune økonomisk støtte i studieforløpet. Takk også til enhet for forebygging og rehabilitering i bydel Vestre Aker, som har gjort det mulig å tilpasse både undervisning og studietid.

Heidi Røste

Oslo, mai 2013

## ***Innholdsfortegnelse***

Sammendrag .....	8
Summary .....	9
Forord.....	10
1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Formål og problemstilling .....	2
1.2 Samhandling.....	3
1.3 Eldre skrøpelige personer .....	5
1.4 Økonomisk perspektiv på samhandling .....	6
1.5 Tidligere forskning.....	7
1.6 Oppgavens struktur.....	10
2.0 Teoretiske perspektiv .....	11
2.1 Rehabilitering .....	11
2.2 Sosial forståelsesramme på rehabilitering .....	12
2.3 Rehabilitering som samhandling og koordinering .....	13
2.4 Fenomenologi og hermeneutikk .....	14
2.4.1 Fenomenologi og forståelse .....	15
2.4.2 Hermeneutikk og fortolkning .....	15

2.4.3 Forståelse og bruk av fenomenologi og hermeneutikk.....	16
3.0 Metodisk tilnærming.....	17
3.1 Kvalitativ metode og kvalitativt intervju .....	17
3.2 Presentasjon av informanter og intervjukontekst.....	17
3.3 Bearbeidelse og analyse.....	19
3.4 Mitt ståsted og forforståelse .....	20
3.5 Pålitelighet og troverdighet i kvalitativ forskning .....	21
3.6 Etske overveielser .....	22
3.7 Diskusjon av metode .....	22
4.0 Resultat .....	25
4.1 Samhandling om eldre skrøpelige personer .....	25
4.1.1 Bruk av e-link.....	26
4.1.2 Telefonkontakt.....	28
4.1.3 Oppsummering .....	29
4.2 Forståelse av eldre skrøpelige personer .....	29
4.2.1 En heterogen gruppe med sammensatte behov.....	29
4.2.2 Forståelse av eldre skrøpelige personer og rehabilitering .....	31
4.2.3 Oppsummering .....	31
4.3 Utfordringer med samhandlingsreformen .....	32
4.3.1 Tidsperspektivet.....	32

4.3.2 Fra muntlig til skriftlig kommunikasjon.....	33
4.3.3 Retningslinjer for bruk av e-link etterlyses.....	34
4.3.4 Oppsummering .....	35
4.4 Ulike tilnærminger .....	35
4.4.1 Vurdering av funksjonsnivå og videre hjelpe- og tjenestebehov .....	36
4.4.2 Pårørendes enighet.....	37
4.4.3 Optimale tiltak versus det som er godt nok.....	37
4.4.4 Oppsummering .....	38
4.5 Makt og hierarki.....	38
4.5.1 Sykehusets kunnskapsmakt og kommunens vedtaksmakt .....	39
4.5.2 Tidsaspektet etter Samhandlingsreformen.....	39
4.5.3 Hierarki som sykehusets tradisjonelle organisasjonsform .....	40
4.5.4 Oppsummering makt og hierarki .....	40
5.0 Diskusjon av resultat .....	41
5.1 Samarbeidets rammeverk.....	43
5.2 Medisinsk versus helhetlig forståelse .....	45
5.3 Optimale versus gode nok tjenester .....	47
5.4 Makt i samhandlingen.....	50
5.3 Økonomi, effektivitet og kvalitet.....	53
6.0 Oppsummerende konklusjon .....	57

Referanser .....	59
Vedlegg.....	64



## **1.0 Introduksjon**

Fremtidige utfordringer i helsevesenet er mange. I Norge som i flere andre land venter sektoren endringer innen demografiske-, epidemiologiske- og organisatoriske forhold (Melberg og Kjekshus 2012). Befolkningen blir eldre, nye sykdomsmønstre oppstår, samtidig som nye krav til tilbud og kvalitet på behandling øker (Melberg og Kjekshus 2012).

Utviklingen viser også at helsetjenestene blir mer fragmentert, mer spesialiserte og differensierte, og fører til at tjenestene vil kreve ytterligere koordinering og samarbeid.

Samarbeid er derfor nødvendig for å sikre høy tjenestekvalitet (Willumsen, 2009). I Norge som i Norden for øvrig, er det en samlet intensjon i helsevesenet å skape en mer samordnet helsetjeneste. Denne tanken er trolig en av flere medvirkende årsaker til

Samhandlingsreformen, den første store helsetjenestereformen i Norge i det 21. århundre.

Reformen med tittelen «*Rett behandling, på rett sted- til rett tid*» har som formål å skape bedre finansielle, lovmessige og organisatoriske forutsetninger for god arbeidsdeling mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), NOU 2011:11, 2011). Økt samarbeid og tjenestekoordinering skal gi effektive og hensiktsmessige behandlingslinjer (St.meld nr. 47 (2008-2009)). For rehabiliteringsfeltet som anses å være et sektoroverskridende virksomhetsområde, betyr det at ytterligere tilrettelegging må til for å oppnå tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (Normann T. mfl. 2008), særlig når utviklingen tilsier kortere sykehusopphold, raskere utskrivelser og at større del av tjenestene skal utføres i kommunene (Norges forskningsråd 2012).

På en annen side kan Samhandlingsreformens intensjoner møte utfordringer når det gjelder helsevesenets todelte organisering, i spesialist (2. linjetjenesten) og kommunehelsetjenesten (1.linjetjenesten), hvor tjenestenes rammer og mål er ulike (Melberg og Kjekshus 2012).

Samtidig som disse to nivåene i Samhandlingsreformen anses som likeverdige partnere, har de vært igjennom ulike strukturelle og organisatoriske endringer, sykehuset med innsatsstyrt finansiering og kommunen med New Public Management (Christensen m.fl. 2009). I tillegg til nivåenes ulike organisatoriske struktur, blir samhandlingsreformens krav til tjenestenes ressursutnyttelse og effektivitet et grunnleggende tema for utviklingen av tjenestesamarbeid. I en rapport fra Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) kan en lese at norsk helsetjeneste har de nest høyeste helseutgiftene per innbygger etter USA (OECD

2011). Nesten 10 % av Norges inntekter går til helseformål, og utviklingen viser at utgiftene til helse er mer enn tredoblet de siste tjue årene (Melberg og Kjekshus 2012). Selv om denne oppgaven ikke går videre i dybden av samhandlingsreformens finansielle forutsetninger, antas disse likevel å få implikasjoner for praksis og for hvordan samarbeidet mellom tjenestene utvikles. Lite forskning på feltet er funnet når det gjelder samhandling mellom tjenester i Norge, men i følge Forskningsrådet oppleves en stor interesse av forskning som ser på utviklingen av Samhandlingsreformen (Norges forskningsråd 2013).

### **1.1 Formål og problemstilling**

Mye av mitt daglige arbeid som ergoterapeut i en kommunal rehabiliteringsenhet består av å ta imot personer som er ferdigbehandlet på sykehuset og som skal skrives ut til hjemmet. Brukergruppen er ofte eldre skrøpelige personer, og hvor jeg i samarbeid med sykehusansatte skal sikre at deres overgang fra sykehuset til hjemmet skal gå så smidig som mulig. Arbeidet krever at jeg kommuniserer og deler hensiktsmessig informasjon med sykehusets helsepersonell. Praktisk informasjon angående selve utskrivelsen må avklares, slik som transport, medisiner, hjelp til handling og tilrettelegging med hjelpemidler. I tillegg må informasjon om funksjonsnivå og hjelpebehov avklares før hjemreise, slik at hensiktsmessige tjenester blir igangsatt. Etter flere års erfaring med dette arbeidet, har jeg reflektert over hvilke faktorer som er med på å gjøre dette samarbeidet ved utskrivelser godt. Samtidig har jeg fulgt med utviklingen av at samarbeid og samhandling på systemnivå har fått et større fokus de siste årene, og som vi alle kjenner til, resulterte i Samhandlingsreformen. Men selv om tematikken er i søkelyset, synes jeg ikke det enda har kommet praksisfeltet til gode, om hvordan samarbeidet spesifikt kan bedres.

Tidligere oppsummert forskning viser at samarbeid mellom sykehus og samarbeidende instanser byr på utfordringer når eldre personer utskrives fra sykehus til hjemmet <sup>1</sup>.

Utfordringene disse studiene omhandler er knyttet til manglende kommunikasjon.

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke hvordan helsepersonell på sykehus og i kommunen samarbeider når eldre skrøpelige personer skal skrives ut fra sykehus til hjemmet.

En kvalitativ studie om hvordan helsepersonell selv erfarer dette samarbeidet, vil kunne bidra til en ytterligere belysning av mulige utfordringer samarbeidet kan møte. Målet med oppgaven

---

<sup>1</sup> Forskning som sier at samarbeid ved utskrivelse er utfordrende: Shepperd mfl. 2010, Early Supported Discharge Trialists 2009, Bauer mfl. 2009, Hickman mfl. 2007, Garcia-Caballos mfl. 2005, Grönroos og Perälä 2005, Dunnion og Kelly 2005, Robinson og Street 2004, Rydemann og Törnkvist 2006.

er å skape økt fokus på samhandlingen som foregår mellom sykehus og kommune, og hvordan dette arbeidet erfares av de som faktisk har dette som sitt arbeidsfelt. Det er ønskelig å få frem disse erfaringene, slik at visjonen om et bedre samarbeid kan komme eldre skrøpelige personer til gode, slik intensjonen beskrives i Samhandlingsreformen.

Studiens problemstilling er

-Hvordan erfarer helsepersonell samarbeidet når eldre skrøpelige personer utskrives fra sykehuset til hjemmet?

Videre forskningsspørsmål er:

-Hvilke forståelser har de ansatte til eldre skrøpelige personer?

-På hvilken måte preger disse forståelsene samarbeidet?

- Har samarbeidet endret karakter med Samhandlingsreformen, og på hvilken måte?

## 1.2 Samhandling

Som nevnt ovenfor, vektlegger flere stortingsmeldinger at samhandling må til for å møte fremtidens omsorgsutfordringer på i den norske helsetjenesten<sup>2</sup>. Ifølge meldingene bærer dagens tjenesteapparat preg av å være uoversiktlig og oppstykket. Samhandling må derfor til for å oppnå bedre samarbeid tjenestene imellom, slik at de som trenger tjenestene skal oppleve at de er brukervennlige, samordnede og effektive (Thommessen 2010). Hvorvidt tjenestene er samordnede og bærer preg av kontinuitet, sier også noe om kvaliteten på tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Bedre samhandling betyr økt tjenestekvalitet. Samhandling er i tillegg et krav og en plikt på individ- og systemnivå (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette betyr at helsepersonell er både pliktet til å samarbeide med hver enkelt pasient, og til å samarbeide med andre tjenesteytere og med virksomheter på ulike forvaltningsnivå (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)). Samhandling er hjemlet i ulike lover og forskrifter<sup>3</sup>. I følge Samhandlingsreformen defineres Samhandling som: « *Et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål,*

---

<sup>2</sup> Stortingsmeldinger som ser at samhandling er viktig for å imøtekomme fremtidige behov i helsetjenesten: St.meld. nr. 21 (1998-1999), St. meld. nr. 9 (2006-2007), St. meld. nr.14 (2002-2003), St. meld. Nr. 47 (2008-2009), St. meld. nr. 25 (2005-2006).

<sup>3</sup> Samhandling i lover og forskrifter: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven 1999), lov om helsepersonell (Helsepersonelloven 1999), lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven 1999), lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven 2011), lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (2009), lov om helseforetak (helseforetaksloven 2001), forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2012).

*samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte»* (St. meld nr. 47 (2008-2009): 13). Samhandling kan videre ses på som sosial og profesjonell, og vise til noe personer gjør sammen, å løse felles problem eller å utføre oppgaver som krever ulik profesjonell kompetanse (Måseide 2008). Ut ifra beskrivelsene av begrepet samhandling ovenfor, kan samhandling forstås som samarbeid, og vil videre i denne oppgaven bli brukt synonymt. Samarbeid anses i generell forstand å være et honnørord, og er et fenomen som i praksis vil ha vanskeligheter å finne gode argumenter for å være motstander av (Repstad 2004). Når samarbeid videre skal være gjenstand for kvalitetsforbedring, er det grunn til å anta at både forståelse og forventning til hva samarbeid er, vil være ulik hos de profesjonelle som er involvert (Ødegård 2009). Etersom det hevdes at kommunikasjon er selve limet i samarbeid (Ødegård 2009), er det mulig å tenke seg at det er i kommunikasjonsprosessene at denne kvalitetsforbedringen for samarbeid kan finne sted. På en annen side kan ulik fordeling og ubalanse i makt være utfordrende for samarbeidet (Vangen og Huxham 2009). Ser en på forholdet 1. og 2. linjetjenesten er 2. linjetjenesten hierarkisk oppbygd, og nivåets spesialistrolle innebærer en autoritet (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)). Kommunen på den andre siden, er desentralisert og er preget av flat struktur (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

I tillegg til makt, kan også organisasjoners oppbygning av profesjoner og kulturer, by på problemer for samarbeidet. De ulike kulturene har sine måter å kommunisere på, som for eksempel om kommunikasjonen skal være kortfattet eller lang, konsis eller omfattende, eller kan vise seg i ulik formalitetsnivå. Samtidig vil kommunikasjonen være preget av hvordan de ulike profesjonelle bruker sitt språk og terminologien ut fra hvilken kultur de er en del av (Vangen og Huxham 2009). Etersom kommunikasjon som kjent drives på tvers av ulike organisatoriske enheter og nivåer i helsevesenet, og ettersom hver av organisasjonene har sine egne kulturelle rammer innen erfaring og ekspertise, kan dette videre føre til at en samlet visjon og målsetning for samarbeidet blir ulik (Vangen og Huxham 2009).

Flere løsninger med ulike metodiske virkemidler presenteres i offentlige dokumenter om hvordan samarbeidsutfordringene skal løses i praksis.<sup>4</sup> Dokumentene foreslår inngåelse av samarbeidsavtaler, hospiterings- og veileidingsmuligheter, opprettelse av kompetansesentra, samt et større fokus på tverrfaglig kompetanseutvikling. I tillegg til disse tiltaksforslagene, satses det samtidig på digitale tjenester innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) (Meld. St. nr. 9 (2012-2013)). Men selv om det på systemnivå presenteres gode

---

<sup>4</sup> Offentlig dokumenter om samarbeidsløsninger for praksis: NOU 2005:3, 2005, NOU 2011:11, 2011, meld. St. nr. 16 (2010-2011), St. Meld. nr. 21 (1998-1999), St. Meld. nr. 47 (2008-2009).

intensjoner om viktighet av samhandling, samt at mulige løsningstiltak gjøres kjent, er ikke dette nødvendigvis en garanti for at tiltakene omsettes i praktisk handling (Thommesen 2010). I tillegg kan en undre seg over hvor hovedpersonene, de som skal utføre samarbeidene, og gjøre den daglige jobben for å forbedre samarbeidet er i disse prosessene. Trekket de med? Blir deres stemme hørt? Samhandlingsreformen peker på spesifikke områder ved dagens tjenester som opplever særlige samhandlingsutfordringer (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Et av områdene dette gjelder, er utskrivningssituasjonen (St.meld.nr. nr. 47(2008-2009)). Denne situasjonen er et godt eksempel på forflytning fra en tjeneste til en annen, og vil være representativ for de utfordringene som har blitt nevnt ovenfor.

### **1.3 Eldre skrøpelige personer**

Andelen eldre øker (Normann mfl. 2008). I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) går den demografiske utviklingen i Norge som en bølge av eldre i løpet av de kommende tiår (SSB 2011). Andelen eldre over 67 år øker fra å være i 2010 på 13 % til 22 % i 2050. Utviklingen skyldes at befolkningen generelt lever lengre, samtidig som fødselsratene er lave (SSB 2011). Denne demografiske utviklingen skaper store utfordringer ovenfor helsevesenet, da eldre mennesker bruker ca. halvparten av sengene i norske sykehus, og er den største gruppen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester (Normann mfl.2008).

Læren om menneskelig aldring i samfunnet beskrives i sosialgerontologien (Thorsen 2008). Økende alder medfører økt risiko for en rekke sykdommer (Thorsen 2008). Selv om aldring ikke er ensbetydende med tilbakegang, er balansen mellom vekst og nedbrytning mer negativ i høy alder (Daatland og Solem 2011). Hos eldre personer er de individuelle forskjellene store ettersom de er betinget av faktorer som livserfaring, intellektuell kapasitet, sosiale forhold, helse og sykdom (Ranhoff 2008). Selv om eldre personer er en heterogen gruppe, øker ofte helseproblemene etter fylte 80 år (Romøren 2008), et aldersskille som samtidig skiller de som omtales som «eldre eldre» og «yngre eldre» (Romøren 2008). Skrøpelighet, multisykdom (to eller flere sykdommer) og svekkede funksjoner, beskriver gamle og sårbare pasienter (Kirkevold mfl. 2008). Funksjonstapet kan gi reduserte evner til å mestre dagligdagse oppgaver og å oppfylle roller i dagliglivet som normalt forventes utført (Kirkevold mfl. 2008), som igjen kan medføre tap av autonomi og frihet (Romøren 2008). Å forebygge skrøpelighet kan forhindre at gamle blir hjelpetrevende (Kirkevold mfl. 2008). Gjennom rehabilitering kan funksjonsevne forebygges eller bedres for å oppnå mestring av samfunnsdeltagelse,

selvstendighet og selvhjulpenhet (Normann mfl. 2008). Rehabilitering er viktig for eldre skrøpelige da høy alder innebærer mindre krefter og redusert evne til å trene seg opp på egenhånd etter sykdom eller skade (Laake 2003).

#### **1.4 Økonomisk perspektiv på samhandling**

Selv om denne oppgaven ikke har til hensikt å fordype seg i et økonomisk perspektiv på samhandling, anses likevel økonomiske og finansielle aspekter som betydningsfulle, ettersom det er en sammenheng mellom finansiering av tjenester og prioriteringer som gjøres i praksis (Thommesen 2010). Som nevnt innledningsvis, står helsevesenet ovenfor økonomiske utfordringer med tanke på fremtidig drift (Melberg og Kjekshus 2012, Knutsen 2004). Helsevesenet, en del av den norske velferdsstaten, preges av store og formelle organisasjoner (Repstad 2004), og anses å være for lite effektiv (Thommessen 2010). Denne utviklingen har ført til at offentlig sektor har vært gjenstand for reformprosesser med effektivitet som målsetning, en reformbevegelse innen offentlig sektor som går under navnet New Public Management (NPM) (Paulsen Breimo og Thommesen 2012). Offentlig sektor skal preges av kvalitet, tilgjengelighet og økonomisk effektivitet, samtidig som den skal være fleksibel nok til å endre seg i takt med nye utfordringer og endrede behov (NOU 2011: 11, 2001). Eksempelvis er sektorens utvikling med spesialisering og profesjonalisering en utfordring som krever en bedre oppgavefordeling og koordinering av helsetjenestene (Thommesen 2010). På en side kan spesialisering og profesjonalisering sikre effektive tjenester, men samtidig kan det også føre til videre koordineringsvansker med uavklarte ansvarsområder og dobbeltarbeid (Repstad 2004, Thommesen 2010).

For kommunesektoren har NPM satt et stort preg på den forvaltningsmessige organisasjonsformen som omtales som en Bestiller-utfører modell (Paulsen Breimo og Thommesen 2012). Denne modellen skiller mellom de som bestiller- og utfører tjenestene, og har i tillegg til et effektivitetsfokus samtidig et mål om å forbedre samhandling i helse- og omsorgstjenestene (Paulsen Breimo og Thommesen 2012).

På en annen side har Samhandlingsreformen som målsetting å skape bedre finansielle, lovmessige og organisatoriske forutsetninger for god arbeidsdeling mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Et av hovedbegrepene som meldingen presenterer for videre å være grunnlag for gode og kostnadseffektive tjenestetilbud, er etablering av økonomiske insentiver. For å oppnå disse

løsningene, er et av virkemidlene at kommunen får et økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I tillegg til å få dette ansvaret for utskrivningsklare pasienter, følger kommunen allerede prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) (Slettebø og Madsen 2012). Dette etablerte tiltaket betyr at tjenester skal produseres og med lavest mulig kostnad og skal tilbys der brukerne bor (Slettebø og Madsen 2012). Dette kan i praksis bety at eldre skrøpelige personer blir skrevet ut fra sykehuset og blir tilbudt videre kommunale rehabiliteringstjenester enten i eget hjem eller i nærhet til hjemmet, i stedet for institusjonsopphold som anses å være et mer kostbart alternativ. Med et økonomisk perspektiv på en slik samhandling mellom helsetjenestene handler om hvordan bedre helseeffekt kan oppnås ved å endre ressursbruk (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

### **1.5 Tidligere forskning**

Et overordnet blikk på feltet gir inntrykk av at emnet samarbeid og samhandling ved utskrivning for eldre personer fra sykehus til hjemmet, i stor grad har vært gjenstand for økonomiske analyser. Selv om økonomiske insentiver kan være en av årsakene til et økt fokus på samarbeid, er ikke dette hovedtema i denne oppgaven. Snarere søker dette avsnittet å gi et innblikk i hva jeg har funnet av tidligere forskning, akademiske oppgaver og pågående prosjekter angående helsepersonells samarbeid ved utskrivelsesprosesser.

Flere forskningsoppsummeringer og enkeltstudier påpeker at utskrivningsprosessen er en sårbar fase for eldre personer, og belyser viktige elementer som må tas hensyn til når eldre skrives ut fra sykehus til hjemmet<sup>5</sup>. Utskrivelser må planlegges og skreddersys den enkelte og hensiktsmessig informasjon må deles med involvert helsepersonell (Shepperd mfl. 2010, Grönroos og Perälä 2005, Dunnion og Kelly 2005). I følge en kvalitativ studie fra Finland svarte helsepersonell i kommunesektoren at informasjon som ble ansett som hensiktsmessig å dele dreide seg om sykdom og behandling, funksjonsnivå og kognitiv potensiale (Grönroos og Perälä 2005). I tillegg må tidspunkt for utskrivelse gis i rimelig tid, samt at utskrivningsprosessen består av godt samarbeid mellom ansatte på sykehus og i hjemmetjenesten (Grönroos og Perälä 2005). To studier viste at samarbeidet ved utskrivelse av eldre kan bedres ved å ha en sykepleier med et spesifikt ansvar for utskrivelsene (Dunnion og Kelly 2005, Robinson og Street 2004). En annen løsning på utfordringen av samarbeidet,

---

<sup>5</sup> Forskning som beskriver utfordringer i samarbeid ved utskrivelse av eldre personer fra sykehus til hjemmet: (Shepperd mfl. 2010, Early Supported Discharge Trialists 2009, Bauer mfl. 2009, Hickman mfl. 2007, Garcia-Caballos mfl. 2005, Rydemann og Törnkvist 2006).

vises i en aksjonsforskningsstudie fra Australia, hvor overgangen mellom sykehus til hjemmet for eldre tilrettelegges ved å bedre arbeidsrelasjonen mellom sykepleiere og ansatte i et multidisiplinært vurderingsteam (Robinson og Street 2004). Samtidig peker denne studien på at kunnskap og forståelse av helse- og omsorgssystemet til eldre personer, dets funksjon og tjenestetilgang er begrenset.

En kvalitativ studie fra Sverige viser at et godt samarbeid mellom helsepersonell på sykehus og i kommunen ved utskrivelser, er basert på et felles rammeverk av organisatoriske verdier (Rydemann og Törnkvist 2006). Dette rammeverket består av kjente og skriftlig retningslinjer for å oppnå felles forståelse til ulike funksjoner og oppgaver i forbindelse med utskrivningsprosessen (Rydemann og Törnkvist 2006).

I en rapport "*Eldreomsorg under press-kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*" fra forskningsstiftelsen Fafo, beskrives utviklingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet som blir gitt eldre personer i norske kommuner (Gutun og Hermansen, 2011-2012). Rapportens kvalitative studie viser et generelt inntrykk av at utviklingen med at eldre personer skal bo hjemme og motta tjenester så lenge som mulig har gått for langt. I tillegg fremkommer det at tjenestetilbudet til denne gruppen mennesker er for lite utbygget, og oppleves som en knapphet, særlig i de største kommunene. På spørsmål i forhold til Samhandlingsreformen, erfares denne å være for lite gjennomtenkt og planlagt, ettersom kommunene allerede før reformen har slitt med å ta imot eldre personer som skrives ut fra sykehuset. Det erfares også at eldre blir kasteballer i et system hvor driften oppleves som uforsvarlig. Selv om det av flertallet ble erfart at eldre personer får tjenester på riktig nivå, ble det stilt spørsmåltegn ved om kommunene i fremtiden vil klare å sikre en medisinsk forsvarlig drift med å følge opp gruppen eldre hjemmeboende personer.

I en rapport fra SINTEF, Skandinavias største uavhengige forskningskonsern, ses det nærmere på samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre (Paulsen og Grimsmo 2008). Rapporten tar utgangspunkt i at kommunalt helsepersonell sier at bedre informasjon er et av de viktigste virkemidlene for å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommune. I rapporten stilles spørsmål om det trengs bedre verktøy eller organisatoriske tiltak for å bedre samhandlingen. Bedre informasjon betyr ikke nødvendigvis elektronisk samhandlingsverktøy, men at informasjon må komme på rett tidspunkt, ha en klar status og ha en mest mulig sikker form. I tillegg sies det at foreløpig og uferdig informasjon kan være verdifull i en tidlig fase, men forutsetningen er da at den aksepteres og behandles nettopp som det. Rapporten konkluderer med at god informasjon



både kan komme av gode verktøy og gode organisatoriske løsninger, men må samtidig ta hensyn til tidsfaktorer, behovet for informasjon og informasjonens kvalitet (Paulsen og Grimsmo 2008)

Et pågående prosjekt mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune har forsøkt å sette samhandling mellom sykehus og kommune i system ved og sammen finne frem til hensiktsmessige samhandlingsmodeller (Garåsen og Johnsen 2005). I prosjektet ble det dannet samarbeidstiltak som felles samarbeidsarena og etablert samarbeidsavtaler, hvor konkrete tiltak og utviklingsmodeller ble diskutert i gjennom likeverdig dialog. Mulige løsninger for å fremme samarbeid ble presentert. Løsningene gikk blant annet ut på å etablere en tydeligere og felles forståelse av begrepet “utskrivningsklar”, effektivisere flyten av informasjon ved bruk av meldingsutveksling i helsenet, samt å oppklare ansvarslinjene mellom sykehuset og kommunen (Garåsen og Johnsen 2005).

En masteroppgave i rehabilitering med tittelen “ *Hvordan vi har det inne og de har det ute-samarbeidsrelasjoner sett fra spesialisthelsetjenesten*”, har undersøkt et sykehus interne og eksterne samarbeid, og viser til at opprettelsen av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner ikke nødvendigvis fører til at samarbeidet skjer i praksis (Svensgård 2005). Samarbeidsavtalene må bekjentgjøres for de ansatte, og det må opprettes prosedyrer for gjennomføringen. Studien viser videre at de fleste somatiske avdelingene på sykehuset var opptatt av det tilbudet de selv kunne tilby rehabiliteringspasienter, mens om og eventuelt hvor pasientene videre kunne få rehabilitering hadde liten oppmerksomhet. Rehabilitering ble ansett som noe kommunen hadde ansvar for, og deres oppmerksomhet var mer rettet mot å få pasienter utskrevet. I tillegg ble rehabilitering på sykehuset forstått som opptrening, og noe en fysioterapeut hadde ansvar for. På de somatiske avdelingene var helsepersonell opptatt av at pasienter som trengte det, skulle få hjemmesykepleie eller sykehjemsplass etter utskrivelse. De hadde lite eller ingen kjennskap til rehabilitering i betydningen koordinering og samordning (Svensgård 2005).

Arbeidet med å søke etter tidligere forskning på feltet viste seg å være utfordrende ettersom det ble erfart å finne få kvalitative studier på hvordan helsepersonell erfarer samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten ved utskrivelser av eldre skrøpelige personer. I studiene som ble funnet, var de brukte metodene spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju, og ikke individuelle intervju. I tillegg viste det seg at studier spesifikt rettet på gruppen eldre skrøpelige mennesker var fraværende på daværende søkeperiode. Rapporter og masteroppgave belyser emnets aktualitet og de utfordringer samhandling kan by på.

## **1.6 Oppgavens struktur**

Oppgaven starter med et introduksjonskapittel hvor oppgavens tema, formål og problemstilling presenteres. Videre utdypes bakgrunnstema som handler om eldre skrøpelige personer, samhandling og økonomisk perspektiv på samhandling. Rehabilitering som virksomhetsfelt gjøres rede for i teorikapittelet, med fokus på samhandling og koordinering, samt hvordan rehabilitering kan ses i et sosialt perspektiv. I tillegg presenteres fenomenologi og hermeneutikk som oppgavens vitenskapsteoretiske bakteppe og som studiens analytiske perspektiv. I det påfølgende metodekapittelet utdypes og diskuteres det metodiske arbeidet videre. Et eget resultatkapittel presenterer beskrivelser som har fremkommet, før de deretter diskuteres opp mot bakgrunnstema, forskning og teori. Oppgaven avslutter med en oppsummerende konklusjon.

## **2.0 Teoretiske perspektiv**

Dette kapittelet tar for seg oppgavens teoretiske perspektiv. En teori kan brukes som et rammeverk i søken etter å forklare noe (Hammel 2006). For kvalitativ forskning vil det teoretiske perspektivet ramme inn det empiriske feltet som en skal studere. I denne oppgaven får den teoretiske referanserammen betydning som et begrepsapparat, og er samtidig retningsgivende for hvilket fokus som undersøkelsen skal vektlegge. I tillegg vil teoretiske perspektiv bidra til at jeg kan strukturere og gi mening til egne funn og materiale (Malterud 2008). Denne oppgaven omhandler hvordan helsepersonell opplever samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten når eldre skrøpelig personer skrives ut fra sykehuset til hjemmet. Oppgavens fokus er dermed rettet mot hvordan de ansatte erfarer dette samarbeidet, og baseres på et teoretisk rammeverk fra perspektiver innen rehabiliteringsfeltet, fenomenologi og hermeneutikk.

I dette kapittelet presenteres først en definisjon av rehabiliteringsbegrepet, og hva som anses som grunnleggende ideer og prinsipper for virksomhetsfeltet, og knyttes videre til brukergruppen eldre skrøpelige personer med rehabiliteringsbehov. Deretter redegjøres det kort for hvordan rehabiliteringsbegrepet kan ses i sosial forståelsesramme, før rehabilitering belyses under stikkordene samhandling og koordinering. Til slutt redegjøres det for og på hvilken måte fenomenologiske og hermeneutiske perspektiver brukes som analytiske perspektiv og som verktøy i det metodiske arbeidet.

### **2.1 Rehabilitering**

Rehabilitering blir i helsepolitiske føringer definert som

*“tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”.* (St. meld. nr. 21 (1998-1999) kap. 2.1)

I denne definisjonen vektlegges at rehabilitering er en målorientert prosess med tidsmessige avgrensninger, og er en prosess som foregår i et tverrprofesjonelt praksisfellesskap med brukeren i sentrum. Prosessens tiltak rettes mot funksjonsforbedring og økt deltagelse i hverdagslivet (Solvang og Slettebø 2012). Rehabiliteringsprosessen vil da ikke være ensbetydende med en tjeneste eller tiltak, men omfatter det helhetlige tilbudet en person med rehabiliteringsbehov trenger for å nå sine mål (St. meld. nr. 21 (1998-1999)). Ettersom

rehabiliteringsvirksomheten ses på å være et helhetlig tilbud, kan det føre til at virksomhetens innhold og organisatoriske grenser kan virke uklare (Normann mfl. 2008). Samtidig ser det likevel ut til at myndigheter, fagfolk og tjenesteytere har en felles forståelse for at rehabilitering betyr skade og påfølgende forbedringsprosess (Normann mfl. 2008).

I denne oppgaven knyttes rehabiliteringsperspektivet til helsepersonells forståelse av eldre skrøpelige personer, og hva de erfarer som utfordrende i arbeidet med denne gruppen mennesker.

Gruppen «gamle» regnes som den største gruppen innen rehabilitering (Solvang og Slettebø 2012). Rehabilitering av eldre personer er en prosess hvor mange faktorer spiller inn (Krohne og Bergland 2012), og betyr at rehabilitering hos denne gruppen mennesker må ses i lys av biologisk, psykologisk og sosial aldring. Denne tredelte vinklingen er i følge Krohne og Bergland beslektet med den bio -psyko-sosiale modellen av sykdom og funksjonshemming (Krohne og Bergland 2012). I den bio-psyko- sosiale modellen på helse og funksjonshemming integreres mentale og sosiale dimensjoner, slik at biomedisinen får en mer helhetlig forståelse (Østensjø og Sjøberg i 2012). Ved å bruke denne modellen i rehabilitering med eldre skrøpelige personer, kreves en tverrprofesjonell arbeidsprosess. Tjenesteyterne innen rehabilitering må dermed bestå av profesjonelle med ulik kunnskaps- og kompetansebakgrunn (Krohne og Bergland 2012). Dette betyr igjen at de i samhandling med hverandre må ha en felles sosial-, helse-, sykdoms- og målforståelse, og ha en god innsikt i hverandres oppgaver og arbeidsfelt (Fillit mfl. 2010). Rehabiliteringsprosessen for eldre personer krever dermed innsats fra flere nivåer i helsevesenet. I følge Krohne og Bergland har rehabilitering for eldre personer til hensikt å redusere virkning av forhold som hemmer funksjon og sosial deltagelse (Krohne og Bergland 2012). Imidlertid er eldre personer en omdiskutert gruppe for rehabiliteringsprosessens målsettingsarbeid. Krone og Bergland stiller spørsmålsteget ved prosessens overordnede mål. Har den i det hele tatt et mål, eller er målet enten institusjonsplass eller å bo i eget hjem (Krone og Bergland 2012).

## **2.2 Sosial forståelsesramme på rehabilitering**

Rehabilitering har vært et fagområde i Norge som i etterkrigstiden har hatt en sentral plass i helse- og sosialpolitikken. Selv om rehabilitering som begrep har vært gjenstand for ulike betydninger, blir rehabiliteringsfeltet først ansett som et eget virksomhetsområde etter St. meld. Nr. 21 fra 1999, også kjent som rehabiliteringsmeldingen (Normann mfl. 2008).

Kanskje henger dette sammen med virksomhetsfeltets kulturhistoriske utvikling, hvor det fremkommer av kulturhistoriske analyser at rehabiliteringsvirksomheten har blitt formet gjennom fire ulike praksiser (Feiring 2009). I analysene beskrives praksisene å være en skole- og dannelsesorientert, sykdomsorientert, yrkesrettet og en samfunnsorientert helhetlig praksis (Feiring 2009). Disse fire praksisene belyser hvordan fokuset innen rehabilitering har gått fra å handle om somatikk og fysiske problemstillinger til utfordringer av mer sosial og mental art, til etterkrigstidens helsefokus innen utdanning, arbeid og trygdeordninger, til nåtidens helhetstenkning. Disse ulike praksisepokene forteller hvordan rehabiliteringsfeltet gjennom tidene har fått ulike meninger om hva funksjonshemming betyr og hva betydningen innebærer for praksis. Den siste historiske epoken Feiring beskriver, er en samfunnsorientert og helhetlig praksis, og blir identifisert innen rehabiliteringsområdet som den sosiale vendingen (Feiring 2009). Den sosiale vendingen betyr at individet med dets helsetilstand er i en dynamisk interaksjon med fysiske- og sosiale omgivelser (Østensjø og Søberg 2012), og ikke lengre kun blir sett på med medisinske briller om hvordan kroppen skades, repareres og tilpasses (Solvang og Slettebø 2012). I denne oppgaven får rehabiliteringsbegrepet en sosial betydning for hvordan helsepersonell erfarer eldre skrøpelige personer. En sosial forståelse på rehabilitering betyr nettopp at begrepene funksjonshemming og rehabilitering ses i et perspektiv som vektlegger både en individuell- og menneskelig tilnærming, samtidig som den ivaretar et samfunnsmessig fokus. Begge disse tilnærmingene utgjør til sammen et dynamisk samspill. Jeg erfarer at en sosial forståelse av rehabilitering synes å være mest utviklet innen funksjonshemmingsperspektivet. Samtidig er jeg av den oppfatning at en sosial forståelse på rehabilitering i forhold til brukergruppen eldre skrøpelige personer er undertematisert i litteraturen. I denne oppgaven knyttes en sosial forståelse av rehabilitering til hvordan helsepersonell erfarer at sykdom for denne gruppen mennesker medfører funksjonsnedsettelse, og som videre får konsekvenser for hvordan de lever sitt dagligliv. En slik forståelse av rehabilitering mener jeg belyses i Samhandlingsreformen ettersom føringen blant annet får følger for eldre skrøpelige menneskers bostedssituasjon og tjenestetilbud.

### **2.3 Rehabilitering som samhandling og koordinering**

Sosiolog Johans Sandvin, mener at rehabiliteringsbegrepet har fått en organisatorisk betydning (Sandvin 2012). Fra å være et faglig begrep knyttet til bestemte institusjoner eller faggrupper, mener Sandvin at rehabilitering ses på som en organisatorisk aktivitet som berører

store deler av tjenesteapparatet, alt etter hvilke instanser som kreves for å realisere de individuelle mål som settes (Sandvin 2012). Fokus dreier seg ikke om hvilke tiltak som er virkningsfulle, men ligger nettopp på samarbeidet tjenesteyterne imellom (Sandvin 2012). Rehabilitering er som tidligere nevnt, en prosess som omfavner en rekke livsområder og som involverer en bred sammensatt gruppe av helse- og sosialfaglige aktører (Solvang og Slettebø 2012). Det profesjonelle rehabiliteringsarbeidet, og det som kjennetegner feltet for øvrig, er nettopp dette aspektet, at rehabilitering omfavner ulike fagområder og yrkesgrupper. Rehabilitering har et tverrprofesjonelt kunnskaps- og praksisfelleskap, og hvor samhandlingen mellom de ulike profesjonelles innsats blir sentral (Solvang og Slettebø 2012, Normann mfl. 2008, Thommesen 2010). Et slikt praksisfelleskap består på denne måten av et kulturelt mangfold, hvor forskjeller kan være utfyllende for samarbeidet (Vangen og Huxham 2012). Den enkelte profesjonsutøver bringer med seg kompetanse, språk og arbeidsmetoder inn i praksisfellesskapet, hentet fra egen profesjons- og organisasjonskultur (Vangen og Huxham 2012). Ettersom rehabilitering foregår som et samarbeid mellom ulike profesjons og organisasjonskulturer, kan det samtidig åpne opp for et samarbeidsmiljø som preges av konkurranse over hva som skal være gjeldende kunnskapsgrunnlag (Hagland og Solvang 2012). Når profesjoner samarbeider i å sikre sammenhengende pasientforløp er de på en måte avhengige av hverandres kunnskapsmessige bidrag. Samtidig kjemper de for autonomi og annerkjennelse, og hvor noen profesjoner kan få monopol på ulike arbeidsoppgaver (Timm 2010) Selv om konkurranse og makt i samspillet mellom profesjoner og organisasjoner er kjente faktorer som kan prege et praksisfellesskap, kan maktfordeling og ubalanse i makt være utfordrende for samarbeidet (Vangen og Huxham 2012).

#### **2.4 Fenomenologi og hermeneutikk**

Innen forskning brukes kvalitative metoder for å søke forståelse av fenomener, slik som meninger, opplevelser og sosiale relasjoner (Aadland 2011). Fenomenene uttrykkes gjennom brede kvalitetsbeskrivelser, og fremkommer med metoder som hovedsakelig bygger på fenomenologi og hermeneutikk. I denne oppgaven er fenomenet erfaringer helsepersonell gjør med samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten i utskrivning av eldre skrøpelige personer fra sykehus til hjemmet. I dette avsnittet presenteres først den fenomenologiske og den hermeneutiske vitenskapstradisjon. Deretter beskrives hvordan disse teoretiske perspektivene forstås og brukes i denne oppgaven.

### **2.4.1 Fenomenologi og forståelse**

Fenomenologi er et teoretisk perspektiv mye brukt innen kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann 2009, Malterud 2008). Samtidig er fenomenologi et velegnet analytisk perspektiv for praksisforskning og for studie av praksisens egenart (Thomassen 2006) Fenomenologien søker å avdekke essensielle meningsstrukturer av et fenomen og hvordan bevisste opplevelser, erfaringer og forståelser erfares i et subjektperspektiv (Malterud 2008). Beskrivelsene som fremkommer vil med et slikt perspektiv belyses virkeligheten den enkelte helsearbeider befinner seg i. Desto flere slike beskrivelser som fremkommer i intervjuene, jo større mulighet vil det være at beskrivelsene vil være varierte og mangfoldige, slik fenomenologien og kvalitativ metode søker (Thomassen 2006, Kvale og Brinkmann 2009, Malterud 2008). På en annen side fordrer fenomenologien i følge Kvale og Brinkmann, at forventninger, teorier og antagelser som en møter forskningsfeltet med, må tilsidesettes (Kvale og Brinkmann 2009). Det betyr at forhåndskunnskapen settes i parentes for at forskningsfeltet kan møtes forutsetningsløst (Kvale og Brinkmann 2009). Selv om forskeren skal ha en objektiv og nøktern rolle, vil alltid relasjonen til informanten bære preg av ens eget ståsted og identitet (Neumann og Neumann 2010). Et fenomenologisk ståsted vil alene ikke være tilstrekkelig for min tilnærming til forskningsfeltet denne oppgaven omhandler, ettersom jeg allerede har tolket og gjort meg en forståelse av feltet i forkant. Samtidig anser jeg at en fenomenologisk tilnærming likevel vil spille en viktig rolle for studiens teoretisk perspektiv ettersom den har et fokus på subjekters egne erfaringer.

### **2.4.2 Hermeneutikk og fortolkning**

Hermeneutikk er teorier om fortolkning og forståelse (Thomassen 2006). I hermeneutikken anerkjennes beskrivelser å være fortolkninger (Thomassen 2006). Det vil si at hva som legges merke til ved praksis er preget av ens forforståelse og forståelseshorisont (Thomassen 2006). Der beskrivende forskning med et fenomenologisk perspektiv avdekker essensielle meningsstrukturer av et fenomen, er det i hermeneutisk tradisjon gjennom tolkning eller fortolkning, forståelse som er målet (Thomassen 2006). For fortolkningene må «saken selv» eller fenomenet som studeres fremtrer på sine egne premisser (Aadland 2011). I tillegg får fenomenet en forståelse og mening i den historiske, kulturelle og sosiale sammenhengen som mennesket befinner seg i (Thomassen 2006). Selv om feltet som studeres kan være universelt, kan en på en annen side finne det unike ved nettopp å studere det universelle (Kvale og Brinkmann 2009).

### **2.4.3 Forståelse og bruk av fenomenologi og hermeneutikk**

Bruken av fenomenologi og hermeneutikk er først og fremst til hjelp ved oppgavens metodiske arbeid, og fungerer som briller for hvordan jeg ser materialet på. Fenomenologi og hermeneutikk brukes i denne oppgaven som et analytisk perspektiv, ettersom jeg er ute etter informantenes egne erfaringsbeskrivelser. Bruken av fenomenologi og hermeneutikk gir meg vitenskapsteoretisk innsikt. Denne innsikten gjør at jeg som helsearbeider og oppgaveskribent kan øke selvinnsikt og for å kritisk reflektere over egne handlinger, ettersom det er et samspill mellom teori og praksis, erfaring og refleksjon (Aadland 2011). Ettersom den fenomenologiske tilnærmingen anses å ha et slikt reflekterende fokus på hvordan erfaringer oppleves i praksis, sammenfaller dette med oppgavens problemstilling. Et fenomenologisk perspektiv brukes som et analytisk verktøy som gjør det mulig å fange opp fenomenet, helsepersonells erfaringer med utskrivelsessamarbeidet.

Ettersom kunnskap i fenomenologisk tenkning finnes i menneskers relasjon til omverdenen (Kvale og Brinkmann 2009), anses bruken av intervju som et godt egnet verktøy for å innhente kunnskap i form av beskrivelser. I intervjusamtalene kan jeg få frem informantens tanker om hvordan samarbeidet erfares og hva slags mening og betydning dette har for den enkelte intervjupersonen. Slik kunnskap fremkommer, beskrives i fenomenologien som et "innenfra og nedenfra-perspektiv" (Thomassen 2006).

Ettersom feltet som undersøkes også er et område jeg selv arbeider innenfor, vil et hermeneutisk perspektiv utfylle mitt fenomenologiske ståsted, og hjelpe meg å være meg bevisst min erfaringsbakgrunn og forforståelse. Ettersom hermeneutikken fokuserer på hvordan omgivelser kan tolkes og forstås (Aadland 2011), vil en slik tilnærming vil for meg være nyttig i refleksjon over hvordan informasjon innhentes, hvordan jeg forholder meg til den, og hvordan resultater kan skrives ut ifra det materialet jeg har (Neumann og Neumann 2010). I tillegg vil et hermeneutisk perspektiv gjøre at jeg kan få en bedre innsikt i hvordan forklaringer, forståelse og fortolkning henger sammen. Med et forståelsesverktøy i fenomenologi og hermeneutikk gjør at jeg kan kombinere kravene om å la et fenomen være fremstilt på egne premisser, samtidig og vekselvis ta i bruk refleksjon, erfaring og forforståelse (Aadland 2011).



### **3.0 Metodisk tilnærming**

I dette kapittelet redegjøres oppgavens metodiske arbeid. Først begrunnes valg av metode og design, før informanter og intervjukontekst presenteres. Deretter gjennomgås prosessen vedrørende materialets bearbeiding og analyse, før refleksjoner gjøres over eget ståsted og forforståelse. Videre reflekteres det over mulige kvalitetskrav knyttet til pålitelighet, troverdighet og etiske overveielser. Kapittelet avsluttes med en kort diskusjon av det metodiske arbeidet.

#### **3.1 Kvalitativ metode og kvalitativt intervju**

En metode beskrives i litteraturen som å følge en bestemt vei til et mål (Kvale og Brinkmann 2009). I dette prosjektet handler det om å få et innblikk i helsepersonells erfaringer og opplevelser i samarbeidet når eldre skrøpelige personer skrives ut fra sykehuset til hjemmet. I tråd med de analytiske perspektivene som fenomenologien og hermeneutikken presenterer, vil beskrivelser som fremkommer på denne måten kunne løfte refleksjonene frem, slik at sentrale kjennetegn av praksis belyses. Dette vil være mulig å gjøre, ettersom målet i en kvalitativ forskningstradisjon er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener (Malterud 2003). Økt forståelse oppnås gjennom kommunikasjon, og ved at det er et samspill mellom forskeren og det som utforskes (Repstad 2007). Teknikken som brukes balanserer bruken av metodetekniske- og håndverksmessige ferdigheter (Kvale og Brinkmann 2009)). Prosjektet gjennomføres dermed som en kvalitativ empirisk studie, og hvor informasjon innhentes ved hjelp av individuelle semistrukturerte intervju.

#### **3.2 Presentasjon av informanter og intervjukontekst**

Informanter har blitt strategisk valgt ut, og består av helsepersonell på en geriatrisk sykehusavdeling og helsepersonell som arbeider i en tilhørende kommunal sektor. Utvalget av informanter anses å bestå av aktuelle intervjupersoner, og som besitter relevant informasjon i henhold til prosjektets problemstilling. I utgangspunktet var det ønskelig med 10 informanter hvorav 5 intervjuer var tenk utført i hver av de to organisatoriske enhetene. Selv om kvalitative studier ofte bygges på et materiale fra 10-25 informanter (Malterud 2008), begrenses dette antallet i dette prosjektet på grunn av oppgavens omfang. En bredde i utvalget er derfor prioritert i stedet for antallet informanter. Denne prioriteringen forutsetter at valgte informanter kan gi rik og variert informasjon, slik at ny og meningsfull kunnskap om feltet

kan forekomme (Malterud 2008). For å muliggjøre en størst mulig grad av nyanserte erfaringsbeskrivelser, var det ønskelig med en variasjonsbredde i informantene, slik som alder og arbeidserfaring på området. Tilgang til informantene ble gjort ved hjelp av eget nettverk, hvor jeg tok kontakt med avdelingslederne på de to respektive arbeidsstedene, og ga skriftlig informasjon om prosjektet og forespurte om deltagelse med intervjuer. Videre ble nærmere avtaler angående praktisk gjennomføring av intervjuene gjort over telefon, da begge arbeidstedene svarte positivt på forespørselen.

I forkant av intervjuene ble skriftlig informasjon oversendt bestående av prosjektskisse, og et kortfattet informasjonsskriv om prosjektet med et samtykkeskjema. Intervjuene ble avholdt på et møterom på de to arbeidsstedene, og holdt over 4 dager i en periode på 14 dager. Det ble totalt utført 8 intervjuer, med 4 intervjuer på hvert arbeidssted. Informantene ble i forkant av intervjuet informert skriftlig og muntlig om prosjektet, før de skrev under på samtykkeerklæringen. Det ble deretter gitt informasjon om intervjuets praktiske gjennomføring. Det var ønskelig å skape en uformell stemning og en god tone for intervjusituasjonen, og jeg fokuserte på at ingen svar verken var rette eller gale, men hvor deres erfaring ble vektlagt og kom til syne. Alle informantene fikk tilbud om å få den ferdige oppgaven tilsendt, og jeg noterte derfor ned deres emailadresser. I tillegg ble informantenes telefonnumre nedskrevet dersom det skulle bli aktuelt å ta kontakt i løpet av prosjektperioden. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og hvert intervju tok ca. 30-45 minutter. Egne refleksjoner over gjennomføringen ble skrevet ned rett etter hvert intervju var avsluttet. Intervjuene hadde en semistrukturell oppbygging, og hvor en intervjuguide ble brukt som utgangspunkt for samtaletema og som fungerte som en støtte og hjelp i å holde fokus på prosjektets problemstilling (Se intervjuguide som vedlegg nr. 3). Intervjuguiden var utformet med forhåndssorterte tema og mulige relevante spørsmål og eventuelle oppfølgings spørsmål. Denne guiden tok utgangspunkt i et tidligere gjennomført pilotintervju, og som etter dette var blitt hensiktsmessig redigert. I et av intervjuene viste det seg at informanten ikke var i besittelse av den erfaringen som jeg var ute etter. Dette var en situasjon som oppsto halvveis i intervjuet, og hvor jeg vurderte om intervjuet skulle stoppes. Intervjuet og påfølgende transkripsjon ble likevel utført med tanke på å tilegne meg mest mulig kunnskap i prosessen, selv om materialet fra dette intervjuet ikke ble til gjenstand for videre analyse.

### **3.3 Bearbeidelse og analyse**

I denne delen av forskningsprosessen skal den studerte virkeligheten omformes fra samtale til tekst (Malterud 2008). Dette transkriberingsarbeidet ble gjort forløpende, slik at prosessen med å intervju og å transkribere foregikk samtidig. Dette ble gjort for å være mest mulig effektiv i forhold til tid til rådighet, samtidig som at intervjuene i skriftlig form ga nye perspektiv og vinkling på intervjuet. Samtidig skrev jeg ned egne refleksjoner i etterkant av hvert intervju, Refleksjonene handlet om samtalens tematikk og spørsmålsformulering, men også om tanker på personlige forhold og egen tilnærming i intervjusituasjonen. Dette var refleksjoner som kunne være med på å bedre gjennomføringen av neste intervju.

Intervjuene ble nedskrevet verbatim, en metode som sikrer at meningsinnholdet i størst mulig grad opprettholdes (Kvale og Brinkmann 2009). I denne prosessen ble også elementer som pauser i informantens utsagn, samt eventuelle uttrykk som stønning nedskrevet slik at flest mulig dimensjoner fra samtalene ble ivaretatt.

Videre arbeid i den kvalitative analyseprosessen forutsetter at materialet har blitt sammenfattet til tekst (Malterud 2008). Dette ble gjort i transkriberingsprosessen nevnt ovenfor. Arbeidet med bearbeidning av materialet ble videre sammenfattet ved hjelp av kvalitativ analyse, systematisk tekstkondensering etter Giorgis fenomenologiske analyse, og modifisert etter Malterud (Malterud 2008). Denne analysemetoden er en metode som i særlig grad anbefales for nybegynnere i forskningsrollen. Metoden anses også å være et godt redskap når analysenivået handler om å utvikle beskrivelser (Malterud 2008). Arbeidet med videre bearbeidning av materialet ble med overnevnte metode en analyse over fire trinn. I trinn en var målet å få et helhetsinntrykk av materialet. Intervjuene ble derfor lest grundig og gjentatte ganger. Etter denne gjennomlesningen ble hovedtema for hvert intervju deretter nedskrevet. I trinn to ble tema som ble identifisert fra hvert intervju forsøkt samlet og organisert. Irrelevant tekst som ikke direkte kunne knyttes til oppgavens problemstilling ble skilt ut. Derimot ble relevant tekst gjenstand for videre systematisk gjennomgang, slik at tekstbitene ble til meningsbærende enheter. Dette arbeidet omtales som koding (Malterud 2008). De meningsbærende enhetene var videre til hjelp til å identifisere ulike tema som kunne være relevant for problemstillingen. Tekstbiter med sammenfallende tema ble systematisert under samme kode. I denne prosessen ble antallet koder redusert, noen ble slått sammen, mens andre koder ble delt. Kodene fikk også en mer spesifikk navngivning ut ifra hva dem omhandlet. I denne prosessen ble det sørget for at et opprinnelig og uredigert dokument over materialet var

tilgjengelig. Materialet ble i dette arbeidet systematisert i en matrise i et databehandlingsprogram. Denne illustrative fremstillingen av materialet ble erfart som et nyttig verktøy som skapte oversikt over den enkeltes bidrag ved de respektive kodene. I trinn tre var målet å kondensere, slik at kunnskap som var fremkommet fra hver kodegruppe ble abstrahert (Malterud 2008). Det ble også i dette trinnet valgt ut sitater som på hver sin måte kunne illustrere disse abstraksjonene. I analysens fjerde trinn ble materialet rekonstruert og undersøkt om beskrivelsene som har fremkommet ble ansett som gyldige ut fra den opprinnelige sammenhengen de var hentet ifra (Malterud 2008). Det ble etterstrebet å konstruere en presentasjon av materialet som kunne belyse ulike sider ved oppgavens problemstilling. Disse ulike sidene blir presentert i resultatkapittelet, med hvert sitt avsnitt og med påfølgende underoverskrifter. Overskriftene ble validert ved å krysslese matrisen systematisk. Informantene anonymiseres ved å få et fiktivt navn i form av et nummer. Som eksempel viser informant 2K at informanten er informant nr. 2 fra kommunen, mens informant 7S er en informant fra sykehuset som har blitt navngitt med et sjetall. Materialet diskuteres opp mot oppgavens teoretiske referanseramme og tidligere forskning på feltet.

### **3.4 Mitt ståsted og forforståelse**

Mitt faglige ståsted er at jeg har en bachelorgrad i ergoterapi, og har fem års erfaring innen en kommunal rehabiliteringstjeneste på Østlandet. Mitt arbeid er hovedsakelig rettet mot å koordinere overgangen fra sykehus til hjemmet, samt å følge opp den første perioden hjemme med tanke på hensiktsmessig tilrettelegging av hjelp og hjemmesituasjon. Brukergruppen er eldre skrøpelige personer.

Min erfaringsbakgrunn viser at feltet som skal undersøkes i dette prosjektet er godt kjent selv om prosjektarbeidet skal utføres i et annet, men nærliggende demografisk område. Bakgrunn for at jeg ønsker å se nærmere på feltet om hvordan helsepersonell erfarer samarbeidet i utskrivelser av eldre skrøpelige personer fra sykehus til hjemmet, er at jeg opplever at samarbeidet kan være ulikt og kan bære preg av tilfeldigheter. Hvem snakker en med? Hvilken informasjon deles? Hvilken tid er til rådighet?

Jeg stiller meg også undrende til om helsepersonell fra de ulike nivåene har en felles forståelse av hvilken oppfølging som anses hensiktsmessig for denne gruppen mennesker. Har de innsikt og forståelse av hvordan samarbeidspartneren arbeider og hvilke rammer som må tas hensyn til? Er dagens praksis slik at det er vanskelig å vite hva og hvordan «de på den

andre siden» tenker? Praksisfeltet og samarbeidet som her er snakk omfatter en overgang fra en tjeneste til en annen, og mellom et nivå til et annet. I følge Samhandlingsreformen er målet at slike overganger oppleves sømløse (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)). For å oppnå dette innen rehabiliteringsvirksomheten stiller jeg spørsmålstegn til om Samhandlingsreformen fører til at helsepersonell må ha et større blikk på det som skjer i praksis, som også omfatter andre tjenester og nivåer enn det en selv arbeider innenfor. Hva som gjøres av informasjonsutveksling, samarbeid og samhandling mellom helsepersonell på sykehus og i kommunen, tenker jeg kan være med på belyse fenomenet nærmere og bidra til å bevisstgjøre og forbedre kunnskapen om hverandres ståsted, slik at bedre samarbeid oppnås.

### **3.5 Pålitelighet og troverdighet i kvalitativ forskning**

Kvalitetskrav stilles ved alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann 2009). Kvalitetskravene handler om relevans og gyldighet, og stilles ved å reflektere over valg som har blitt tatt i prosessen som kan ha påvirket fremkommet kunnskap (Malterud 2003). Å stille seg kritisk til eget materiale, kalles å validere, og gjøres ved å kontrollere og vurdere prosessen for mulige feilkilder, samt å klargjøre muligheter og begrensninger ved virkeligheten som har fremkommet (Malterud 2008). Validering krever dermed at forskeren har et kritisk blikk på egen arbeidstilnærming (Kvale og Brinkmann 2009). I dette prosjektet som er ute etter å få frem beskrivelser om et fenomens erfaringer, anses intervju som et egnet verktøy. I tillegg er det grunn til å tro at valgte intervjupersoner er i besittelse av den kunnskapen som problemstillingen søker svar på, selv om det alltid kan rettes tvil til om informantene snakker sant (Kvale og Brinkmann 2009). Kvalitetsvurdering av selve materiale som har fremkommet fra intervjuene kan også ses på i forhold til pålitelighet og gyldighet. Vil resultatene kun være av interesse i et lokalt perspektiv, eller lar det seg overføre til en annen setting med andre informanter? Et slikt perspektiv på hvordan kunnskap kan overføres, kalles generaliserbarhet, og vil ikke være mulig ettersom hver enkelt informant og intervjusituasjon anses som unik. I tillegg vil materialet også være problematisk å generalisere ettersom det baseres på et lite antall informanter (Kvale og Brinkmann 2009). Samtidig anses det i denne sammenheng at en generalisering på analytisk nivå likevel vil være mulig å gjøre, da det er rimelig å anta at praksisbeskrivelsene kan være representative for lignende praksis andre steder. Men graden av sannhet dreier seg ikke kun om kritikk av metode eller materiale, men også om forskerens egen tilnærming i prosessen (Kvale og Brinkmann 2009). I intervjuprosessen skal forskeren ideelt sett forholde seg taus, nøytral og objektiv for å påvirke

situasjonen minst mulig (Neumann og Neumann 2010). Men dette vil være umulig ettersom en alltid bærer med seg egne meninger, erfaringer og sosial plassering som preger ens tilstand (Neumann og Neumann 2010). I dette prosjektet viste utfordringen seg blant annet å holde intervjupersonene og deres erfaringer på avstand, og unngå å bli “innfødt” ettersom fenomenet som skulle studeres hadde en nær tilknytning til egne arbeidserfaringer. Denne utfordringen førte til at gjentatte refleksjoner over eget ståsted og rolle ble gjort, og hvor det har blitt tilstrebet at resultatet har blitt presentert på en ydmyk og gjennomiktig måte.

### **3.6 Ethiske overveielser**

Telefonkontakt med Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) var i forkant av prosjektet blitt opprettet, og hvor mulige etiske hensyn i forhold til innsamling, oppbevaring og behandling av materiale ble diskutert. I forhold til den informasjonen som prosjektet søkte og utforske, ble det av fagkyndig hos NSD vurdert at denne ikke falt innenfor forskningsetiske krav hos Regional Etisk Komité (REK). Prosjektet ble derfor søkt for og innvilget godkjennelse hos NSD i forkant av prosjektets oppstart (Se vedlegg 1). Ethiske overveielser har likevel blitt tatt høyde for. Blant annet har innsamlet materiale blitt anonymisert og blitt behandlet konfidensielt i analyser og i publisering. Likevel har jeg oppbevart en liste over informantenes navn og deres gitte fiktive navn i oppgaven. Denne listen har blitt oppbevart på en trygg måte og vil bli makulert ved prosjektets slutt. Prosjektet har i sin helhet vært underlagt Helsinkideklarasjonens forskningsetiske komponenter, slik at ærlighet, grundighet, saklighet og sannhet har blitt ivaretatt. I tillegg har det blitt tydeliggjort at deltagelse i prosjektet har vært basert på frivillighet, slik at deltagerne til enhver tid, og uten å oppgi grunn har hatt mulighet til å trekke seg (Kvale og Brinkmann 2009). Deltagerne har i tillegg skrevet under på en samtykkeerklæring.

### **3.7 Diskusjon av metode**

Flere kritiske overveielser har blitt gjort i forkant, underveis og i etterkant av oppgavens metodiske arbeid. Refleksjoner som diskuteres i dette avsnittet er knyttet til hvordan det har vært å være uerfaren i en slik utforskningsprosess, og samtidig rettes et kritisk blikk på hvordan utvelgelsesprosessen av informanter har foregått. I tillegg reflekteres det over hvorvidt materialets gyldighet er sikret, både i intervjusituasjonen og i det metodiske analysearbeidet.

Den metodiske arbeidsprosessen har vært preget av at jeg har vært “førstereisende” og novise, noe som har medført at jeg har hatt en ydmyk holdning ovenfor det som har blitt gjort. På grunn av egen forforståelse og arbeidserfaring på praksisfeltet som også denne oppgaven omhandler, har det vært viktig å være seg bevisst egne synspunkter og meninger, samtidig å vise åpenhet ovenfor informantenes erfaringer.

I planleggingsfasen av det metodiske arbeidet var jeg opptatt av å følge retningslinjer for hvordan arbeidet kunne bli utført. Likevel var det nødvendig å finne egen tilnærming i arbeidet i tråd med mine personlige- og kreative egenskaper. Retningslinjene var et oppskriftsmessig verktøy i hvilke trinn arbeidsprosessen besto av, og ga meg en trygghet i at prosessen var i henhold til etiske og kvalitetsmessig krav gjeldende for kvalitativ forskning. Selv om prosessen hovedsakelig ble gjort som et individuelt arbeid, var veileders rolle som rådgiver og diskusjonspartner god å ha.

Når det gjelder valg av informanter, kan det reises spørsmålsteget ved hvordan dette har fremgått. Ettersom informanter ble valgt ut av mine kontaktpersoner og på grunnlag av gitte inklusjonskriterier, har lederen ellers stått fritt i å selv velge ut personer til studien. Det ville vært utfordrende for meg og selv plukke ut egnede kandidater fra miljøene selv, så ledernes oversikt og kunnskap i de miljøene de arbeider innenfor, har vært viktig. På en annen side har jeg likevel ikke innsikt i på hvilket grunnlag lederne har valgt ut informanter på, og om dette eventuelt har foregått bevisst eller ubevisst for å styre utvalget. Er kun de flinkeste eller mest fornøyde ansatte blitt valgt ut, er eksempel på spørsmål jeg har reflektert over. Likevel er det rimelig å anta at informantene er tilfeldig utvalgt med grunnlag i gitte inklusjonskriterier.

I arbeidet med å nedskrive intervjuene, ville det i utgangspunktet føltes naturlig og etisk riktig å la informantene få tilgang til å lese deres utsagn og erfaringer, slik at jeg ville få bekreftet at deres beskrivelser har blitt forstått på en riktig måte. En slik prosess ble vurdert for tidkrevende, men dette ble prøvd sikret underveis i intervjuet, ved regelmessig å gjenta deres beskrivelser og hvor spørsmålsteget ble stilt om uttalelsene ble forstått riktig. I tillegg fikk alle informantene tilbudt om å få tilsendt et eksemplar av den ferdigstilte oppgaven.

Arbeidet med å analysere materialet, ble erfart som krevende. Jeg var redd for å miste informantenes opprinnelige meninger eller å mistolke disse. Stegene i analyseprosessen ble derfor gjennomgått flere ganger for å sikre meg at materialet ble riktig forstått og tolket. De analytiske verktøyene fra fenomenologien og hermeneutikken ga meg en trygghet for at informantenes stemme kunne komme frem, samtidig som jeg var meg bevisst egen forforståelse og erfaring. I denne oppgaven oppleves dette utfordrende, ettersom feltet som

her er gjenstand for utforskning også er ens eget arbeidsfelt. Ved å inneha en slik forhåndskunnskap er det umulig å møte dette praksisfeltet forutsetningsløst, slik en fenomenologisk tilnærming kan søke. På en annen side kunne jeg likevel dra nytte av min forforståelse ettersom denne forståelsen vektlegges i et hermeneutisk perspektiv vektlegges.



## **4.0 Resultat**

Formålet med oppgaven er å få frem helsepersonells erfaringer med samarbeid mellom, 1. og 2. linjetjenesten når eldre skrøpelige personer skrives ut fra sykehuset til hjemmet. Flere offentlige dokumenter og retningslinjer innen helse- og omsorgstjenestene belyser viktigheten av samarbeid for å oppnå kontinuitet og helhetlige tjenester. Internasjonal forskning, nasjonale prosjekter og rapporter påpeker nødvendigheten av samarbeid, og sier hva som betegner gode samarbeid. Likevel anses det at mangelfull kunnskap om hvordan arbeidet konkret skal utføres for å oppnå et godt samarbeid. Hvordan erfares samarbeidet av de som faktisk utfører arbeidet?

Flere interessante emner og tanker ble synlige i intervjuene, men fire tema viste seg å være dominerende. Disse temaene fikk følgende overskrifter i analysearbeidet: «Samhandling om eldre skrøpelige personer», «Forståelse av eldre skrøpelige personer», «Med Samhandlingsreformen» og «Ulike tilnærminger» De tre første temaer belyses uavhengig av informantens arbeidssted, mens den siste kategorien ser på ulikheter mellom sykehuspersonalet og ansatte i kommunen. De fire kategoriene blir presentert hver for seg, og suppleres med beskrivende sitater fra informantene. Sitatene er skrevet i kursiv og mellom anførselstegn. Sitatene har blitt redigert når ord gjentas, og de har blitt slått sammen dersom de inneholder ord av mindre meningsfull betydning. Dette illustreres med (.....).

Informantene navngis henholdsvis med siffer og forbokstav på den instansen de arbeider innenfor. Eksempelvis er informant 1K, informant nr. 1 og er fra kommunen, mens 8S illustrerer at informanten arbeider på sykehus og har fått nummeret åtte.

### **4.1 Samhandling om eldre skrøpelige personer**

I denne kategorien vil det presenteres funn som sier noe om hvordan informantene erfarer arbeidet når sykehus -og kommuneansatte samarbeider om skrøpelige eldre personer som utskrives fra sykehus til hjemmet. Beskrivelser knyttet til hvordan samarbeidet foregår, hva slags informasjon deles og hva slags informasjon som oppleves viktig å dele.

Alle informantene kommer med beskrivelser om hvordan selve arbeidet med samarbeidende nivåer foregår. Disse beskrivelsene dreier seg om tidspunkt for når kontakten oppstår, hvilken informasjon som deles, og viktigheten av denne. Ettersom samarbeidet starter allerede når en person innlegges på sykehuset, vil dermed beskrivelser av samarbeidet starte på dette

tidspunktet i prosessen. Avslutningsvis vil et kort sammendrag av deltagernes beskrivelser oppsummeres.

#### **4.1.1 Bruk av e-link**

Kommunikasjon mellom helsepersonell på sykehuset og kommunen når skrøpelige eldre personer utskrives fra sykehuset til hjemmet, skjer gjennom skriftlige meldinger i e-link. E-link er et elektronisk datasystem mellom sykehus- og kommunehelsetjenesten, og anses av informantene å være et raskt kommunikasjonsverktøy. I e-link kan en skrive frie meldinger som i e-mails, samt fylle ut skjema etter bestemt innhold og maler. Dialog mellom sykehus og kommune starter som regel ved at sykehuset sender en elektronisk melding til kommunen når en skrøpelig eldre person har blitt innlagt, gjerne til et kommunens søknadskontor. Denne meldingen inneholder informasjon om personens helseopplysninger, utredning og behandling, og en forespeilet planlagt utskrivningsdato (PU-dato). Et avkryssingsskjema brukes for å beskrive hvordan ens funksjon er i forhold til ulike områder, samtidig som tilleggsopplysninger kan legges ved som fritekst. Flere av informantene påpeker at informasjon om en persons funksjonsnivå, mobilitet og kognitiv funksjon er viktig informasjon å dele. «*De basale behovene*», omtaler en informant denne informasjonen som (6S). Denne informasjonen sier noe om hvordan en person ivaretar seg selv på ulike måter i forhold til mat, handling, stell og personlig hygiene.

Samtidig påpeker flere av informantene at en slik informasjonsutveksling i samarbeidet er personavhengig. Det vil si at hvilken informasjon en får er avhengig av hvilken person du samarbeider med. En informant uttaler å få ulik informasjonen dersom en snakker med en pasients ansvarlige sykepleier eller en annen ” *De sitter nødvendigvis ikke på samme informasjon*” (1). Et annet aspekt ved denne personavhengigheten mener flere av informantene har med utskiftningen av personell å gjøre, ettersom det erfares at nyansatte ikke får god nok opplæring i hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommune foregår. Stor turnover og begrenset opplæring av personell gir konsekvenser spesielt ved raske utskrivninger, da det må brukes mye tid til ulike avklaringer. I tillegg til at det skriftlige samarbeidet i e-link oppleves mer upersonlig, sier informantene at det er viktig at det som skrives får en positiv og hyggelig tone. Informant 5S sier: « *Det høres kanskje dumt ut, men jeg er opptatt av at man er litt hyggelig, selv om det bare er ord, en mail, så kan man skrive litt hyggelig. Ja, jeg for eksempel skriver, med vennlig hilsen sykepleier.....*» Informantene

uttrykker at de er mer beviste på hvordan de skal uttrykke seg skriftlig i kommunikasjonen. «*Det blir de samme utfordringene man har med SMS*», sier en annen informant (6S).

På spørsmål om hvilken type informasjon som oppleves som viktig å dele, svarer informantene at denne dreier seg om persons reduksjon i funksjonsnivå og på hvilken måte dette har utviklet seg, oppleves også som viktig hos flere av informantene. Denne type informasjon får sykehuspersonalet fra hjemmesykepleien dersom personen som er innlagt før innleggelse har mottatt kommunale hjemmetjenester. En slik rapport fra hjemmesykepleien beskriver en persons situasjon timer før innleggelse. Informant 7S sier «*Det er ganske avgjørende å få den inputen fra dem eller pårørende, for å få vite hvordan pasienten til vanlig er, og hva vi skal jobbe imot*». Rapporten forteller informanten noe om hvordan tilstanden til den skrøpelige eldre personen har vært før innleggelse og, at denne informasjon kan være målsettende i behandlingsprosessen. En annen informant opplever informasjonen i denne rapporten som mindre informativ og nyttig, særlig i forhold til det medfølgende IPLOS-skjemaet <sup>6</sup> og sier: «*... det sier meg veldig lite, så jeg nesten ikke ser på det engang*» (5S). Dette utsagnet støttes av informant nr. 6S som mener denne informasjonen ikke alltid er like utfyllende, men har mer nytte av å ta kontakt med påførende. Samme informant påpeker samtidig at IPLOS-systemet som benyttes i kommunene ikke brukes på sykehuset.

Når kommunen mottar meldingen fra sykehuset om at en av deres skrøpelige eldre personer er innlagt, vil kommunen dette sende en skriftlig melding tilbake til sykehuset og etterspørre informasjon om personens funksjonsnivå, hva en klare selv og hva en trenger hjelp til, samt en vurdering av videre behandling og hjelpebehov. Det dreier seg om informasjon som kan være med å påvirke om den skrøpelige eldre personen kan utskrives til hjemmet, og hva som eventuelt skal settes inn av tiltak etter utskrivelse. Informant 2K uttrykker «*Jeg må jo forholde meg til det funksjonsnivået som er da pasienten blir utskrevet, ikke tentativt og prognostisk om tre dager. Hjelpebehovet er i forhold til her og nå*» Informanten påpeker at informasjon om hvordan den nåværende situasjonen er for personen er essensielt å få beskrivelser om for å kunne vurdere en persons hjelpebehov. Flere informanter uttrykker at kommunikasjonsprosessen på dette stadige kan bestå av flere meldinger fra sykehuset til

---

<sup>6</sup> IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren, og er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for statlige og kommunale myndigheter (Helsedirektoratet 2011: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/iplos-registeret/Sider/default.aspx>)

kommunen, ettersom endringer i funksjon og hjelpebehov hos den skrøpelige eldre personen kan oppstå underveis på sykehuset. Når flere slike endringsmeldinger sendes, forteller en informant at dette kan erfares negativt hos samarbeidende nivå. «*Så blir kommunen sur, for vi sa noe annet i går, og sier noe annet i dag,*» sier informanten om denne situasjonen. (8S). Når de skrøpelige eldre personene er ferdig medisinsk utredet og behandlet, skriver sykehuset en melding om utskrivelse med informasjon om utskrivningsdato til kommunen. Dersom pasienten ikke er kjent for kommunen fra tidligere, tilstrebes det fra kommunens side å holde nettverksmøte. Nettverksmøte gjør det mulig å møte pårørende, noe som flere informanter opplever som nyttig. Noen av informantene opplever det som viktig å involvere pårørende i denne prosessen, og å gi dem en mulighet til å delta i planleggingsarbeidet

#### **4.1.2 Telefonkontakt**

Selv om kontakten mellom sykehuset og kommunen ofte skjer elektronisk, utelukker den ikke telefonkontakt. Informant 2K uttrykker «*E-link utelukker ikke bruk av telefon, men at du slipper disse bomtelefonene når du ikke får tak i vedkommende og visa versa*» « Bruk av e-link oppleves av informantene i denne sammenheng å være tidsbesparende og nyttig når informasjon til samarbeidende instans bør gis raskt, og brukes som regel mest når dagen for utskrivelse nærmer seg. Når alternativet er å sitte og vente på en skriftlig tilbakemelding om når en person kan utskrives, sier en informant: «*Det er bedre å ringe når det er noe som haster*» (8S). Informasjon som haster kan dreie seg om avtaler som må gjøres for når tidspunkt for hjemreise kan være, og tidspunkt for når hjemmetjenesten kan foreta første besøk hjemme hos personen. Denne informasjonen oppleves å være av praktisk art, om pasienten har nøkler til hjemmet, kontanter til handling eller har medisiner hjemme. Informant 8S sier at informasjonen som her skal deles må konkretiseres mest mulig, og stiller seg spørsmål ved om dette er lett å gjøre skriftlig. På spørsmål om informasjon som gis over telefon oppleves annerledes enn den som blir gitt i e-link sies en annen informant at «*Ja, man føler man får sagt mer muntlig uansett enn skriftlig, sånn er det jo*» (7S). En annen informant opplever ikke den skriftlige informasjonen som fullgod, ettersom den består av korte meldinger om personens status, problemområder og en vurdering av videre hjelpebehov (6S).

### **4.1.3 Oppsummering**

Samarbeidet mellom sykehus og kommunen foregår via det elektroniske datasystemet, e-link, med nettverksmøter og ved telefon. Dialogen mellom nivåene starter når den skrøpelige eldre personen innlegges på sykehuset. Informasjon som beskriver funksjonsnivå og hjelpebehov deles når den eldre skrøpelige personen er ferdig medisinsk utredet og behandlet. Denne informasjonen kan variere ettersom den oppleves å være personavhengig. Informasjon av mer praktisk art vedrørende utskrivelsen er i tillegg til funksjonsbeskrivelser og informasjon om hjelpebehov, oppleves som viktig å dele.

## **4.2 Forståelse av eldre skrøpelige personer**

I dette avsnittet vil gruppen eldre skrøpelige personer bli presentert gjennom informantenes briller. Beskrivelsene som gis handler om hva de oppfatter som denne gruppen menneskers karakteristikk og hvilke utfordringer gruppens karakteristikk byr på i arbeidet når de skal bevege seg fra et nivå i helsetjenesten til et annet.

### **4.2.1 En heterogen gruppe med sammensatte behov**

Alle informantene beskriver gruppen eldre skrøpelige personer av å ha en sammensatt og komplisert sykdomsbilde. Flere informanter sier i denne sammenheng at de blir nødt å vurdere de eldre skrøpelige personene mer helhetlig. Hvordan informantene arbeider for å oppnå en mer helhetlig tilnærming med denne gruppen personer, sier de er tidkrevende ettersom de skrøpelige eldre personene krever lengre tid i samtaler og i observasjoner enn andre grupper mennesker. En informant forteller om de tilpasninger som bør gjøres i samtaler med denne gruppen personer. I samtalen bør informasjonen som en formidler være kortfattet, og informanten begrunner dette med at: «*Jeg tenker at eldre mennesker fanger opp informasjon på en litt annen måte enn yngre*» (IK).

Informantene beskriver at de skrøpelige eldre personenes hjelpebehov er stort, noe som betyr at de trenger mye oppfølging. Informant 6S sier: «*De har gjerne behov for oppfølging i forhold til mat, ... stell og mobilisering... også eliminasjon, ja, som omfatter flere funksjonsområder*». En annen informant beskriver det store hjelpebehovet på denne måten: «*Eldre skrøpelige, de har behov for hjelp fra alt ofte, fra a til å...*»(5S). I tillegg til det store hjelpebehovet denne gruppen mennesker anses å ha i informantenes øyne, erfares det også at

skrøpelige eldre personer er marginale, og at funksjonsendringer kan skje raskt, ofte fra en dag til en annen eller fra morgen til kveld samme dag. Når endringer av funksjoner skjer raskt, mener informant 4K dette krever at helsepersonellet har erfaring slik at de klarer å oppfatte de endringene som skjer og handle deretter (4K). I tillegg til å belyse nødvendigheten av erfaring hos helsepersonell rundt skrøpelige eldre personer, uttrykker samme informant betydningen av tverrfaglig arbeid og hvordan profesjoners ulike syn kan benyttes fordelaktig, slik at de skrøpelige eldre personene får en bedre ivaretagelse.

Hjelpebehovet som tydeliggjøres i sitatene ovenfor betyr at behovet for hjelp og bistand må komme fra flere instanser, og flere av informantene sier det er viktig å ha kontakt med de instansene en må samarbeide med. Flere av informantene peker videre på at det store behovet for hjelp også krever hjelp og bistand fra flere instanser. Informant 5S uttrykker dette om hva slags konsekvenser de skrøpelige eldre personer bistandsbehov har for hans arbeid, og sier:» *Det krever veldig mange ja, samarbeid på tvers.*» Samtidig som gruppen eldre skrøpelige personer beskrives den på en annen siden som å være heterogen. En eldre skrøpelig person kan være helt ulik, og ha helt forskjellige utfordringer enn en annen. En informant beskriver at det kreves nøye observasjoner for hva den enkelte personen har av behov ettersom de kan være så forskjellige. «*De er mere forskjellige de enn det man er når man er barn...,de har så mange ulike erfaringer*», sies det (8s). Samme informant sier videre at de ulike erfaringene og behovene krever skreddersøm for den enkelte hele veien.

Noe av karakteristikken informantene ga av de eldre skrøpelige personene var at de ofte hadde en demenssykdom, og at dette ga konsekvenser for hvordan de arbeidet. I arbeidet med personer som hadde kognitive vansker, ga alle informantene tydelig uttrykk for at dialog med pårørende var viktig. Informantene beskrev hvordan de benyttet pårørende som en ressurs på flere stadier i arbeidsprosessen. Informant 8S beskriver hvordan hun bruker pårørende for å bekrefte eller avkrefte informasjon som fremkom gjennom samtaler og observasjoner av den eldre skrøpelige personen, og sier: «*Komparentopplysningene må være på plass før en planlegger med pårørende...og spørre hva de kan tenke seg at mamma eller pappa kommer til å trenge hjelp med, så får de komme med et forslag*».

Ettersom de skrøpelige eldre personene ofte hadde kognitive utfordringer, gjorde at spørsmålet om det i det hele tatt er hjemmet som er riktig å utskrive de til. Flere av informantene peker på diskusjonen rundt personer med demens og det og bo hjemme. En informant sier: »*veldig mange av våre pasienter er demente...men det er en hårfin balanse om de kan være hjemme, hvordan en kan tilrettelegge for dette i hjemmet....og det er jo ikke*

*hjemmesykepleien lagd for...for der er det ut og inn...» (6S). Noen av informantene påpekte i intervjuene at pårørende faktisk kunne være årsaken til at den skrøpelige eldre personen kunne bli utskrevet til hjemmet. En informant sier « Hvis de er ordentlig skrøpelige eldre som skal hjem, så ser jeg ofte da at de har sterke pårørende som stiller opp, enten de bor hjemme med dem, eller at de bor i nærheten og ofte kommer innom dem» (7S).*

#### **4.2.2 Forståelse av eldre skrøpelige personer og rehabilitering**

En informant gjorde seg større refleksjoner i intervjuet om gruppen eldre skrøpelige personer og rehabilitering, og sier «Vi er opptatt av å tenke rehabilitering innenfor en gruppe som kanskje ikke tradisjonelt har vært forbundet med rehabilitering.» (1K). Det sies videre at «fokus er mer på opptrening..og hva som skal til av hjelpemidler.., vi er ikke rett på hjemmesykepleie og pleie». Der hvor informanten tidligere har tenkt at her kan langvarige pleietiltak igangsettes, ses det nå at det er mulig at de skrøpelige eldre personene etter en funksjonsnedsettelse er i behov av opptrening. Funksjonsnedsettelsen trenger ikke nødvendigvis å komme av et beinbrudd, men at en også etter en langvarig infeksjon vil trenge ulike former av rehabiliteringstiltak. Disse tiltakene kan da ofte ha den målsetning om å komme tilbake til hjemme og bli boende hjemme så lenge det er mulig. Noen informanter uttrykker at dette ofte tilstrebes å få til, men sier samtidig også at de lykkes i de aller fleste tilfellene. I tillegg til at rehabiliteringsperspektivet erfares å ha fått endret betydning i arbeide med skrøpelige eldre personer, oppleves det også at tidsperspektivet er endret for hvor lenge en person skal tenkes å bli boende hjemme. Informanten sier «Kanskje snakker vi om rehabilitering tilbake til hjemmet, kanskje for et halvt år» (1S).

#### **4.2.3 Oppsummering**

Informantene ser på gruppen eldre skrøpelige personer og mener de har et sammensatt og komplisert sykdomsbilde, noe som betyr et stort og omfattende hjelpebehov, som krever samarbeid med mange ulike instanser. Samtidig anser informantene denne gruppen mennesker å være heterogen. Ulike utfordringer og behov krever en skreddersydd oppfølging. I tillegg beskrives dialogen med pårørende og den rollen de har, som viktig, og i særlig grad når den skrøpelige eldre personen har en demenssykdom. Til slutt fremkommer det at gruppen skrøpelige eldre personer og rehabiliteringsperspektivet blir sett på i et nytt lys. Uavhengig av

funksjonsnedsettelse, skal rehabiliteringstiltak tilbys, og hvor målet som etterstrebes er at den skrøpelige eldre personen skal få bo hjemme så lenge som mulig.

### **4.3 Utfordringer med Samhandlingsreformen**

Det har tidligere i resultatkapittelet blitt beskrevet hvordan samarbeidet mellom helsepersonell på sykehus og i kommunen vanligvis foregår når eldre skrøpelige personer utskrives fra sykehus til hjemmet. Spørsmålet en kan stille seg om dette samarbeidet har endret seg etter innføringen av samarbeidsreformen. I dette avsnittet vil beskrivelser informantene gir av samarbeidet etter reformens iverksettelse presenteres. Utfordringene som nevnes er knyttet til de personene som skrives ut til hjemmet, tidsaspektet i arbeidet og på hvilken måte kommunikasjonen foregår på Funnene vil avslutningsvis bli oppsummert. Alle informantene gjorde seg refleksjoner over hvordan innføringen av Samhandlingsreformen har påvirket samarbeidet mellom sykehus og kommune når skrøpelige eldre skrives ut til hjemmet.

#### **4.3.1 Tidsperspektivet**

Alle informantene har erfart en endring i tidsperspektivet har i arbeidet som en mulig følge av Samhandlingsreformen. Det synes å være en allmenn oppfattelse i at mindre tid er til rådighet fra da en skrøpelige eldre person innleggelse til personen skrives ut igjen. Flere av informantene viser til at statistikken over antall døgn de skrøpelige eldre er innlagt i sykehuset har halvert seg, og forteller hvordan dette har påvirket deres arbeidshverdag. En informant sier:» *Vi sykepleiere skal gjøre like mye på fire dager. Jeg tenker bare på kvaliteten på pleien*» (5S). Informanten stiller spørsmålsteget om mindre tid til rådighet i arbeidet skaper konsekvenser for arbeidets karakter. Det erfares at en må arbeide i et raskere tempo, og at både plan og mål for behandling nå må planlegges tidligere. «*Det går på rutiner*», sier en informant (7S). Informant 8S gir kommunenes nye betalingsansvar skylden for tempoøkningen i arbeidet, men opplever samtidig situasjonen som positiv ettersom utskrivningsklare skrøpelige eldre personer tidligere har blitt liggende for lenge på sykehuset (8S). En annen informant mener mangel på tid har ført til at utskrivelser kan gå skeis ettersom det nå erfares at liten tid kan brukes på å planlegge utskrivelsen. «*Vi skal huske på alt av praktiske ting i utskrivelsesprosessen, det er hundre ting å huske på, nøkler og sko, medisiner, multidose, papirer fra lege*»(5S).



Tiden oppleves også av informantene å ha konsekvenser for hastigheten på utskrivelsene. Det går kort tid fra avgjørelse om at en skrøpelige eldre person er utskrivningsklar til utskrivelse utføres. Når kommunen får beskjed fra sykehuset at en person er utskrivningsklar, sier en informant dette om samarbeidets hastighet: *«Det går ekstremt mye kjappere nå. Tidligere hadde vi en god del døgn på oss, 8 dager på å finne et adekvat tilbud»* (2K). Informanten uttrykker at tiden har sine konsekvenser for å kunne tilby utskrivningsklare personer riktig oppfølging, og sier videre: *«All den dialogen, den du hadde når du hadde 8 dager, kunne du ha en helt annen dialog og plan enn nå, men resultatet er jo at de, de dagene du hadde å tenke på før, det er jo de vi ofte da bruker korttid for å komme over den kneiken»*. Tiden viser seg i dette sitatet også å ha betydning for dialogen samarbeidet bygger på, og at denne nå er endret, og at korttidsopphold brukes for og «kjøpe seg tid» til å kunne tilby adekvate tilbud etter utskrivelse. En annen informant beskriver hvordan de raske utskrivelsene får konkrete konsekvenser i arbeidshverdagen, spesielt når avgjørelse om utskrivelse skjer seint på dagen (4K). Informanten sier videre at dette skaper utfordringer i forhold til bemanning på ettermiddag- og kveldstid, samt krever en mer fleksibel tilnærming når plan for arbeidsdagen legges. Flere av informanter har for øvrig den oppfatning at reformen har mye for seg, men at endrede tenkemåter må utvikles i arbeidet. Informant 2K eksemplifiserer dette blant annet med at det må bygges ut et bedre apparat i 1. linjetjenesten. En informant forteller at en generell tendens som ses etter Samhandlingsreformen er i forhold til de menneskene som skrives ut. De skrøpelige eldre som skrives ut til hjemmet oppleves som dårligere og mer marginale enn tidligere (4K). På spørsmålet om samarbeidet har blitt bedre etter Samhandlingsreformen svarer hun at hun tror det: *«Men jeg har ikke oversikten lenger, føler jeg. Det er jo mange som kommer tilbake forttere nå etter Samhandlingsreformen»* (8S)

#### **4.3.2 Fra muntlig til skriftlig kommunikasjon**

Informantene beskriver i intervjuene et utviklingstrekk som etter Samhandlingsreformen går i retning av en mer skriftlig kommunikasjonsmåte i samarbeidet mellom sykehus og kommune. Den skriftlige kommunikasjonsformen foregår som nevnt tidligere via det elektroniske verktøyet e-link. Som tidligere beskrevet ovenfor hvordan samarbeidet foregår, viser det seg at samarbeid over e-link har flere fordeler, men også noen ulemper beskrives. Fordelene går ut på at kommunikasjonen erfarses som tidsbesparende og effektivt. Informasjonsmengden som deles via e-link er stor og oppleves som mer tilgjengelig for de som skal benytte seg av den. Ulempene ved dette elektroniske samarbeidet dreier seg om mangelfulle rutiner for

hvordan arbeidet ønskes utført, hvilke meldinger som skal sendes og til hvilke tider, og ikke minst hva slags krav som stilles til samarbeidende nivå om når meldingene forventes å leses. I dette avsnittet presenteres informantenes tanker og meninger vedrørende den skriftlige samarbeidsformen som anses å være dominerende etter innføringen av Samhandlingsreformen. På spørsmål om hvordan samarbeidet har endret seg siden Samhandlingsreformen, uttrykker flere av informantene at det er mindre personkontakt i kommunikasjonssamarbeidet mellom sykehus og kommune. Positive erfaringer knyttes til den tiden da kommunens saksbehandlere kom på vurderingsbesøk og nettverksmøter på sykehuset. En informant opplevde disse arenaer med ansikt-til-ansikt-samarbeid som noe helt annet enn den skiftelige formen kommunikasjonen foregår på i dag, og sier: *«det er jo noe helt annet å snakke med de (saksbehandlerne) ansikt til ansikt. Da får man en mer felles forståelse»* (5S). Informanten opplever at denne samarbeidsformen knytter tettere bånd mellom menneskene som skal samarbeide, og gjør at en blir kjent med hverandre.

En annen informant deler samme erfaring om kommuneansattes fysiske tilstedeværelse på sykehuset og sier: *«Ja, det er mer ansiktsløst nå?. Det var veldig hyggelig da den kollegaen gikk i gangene her, det var en plussfaktor for samarbeidet... da kunne man møtes litt uforpliktende og ansikt til ansikt, ja»* (8S). Flere informanter uttrykker at situasjonen med mindre vurderingsbesøk fra kommunen på sykehuset gjør at sykehusansatte føler deres beskrivelser av de skrøpelige eldre personers hjelpebehov i større grad blir basert på deres vurderinger. En informant sier dette om denne situasjonen: *«De lener seg mer på vår vurdering istedenfor å komme og vurdere pasienten sin selv»* (6S).

#### **4.3.3 Retningslinjer for bruk av e-link etterlyses**

Selv om noen av informantene stiller seg kritiske til hvordan samarbeidet i større grad utføres via skriftlig kommunikasjon i e-link, uttrykker andre informanter tilfredshet med den skriftlige samarbeidsformen. En informant sier: *«Nå synes jeg vi og kommunen er flinke til å kommunisere, det er klart og absolutt veldig oversiktlig»* (7S). Samtidig som at kommunikasjonen oppleves klar og tydelig i e-link, opplever noen informanter at samarbeidet har blitt et skjemavelde. Slik dette skjemavelde beskrives, kan det se ut til at det eksisterer en usikkerhet vedrørende rutiner for når meldinger skal sendes og leses. Flere informanter (8S, 5S) forteller om situasjoner hvor meldinger i e-link fra kommunen til sykehuset ikke har blitt lest i tide. Slike hendelser har ført til at innlagte skrøpelige eldre personer ble liggende på sykehuset, selv om de i utgangspunktet hadde fått innvilget en annen institusjonsplass.

Informant 5S sier:» *man går jo ikke stadig inn på systemet for å se om det har kommet noen forespørslers*» Flere informanter forteller hvordan samarbeidsklimaet blir preget av frustrasjon dersom det begås feil i kommunikasjonen. Feilene kan handle om at feil skjema blir sendt til feil tidspunkt, eller er feil utfylt. Når dette skjer, erfarer flere informanter å motta avviksmeldinger med negativ kommentar fra samarbeidende part.

Informant S8 opplever disse avviksmeldingene som flisespikking, og at dette gjør noe med samarbeidsklimaet. »*Det skaper litt unødvendig frustrasjon hvis vi har gjort en liten feil*», sier informant S5. Slik e-link systemet fungerer i dag, kan slike meldinger komme seint på dagen, men flere informanter mener dette kan endres ved å opprette bedre rutiner (5S, 8S).

#### **4.3.4 Oppsummering**

Helsepersonell på sykehus og i kommunen erfarer at samarbeidet utføres i større grad med en skriftlig elektronisk form etter Samhandlingsreformen. Kommunens tilstedeværelse på sykehuset for vurderingsbesøk og nettverksmøte er kraftig redusert, og sykehusansatte opplever at det de skriver av funksjons- og hjelpebehovsbeskrivelser, i større grad blir veiledende for kommunen. Det skriftlige samarbeidet oppleves mindre personlig og ansiktsløst. Samtidig etterspørres ytterligere rutiner for hvordan dette skriftlige samarbeidet blir hensiktsmessig utført.

#### **4.4 Ulike tilnærminger**

Alle informantene beskriver samarbeidet mellom sykehus og kommune i generell forstand som godt. Informantene uttrykker at et godt samarbeid er ønskelig, samtidig som de søker etter forståelse av samarbeidene part og å kunne se sammenhenger i det systemet de er en del av. Det har hittil i resultatkapittelet blitt presentert erfaringer av samarbeidet informantene har gjort seg, uavhengig av arbeidssted og hvilket nivå i systemet de representerer. Det har vist seg i intervjuene at flere ulike tilnærminger til samarbeidet, avhengig av om informantene har vært ansatt på sykehuset eller i kommunene. Da disse ulike tilnærmingene anses å være grunnleggende for hvordan sykehus og kommune samarbeider ved utskrivelsene for skrøpelige eldre personer, anses det som viktig og kort presentere hva dette innebærer. De ulike tilnærmingene er systematisert to kategorier, og består av ulikheter knyttet til vurdering av funksjonsnivå, av videre hjelpe- og tjenestebehov, og hvordan samarbeidet består av elementer av og makt og hierarki.

#### 4.4.1 Vurdering av funksjonsnivå og videre hjelpe- og tjenestebehov

Alle informantene gjør seg refleksjoner vedrørende hvordan deres tanker og tilnærming i arbeidet er påvirket av de strukturelle rammene de jobber innenfor, på sykehuset eller i kommunen. «*Vi snakker jo ut fra den virkeligheten vi beveger oss i*», sier en informant (2K). Dette perspektivet kan synes å være synlig når informantene forteller hva som vektlegges når de beskriver skrøpelige eldre personers funksjon og videre hjelpe- og pleiebehov ved utskrivelse. Informantene i de ulike nivåene vektlegger forskjellige referanserammer når dette beskrives. De ulike tilnærmingene som fremkommer er synet på pleie- versus rehabiliteringsbehov (medisinsk tankegang versus helhetlig), pårørendes enighet, og optimale versus gode nok tiltak. Tilnærmingene vil først kort presenteres, før de avslutningsvis vil bli oppsummert.

Informantene fra kommunen opplever at en skrøpelig eldre persons funksjonsnivå- og fungering vurderes forskjellig på et sykehus enn i en hjemmesituasjon, og at behovet for hjelp vurderes å være av større omfang, samt at hjelpebehovet ofte anses å måtte gis videre på institusjonsnivå. Informant 1K eksemplifiserer dette videre og sier: «*På sykehuset sitter fru Hansen i sin seng og så kommer det et brett med mat, hun sitter der, noen synes det er veldig deilig bare å sitte der, så da kan tilbakemeldingene fra sykehuset være at Fru Hansen, hun kan nesten ikke gå ut av sengen, hun klarer nesten ikke å gå*». Informanten mener i dette tilfelle at en sykehusansatt vil vurdere at denne personen vil trenge hjelp til forflytning og matlaging og foreslå at hjelpen for en periode må gis på sykehjem. Informanten som selv er fra kommunen, med god erfaring og er trygg på at tiltak kan fungere i hjemmet, mens det fra sykehusets kan vurderes som uforsvarlig. Samme informant tenker at sykehusansatte ser kun den skrøpelige eldre personen innenfor sykehusets vegger, og at de vanskelig kan se for seg hvordan den skal klare seg hjemme. Dette er et poeng som bekreftes av en sykehusansatt som nettopp synes det er vanskelig for sykehusansatte å se for seg hvordan det kommer til å gå for den eldre skrøpelige personen som skrives ut til hjemmet. Informantene i kommunen opplever sykehusansatte er opptatt av pleie, og ser på pleien i et medisinsk perspektiv. De sykehusansattes fokus på diagnoser og behandling, mener en annen informant, når sykehuset har behandlet en sykdom, så er personen utskrivningsklar og kan sendes hjem (4K). Informanten mener at den totale situasjonen til personen ikke da kan være kartlagt, og at personen nødvendigvis ikke er klar for utskrivelse. Informant 1K forteller at det i samtaler med ansvarlig sykepleier på sykehuset er et fokus på pleiebiten, og at en forholder seg ut ifra de medisinske opplysningene man har. Hun sier videre: «*... Det er jo ikke så rart, men der*

*har vi nok litt forskjellig perspektiv, og være litt uenige om hva som skal være til hjelp videre. Da kan vi tenke hjem og fortsette rehabilitering hjemme, mens vedkommende tenker først og fremst pleie». Informanten opplever at kommunen har et mer bredere perspektiv i tillegg til pleieperspektivet, som også betyr rehabilitering. Informanten sier videre:» Vi er nødt til å ha et bredere perspektiv, da kommer vår erfaring med rehabilitering inn., et perspektiv som kanskje ikke står sentralt hos dem» (1K).*

#### **4.4.2 Pårørendes enighet**

I beskrivelser om hvordan informantene vektla rollen som pårørende hadde i utskrivelsesprosessen for skrøpelige eldre personer, vektla informantene fra sykehuset at dialog med pårørende var viktig. Informantene beskrev hvordan de ga pårørende mulighet til å være involvert i prosessen på en slik måte at de opplevde å ha en felles videre plan for hva som skal skje etter utskrivelse fra sykehuset. Informant 7S uttrykte at dette betydde at pårørende var innforståtte med hvilke behandlingstiltak som var startet opp, og hva som var fokuset videre. En annen informant forklarte hvordan planleggingen ble gjort med pårørende (S8). Informanten gjennomgikk med pårørende det nåværende hjelpebehovet den skrøpelige eldre personen hadde, og lot de komme med forslag på hvordan dette hjelpebehovet skulle løses. Samme informant sier: *«Tidlig klarering og enighet med pårørende er viktig. Alle må være mest mulig enige- så tidlig som mulig»*. Enighet med pårørende var noe flere informanter påpekte som viktig i dialogen med pårørende, og denne enigheten viste seg å være betydningsfull når det dreide seg om vurderinger som ble gjort som dreide seg om videre behov (S5, S7, S8) kunne oppnå en slik enighet, anså informantene som en tilfredsstillende.

#### **4.4.3 Optimale tiltak versus det som er godt nok**

Ulikheter i hvilke videre tiltak som ble anbefalt for pasienten etter utskrivelse fra sykehuset viste seg også å være noe forskjellig ut i fra hvor informantene arbeidet. Flere av utspillene informantene ga på denne tematikken omhandlet om spørsmålet på hvilket nivå den videre hjelpen skulle tilbys. Informantene fra kommunen anbefaler at tiltak skal gis til den eldre skrøpelige personens eget hjem, mens sykehusansatte i større grad anbefalte sykehjemsopphold før en eventuell hjemsendelse. Informant 2K mener dette kommer av at de sykehusansattes er redde at noe kan gå galt med hjemsendelse og tiltak i hjemmet, og bruker sykehjem for å helgardere seg. I motsetning til sykehusets vurderinger, opplever samme

informant at kommunen, uten å drive uforsvarlig, er fører en tøffere linje ved å være mindre redd for å ta sjanser. En generell rød tråd i uttalelsene peker i en retning hvor sykehusansatte ønsker de videre tiltak som er de beste for den eldre skrøpelige personen, mens det i kommunen vurderes på grunnlag av hva som vil være god nok oppfølging. Samme informant sier: *«De tenker det optimale, hvor jeg i større grad tenker at det skal være adekvat og det lovverket sier, men det behovet betyr ikke at du skal velge på øverste hylle»*. Flere informanter peker på at økonomiperspektivet er med på å styre avgjørelsene for personenes videre tiltak, og at jo nærmere «pengesekken» en arbeider, jo tydeligere preges en av økonomiske tankegangen. Informant 6S sier: *«Jeg har en følelse at de tenker mer økonomi, at det er det som styrer vurderingene av og til. Det høres litt slemt ut, men at det kanskje ikke er pasienten i fokus alltid, at det er litt andre ting, økonomi»*. Dette utsagnet støttes fra en ansatt fra kommunens som sier: *«Når jeg saksbehandler, så saksbehandler jeg i forhold til et skjønn og et behov, men det kan nok være at jeg jobber nærmere økonomiske rammer enn personalet på et sykehus?, og at jeg tar konsekvensen av det i større grad inni meg»* (2K).

#### **4.4.4 Oppsummering**

Informantene synes å vurdere de skrøpelige eldre funksjonsnivå og hvordan hjelpen videre skal gis ulikt. Sykehusansatte omtaler et større hjelpebehov enn det som oppfattes i kommunen, samt at de i større grad at videre hjelp gis på sykehjem. Tankegangen de sykehusansatte har i denne prosessen synes å være av medisinsk art med fokus på pleie. Samtidig er de rådene tankene i kommunen har et rehabiliteringsfokus og hvor hjelp gis de eldre skrøpelige i større grad i hjemmet. Når utskrivelser planlegges, er det viktig for sykehusansatte at pårørende gis mulighet til deltagelse, og at de kommer til en enighet for hva som initieres av tjenester og tiltak etter utskrivelse. I tillegg stilles det spørsmålsteget ved om de kommuneansatte har en økonomisk agenda i forhold til hvilke tiltak som anbefales etter utskrivelse

#### **4.5 Makt og hierarki**

På direkte spørsmål om samarbeidet generelt sett erfares å være preget av makt og hierarki, svarer flere av informantene hvordan dette i ulik grad og på ulike måter preger utskrivningsprosessen av eldre skrøpelige personer. Informantene beskriver at maktperspektivet er til stede når avgjørelser når videre tiltak etter utskrivelse avgjøres, makt

som tradisjonell organiseringsform innad på sykehuset og maktperspektiv i nivåforskjellene mellom 1. og 2. linjetjenesten.

#### **4.5.1 Sykehusets kunnskapsmakt og kommunens vedtaksmakt**

Noen informanter erfarer at maktperspektivet er til stede når det skal vurderes hvilke tiltak som skal iverksettes etter at den eldre skrøpelige personen skrives ut fra sykehuset.

Informantene beskriver en rollefordeling hvor sykehuset informerer om hvilke vurderinger og behandling som har blitt gjort, men er av den oppfatning at kommunen har det siste ordet i forhold til hvilke tilbud den eldre skrøpelige personen skal få (6S, 2K). Samtidig som det er en felles erfaring at det til syvende og sist er kommunen som tar avgjørelsen ang. videre tiltak, oppleves det av de som sitter med dette ansvaret, at en kan gjemme seg bak denne makten. En informant forteller hvordan det erfarer i arbeidet når korttidsplasser skal innvilges. Det fortelles hvordan en alene ikke har myndighet til å ta slike avgjørelser individuelt, men at vedtak gjøres høyere opp i systemet. Informanten erfarer da at en kan gjemme seg bak en slik makt for å slippe å fronte den (2K). Informant 2K opplever det som makt at sykehuset har et informasjons- og kunnskapsnivå som anses høyere enn på kommunenivå. Informanten opplever at sykehuset har en makt når medisinske anliggender skal bestemmes, og at kommunen ikke på samme måte innehar samme kompetansenivå.

#### **4.5.2 Tidsaspektet etter Samhandlingsreformen**

Noen av informantene beskriver hvordan de opplever tidsaspektet etter

Samhandlingsreformen som makt, både for ansatte og pårørende. Makten utspiller seg i det at utskrivelsesprosessen skal skje raskt, og krever et høyt arbeidstempo. Kommuneansatte opplever at de må få de eldre skrøpelige personene ut fra sykehuset så fort som mulig etter de har fått merkelappen utskrivningsklar, for å slippe at de blir «overliggere» og vil bli kostnadsbærende for kommunen (2K). I tillegg erfarer noen informanter dette tidsaspektet som en makt ovenfor pårørende ettersom kort tid går fra en eldre skrøpelig person meldes utskrivningsklar til en faktisk utskrivelse. Informant S8 beskriver at pårørende kan bli overkjørt og sier: *«Samhandlingsreformen er litt truende på den måten at pårørende må forberedes så fort som mulig. Det kan hende at pårørende får beskjed samme dag som pasienten blir skrevet ut»*

### **4.5.3 Hierarki som sykehusets tradisjonelle organisasjonsform**

Maktperspektivet beskrives av informantene i kommunen som tilstedeværende internt på sykehuset, og ses på som en tradisjonell organiseringsform og at maktperspektivet viskes mer ut i kommunen. Selv om kommuneansatte i utskrivelsesprosessen beskriver å ha dialog med sykepleierne på sykehuset, opplever de at sykepleierne lener seg til legenes avgjørelser. En annen informant (1K) erfarer hvordan denne makten utspiller seg på nettverksmøtet mellom sykepleier og lege. Informanten opplever at sykepleierne som skal kjenne den eldre skrøpelige personen best, kvier seg for å uttale seg om hva de erfarer er personens funksjonsnivå, og må først la legen komme med en uttalelse. Informantene mener at legens makt ovenfor sykepleieren utspiller seg i hvordan sykepleierne uttaler seg. En informant beskriver at denne makten anses som en reel struktur (2K). Samme informant beskriver imidlertid at det på nettverksmøte oppleves som makt når Antallet ansatte fra sykehuset er mange, mens det kun er til stede en representant fra kommunen. Informanten forholder seg til denne maktskjevheten ved å si at dette møtet ikke bedrives saksbehandling, men er til for informasjonsformidling.

### **4.5.4 Oppsummering makt og hierarki**

Flere informanter mener maktperspektivet gjør seg gjeldene i samarbeidet når avgjørelser av hvilke tiltak som skal iverksettes etter utskrivelse. Det oppleves som makt at sykehusets informasjons -og kunnskapsnivå anses å være på et høyere nivå enn i kommunen. Tidsaspektet utskrivningsarbeidet har fått etter Samhandlingsreformen, oppleves også av informantene som makt. Makten utspiller seg her i den korte tiden som oppstår fra en eldre skrøpelig person blir meldt utskrivningsklar til faktisk utskrivelse. Pårørende blir overkjørt, og kommuneansatte får kort tid til å initiere tiltak. Kommuneansatte uttaler at makt er synlig innad i sykehusets organisasjon, og ser hvordan dette kan utspille seg i forholdet mellom sykepleier og lege på nettverksmøter. Nettverksmøtet oppleves å ha et maktperspektiv ettersom det er en skeivhet i antall deltagere av sykehus- og kommuneansatte



## ***5.0 Diskusjon av resultat***

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten erfarer samarbeidet når eldre skrøpelige personer skrives ut fra sykehuset til hjemmet. Det var ønskelig å få en forståelse av hvordan helsepersonell i samarbeidet opplever informasjonsutvekslingen, hvilken informasjon som deles og hvordan denne informasjonen brukes i samarbeidet. Hensikten med en slik studie er å belyse med et «innenfra og nedenfra perspektiv» hvordan de som til daglig utfører et slikt arbeidssamarbeid på tvers av nivåer. Samarbeid mellom ulike nivåer er på systemnivå et tema i helse- og sosialpolitikken. Føringerne denne politikken har om avtaler på samarbeid sier nødvendigvis ikke noe om hvordan samarbeidet skal bedrives i praksis (Svensgård 2005) De belyser heller ikke hvilke utfordringer samarbeid på tvers av nivåer kan by på. Min forforståelse er at et slikt samarbeid kan være problematisk. Dette er erfaringer som har støtte i litteraturen <sup>7</sup>.

Alle informantene i studien har et generelt inntrykk av at samarbeidet mellom 1. og 2. linjen ved utskrivelse om eldre skrøpelige personer erfares som godt. Samtidig erfarer de at samarbeidet likevel byr på utfordringer. Disse utfordringene er knyttet til hvordan kommunikasjonen foregår, hvilken informasjon som deles, og til hvilke tider i utskrivelsesprosessen disse deles. Samarbeidet beskrives å foregå via e-link, et elektronisk datasystem. Dette er et verktøy som ifølge flere informanter mangler retningslinjer på hvordan systemet skal brukes i samarbeidet. I e-link deler de ansatte på sykehuset og i kommunen informasjon som omhandler eldre skrøpelige personers funksjonsnivå og hjelpebehov. I tillegg til denne skriftlige kommunikasjonsformen, foregår også muntlig samarbeid over telefon og ved nettverksmøter. På spørsmål om samarbeidet har endret seg med Samhandlingsreformen, erfarer informantene at samarbeidet i større grad utføres med en skriftlig samarbeidsform. I tillegg opplever informantene at samarbeidet med Samhandlingsreformen må utføres i et raskere tempo. Erfaringene av hvordan informantene opplever samarbeidet, knyttes samtidig opp mot hvordan de karakteriserer og forstår eldre skrøpelige personer. Informantene har en felles forståelse av at denne gruppen mennesker er en heterogen gruppe med sammensatte behov. Ansatte på sykehuset vektlegger et nært

---

<sup>7</sup> Litteratur som belyser at samarbeid mellom ulike nivåer og tjenester i helsetjenesten kan være problematisk: Vangen og Huxham 2009, Shepperd mfl. 2010, Grönroos og Perälä 2005, Dunnion og Kelly 2005, Robinson og Street 2004, Rydemann og Törnkvist 2006, Paulsen og Grimsmo 2008.

samarbeid med denne gruppens pårørende. De mener det er viktig at pårørende er enig i de avgjørelser som tas på videre oppfølging, et perspektiv som ikke erfares hos de kommuneansatte. Samtidig viser informantenes uttalelser at helsepersonell på sykehus og i kommunen har ulik forståelse av eldre skrøpelige personers funksjonsnivå og til hvilken oppfølging som anses å være hensiktsmessig etter utskrivelse. Disse ulike forståelsene dreier seg om en medisinsk og pleiefokusert tilnærming ansatte på sykehuset har, mens helsepersonell i kommunen har en tilnærming av mer helhetlig karakter med fokus på rehabilitering. I tillegg har informantene gjort seg refleksjoner over hvorvidt samarbeidet inneholder elementer som makt og hierarki. Det viser seg at disse elementene hovedsakelig erfares av de kommuneansatte hvor de erfarer sykehusets informasjons- og kunnskapsnivå som makt, samtidig som de beskriver at organisasjonsformen på sykehuset oppleves å være hierarkisk. Informantene erfarer videre at tidsperspektivet med Samhandlingsreformen har et maktperspektiv som setter sitt preg på hvordan arbeidet utføres.

I dette kapittelet har jeg delt informantens erfaringer inn i 3 tema som jeg mener på ulike måter beskriver hvordan samarbeidet erfares. Disse tre temaene handler om informantenes generelle erfaringer om hvordan rammene for samarbeidet oppleves, hvordan de som ansatte i de ulike nivåene har ulik forståelse av eldre skrøpelige personer, samt hvordan de erfarer at samarbeidet har fått et nytt tidsaspekt med Samhandlingsreformen. I arbeidet med å få frem informantenes beskrivelser har fremkommet ved at jeg først har transkribert deres muntlige utsagn og videre kondensert materialet i helhet på en systematisk måte. Jeg har forsøkt å få frem informantenes egne beskrivelser av hvordan samarbeidet erfares, og som videre har vært gjenstand for mitt analytiske arbeid. Min forståelse og fortolkning av materiale har blitt gjort med et vitenskapsteoretisk ståsted i fenomenologi og hermeneutikk.

I første tema redegjøres det for hvilke rammer samarbeidet foregår innenfor, og omhandler hvordan e-link brukes som kommunikasjonsverktøy. Dette diskuteres i forhold til den nasjonale satsningen på IKT som kommunikasjonsform som skal bidra til bedre samarbeid mellom ulike nivåer i helsetjenesten. I tillegg gjøres det rede for hvordan samarbeidet i e-link preges av uklarheter i forhold til hvordan helsepersonellet skal bruke systemet. Hvilke forventninger har helsepersonell i de ulike nivåene til når systemet skal sjekkes for beskjeder? Hvilken form og skrivemåte skal benyttes i kommunikasjonen? Dette er faktorer som informantene opplever som uklare i samarbeidsformen, og som kan føre til konsekvenser for praksis. Disse opplevde uklarhetene diskuteres i forhold til helsepolitiske føringer om

effektivitet og i litteratur om samarbeid og samhandling, og hva som i følge denne litteraturen anser som grunnleggende for å oppnå et godt samarbeid.

Deretter diskuteres tema nummer to som belyser hvordan helsepersonell i de ulike nivåene har en forskjellig tilnærming til hvordan de forstår eldre skrøpelige personers funksjonsnivå, hjelpebehov og hva de anser som hensiktsmessig oppfølging etter utskrivelse. Ettersom jeg tolker disse tilnærmingene til å være av en medisinsk og helhetlig art, diskuteres disse videre i forhold til teoretiske perspektiver innen rehabilitering og hvordan ulike forståelsesmodeller av sykdom og funksjonshemming fremtrer i dette virksomhetsfeltet. En slikt teoretisk perspektiv drøftes i tillegg til hvilke forventninger de ulike nivåene har til hva som skal være til videre hjelp etter utskrivelse. Dette er tanker om oppfølging som jeg har tolket enten å være best mulig eller å være adekvat. Jeg har ikke stilt informantene spørsmål om de opplever at helsepersonell i de ulike nivåene har et felles mål i samarbeidet vedrørende rehabiliteringsprosessen for de eldre skrøpelige personene. Dette er dermed en naturlig årsak til at informantene ikke har gjort seg refleksjoner i intervjuene over en slik tematikk. På en annen side mener jeg en slik målsettingsprosess likevel bør være gjenstand for diskusjon ettersom samhandling i helse- og sosialsektoren består av et oppgavefordelt samarbeid med et felles mål (St.meld. Nr. 47 (2008-2009)). I tillegg vil jeg kort diskutere i henhold til relevant litteratur hvordan de kommunalt ansatte mener at makt og hierarki er tilstede i samhandlingen.

Til slutt i tema 3 gjøres det rede for i hvilken grad jeg mener at Samhandlingsreformen har satt sitt preg på samarbeidet i form av en ny tidsdimensjon. Tidsdimensjonen informantene forteller om handler om at tempoet i utskrivelsessamarbeidet har økt. Dette er et aspekt som jeg ønsker å diskutere i et økonomisk perspektiv i henhold til samhandlingsreformens intensiver om samhandling.

## **5.1 Samarbeidets rammeverk**

E-link er det elektroniske datasystemet som de ansatte bruker som kommunikasjonsverktøy for samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Bruken av e-link samsvarer med satsningen på digitale tjenester innen helsetjenestens informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) (St.meld. nr. 47 (2008-2009), Meld. St. nr. 9 (2012-2013)). E-link er et kommunikasjonsverktøy som gjør at kommunikasjonen mellom helsepersonell på sykehus og i kommunen kan kommunisere på en rask måte. Samtidig dette verktøyet at

involvert helsepersonell får tilgang til nødvendig informasjon til bruk i samarbeidet. E-link er i denne sammenheng et eksempel på et elektronisk samarbeidsverktøy som effektiviser tjenestesamarbeid (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)). Selv om jeg ikke har kjennskap til hvor lenge e-link har vært i drift i dette praksisfeltet, så viser erfaringene fra de ansatte at systemet benyttes på ulik måte av involvert helsepersonell. Eksempelvis er det uklart når systemet skal sjekkes for innkommende meldinger fra samarbeidende part, og hvilke forventninger som ligger i at en melding har blitt registrert som «lest». I følge informantene kan en slik uklarhet føre til at inneliggende eldre skrøpelige personer som i utgangspunktet er vurdert som utskrivningsklare, og som kommunen står klare til å ta imot, fremdeles blir liggende på sykehus. Slike situasjoner vil ikke være i henhold til samhandlingsreformens krav til tjenestenes effektivitet og ressursutnyttelse (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I tillegg vil kommunene jamfør forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2012-01-01) bli urettmessig belastet i forhold til deres økonomiske ansvar ovenfor utskrivningsklare pasienter. En slik uklarhet i kommunikasjonssystemet mellom sykehuset og kommunen kan få store konsekvenser i praksis, da eksempelet ovenfor viser at retningslinjer for bruken av e-link mangler eller er mangelfulle for de som til bruker systemet daglig.

I tillegg til denne usikkerheten angående systemets brukerrutiner, råder også ulike meninger om hva slags skriftspråk og skrivestil som skal benyttes. Blant annet oppleves kommunikasjonsmåten i e-link av en sykehusansatt som ansiktsløs og upersonlig. Dette anser jeg å være en naturlig konsekvens ettersom flere informanter uttrykker at samarbeidet foregår mellom folk som ikke kjenner hverandre. Kommunikasjonsstilen som benyttes fører til at informasjonen som deles både er konsis og konkret. Denne kommunikasjonsstilen sammenlignes av en ansatt på sykehuset med et «SMS-språk» av korte og informative meldinger. I tillegg sier flere ansatte på sykehuset at de tilstreber å føre en uformell kommunikasjonsstil, i forhold til den formelle skrivestilen som brukes av samarbeidende part i kommunen.

Uklarhetene knyttet til hvordan e-link skal brukes, rutiner, skriftstil og språk som kommunikasjonen foregår med, representerer faktorer som kan være tilstede når samarbeid skal utføres på tvers av nivå i helsevesenet (Vangen og Huxham 2009). I følge teorier om samarbeid og samhandling mellom ulike organisasjoner er nettopp felles forståelse og

forventning av arbeidets mål grunnleggende for å oppnå et godt samarbeid (Vangen og Huxham 2009, Melberg og Kjekshus 2012, Ødegård 2009, Måseide 2008).

Samarbeid mellom ulike organisatoriske nivå vil dermed by på utfordringer ettersom de ulike organisasjonene igjen er bygget opp av forskjellige kulturer. (Ødegård 2009, Vangen og Huxham 2009) Hvilken organisasjonskultur en arbeider innenfor kan dermed vises gjennom ens måte å kommunisere på, i både språklig og terminologisk forstand (Vangen og Huxham 2009). I følge Samhandlingsreformen skal samarbeidet foregå mellom likeverdige parter (St.meld nr. 47 (2008-2009)). Samtidig viser funn fra materialet at nivåenes ulike kommunikasjonskultur skaper ulik forståelse i hvordan samarbeidet skal bedrives. Ettersom kommunikasjon ifølge Ødegård er den viktigste faktoren i et samarbeid (Ødegård 2009), mener jeg derfor at samarbeidet må utvikle retningslinjer som kan romme en felles kommunikasjonskultur. Der Gutun og Hermansen i FAFO-rapporten stiller spørsmålsteget ved om samarbeid mellom helsepersonell ved utskrivelse enten kan bedres i form av et nytt verktøy eller i form av organisatoriske tiltak (Gutun og Hermansen 2011), ser det her ut til at verktøyet i utgangspunktet legger til rette for et godt samarbeid, men at helsepersonellet som skal bruke dette verktøyet for samarbeid seg imellom trenger en bedre bruksanvisning til hvordan verktøyet skal brukes.

## **5.2 Medisinsk versus helhetlig forståelse**

Alle informantene har kommet med beskrivelser om hvilken informasjon som vektlegges som viktig i samarbeidet. Likevel fremkommer det et tydelig skille når det gjelder hvilket fokus denne informasjonen hadde, og viste seg å være et fokus som henger sammen med hvilket arbeidssted informantene har. Disse ulike fokusene dreier seg om hvordan funksjonsnivå vurderes, hva som anses av de ansatte å være hensiktsmessig oppfølging etter utskrivelse, og forhold som kan knyttes til makt og hierarki.

Det ser ut til at helsepersonellet på sykehuset og i kommunen har en ulik tilnærming til hvordan funksjonsnivå og hjelpebehov vurderes hos eldre skrøpelige personer. Helsepersonell i kommunen er av den oppfatning at sykehusansatte vurderer funksjonsnivået å være dårligere enn det de vurderer. I følge de ansatte i kommunen medfører dette at de sykehusansatte melder at et større omfang av hjelp er nødvendig ved utskrivelse. Samtidig mener de kommuneansatte at de opplever å være trygge på deres vurderinger av hjelpebehovet, og at hjelpen kan tilbys den eldre skrøpelige personens eget hjem. Ansatte på sykehuset vurderer at

hjelpen i større grad må gis på et høyere omsorgsnivå, før de eventuelt anser at videre oppfølging kan gis i den skrøpelige personens hjem. Denne diskusjonen om de ulike vurderingene ansatte i de ulike nivåene gjør, synes jeg tydeliggjøres i materialet hvor en informant fra kommunen eksemplifiserer at «Fru Hansen» på sykehuset sitter i sengen og hvor hun får mat og drikke servert av de sykehusansatte. Ifølge en kommuneansatt kan helsepersonellet på sykehuset få en forståelse av De at damen både vansker med å bevege seg og å tilberede mat ettersom hun kun sitter på sengen. Ved utskrivelse kan de sykehusansatte vurdere at «Fru Hansen» har et hjelpebehov som kun ses å bli ivaretatt på en institusjon, selv om kanskje realiteten er at «Fru Hansen» synes at det er behagelig når alt blir servert på sengen, og nyter en slik situasjon. I et en kommuneansatts perspektiv, sier den kommunalt ansatte at «Fru Hansen» ut ifra det funksjonsnivå en her er inne på, kan ivaretas på en forsvarlig måte av hjemmetjenester i eget hjem. Ulik forståelse av funksjonsnivå og hjelpebehov mener jeg beskrives med dette eksempelet å være situasjonsbetinget.

Ulik vurdering av funksjonsnivå og i behovet for videre hjelp viser seg dermed å være forskjellig om helsepersonellet arbeider på sykehuset eller i kommunen. Tilnærmingen som helsepersonellet på sykehuset baserer sin forståelse av funksjonsnivå og videre hjelpebehov, synes jeg å ha en medisinsk tilnærming med fokus på diagnose, behandling og pleie. En slik tilnærming mener jeg tydelig er til stede når en sykehusansatt uttrykker at det er vanskelig å se for seg hvordan en eldre skrøpelig person kan bo og fungere i eget hjem med hjemmetjenester. I følge de ansatte i kommunen mener de at et medisinsk fokus fører til at helsepersonellet på sykehuset utskriver eldre skrøpelige personer når de vurderer at deres sykdom anses å være ferdig behandlet. En slik medisinsk forståelse mener jeg kan sammenlignes med en tradisjon som vektlegger at kropp skades, repareres og tilpasses (Solvang og Slettebø 2012). Med et slikt fokus blir målet innen rehabiliteringsprosessen opptrening av skadet kroppsdeler (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

På den andre siden har helsepersonell i kommunen en tilnærming til vurderingen av eldre skrøpelige personers funksjonsnivå og hjelpebehov som de selv anser å være bred. En slik bred forståelse til funksjonsnivå og hjelpebehov eksemplifiseres i materialet av en kommuneansatt. Informanten opplever at den medisinfokuserte informasjon hun får av en sykehusansatt ikke er tilstrekkelig for å beskrive hvordan den eldre skrøpelige personen vil fungere i eget hjem Dette synes jeg kommer synlig frem når samme informant stiller seg

kritisk til om vurderingen som den sykehusansatte er basert på en helhetlig kartlegging, slik jeg tolker at det for informanten som ansatt i kommunen ville være naturlig å basere sin vurdering på. Jeg forstår dermed at de kommuneansatte mener at sykehuspersonalets medisinske perspektiv er for snever for kunne utskrive den eldre skrøpelige personen til en hjemmesituasjon. På en annen side mener jeg mener en bred forståelse har et perspektiv som i større grad ivaretar en forståelse av hvordan eldre skrøpelige personen med sin sykdom kan fungere i en hjemmesituasjon. En slik bred oppfatning bekreftes i materialet av samme informant fra kommunen at de ansatte i kommunen ikke dermed nødvendigvis vurderer at en eldre skrøpelig person er utskrivningsklar når sykdommen er ferdigbehandlet på sykehuset.

Med grunnlag i diskusjonen ovenfor mener jeg at en bred tilnærming som helsepersonellet i kommunen som tilnærming i vurdering av funksjonsnivå, har et perspektiv som vektlegger et helhetlig bilde av den eldre skrøpeliges situasjon ved utskrivelser. Et slikt helhetlig syn mener jeg viser at de kommuneansatte har en forståelse av den eldre skrøpelige personen og dens helsetilstand som henger sammen med den fysiske- og sosiale faktorer i miljøet. En slik tilnærming mener jeg samsvarer med den bio-psyko-sosiale- modellen på funksjonshemming som omtales i litteraturen (Krohne og Bergland 2012). Den bio-psyko-sosiale modellen på funksjonshemming inkluderer dermed et aldringsperspektiv som ivaretar en biologisk, psykologisk og sosial forståelse (Krohne og Bergland 2012). Jeg mener dermed at det er nødvendig at helsepersonell i en rehabiliteringsvirksomhet har en slik helhetlig forståelse av eldre skrøpelige personer.

### **5.3 Optimale versus gode nok tjenester**

En generell oppfatning hos intervjupersonene, og som jeg også har vært inne på i diskusjonen ovenfor, er at de vurderer funksjonsnivået hos eldre skrøpelige personer ulikt ut ifra hvilken setting de er i når de vurderer disse personene, enten de befinner seg på en sykehusavdeling eller i en hjemmesituasjon. Vurderingene som helsepersonellet gjør mener jeg dermed er situasjonsbetenget. Dette mener jeg har støtte i materialet når en kommuneansatt uttrykker at en snakker ut ifra den virkeligheten som en beveger seg innenfor. Når det eksisterer en ulik tilnærming til hvordan helsepersonell på ulike nivåer har i forståelse av funksjonsnivå hos eldre skrøpelige personer, mener jeg dette også kan være en naturlig årsak til at helsepersonellet på sykehuset og i kommunen er uenige i videre hjelp som vurderes som

nødvendig ved utskrivelse. Dette er forståelser jeg mener fremkommer på ulike måter i materialet. For det første sier de ansatte på sykehuset at de opplever at det er utfordrende å se for seg at den eldre skrøpelige personen kan fungere i sitt eget hjem etter utskrivelse. Dette mener jeg har en sammenheng hvor de som sykehusansatte lettere kan se for seg at personen kan følges opp med videre hjelp etter utskrivelse i en institusjon i stedet for i eget hjem. Dette er et perspektiv som bekreftes av en kommuneansatt som mener at de ansatte på sykehuset er redd for at noe skal gå galt for den eldre skrøpelige personen i en hjemmesituasjon, og mener at de dermed gjør en slik vurdering for å helgardere seg. Samme informant sier videre at det føres en tøffere linje hos de kommuneansatte når de vurderer hva som er nødvendig av videre hjelpe- og oppfølgingsbehov, men er samtidig opptatt av at disse tiltakene skal være forsvarlig.

Disse ulike perspektivene handler altså om hva som vurderes å være hensiktsmessig hjelp og på hvilket nivå denne hjelpen skal gis for skrøpelige eldre ved utskrivelse. Denne diskusjonen mener jeg også er et eksempel på hvordan ansatte på sykehuset og i kommunen baserer sin forståelse på to forskjellige tilnærminger. Jeg mener at de sykehusansatte vurderer videre hjelp og oppfølging ut ifra det som vil være det optimale, mens det i et kommunalt synspunkt handler om at videre hjelp og oppfølging skal være god nok.

Både helsepersonell på sykehuset og i kommunen er av den oppfatning at de kommuneansattes vurderingen i større grad gjøres i henhold til økonomi. Et slikt økonomisk perspektiv mener jeg er med på å styre de kommuneansattes når de vurderer hva som tilbys av hjelp og tjenester etter utskrivelse. Der hvor sykehuset tenker optimal oppfølging for den eldre skrøpelige personen, tenker kommunen ut ifra et ressursperspektiv. I følge en kommuneansatt anses hensiktsmessig oppfølging at hjelpen er adekvat og følger lovverket.

Dette er perspektiver jeg mener belyser hvilke betingelser som er førende for praksis, og omhandler hvordan de ulike nivåene anser hvilken oppfølging som er riktig for den eldre skrøpelige personen ved utskrivelse. Disse betingelsene mener jeg videre tydeliggjør hvilke kulturforskjeller som er til stede hos de ulike nivåene som her beskrives. Selv om det kan være flere årsaker til hvorfor at disse to ulike tilnærmingene finnes i praksis, kan det diskuteres om tankesettet hos de kommuneansatte kan relateres til et økonomisk perspektiv. Utsagn fra en kommuneansatt støtter nettopp en slik sammenheng. Informanten beskriver en sakshandlingsprosess i vurdering av videre baseres på skjønn og behov, men at en i kommunen arbeider nærmere økonomiske rammer enn det helsepersonell på en



sykehusavdeling gjør. Selv om saksbehandlingen gjøres på bakgrunn av en helsefaglig begrunnelse, så tar en i større grad inn over seg saksbehandlingsens økonomiske konsekvenser. Jeg mener informanten her reflekterer over en kommunal praksis som ivaretar en ansvarsposisjon i henhold til lover og økonomiske rammer jamfør Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009)). Jeg mener videre at et økonomisk perspektiv, jamfør reformbevegelsen New Public Management, har fått stor gjennomslagskraft i denne delen av kommunal praksis som her beskrives. En slik reformbevegelse baserer sin forståelse på ressursutnyttelse og effektivitet (Christensen m. fl. 2009), og er samtidig en forståelse som støttes i materialet av helsepersonell fra begge leire. På en annen side kan vurderingene fra sykehuspersonellet ha et kunnskapsmessig belegg for praksisintensjonene om optimale tjenstester, ettersom nivået har et faglig ansvar ovenfor kommunehelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

De ulike nivåene beskrives ovenfor å bygge på ulike forståelser av en medisinsk og helhetlig art når de samarbeider om videre behandlingstiltak etter utskrivelse. Samtidig mener at disse beskrivelsene også viser til hvilken rolle og intensjoner som de ulike nivåene har i praksis. Slik samhandling mellom sykehusansatte og kommuneansatte her fremstår, og som også representerer de ulike nivåene, synes jeg de ikke viser en felles helse- og sykdomsforståelse, slik litteraturen anbefaler at et slikt samarbeid skal ha (Fillit mfl. 2010, Rydemann og Törnkvist 2006). Når ulike parter på ulike nivåer skal samhandle med bakgrunn av en slik forskjellig tilnærming til helse- og sykdomsforståelse, blir det ifølge Paulsen og Grimsmo vanskelig å skape et helhetlig samarbeid (Paulsen og Grimsmo 2008). Samtidig gjør jeg i denne sammenheng refleksjoner over hvilken forståelse får størst gjennomslagskraft i samarbeidet og hva slags konsekvens denne får for praksis. På en annen side mener jeg vi ikke må glemme at det her er snakk om et samarbeid mellom ulike nivåer som i tillegg utfører ulike oppgaver, og har ulike mål som er førende for egen praksis. Selv om samhandling Samhandlingsreformen påpekes nettopp tjenestenes oppgavefordeling, sier det samtidig at Tjenestene skal arbeide etter et felles mål (St.meld. nr. 47 2008-2009). Ser jeg på et dette perspektivet på nivåenes oppgavefordeling, mener jeg at det er naturlig at ulike oppgaver krever ulik forståelse.

Når det gjelder hvordan tjenestenivåene skal arbeide med et felles mål, var ikke dette tanker som jeg reflekterte over ved studiens oppstart. Spørsmål som direkte angikk samarbeidets målarbeid var da heller ikke utformet i intervjuguiden. Samtidig ser jeg i etterkant at dette er en viktig faktor som trenger en redegjørelse.

Har helsepersonellet på sykehus egne mål for arbeidet når den eldre skrøpelige personen er innlagt på sykehuset, mens i kommunen arbeider en med samme person hvor målet er noe annet enn det som har vært førende for arbeidet på sykehuset? Etter min mening, ville det vært interessant å undersøke nærmere hvordan helsepersonellet i de ulike nivåene forholder seg til et slikt felles målarbeid ved et utskrivelsesarbeid. Vil de eventuelt komme frem til et felles mål for den skrøpelige eldre personen i en rehabiliteringsprosess? Og kan et slikt spørsmål videre kunne knyttes opp mot diskursen mellom nivåenes medisinsk og helhetlig tilnærming?

I følge Bergland og Krohne handler rehabilitering for eldre personer om at forhold som virker hemmende for funksjon og sosial deltagelse skal reduseres. (Krohne og Bergland 2012). Samtidig mener de at eldre personer en omdiskutert gruppe i en rehabiliteringsprosess målsettingsarbeid (Krohne og Bergland 2012). Forfatterne stiller spørsmålstegn ved prosessens overordnede mål, om den i det hele tatt et mål, eller om målet er at personene rehabiliteres til en institusjonsplass eller til å bo i eget hjem (Krone og Bergland 2012). Samtidig sies det i materialet av en kommuneansatt at rehabiliteringsarbeidet med gruppen skrøpelige eldre oppleves som et nytt felt. I tillegg problematiserer samme informant hvilket tidsperspektiv en slik rehabiliteringsprosess skal ha. Hvor lenge skal en arbeide for at eldre skrøpelige personer kan bo hjemme- og til hvilken pris? Skal de hjemmeboende eldre skrøpelige personene kun vurderes ut i fra en målsetting med et økonomisk perspektiv hvor staten sparer for penger jo desto lengre de eldre skrøpelige menneskene blir boende hjemme? I følge Gutun og Hermansen har situasjonen med at eldre personer skal bo og motta tjenester så lenge som mulig, gått for langt (Gutun og Hermansen 2011-2012). Dette er et perspektiv jeg selv har gjort meg refleksjoner av i praksis, og mener at dette dessverre kan være en tendens. Samtidig mener jeg dette er et perspektiv som kan knyttes opp mot diskusjonen i hva som er målsettingen for eldre skrøpelige i en rehabiliteringsprosess. Slik jeg oppfatter at den, er det per dags dato undertematisert, både i litteratur og praksis.

#### **5.4 Makt i samhandlingen**

Selv om jeg i denne studien i utgangspunktet ikke har et fokus på makt eller hierarki verken i studiens problemstilling, eller ser på samarbeid på bakgrunn av en slik teoretisk vinkling, har jeg likevel følt meg forpliktet til å belyse tematikken makt og hierarki ettersom jeg underveis i arbeidet erfarte at disse aspektene var mye omtalt i litteraturen. Dette kan også være en grunn til at jeg ikke ønsket å gå nærmere inn på det, ettersom jeg opplevde at tematikken makt og

hierarki allerede var god belyst i litteratur om samarbeid på tvers av nivåer og organisasjoner. For og likevel åpne opp for en at en slik tematikk kunne vise seg å være relevant og viktig for hvordan informantene erfarte samarbeidet, inkludere jeg temaene makt og hierarki i et spørsmål i intervjuguiden. Spørsmålet jeg stilte informantene gikk direkte på om de opplevde at makt var til stede i samarbeidet mellom partene. Etersom jeg i forkant ikke ville definere hva jeg selv mente med begrepene makt og hierarki, ville jeg i stedet at informantenes egne tanker skulle komme frem. En kort diskusjon på temaet gjøres her på to sider av samarbeidet som jeg mener at informantene trekker frem og hvordan informantene opplever disse elementene ved samarbeidet. Disse sidene handler om sykehusets kunnskapsnivå og kommunens vedtaksmakt, samt et maktperspektiv i sykehusets interne organisasjonsstruktur, Hvordan disse perspektivene på makt og hierarki fremtrer i materialet diskuteres mot relevant litteratur på området.

Et maktperspektiv beskrives i materialet fra en sykehusansatt som opplever at de kommuneansatte er i en maktposisjon når de vedtar hvilken hjelp som skal initieres når den eldre skrøpelige personen skrives ut fra sykehuset. Informanten fra sykehuset reflekter over at dette er et aspekt knyttet til kommunens ansvarsrolle i samarbeidets oppgavefordeling. Samtidig erfarer informanten at de kommuneansatte tar hensyn til de vurderingene som de sykehusansatte gjør i forhold til hva de anser som viktig oppfølging etter utskrivelse, så opplever likevel denne informanten de kommuneansattes avgjørelsesmyndighet som et maktperspektiv. På en annen side belyses denne situasjonen fra en kommuneansatt som mener at det er mulig å gjemme seg bak en slik maktposisjon i det kommunale organisasjonsnivået. Informanten alene vil på en side ikke ha mulighet til å behandle alle vedtaksavgjørelser alene, men kan da forskyve sin makt oppover i systemet hvor vedtakene endelig kan besluttes. Slik jeg tolker denne informantens opplevelser med å være i en slik maktposisjon, mener jeg fører til at den gir den kommuneansatte en rolle hvor makt ikke er ønskelig å besitte. Samtidig kommer samme informant fra kommunen med beskrivelser i materialet om hvordan samarbeidet mellom sykehuset og kommunen oppleves å ha en skjevhet når det kommer til kunnskap. Informanten som kommuneansatt mener at sykehuset har et høyere kunnskapsnivå enn i kommunen, og opplever dette som et maktperspektiv.

Informantene har gjort seg refleksjoner over hva som erfares som makt i samarbeidet. Ut i fra disse beskrivelsene, mener jeg at de ulike nivåene på hver sin måte utspiller en maktposisjon.

Jeg mener at de kommuneansatte i form av sin vedtaksrolle får en makt som kan knyttes opp mot økonomi, mens sykehuset på en annen side viser seg å besitte en makt basert på kunnskap. Samtidig stiller jeg meg undrende til om makt er et perspektiv dagens praksis som er undertematisert. Dette mener jeg kan komme av at dagens helsevesen i mindre grad enn tidligere bærer preg av maktforskjeller, og som dermed også fremstår mer demokratisk (Thornquist 2009). I følge Thornquist kan det være vanskelig for helsepersonell selv å gjøre seg refleksjoner på maktperspektiver, ettersom dette allerede ligger som grunnleggende mønstre i den kulturen som en arbeider innenfor (Thornquist 2009). Samtidig mener jeg det er rimelig å anta at praksis med Samhandlingsreformen vil være med på å rive ned, eller å begrense omfanget av de kulturer ulike organisatoriske enheter og nivåer som helsetjenesten består av.

En informant som selv er ansatt i kommunen mener å oppleve konsekvensene av at sykehuset ifølge oppleves å ha en hierarkisk organisatorisk oppbygging. Informanten som er fra kommunen mener at et maktforhold er til stede mellom sykepleier og lege ved nettverksmøter. Slik informanten beskriver denne situasjonen, oppleves det som et maktforhold når sykepleiere stiller seg bak legens avgjørelser, og først kommer med egne faglige vurderinger av den eldre skrøpelige personen først etter at legen har uttalt seg. Dette forholdet anser samme informant som å være et eksempel på en intern maktstruktur, ettersom det i informantens øyne er sykepleieren som i utgangspunktet har tilbragt mest tid sammen med denne personen, og som da besitter mest informasjon som kan beskrive personens funksjonsnivå. Jeg tolker informantens beskrivelser til at legen har et større belegg til å mene noe mer enn det sykepleieren gjør. Denne situasjonen beskrives i litteratur om samarbeid i helsesektoren, hvor en profesjon kan ha en høyere hierarkisk kunnskapsposisjon enn en annen (Vangen og Huxham 2009, Ødegård 2009, Repstad 2004, Thornquist 2009). Med støtte i litteratur og fra eget materiale, kan en slik hierarkisk relasjon få betydning for hvilken kunnskap som er mest gjeldene i praksis (Vangen og Huxham 2009). Samtidig anser jeg at et nettverksmøte nettopp er en arena som åpner opp for at ulik kunnskap får betydning, spesielt når feltet det her er snakk om er innenfor rehabilitering, et fagområde betinger Innsats fra profesjoner på kryss av profesjoner og nivåer (Solvang og Slettebø 2012, St. meld. Nr. 21(1998-1999)).

### 5.3 Økonomi, effektivitet og kvalitet

Alle informantene har gjort seg refleksjoner om samarbeidet har endret karakter med Samhandlingsreformen. Min interesse har vært å finne ut om reformen har satt sin preg på arbeidet helsepersonellet gjør, og eventuelt hvilke konsekvenser dette får for samarbeidet. Hovedfunnet, og som jeg ser som en særlig utfordring for hvordan samarbeidet med Samhandlingsreformen står ovenfor, er et nytt tidsperspektiv. Dette er et perspektiv alle informantene erfarer med Samhandlingsreformen, og samtidig peker på hvilken konsekvens dette har for arbeidet. Det nye tidsperspektivet med Samhandlingsreformen handler i følge alle informantene at arbeidet foregår i et høyere tempo enn tidligere.

De ansatte på sykehuset beskriver at et høyere tempo preger alle steg i utskrivelsesprosessen, fra den eldre skrøpelige personen legges inn på sykehuset, den preger innleggelsestiden ved utredning og behandling, og den får konsekvenser for planleggings- og gjennomføringsfasen av utskrivelsene. For de kommuneansatte har et høyere tempo i arbeidet gitt konsekvenser av at de får liten tid til å iverksette hjelpen som er nødvendig for den skrøpelige eldre personen ved utskrivelse. Slik jeg tolker hvordan dette nye tidsperspektivet får for arbeidet, er at helsepersonell får mindre tidsressurser er til rådighet, samtidig som arbeidsmengden opprettholdes.

Jeg vil først belyse hvordan helsepersonellet selv erfarer at arbeidet med eldre skrøpelige personer oppleves som tidkrevende. Disse erfaringene mener jeg kan begrunne hvorfor dette arbeidet kan komme i konflikt med det nye tidsperspektivet som informantene har erfart har kommet med Samhandlingsreformen.

Fra mitt materiale viser det seg at helsepersonellet har en samlet karakteristikk på gruppen eldre skrøpelige personer; de oppleves å være tidkrevende å jobbe med. De trenger tid ved kommunikasjon, og erfares å være tidkrevende å gjøre observasjoner av. Samtidig sier de ansatte på sykehuset at dette arbeidet er essensielt for å kunne få best mulig informasjon om den eldre skrøpelige personens funksjonsnivå og hjelpebehov. Dette er informasjon som er grunnleggende for videre vurderinger, og som dermed kan avgjøre hvilken hjelp som initieres ved utskrivelse. Samtidig har alle informantene en forståelse av at denne gruppen mennesker er marginale, noe som fører til at hyppige endringer i funksjon kan forekomme. Disse endringene får igjen konsekvenser for de sykehusansatte som gjør til at de må sende nye beskjeder til kommunen med oppdatert informasjon om funksjonsnivå og hjelpebehov som den eldre skrøpelige personen har. Samtidig opplever informantene at gruppen eldre

skrøpelige personer er heterogen. Denne heterogeniteten fører til at helsepersonellet må ha en individuell tilnærming i arbeidet med hver enkelt person.

Dette er som nevnt informantenes beskrivelser som belyser hvorfor de mener at arbeidet med eldre skrøpelige personer oppleves som tidkrevende. Slik informantene beskriver dette arbeidet, mener jeg at de kan komme til å møte på et dilemma når arbeide med Samhandlingsreformen tilsier at dette arbeidet må gjøres innenfor en begrenset tidsramme. Samtidig stiller informantene seg kritiske til om disponibel tid til rådighet ved slike arbeidsoppgaver får konsekvenser for kvaliteten på de tjenestene de skal yte. I følge utredningen med navnet «Innovasjon i omsorg» sies det at tjenester både skal være av kvalitet, samtidig og være økonomiske effektive (NOU 2011:11 (2011)). Jeg spør, er dette mulig med Samhandlingsreformen?

Helsepersonellet på sykehuset starter i dag prosessen med å planlegge utskrivelser når eldre skrøpelige personer innlegges på sykehuset. Dette er samtidig tidspunktet for første kontakt mellom sykehuset og kommunen opprettes. Å starte et slikt arbeid med å forberede utskrivelse allerede på dette tidspunktet, er i tråd med ønsket helsepersonellet på sykehuset selv har for å kunne planlegge utskrivelser på best mulig måte og for å kunne være i forkant i prosessen. Et slikt arbeid beskrives av flere informanter fra sykehuset å være tidkrevende, da de opplever at dette arbeidet består av å ordne og koordinere flere praktiske forhold. Mindre tid til å planlegge utskrivelsene, kan i deres øyne prege dialogen de kan ha med helsepersonellet i kommunen, og dermed også føre til at utskrivelsene går dårlig. Ifølge en SINTEF-rapport mener kommunalt helsepersonell at en god utskrivelse fra deres ståsted, betyr at de får overlevert god informasjon i god tid før sykehuset skriver ut en person til hjemmet (Paulsen og Grimsmo 2008). Jeg mener at helsepersonell på sykehuset må ha mulighet til å planlegge utskrivelser, ettersom dette i litteraturen også anses å være en av suksessfaktorene for å oppnå gode utskrivelser (Shepperd mfl. 2010, Grönroos og Perälä 2005, Dunnion og Kelly 2005).

Mindre tid til utskrivningsplanlegging kan på en annen side gjøre det vanskelig for sykehusansatte å trekke inn pårørende i slike prosesser. En knapphet på tid kan videre føre til pårørende må stille opp på kort varsel ved en eventuell utskrivelse. Jeg spør; vil dette være rimelige å kreve? Dersom de ansatte på sykehuset ikke får mulighet til å trekke inn pårørende med utskrivelse, vil de drive en praksis som trosser de offentlige føringene som mener at involvering av pårørende skal vektlegges (St.meld. nr. 25 (2005-2005), St.meld. nr. 21 (1998-

99), som helsepersonell i følge forskrift om habilitering og rehabilitering har som ansvar å legge til rette for (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012-01-01))

Ettersom Samhandlingsreformen har ført til en reduksjon i antall liggedøgn på sykehuset med 59 % (Sosial- og helsedirektoratet 2013), vil det være naturlig å tenke seg at de ansatte på sykehuset dermed har klart å imøtekomme deres arbeid til det nye tidsperspektivet med Samhandlingsreformen; De er mer effektive. På en annen side vil ikke en slik statistikk si noe om hvordan de klarer å utføre tjenestene med en god kvalitet, i henhold til Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Samtidig belyser en informant fra sykehuset at en nedgang i liggedøgn er et aspekt som ikke kun erfares som noe negativt, ettersom informanten har erfaring med at skrøpelige eldre personer har blitt ligget uhensiktsmessig for lenge på sykehuset tidligere.

For de kommuneansatte er konsekvensen av samhandlingsreformens tidsperspektiv at tiden mellom en eldre skrøpelig person er ferdigbehandlet og meldt utskrivningsklar er redusert. Dette betyr videre at den tiden de har til rådighet i arbeidet med å initiere et adekvat tilbud av hensiktsmessig hjelp er begrenset. Dersom denne tiden viser seg å ikke være tilstrekkelig, mener en informant fra kommunen at de “kjøper seg tid” i arbeidet og tilbyr den eldre skrøpelige personen korttidsplass.

På denne måten mener samme informant at de kommuneansatte dermed vil få bedre tid til å tilby en adekvat oppfølging videre med hjelp til den eldre skrøpelige i sitt eget hjem, men da etter at personen har vært på et korttidsopphold. Dette kan på en måte forstås som en naturlig og kanskje også en helt nødvendig løsningsstrategi fra en kommunalt perspektiv. Ved bruk av et midlertidig institusjonsopphold vil det være rimelig å tro at de kommuneansatte på en måte ivaretar den skrøpelige eldres hjelpebehov ved å sikre at person ivaretas på en forsvarlig og verdig måte. Ser en slik på situasjonen følger de kommuneansatte lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helse- og omsorgstjenesteloven 2011) ). På en annen side vil en slik praksis være motstridende til kommunens forhold til LEON-prinsippet, et prinsipp som ifølge Slettebø og Madsen betyr at kommunen i størst mulig grad skal tilby tjenester på lavest mulig kostnadsnivå (Slettebø og Madsen 2012). Samtidig mener jeg at dersom de kommuneansatte med Samhandlingsreformen ikke får en reel mulighet til å tilby tjenester til utskrivningsklare eldre skrøpelige personer etter dette prinsippet, er dette kanskje et bilde på at det kommunale systemet per dags dato ikke godt nok rustet til å imøtekomme

Samhandlingsreformen. Dette er også et perspektiv som fremkommer i Fafø-rapporten, “*Eldreomsorg under press-kommunenes helse- og omsorgstjenestetilbud til eldre*” som viser at helsepersonell oppfatter at Samhandlingsreformen har vært for lite gjennomtenkt (Gutun og Hermansen 2011-2012).

På lik linje som de sykehusansatte med Samhandlingsreformen synes å møte en interessekonflikt mellom det å få nok tid til å være faglig og yte en tjeneste av kvalitet, samtidig å forholde seg til en praksis hvor tiden oppleves å føre til at det motsatte skjer, ser jeg også at de kommuneansatte med Samhandlingsreformen kan havne i en lignende situasjon. Jeg spør; klarer de kommuneansatte å bedrive en praksis basert på en helhetstenkning de selv hevder å være basert på? Dette er et perspektiv som jeg mener trolig er undertematisert, men som jeg samtidig mener vil være viktig å reflektere over. Dersom de kommuneansatte etter min mening skal bedrive en praksis med en kunnskaps- og forståelseperspektiv fra et bio-psyko-sosialt utgangspunkt, kreves det nettopp at de må åpne opp for at de eldre skrøpelige personene må få en mulighet til å være av et slikt samspill og få mulighet til å leve ut sitt liv hvor disse faktorene også harmoniserer. Slik praksis her fremstilles, får jeg et inntrykk av en tendens som betyr at en sosial vending kan være på retur, og at et tidsperspektiv med Samhandlingsreformen kommer seirende ut.



## **6.0 Oppsummerende konklusjon**

Denne oppgaven har hatt til hensikt å belyse hvordan helsepersonell samarbeider med utskrivelse av eldre skrøpelige personer, og hvordan dette erfarer av de ansatte i 1. og 2. linjetjenesten. Det har vært ønskelig å få et innblikk i hvilke forståelser helsepersonellet har i arbeid med denne brukergruppen, og på hvilken måte disse perspektivene setter preg på samarbeidet. Samtidig har jeg også ønsket å undersøke om samarbeidets karakter endret seg med Samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser dette har for de ansattes arbeid. Formålet med denne studien er å belyse utfordringer som helsepersonell kan bli stilt ovenfor når samhandlingen foregår på tvers av nivåer i helsetjenesten.

Opgaven har hatt en vitenskapsteoretisk vinkling fra fenomenologi og hermeneutikk. Samtidig er studien forankret i en sosial forståelse av rehabilitering og rehabilitering som samhandling og koordinering. Studien har hatt et utforskende design, og materialet bygger på 7 semistrukturerte dybdeintervjuer. Fire hovedtema viste seg å være gjeldene. Disse temaene handler om erfaringer knyttet til hvordan samarbeidet spesifikt utføres, karakteristikker av eldre skrøpelige personer, ulike perspektiver i forståelse av eldre skrøpelige personer, samt beskrivelser av samarbeidet med Samhandlingsreformen.

Funn viser at samarbeidet generelt erfarer som godt, men de peker også at samarbeidet byr på utfordringer. For det første etterlyses retningslinjer i bruken av det elektroniske kommunikasjonssystemet. For det andre baseres samarbeidet på ulike forståelser av eldre skrøpelige personer og hva som anses å være hensiktsmessig hjelp etter utskrivelse. Ansatte på sykehuset synes å forstå personene i en medisinsk tradisjon, og vektlegger at videre tjenester skal være optimale. På en annen side er tankegangen hos de kommuneansatte av helhetlig art, samtidig som de vektlegger at videre tiltak skal være adekvate.

Videre erfarer de helseansatte at samarbeidet også inneholder ulike former for makt. Dette går ut på at de kommuneansatte føler seg kunnskapsmessig underordnet i forhold til de sykehusansatte. På en annen side oppleves retten som de kommuneansatte har til å avgjøre vedtak ved utskrivelse som en makt hos de sykehusansatte. Med Samhandlingsreformen har samarbeidet fått et nytt tidsperspektiv, samarbeidet må gå i et raskere tempo. Det kan dermed diskuteres om kravet om effektivitet går på bekostning av tjenestekvalitet.

I arbeidet med oppgaven har jeg erfart at flere nye problemstillinger har dukket opp, og som ville være interessant og utforske videre. Dette er tematikk knyttet til begrepene eldre skrøpelige personer og funksjonshemming. Slik jeg har erfart en slik kobling, er denne undertematisert i forhold til en sosial forståelse av rehabilitering. På en annen side ser jeg at det også at målsettingsprosessen i rehabiliteringsarbeid med eldre skrøpelig personer trenger videre utforskning, kanskje særlig grad med samhandlingsreformens inntreden. Samtidig ville det også være interessant å utføre en lignende studie som dette, med eldre skrøpelige personer som informanter.

Samarbeid og samhandling er to begreper som har fått en stor plass i dagens helse- og sosialpolitikk. Begrepene er knyttet til de utfordringer landets helse- og sosialsektor vil komme til å få i møte med en fremtidig befolkningssammensetning, og i forhold til en generell utvikling av befolkningens helsetilstand. Begrepene har et økonomisk perspektiv med fokus på rasjonalisering av helsetjenestene. I tillegg har vi en kunnskapsutvikling som medfører mer spesialiserte tjenester, samtidig som at de som er i behov at tjenestene etterlyser samhandling og koordinering mellom tjenestene. Slike samarbeid er, og som eksempliserisert i denne studien, kan være utfordrende å bedrive. Dette har jeg forsøkt å diskutere i henhold til relevant litteratur. Jeg mener dermed det er viktig å belyse hva slike samarbeid går ut på, for å bidra til å forbedre arbeidet for de som bedriver det, og samtidig gagne de som er i behov av at slike samarbeid utføres.

## Referanser

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag (3. utg)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bauer M, Fitzgerald, L., Haesler, E. & Manfrin, M. (2009). *Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering the best practice? A review of the evidence*. Journal of Clinical Nursing. Medline Ovid, 19374695
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G., Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daatland, S. O., Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn (2.utgave)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dunnion, M. E., Kelly, B. (2005). *From the emergency department to home*. Journal of Clinical Nursing, 14, 776-785.
- Early Supported Discharge Trialists (2009). *Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients* (Review)
- Feiring, M. (2009). *Sources of Social Reforms 1870-1970. The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. Oslo: Department of Sociology and Human Geography. University of Oslo.
- Fillit, H. M., Rockwood, K., Woodhouse, K. (2010). *Brocklehurst`s textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (seventh edition)*: Saunders Elsevier.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012-01-01).
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2012-01-01).
- Garcia-Caballons, M, Ramos-Diaz, F., Jimenez-Moleon, J. J. & Bueno-Cavanillas, A. (2005). *Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them*. Age and aging 2010; 39: 430-438. Medline Ovid, 20497947
- Garåsen, H., Johnsen, R. (2005). *Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste - erfaringer fra Trondheim* (Vol. 2005:125:1198-200). Tidsskrift for Den norske Legeforening.
- Gautun, H., Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre* (Vol. Fafo-rapport 2011:12).
- Grönroos, E., Perälä, M. L. (2005). *Home care personnel`s perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home*. Nordic College of Caring Sciences, 19 (3) 288-295.

- Hagland, H., Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I Solvang P. K., Slettebø Å (Red.), *Rehabilitering; individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 251-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hammel, K. W. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation*. Oxbow, Saskatchewan, Canada: Churchill Livingstone Elsevier.
- Helsedirektoratet.(2011). *IPLOS-registeret*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/iplos-registeret/Sider/default.aspx>
- Hickman L, Newton, P., Halcomb E. J., Chang E & Davidson P. (2007). *Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review*. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04417.x/pdf>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knutsen, H. (2004). *Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser*. I Repstad, P.(Red.), Dugnadsånd og forsvarsverker-tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krohne, K., Bergland, A. (2012). *Rehabilitering for en god alderdom*. I Solvang P., Slettebø, Å. (Red.), Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 2. utgave). Oslo.
- Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-063.html>
- LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven). Hentet fra: <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-061.html>
- LOV-1999-07-02-64: LOV om helsepersonell (Helsepersonelloven). Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html>
- LOV- 2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-20110624-030.html>
- LOV-2001-06-15-93: Lov om helseforetak (Helseforetaksloven). Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-20010615-093.html>

- LOV 2009-12-18 nr 131: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen Hentet fra <http://www.lovddata.no/all/hl-20091218-131.html>
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (2.utgave). Oslo.
- Melberg, H. O., Kjekshus, L. E. (2012). *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget
- Meld. St. 9 (2012-2013). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/38146106/PDFS/STM201220130009000DDDPDFS.pdf>.
- Måseide, P. (2008). *Profesjoner i interaksjonsteoretisk perspektiv*. I Molander, A., Terum, L. I. (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann C., Neumann. B. (2010). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm.
- Norges forskningsråd (2012). Mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen.
- Norges forskningsråd (2013). Likeverdige parter i samhandlingsreformen.
- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.
- NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011*. Hentet fra <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>.
- Paulsen, B., Grimsmo, A. (2008). *God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre*. (Vol. Rapport 2008 SINTEF A7877). Trondheim: SINTEF helse.
- Paulsen Breimo, J., Thommesen, H. (2012). *Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning*. I Solvang, & Å. Slettebø. (red.) *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis (red.)2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag (4 rev. utg)* Oslo: Universitetsforlaget.

- Robinson, A., Street, A. (2004). *Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team*. Journal of Clinical Nursing, 13 (4), 486-496.
- Romøren, T. I. (2008). *Eldre, helse og hjelpebehov*. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. Ranhoff, A. H.(red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rydemann, I., Törnkvist, L. (2006). *The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process; experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers*. Journal of Clinical Nursing, 15, 1299-1307.
- Sandvin, J. (2012). *Rehabilitering som koordinering og samhandling*. I Solvang, P.K., Slettebø, Å. (Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 52-64). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Shepperd, S., McLaren, J., Phillips C. O., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., Barras, S.L. (2010). *Discharge planning from hospital to home* (Review). Cochrane library 2010.
- Slettebø, Å., Madsen, V. H. (2012). *Individuell plan som arbeidsmetode i rehabiliteringsprosesser*. I Solvang P.K., Slettebø, Å.(red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (267-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvang, P. K., Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet, (2005). *...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>.
- St.meld. nr 9 (2006-2007). (2006) *Arbeid, velferd og inkludering*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/templates/Stortingsmelding.aspx?id=432894&epslanguage=NO>.
- St.meld. nr. 14 (2002-2003). *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/templates/Stortingsmelding.aspx?id=196556&epslanguage=NO>.
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). (1998) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nr/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>.

- St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000D/DDPDFS.pdf>.
- Statistisk sentralbyrå (2011). *Helse- På randen av samhandling. Samfunnsspeilet, 2011/5-6*. Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-randen-av-samhandling>
- Svensgård, B. (2005). *Hvordan vi har det inne og de har det ute- samarbeidsrelasjoner sett fra spesialisthelsetjenesten*. (Masteravhandling i rehabilitering), Høgskolen i Bodø. Hentet fra [http://brage.bibsys.no/hibo/handle/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_10148](http://brage.bibsys.no/hibo/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_10148)
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tornkvist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2.utg.).Oslo: Gyldendal akademisk
- Thorsen, K. (2008). *Aldringsteorier*. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008)), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Timm, H. (2010). *Sammenhengende forløp i sundhedsvæsenet*. København, Danmark: Books on Demand GmbH
- Vangen, S., Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I Willumsen E.(Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning (red.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I Willumsen E. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning (red.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Østensjø, S. Sjøberg, H.L. (2012). *ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem*. I Solvang P.K, Slettebø (Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk

## ***Vedlegg***

1. Godkjenning NSD

2. Informasjonsskriv og samtykkeskjema

3. Intervjuguide





Inger Marie Lid  
Institutt for fysioterapi  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 23.05.2012

Vår ref:30659 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.05.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30659

*Tverrsektorielt samarbeid og samhandling om skrepelige eldre rehabiliteringspasienter.  
Helsepersonells erfaringer med informasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjenesten*

*Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student*

*Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder  
Inger Marie Lid  
Heidi Røste*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

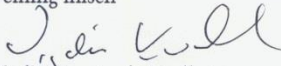
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

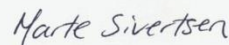
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Marte Sivertsen

Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48  
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrs.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Formålet er å undersøke hvordan helsepersonell erfarer samarbeids- og samhandlingsoppgaver når skrøpelige eldre rehabiliteringspasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet. Utvalget omfatter helsepersonell, ca 10 personer.

Det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende.

Data innsamles ved hjelp av personlig intervju, og registreres ved hjelp av lydopptak som transkriberes på pc. Intervjumaterialet vil være knyttet til informantens navn gjennom kode som viser til en koblingsnøkkel.

Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data. Vi anbefaler at koblingsnøkkelen lagres adskilt fra det øvrige materialet.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt, innen 01.06.2013. For at datamaterialet skal være anonymt, må lydopptak, koblingsnøkkel og direkte personopplysninger (navn, e-postadresse og telefonnummer el.) slettes og indirekte personidentifiserende opplysninger (bakgrunnsopplysninger som yrke, alder og kjønn) slettes eller grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## **Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema**

Jeg er student på masterstudiet i tverrfaglig rehabilitering med fordypning eldre ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er tverrsektorielt samarbeid og samhandling om skrøpelige eldre rehabiliteringspasienter. Jeg har fra tidligere en bachelorutdanning i ergoterapi og har 4 års arbeidserfaring fra en bydel i Oslo kommune med utskrivningsklare eldre rehabiliteringspasienter. Prosjektet mitt veiledes av førsteamanuensis og p.H. D. ved institutt for helsefag, Inger Marie Lid (2245 2418 / 41539541). Masterstudent for prosjektet er Heidi Røste (99 64 60 83).

Prosjektets problemstilling er: - Hvordan erfarer helsepersonell samarbeid og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten når skrøpelige eldre rehabiliteringspasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet? Formålet med prosjektet er å få innblikk i hvordan helsepersonell erfarer samarbeids- og samhandlingsoppgaver når eldre skrøpelige rehabiliteringspasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet. Fokus vil knyttes til hva som skjer når gode overganger erfares. En slik tematikk vil kunne bidra til bevisstgjøring av samarbeid og samhandling på tvers av profesjoner og sektorer, og hva dette arbeidet betinger. Målet med prosjektet er å skape økt fokus på og bedre samhandling mellom sykehus og kommune når skrøpelige eldre rehabiliteringspasienter skrives ut fra sykehuset til hjemmet.

For å finne ut av dette trenger jeg å intervjuer helsepersonell ved en geriatrisk sykehusavdeling, og helsepersonell fra kommune/bydel. Spørsmålene vil dreie seg om dine synspunkter og erfaringer knyttet til informasjonsflyt og kommunikasjon, samarbeid og samhandling. Jeg vil bruke båndopptaker når vi snakker sammen. Intervjuet vil ta maks en time. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helt underveis, uten å grunnegi dette. Innsamlet data om deg vil bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og båndopptak slettes når oppgaven er ferdig, til juni 2013. Dersom du vil være med på prosjektet og bli intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Hvis du har spørsmål, ta gjerne kontakt med meg på

tlf. 996 46 083, eller send meg en mail på mailadr. [heidi.roste@gmail.com](mailto:heidi.roste@gmail.com) Studien er meldt Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen Heidi Røste

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur-----

Tlf.nr-----

Notere ned navn i blokkblokkstaver og emailadresse slik at jeg har muligheten til å nå deg og for at du kan få tilsendt en kopi av oppgaven.

Navn:-----

Email:-----

### **Vedlegg 3: Intervjuguide**

**Innledning:** En rask hilsen på hverandre. Bli kjent, ufarliggjøre situasjonen og samtaletemaet. Skape god stemning, fokus på samtalen. Muntlig og skriftlig informasjon om prosjektets hensikt og mål-dele ut info og underskrive samtykke/konfidensialitet/samtykke -masteroppgave/lite prosjekt/tema samhandling sykehus-bydel- når skrøpelige eldre rehabiliteringspasienter utskrives fra sykehus til hjemmet/samarbeid-informasjonsutveksling-kommunikasjon-dialog.

-Samhandling, et aktuelt tema i dag, men hvordan erfarer de som jobber i feltet dette? Dine erfaringer!

-Info om hvordan intervjuet vil foregå, båndopptaker (slettes når prosjektet avsluttes)

-----

#### **1. Kan du beskrive din erfaring med samarbeid med sykehus/bydel i forhold til arbeid med skrøpelige eldre som skal utskrives fra sykehus og skal hjem til videre rehabilitering i eget hjem**

-Hva gjør at en slik utskrivelse god? (evn. Tenk deg en case hvor alt gikk bra)

-Hva gjør en utskrivelse god?

-du alene? Andre på posten/tverrprofesjonelt?

-Noe spesielt en må tenke på da pasienten er skrøpelig eldre rehab.pasient? i forhold til andre pasientgrupper? – hva/hvorfor

#### **2. Hvordan samarbeider du med andre fra sykehus/bydel ved utskrivelser?**

-Hvem- vet du hvem du skal ta kontakt med? Koordinerende enhet? Helsepersonell med annen profesjonsmessig bakgrunn enn deg?-evn. Hva slags konsekvenser gir dette?

- Hvordan foregår informasjonsutvekslingen- muntlig/skriftlig-Hvordan erfares dette samarbeidet?

-Mulige dilemma og utfordringer? Evn. Mulige løsninger på dette?

#### **3. Hva slags informasjon deles? Fast prosedyre på dette?**

-Info om pasientens behandling/status/videre behov av tjenester og oppfølging med rehabilitering? – hva synes du er viktig info å dele?

-Hvordan erfarer du den informasjonsutvekslingen? God dialog? tone? forståelse? snakker en ?samme språk (i ulik profesjon/ ulik organisasjon)

- Tilbakemeldinger, gode/mindre gode utskrivelser? Avvik?

#### **4. Hvis du tenker generelt på samarbeidet mellom sykehus/bydel-finnes utfordringer i forhold til ulike kulturer, makt- har du opplevd dette i forbindelse med utskrivelse? – Dersom uenighet oppstår, hvordan løses dette? Hvem har det siste ordet?**

---

**Andre spørsmål som dukker opp hos meg/informant?**

**-Oppsummering**

**-Avslutning-helt til slutt, er det noe du ønsker å tilføye? Noe vi ikke har kommet innpå som du har lyst å dele?**

---

**-Skru av båndopptaker!**