

MASTEROPPGAVE

Tittel: «**Samarbeid i helsehus**»

Ditt navn: Christin Marie Ingebretsen Gulaker

Dato: 12. mai 2016

Studienavn: Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og
sosialsektoren

Avdelingsnavn: Helse- og sosialfag



Forord

Masterstudiet i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren er nå gjennomført som et deltidsstudium over fire år. Disse årene har gitt meg mange faglige utfordringer med spennende temaer og problemstillinger. Jeg sitter nå igjen med mye ny kunnskap som jeg vil ta med meg videre.

Det har vært lærerikt og svært utfordrende å skrive en masteroppgave ved siden av full jobb. Jeg har vært i en berg- og dalbane av frustrasjon, glede og utmattelse. Denne masteroppgaven hadde ikke nådd sitt mål uten hjelp og støtte fra enkelte. Den aller største takk fortjener min tålmodige og snille mann Tor-Odd, som har oppmuntret og heiet på meg i alle disse årene. Mine flotte barn, Vetle og Tiril, som betyr alt for meg. Gleder meg til å dele fritiden sammen med dere igjen.

Takk til min kunnskapsrike veileder Helge Ramsdal som hjalp meg å finne forskningsfelt og peilet meg i riktig retning før du reiste på jobb-oppdrag til USA. En spesiell takk til Catharina Bjørkquist som tålmodig har veiledet meg denne våren. Takket være dine tydelige tilbakemeldinger, kloke innspill og gode råd er jeg nå i mål. Du er fantastisk.

Takk til mine reflekterte respondenter som delte sine erfaringer og opplevelser med meg. Deres bidrag har betydd mye for denne oppgaven. En spesiell takk til avdelingsleder Eli Birgitte Pettersen som ga meg innsikt og forståelse om hvordan akuttavdelingen er bygd opp.

Sist men ikke minst må jeg takke min familie og spesielt min søster Anette og mor Ing-Britt for oppmuntrende ord og hjelp til korrektur lesing av min oppgave. Tusen takk for at dere har heiet på meg. Jeg gleder meg til å tilbringe mer tid sammen med dere.

Sammendrag

Studiens tema handler om samarbeid mellom kommunale avdelinger i et helsehus. Problemstillingen vil fokusere på samarbeidet om pasientflyten ved innleggelser og ved utskrivelser, og hvordan samlokaliseringen har påvirket dette.

Problemstillingen for denne oppgaven er:

«Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad»?

Teorigrunnlaget i studien tar utgangspunkt i perspektiver på samarbeidsprosessen, revir, altruisme og behovet for samarbeid. Jeg belyser faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet gjennom det systemiske, organisatoriske og relasjonelle nivået.

Studiens undersøkelse er basert på en kvalitativ metode med seks respondenter fra tre ulike kommunale avdelinger på et helsehus. Det er respondentenes erfaringer og opplevelser om problemstilling jeg har ønsket svar på. Jeg har benyttet en semi-strukturert intervjuguide hvor intervjuene ble tatt opp på bånd. Deretter ble lydopptakene transkribert fortløpende og analysert. Funnene fra undersøkelsen er drøftet i lys av relevant teori.

Funnene fra studien viser at det organisatoriske og relasjonelle nivået fikk mest oppmerksomhet for hvordan samarbeidet om pasientflyten fungerer. Studien viser hvor viktig det er at alle i samarbeidet kjenner til hverandres tjenester og mål slik at det oppstår forståelse for hverandres oppdrag. Lederen har en viktig rolle med å informere og for å skape gode verdier og holdninger. Verdier som forståelse, respekt og tillitt skaper gode forutsetninger for et vellykket samarbeid. Samlokaliseringen har hatt en positiv effekt på samarbeidet med at det er kort vei mellom avdelingene og derfor muligheter til å møtes «ad hoc».

Abstract

The study's theme is about collaboration between municipal departments in a local medical center. This issue will focus on collaboration on patient flow by admissions and conscripting, and how collocation has affected this.

The issue in this study is:

«How does the collaboration between the various municipal departments in Helsehuset Fredrikstad function?»

The theoretical basis of the study is based on the perspectives of collaboration process, territory, altruism and the need for collaboration. I illuminate factors that promote and inhibit collaboration through the systemic, organizational and relational level

The study's survey is based on a qualitative methodology with six respondents from three different municipal departments at a local medical center. There are respondents' experiences about the problem I have wanted answered. I have used a semi-structured interview guide where the interviews were recorded on tape. Thereafter, the sound recordings transcribed continuously and analyzed. The findings of the study are discussed in light of relevant theory.

The findings from the study show that the organizational and relational level got the most attention for how collaboration on patient flow works. The study shows how important it is that all the collaboration knows each other's services and goals so that there arises an understanding of each other's mission. The leader has an important role to inform and to create good values and attitudes. Values such as understanding, respect and trust create the conditions for a successful collaboration. The collocation has had a positive effect on the collaboration that it is a short distance between the departments and therefore opportunities to meet "ad hoc".

Innholdsfortegnelse	
Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Samarbeid og samlokalisering av kommunale tjenester i helsehus	8
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.4 Oppgavens struktur og begrepsavklaring	11
2.0 HELSEHUS: IDEER OG ETABLERING	12
2.1 Utviklingen av Helsehus i Norge	12
2.2 Nasjonale og politiske føringer	15
2.3 Helsehus i Norge	15
2.4 Helsehuset Fredrikstad	16
2.4.1 Bakgrunnen og visjonen	17
2.4.2 Kommunale og private aktører	17
2.4.3 Akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret	18
3.0 TEORI	20
3.1 Samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid	20
3.2 Samarbeidsprosessen	21
3.3 Revir og altruisme i et samarbeid	23
3.4 Faktorer som påvirker samarbeidet	24

3.4.1	<i>Systemiske faktorer</i>	24
3.4.2	<i>Organisatoriske faktorer</i>	25
3.4.3	<i>Relasjonelle faktorer</i>	28
3.5	Behovet for tverrfaglig samarbeid	30
4.0	METODE	32
4.1	Kvalitativ kontra kvantitativ metode	32
4.2	Kvalitativ intervju	33
4.3	Utvelgelse av respondenter	34
4.4	Intervju og intervjuguide	35
4.5	Gjennomføringen av intervjuene	36
4.6	Transkribering	37
4.7	Analyseprosessen	38
4.8	Min forkunnskap og forforståelse	40
4.9	Reliabilitet, validitet og overførbarhet	41
4.10	Forskningsetiske vurderinger	43
5.0	PRESENTASJON AV FUNN	45
5.1	Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse	45
5.1.1	<i>Rollenes betydning i samarbeidet</i>	46
5.1.2	<i>Å kjenne hverandres mål og tjenester</i>	48
5.1.3	<i>Kommunikasjon og rutiner ved innleggelse</i>	52
5.2	Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelse	54
5.2.1	<i>Kartlegging og rutiner</i>	54
5.2.2	<i>Samarbeidsmøter og kommunikasjon ved utskrivelse</i>	55

6.0 DRØFTING	57
6.1 Systemiske faktorer	57
6.2 Organisatoriske faktorer	60
6.3 Relasjonelle faktorer	66
7.0 OPPSUMMERING	71
8.0 LITTERATURLISTE	81
Vedlegg nr.1 Intervjuguide	85
Vedlegg nr.2 Informert samtykke	86
Vedlegg nr.3 Kvittering fra NSD	87

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Fra media, forskning og rapporter er vi kjent med at fremtidens helse Norge vil ha store utfordringer i forhold til den demografiske utviklingen med flere hjelpetrengende og mangel på helsepersonell. Begreper som helhetlige tjenester, optimal behandling og riktig ressursbruk blir ofte benyttet som ønskelige målsetninger i helse- og omsorgssektoren, og for å oppnå disse målsetningene kommer vi ikke utenom begreper som samarbeid og samhandling. For å imøtekomme de fremtidige utfordringene kom Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47(2008-2009)). Den ble presentert av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen i Jens Stoltenbergs andre regjering. Startskuddet for den nye helsereformen var den 1. januar 2012 og skulle innføres gradvis i løpet av de neste fire år. Samhandlingsreformen «rett behandling- på rett sted- til rett tid» har som strategi å forbygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste skal man få rett behandling til rett tid på rett sted som er tilpasset den enkelte bruker.

Samhandlingsreformen (St. meld. 47 (2008-2009)) og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. 16 (2010-2011)) skriver om en ny framtidig kommunerolle. Det vises videre til at mange helse- og omsorgsoppgaver ligger i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og det er ønskelig å finne bedre pasientrelaterte og samfunnsmessige løsninger i kommunene. Nye tilbud skal utvikles, eksisterende oppgaver skal bygges opp og oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. «Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)» (St.meld.nr 47 (2008-2009:26)). Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. I følge samhandlingsreformen er ulike former for lokalmedisinske sentra skissert som et eksempel på en mulig praktisk løsning av samhandlingsutfordringene og for å møte fremtidige krav og utfordringer. Lokalmedisinske sentre skal dekke tjenester til

pasienter før, etter eller istedenfor innleggelse (Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015):60). I følge Soria Moria erklæringen (2011) vil regjeringen at det skal sikres koordinerte helsetjenester gjennom et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennom en videreutvikling av lokalmedisinske sentra. Disse lokalmedisinske sentra skal bidra til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. I 2010 var det 12 lokalmedisinske sentre i Norge og det var i tillegg gitt tilskudd til etablering av 7 til (Pedersen 2013).

1.2 Samarbeid og samlokalisering av kommunale tjenester

I 2005 hadde Fredrikstad kommune 76.800 innbyggere. De seneste årene har det vært store organisatoriske endringer i helse- og omsorgssektoren i kommunen. 2009 startet Fredrikstad kommune prosjektet Helsehus. Våren 2014 åpnet Helsehuset i Fredrikstad som er Fredrikstad kommunes svar på et lokalmedisinsk senter (LMS) og jf. 1.1 et eksempel på en mulig praktisk løsning av samhandlingsutfordringene.

Helsehuset Fredrikstad har et langsiktig samfunnsmessig mål med å sikre bedre koordinerte helsetjenester for befolkningen, bedre samhandling eksternt og intern og et mer bærekraftig helsevesen (Fredrikstad kommune 2010). «Prosjektet er unikt fordi man utformer funksjon og arkitektur for å oppnå funksjonell og kunnskapsbasert samhandling» (Fredrikstad kommune 2010:10). I avsnitt 2.3.1 vil jeg gå nærmere inn på bakgrunnen og visjonen til Helsehuset Fredrikstad.

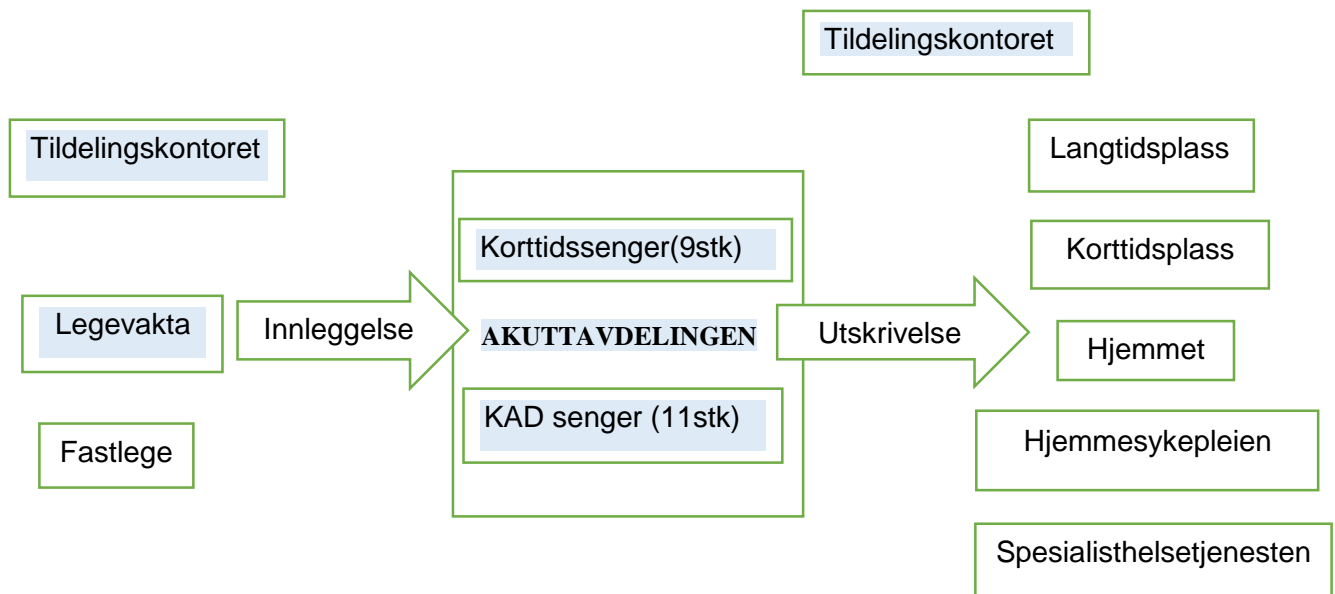
Jeg ønsker å skrive om temaet samarbeid og hvordan dette fungerer i praksis på Helsehuset Fredrikstad hvor flere kommunale og private tjenester er samlokalisert. Samhandlingsreformen(St.meld.nr 47 (2008-2009)) og de endringene den har ført med seg har fått en naturlig stor del i min masterstudie. Den legger vekt på at ulike ledd i helsetjenesten skal jobbe sammen, og pålegger kommunene flere oppgaver og penger til å utføre dem. Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Med fokus på begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Hva legges så i begrepene samhandling og

samarbeid? Det finnes flere definisjoner av disse begrepene. I stortingsmeldingen defineres samhandling som «uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St.meld.nr 47(2008-2009: 13)). Jeg vil i avsnitt 1.4 gå nærmere inn på mitt valg av begrepsbruk og definere begrepene ytterligere i teorikapittelet 3.0.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg vil i oppgaven undersøke samarbeidet mellom ulike kommunale avdelinger som er samlokalisert i Helsehuset Fredrikstad. Dette samsvarer med et av Helsehuset Fredrikstad sitt langsiktige samfunnsmessige mål med å sikre bedre koordinerte helsetjenester for befolkningen, bedre samhandling eksternt og intern og gi et mer bærekraftig helsevesen. Fredrikstad Helsehus er jf.1.2 utviklet etter en samhandlingside med en funksjon og arkitektur som er utformet for å oppnå en samhandling som er funksjonell og kunnskapsbasert.

Ledergruppen i Seksjon for helse og velferd i Fredrikstad kommune, ved spesialkonsulent Wenche Sydvoid, har gitt innspill til tema for masteroppgaver ved Høgskolen i Østfold. Et av innspillene var: *Samhandling legevakten og akuttavdelingen.. Hva fremmer og hemmer samhandlingen innad?* Dette innspillet førte meg til akuttavdelingen og avdelingsleder Eli Birgitte Pettersen. Jeg ville vite mer om avdelingen for å danne meg et bilde av hva jeg ønsket å undersøke i forhold til akuttavdelingens samarbeid med andre kommunale avdelinger på Helsehuset. På bakgrunn av disse opplysningene og virksomhetsplan for medisinsk behandling og rehabilitering (2015-2018) har jeg skissert figur 1.1 som viser pasientflyten ved innleggelse og utskrivelse fra akuttavdelingen.



Figur 1.1 Pasientflyt akuttavdeling (Blått indikerer de kommunale avdelingene på Helsehuset)

Denne figuren viser pasientflyten ved innleggelser og utskrivelser fra akuttavdelingen og de samarbeidende kommunale avdelinger; legevakta og tildelingskontoret. Det er disse kommunale avdelingene som vil være min forskningsarena på Helsehuset Fredrikstad. Jeg har på bakgrunn av dette kommet fram til følgende problemstilling:

«Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad »?

Jeg har i problemstillingen bevisst valgt «hvordan fungere» fordi det er respondentenes erfaringer og opplevelser jeg er opptatt av. Som figuren viser er det legevakta og tildelingskontoret som er de kommunale samarbeidsavdelingene til akuttavdelingen ved innleggelse og utskrivelse av pasienter. For å svare på problemstillingen og til å presentere funn jf. 5.0 har jeg valgt følgende forskningsspørsmål på bakgrunn av denne figuren.

- 1) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse?
- 2) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelse?

1.4 Oppgavens struktur og begrepsavklaring

Jeg vil her skrive kort om hvordan jeg har valgt å bygge opp denne oppgaven og avklaring av mine valg av begreper.

I kapittel 1 skriver jeg om bakgrunnen for valgt tema og deretter kort om oppgavens tema før jeg belyser problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg skriver videre i kapittel 2: Helsehus: Ideer og etablering, om utviklingen av helsehus, nasjonale og politiske føringer, ulike typer helsehus i Norge, Helsehuset Fredrikstad og kort om de aktuelle avdelingene oppgaven handler om. I kapittel 3 (teori) tar jeg for meg begrepene samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid. Belyser perspektiver på samarbeidsprosessen, revir, altruisme og behovet for samarbeid. Jeg har valgt å benytte det systemiske, organisatoriske og relasjonelle nivået når jeg skal belyse faktorer som fremmer og/eller hemmer et samarbeid. I kapittel 4 (metodekapittelet) begrunner jeg mine metodevalg og hvordan jeg vil gjennomføre undersøkelsen og analyseprosessen. Her beskriver jeg hvordan jeg transkriberte, hvilke forkunnskaper jeg har og begreper som validitet, reliabilitet og overførbarhet blir belyst. Ethiske vurderinger hadde en naturlig plass i dette kapittelet. I kapittel 5 presenteres funn fra undersøkelsen. Disse funnene vil jeg igjen belyse i kapittel 6 og drøftes opp teori. Kapittel 7 er oppsummering.

Jeg vil i oppgaven benytte med av begrepene samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid. Jf. 1.2 siste avsnitt og avsnitt 3.1 er det ofte lite som skiller innholdet i definisjonene til samhandling og samarbeid, men jeg ønsker allikevel å skille begrepene. Jeg vil hovedsakelig benytte begrepet samarbeid, men det vil ikke være mulig å benytte dette konsekvent da samhandling har sin naturlige plass i enkelte kontekster.

Brukermedvirkning er en naturlig del av et samarbeid. Jeg har allikevel valgt å ikke ta med brukerperspektivet grunnet blant annet tidsbegrensninger. Når jeg presenterer mine funn har jeg benyttet erfaringer og opplevelser respondentene har hatt i forhold til pasienter, men jeg har valgt å ikke drøfte dette.

2.0 KUNNSKAPSSTATUS

I dette kapittelet vil jeg skrive om utviklingen av Helsehus i Norge, politiske og sentrale føringer og Helsehuset Fredrikstad. Avslutningsvis vil jeg utdype min forskningsarena.

2.1 Utviklingen av Helsehus i Norge

Helsehus har helt siden 1950 tallet blitt introdusert som et virkemiddel for å regulere offentlige legers praksis. På 1950 tallet hadde offentlige leger og frivillige organisasjoner et samarbeid i forhold til en rekke forebyggende helsetiltak hvor de hadde utfordringer med lokaler. Innstillingen fra Helse- og huskomiteen (1952) beskriver en situasjon hvor kontorene til legeboliger som ble brukt både til legens privatpraksis og til offentlig helsearbeid var små og lite funksjonelle. Det var vanskelig å drive effektivt forebyggende og kurativt arbeid med lokalene de hadde til disposisjon. Komiteen mente at ulike lokale løsninger må dyrkes fram gjennom ideer og muligheter. Det er nødvendig med god kjennskap til stedets historie, tradisjoner og kultur (Raustøl 2013). Dette viser til i likhet med Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47(2008-2009)) at intensjonen for helsehus skal være et sted hvor ulike kommunale aktører og personer fra lag og foreninger i samfunnet samarbeider, og ikke bare forbehold leger. Helsehusets intensjon er tverrfaglighet og sammenheng i tjenesten. Helsehus kan sies å være et ektefødt barn av samhandlingsreformen. I 2010 var det 12 lokalmedisinske sentre, som likestilles med helsehus, i Norge og det var i tillegg gitt tilskudd til etablering av 7 til. Pedersen(2013) skriver at lokalmedisinske sentre består av ulike partnere og at eierskap og driftsansvar reguleres i lokal avtale. «Fra helse- og omsorgsdepartementets side omtales disse lokalmedisinske sentrene som paraplyorganisasjoner for samhandling i helsevesenet» (Pedersen 2013:199). Enkelte av de lokalmedisinske sentrene ble bygget grunnet lang avstand til sykehus og lokale initiativtakere. Det settes videre fokus på at det er en stor forskjell hvorvidt det er lokale initiativer eller om det er helseforetak som bygger ned et lokalsykehus til et distrikts medisinsk senter eller lokal medisinsk senter. Dersom vi ser på utviklingen av slike sentre i andre land vil vi finne at de kan være svært ulike, men at de har felles kjennetegn for prinsippene for disse sentrene: koordinering, samarbeid og integrasjon. De har ofte også en sammenheng med innføringer av store reformer jf.

Samhandlingsreformen(St.meld.nr 47 (2008-2009)). Pedersen (2013) skriver at det er likheter mellom Danmark og Norge, men at det allikevel er ulikheter da Danmark er sentrert rundt forebygging og rehabilitering. Jeg vil allikevel kunne påstå at det rettes mye fokus på dette jf. Folkehelseloven og Lov om kommunale tjenester som ble iverksatt 1. januar 2012 og at Fredrikstad Helsehus styrker og oppretter nye tjenestetilbud i kommunal regi nettopp med tanke på forebygging og rehabilitering.

Det vises til to generasjoner av helsesenter i Norge, hvor den første generasjonen er en horisontal integrasjon. Eksempel på dette er samlokalisering av ulike velferdstjenester. Disse sentrene som vokste fram på 1970- og 1980 tallet ble gradvis privatiserte og med fastlegeordningen i 2001 ble de fullt privatisert. Den andre generasjonen av sentre kom på 1990- tallet og var en vertikal integrasjon i form av samlokalisering av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den hadde sammenheng med sykehusreformen hvor lokalsykehusene var i fare. Det har vært diskutert ulike navn på disse andregenerasjonssentrene. Distrikts- og lokalmedisinske sentre har små forskjeller bortsett fra navnet, mens eierskap og finansiering kan variere (Pedersen 2013).

2.2 Nasjonale og politiske føringer

Det har lenge vært viktige helsepolitiske mål å utvikle samarbeid og å samordne tjenester. Jeg vil i dette avsnittet presentere de nasjonale og politiske føringer som har relevans for denne oppgavens tema som er samarbeid mellom tjenesteutøvere og samlokalisering i helsehus.

I samhandlingsreformen(St.meld.nr 47 (2008-2009)) var hovedstrategien å skape bedre samhandling og samarbeid på tvers av organisasjoner og organisasjonsnivåer. Spesielt med tanke på kommunehelsetjenesten og helseforetakene. Det ble oppfordret til å etablere samhandlingsarenaer som blant annet lokalmedisinske sentre. Det skrives videre at «flere pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet» (St.meld.nr 47(2008-2009:59)).

Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St. meld 16 (2010-2011:60)) skisserer kriterier for kjennetegn ved et godt lokalmedisinsk senter på følgende måte:

- Tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester, basert på sammenhengende pasientforløp
- Legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon. Det inkluderer rehabilitering og lærings- og mestringstilbud
- Legger vekt på tverrfaglig tilnærming
- Inkluderer habiliterings -og rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, tjenester til personer med kroniske lidelser, tjenester til personer med kognitiv svikt.

Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. 16(2010-2011)) viser til at det er kommunene og sykehuset som sammen må vurdere tjenestetilbudene. For at de sammen skal kunne gjøre dette ligger det en forpliktelse om samarbeid. I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 Kommunenes plikt til samhandling og samarbeid står det følgende: «kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her». For folk flest vil dette blant annet bety at de skal få bistand til koordinering av tjenester. Det vil allikevel fortsatt være behov for isolert kvalitets- og utviklingsarbeid fra den enkeltes tjenestesteds ytelser. De nasjonale og politiske føringene viser hvor viktig det er å samarbeide og samhandle for gi en koordinert og helhetlig tjeneste. Samhandlingsreformen(St.meld.nr 47(2008-2009) varslet om en ny og omfattende kommunerolle. I juni 2011 ble Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vedtatt og den 1. januar 2012 ble den ikraftsatt sammen med en ny felles lov for folkehelsearbeid. Loven skal bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

2.3 Helsehus i Norge

I en rapport skrevet av Raustøl(2013) er de ulike typene av Helsehus blitt delt i tre kategorier: samhandlingshelsehus, kommunale helsehus og private helsehus. Jeg ønsker å benytte denne inndelingen når jeg presenterer de ulike typer av Helsehus i Norge og intensjonen med disse. Helsehuset Fredrikstad et eksempel på et samhandlingshelsehus på lik linje med Helsehuset i Halden og Aremark, Helsehuset – Indre Østfold Medisinske kompetansesenter IKS, Helsehusene i Trondheim og distrikts medisinske sentra på for eksempel Værnes, Egersund og Nordreisa. Jeg vil gå nærmere inn på Helsehuset Fredrikstad jf. 2.4.

«Samhandlingshelsehus er et samlebegrep for de helsehus som er etablert for å realisere intensjonene i samhandlingsreformen» (Raustøl 2013:2).

Her er det lagt spesielt vekt på samhandling mellom kommuner og sykehus, primær -og spesialisthelsetjenesten, mellom kommuner i ulike former og mellom ansatte, brukere og pårørende. Tilbudene i samhandlingsreformen finansieres både av kommuner og sykehus og de kan også ha innslag av private helseaktører. Her skal det forebygges mer, behandles tidligere og samhandles mer og bedre. Det er en intensjon å tilby et helhetlig og koordinert tjenestetilbud som da gir rett behandling, til rett tid på rett sted. Det er en intensjon at samhandlingshelsehus skal tilby tjenester både før og etter sykehusbehandling og at i visse tilfeller kan behandlingen på helsehuset erstatte sykehusbehandlingen. Helsehusene samarbeider i varierende grad med kommuner, høyskoler og sykehus. I Øya helsehus holder også kommunal kreftkoordinator, sykepleieutdanningen på Høgskolen I Trøndelag, et legesenter og NTNU institutt for samfunnsmedisin hus. Sjøstad helsehus er undervisningssykehjem for Midt-Norge.

Kommunale Helsehus er et samlebegrep for helsehus som er etablert for å forhindre innleggelse på sykehus og at sykehusopphold blir av kortest mulig varetekt. Tilbudene finansieres først og fremst av kommunene og med et begrenset innslag virksomheter som finansieres av spesialisthelsetjenesten. Det særegne ved de kommunale helsehusene er at de er begrunnet kommersielt, mens tilnærmingen til utvikling og drift er kulturelt og lokalt begrunnet. Eksempler på dette er Lillehammer helsehus, Helsehuset Sarpsborg, Smidsrød helsehus på Nøtterøy, Drammen helsehus, Helsehuset i Stavanger, Bamble helsehus og Per Gynt helsehus Moss. Her kan det være forskjellige funksjonsfordeling. For eksempel hos de fire førstnevnte har disse

helsehusene/sykehjemmene både langtidsavdeling, korttidsplasser med både avlastning og forsterkning, rehabiliteringsavdelinger, intermediaæravdeling og lindrende enheter. Det er også øyeblikkelig hjelp i ett av helsehusene samt i Bamble helsehus og Per Gynt helsehus i Moss. På sistnevnte er det også legevakt for Mosseregionen og eget legekontor. Helsehuset i Stavanger som er lokalisert i Stavanger gamle sykehus har en annen profil enn de førstnevnte helsehusene. Den inneholder både helsefremmende og forebyggende tiltak og har blant annet tjenester som: Sykepleieklinikk, frisklivssentral, psykologtjenester, forebyggende hjemmebesøk og utviklingssenter.

Eksempler på private Helsehus er Romerike Helsebygg, Østfold Helsehus, Helsehuset Kongsberg og Saba helsehus Tønsberg. I de private helsehusene er det økonomisk vinning i form av utleie av lokaler. Romerike Helsebygg er eksempel på å tilby areal for å få best mulig økonomisk avkastning og Linstow AS kjøpte Romerike Helsebygg som et helsehus for å sikre verdiøkning på bygningen. Her er hensikten å få fylt opp lokalene slik at bygget skal skape økonomisk merverdi. I helsehuset Kongsberg ble det gjort en mer systematisk analyse av behovet for helsetjenester i området som grunnlag for valg av profil og konsept (Raustøl 2013).

2.4 Helsehuset Fredrikstad

Dette avsnittet har som formål å gi en oversikt over Fredrikstad Helsehus. Jeg ønsker først å sette fokus på bakgrunnen og visjonen for Fredrikstad Helsehus. Deretter gi en kort oversikt over tjenestetilbudene i Helsehuset før jeg skriver mer utfyllende om akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret hvor min undersøkelse skal ha sitt hovedfokus.

Våren 2014 åpnet Helsehuset Fredrikstad. Det har en bygningsmasse på ca 20 800 kvm og antall ansatte er ca 450. På hjemmesiden til Helsehuset Fredrikstad (<http://www.helsehusetfredrikstad.no/>) skrives det følgende: «Et supermoderne anlegg der både offentlige og private helsetjenester er samlet, for å bedre helsetilbudet til deg som bor i Fredrikstad».

2.4.1 Bakgrunnen og visjonen

Fredrikstad kommune søkte helse og omsorgsdepartementet og fikk tildelt 700 000 kroner (statsbudsjettmidler) til utredning av et lokalmedisinsk senter fra en idefase til konseptfase. En prosjektgruppe med tverrfaglig kommunal representasjon, med eksterne representanter fra Sykehuset Østfold, Hvaler kommune og Høyskolen i Østfold hadde ansvar for å utarbeide ideer til innhold og funksjoner i Helsehuset. Prosjektgruppa valgte å se på pasientenes behov som et utgangspunkt for hva helsehuset skulle inneholde av funksjoner. Det vil være både nye og eksisterende tjenester i helsehuset og ved samlokalisering av disse tjenestene er målet synergieffekter for å i et bedre tilbud til innbyggerne (Fredrikstad kommune 2009).

Som tidligere nevnt i kapittel 1.1 er ulike former for lokalmedisinske sentra skissert som et eksempel på en mulig praktisk løsning av samhandlingsutfordringene og for å møte fremtidige krav og utfordringer. I rapporten til Fredrikstad kommunes: *Bedre koordinerte helsetjenester*(2010), trekkes det fram at kommunen må ta ansvar for mer behandlingsskrevende pasienter jf. Samhandlingsreformen, helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven. Dette vil kreve oppfølging fra mange aktører i behandlings- og omsorgsapparatet. Det nevnes videre i rapporten at kommunen vil få store utfordringer både innen forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg og vil stille store krav til samhandling. Prosjektgruppen valgte ifølge rapporten en funksjonell tilnærming der man så på hvilke funksjoner helsehuset kunne ha for ulike pasientgrupper. Som tidligere nevnt i avsnitt 1.2 er Helsehuset Fredrikstad utviklet «etter en samhandlingsside, der man utformer funksjon og arkitektur for å oppnå funksjonell og kunnskapsbasert samhandling» (Fredrikstad kommune 2010:10). Dette vil si at helsehusets innhold og utforming skal tjene et formål hvor pasienten er i sentrum og det er fokus på et helhetlig og koordinert pasientforløp.

2.4.2 Aktørene på Helsehuset Fredrikstad

Jf. 2.4.1 valgte prosjektgruppa å se på pasientenes behov som et utgangspunkt for hva helsehuset skulle inneholde av funksjoner. Etter innspill fra ulike arbeidsgrupper og referansegrupper ble det foreslått ulike funksjoner vurdert for et helsehuskonsept. Forslagene ble konsekvens utredet og de ulike funksjonene ble sett i sammenheng bygning og funksjon.

Helsehuset Fredrikstad inneholder både nye og eksisterende tjenester. De kommunale virksomhetene er tildelingskontoret (der man søker om tjenester innenfor området helse og velferd), friskliv og mestring (arbeider for å fremme fysisk og psykisk helse), legevakt Hvaler og Fredrikstad (skal hjelpe deg hvis du får en alvorlig skade eller sykdom som ikke kan vente på behandling hos fastlege dagen etter, eller på første virkedag), overgrepsmottak (et tilbud til alle over 14 år som har vært utsatt for seksuelle overgrep), feltpleien (lavterskel helsetilbud for rusavhengige over 18 år), akuttavdelingen (senger for øyeblikkelig hjelp og korttidsbehandling), rehabiliteringsavdelingen (et tilbud til personer som er motiverte, og har et potensiale til å fungere bedre i hverdagen).

Sykehuset Østfold har ambulansestasjon, laboratorium og blodbank.

Det er flere private helseaktører som blant annet Volvat medisinske senter og Apotek 1 (<http://www.helsehusetfredrikstad.no/>)

2.4.3 Akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret

I dette avsnittet vil jeg gå nærmere inn på mitt forskningsfelt som er akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret. Informasjon om de enkelte avdelingene er hentet fra Virksomhetsplanen for medisinsk behandling og rehabilitering (2015-2018) og gjennom samtale med avdelingssykepleier ved akuttavdelingen.

Akuttavdelingen har 33,69 årsverk (sykepleiere og hjelpepleiere) og 2 årsverk lege. De har 11 kommunale akutte døgnplasser (KAD) og 9 ordinære korttidssenger. I oktober 2015 var gjennomsnittlig liggetid på KAD 4,4 døgn. Det er ønskelig med gjennomsnittlig liggetid på 3 døgn. Pasienter på akuttavdelingen blir henvist enten via

fastlege 40% eller via legevakten 60%. På akuttavdelingen samarbeides det med fysioterapeut og ergoterapeut som er tilknyttet rehabiliteringsavdelingen. Utskrivelse av pasienten fra akuttavdelingen skjer i samarbeid med tildelingskontoret dersom pasienten er i behov av videre kommunale tjenester.

Akuttavdelingen og legevakta tilhører begge virksomhet for Medisinsk behandling og rehabilitering som vil si at de har en felles virksomhetsleder. Sammen med rehabiliteringsavdelingen, som også tilhører denne virksomheten, har de en flåtevirksomhet som fungerer slik at et antall personale i enkelte vakter går på «topp» og dermed kan steppe inn ved fravær på en av disse avdelingen. Flåtevirksomheten er definerte årsverk fordelt på alle de tre avdelingene hvor ansatte som har disse merkede vaktene i turnus må jobbe på den avdelingen hvor det er fravær. Denne turnusordningen skal evalueres i løpet av 2016.

Fredrikstad og Hvaler legevakt har 27,38 årsverk og 50 vaktleger. De har tidligere vært lokalisert i eget bygg og før dette vært en selvstendig del av Fredrikstad sykehuset(SØF). Legevakta har nå fått flere oppgaver og samarbeidspartnere etter ny lokalisering på Helsehuset Fredrikstad. Tjenestene innebærer nå blant annet lab funksjoner (som vil si at de bistår avdelinger med å ta blodprøver), overgrepsmottak og LAR (legemiddelassistert rehabilitering) to ganger i uka. Er nå per januar 2016 i prosjekt med trygghetsalarmer og plassering av mottakssentralen.

Tildelingskontoret er en ny virksomhet fra 1.1.2013. Virksomheten ble opprettet og vedtatt juni 2012, etter ny organisering av helse og omsorgstjenester i Fredrikstad kommune. Tildelingskontoret flyttet inn i Helsehuset Fredrikstad i september/oktober 2013. Per 1.1.2016 har tildelingskontoret 53.4 faste årsverk. Tildelingskontoret er organisert med 3 avdelinger. Tildelingskontoret koordinerer, utreder, saksbehandler og tildeler tjenester i Fredrikstad kommune. Et av hovedmålene for å opprette et tildelingskontor var å skape et likhetsprinsipp for hele kommunen slik at alle innbyggere skulle få likhet i tjenestetilbudet.

For å få en dypere forståelse av hvordan samarbeidet fungerer har jeg valgt å se på samarbeidet om pasientflyten ved innleggelser og utskrivelser fra akuttavdelingen. Jeg har tatt utgangspunkt i «flaskehalsene» som er illustrert jf. figur 1.1. Jeg har derfor valgt å ikke trekke inn rehabiliteringsavdelingen da denne avdelingen faller utenfor min problemstilling.

3.0 TEORI

I dette kapittelet vil jeg komme nærmere inn på begrepene samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid. Jeg vil redegjøre for teorier som er aktuelle for min problemstilling og belyse ulike faktorer i en samarbeidsprosess som kan virke hemmende og fremmende på det tverrfaglige samarbeidet.

3.1 Samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid

Hva legges så i begrepene samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid? Det finnes flere tolkninger og definisjoner av disse begrepene og jeg vil her gå nærmere inn på hvorfor jeg bevisst har brukt samarbeid og ikke samhandling i problemstillingen jf. 1.3. Jeg har tidligere i avsnitt 1.2 presentert en definisjon av begrepet samhandling som et «uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St.meld.nr 47 (2008-2009)). Begrepene samhandling og samarbeid er ikke markante ulike, men jeg ønsker allikevel å forholde meg til begrepet samarbeid da dette innebærer en mer aktiv rolle for de ulike aktørene. I følge Hansen (2007) bygger samarbeid på en form for ytelse og motytelse gjerne i form av utveksling av informasjon og analyser. Jeg ønsker å se på pasientflyten ved innleggelser og utskrivelser fra akuttavdelingen på Helsehuset Fredrikstad og jeg vil da gå nærmere inn på samarbeidet mellom avdelingene som påvirker pasientflyten. Det vil være ønskelig å se i hvilken grad avdelingene utveksler informasjon slik at samarbeidet bygger på ytelser og motytelser for å få en god pasientflyt. Det vil i begrepet samarbeid ligge en tverrfaglighet da pasientflyten er avhengig av representanter fra ulike fag. Jeg ønsker å gå nærmere inn på tverrfaglig samarbeid da det foreligger ulike betydninger av dette begrepet og for å belyse min tilnærming. Lauvås og Lauvås (2004) skriver om motstridende oppfatninger av hva tverrfaglig samarbeid betyr i praksis og at det er en forskjell fra begrepet flerfaglighet hvor «aktørene arbeider parallelt inn mot brukeren, og at det er lite dialog og samhandling mellom partene» (Lauvås og Lauvås 2004:41). Det vil her være relasjonen mellom de ulike aktørene som er avgjørende for om det er et

tverrfaglig samarbeid eller en flerfaglighet. I følge Hansen (2007) kan flerfaglighet fungere uten tverrfaglighet, men aldri omvendt. Det vil si at ved en tverrfaglighet må det alltid være en flerfaglighet. Lauvås og Lauvås (2004) forklarer et tverrfaglig samarbeid som en interaksjon mellom representanter fra ulike fag med dobbelt formål:

- 1) Sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og
- 2) Utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innen bidragende fag (Lauvås og Lauvås 2004:53).

For å definere begrepet tverrfaglig samarbeid ønsker jeg å benytte Willumsen (2012:21) definisjon: «Tverrfaglig samarbeid handler om et tett samarbeid mellom profesjoner som har et felles prosjekt eller oppgave, der man må integrere andres kunnskaper med sine egne for å komme fram til felles beslutninger». I min undersøkelse vil «et felles prosjekt eller oppgave» være ved innleggelse eller utskrivelse av pasienten. Det må foreligge en kunnskap om pasientens medisinske tilstand sett i sammenheng med hvor pasienten skal befinne seg. De ulike profesjonene kan her eksempelvis være legen som har den medisinske/overordnede ansvaret, sykepleieren som utfører pleie, behandlingstiltak, observerer og dokumenterer og tildelingskontoret, som også har ulike profesjoner som ergo og fysioterapeut som fatter vedtak på hvor pasienten skal få sin tjeneste. Det er det tverrfaglige samarbeidet mellom disse ulike faggruppene/avdelingene som vil avgjøre pasientflyten. Det er også med tanke på pasientens beste at det foreligger et samarbeid mellom de ulike avdelingene og profesjonene. Jeg har valgt å ikke gå nærmere inn på brukerperspektivet og har ikke valgt å inkludere pasienter og/eller pasienter i min undersøkelse. Dette blant annet grunnet tidsperspektivet.

3.2 Samarbeidsprosessen

Felles for begrepene samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid er at det handler om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen. I min undersøkelse er samarbeidsprosessen pasientflyten mellom utvalgte avdelinger på Helsehuset

Fredrikstad. San Martin-Rodriguez et al. (2005:133) definerer samarbeids prosessen som følgende: «Collaboration in health care teams is the process by which interdependent professionals are structuring a collective action towards patients` care needs». Her legges det i større grad føringer på at for å nå samarbeidsmålet, må det utføres en aktiv, strukturert handling fra de ulike aktørene i samarbeidsprosessen. Målet med å ha rutiner/prosedyrer for samhandling er nettopp at det skal etableres en felles aktivitet i forhold til pasienten.

Det kan variere hvem som vil få en sentral rolle og hvem som får en perifer rolle i denne prosessen som omhandler innleggelse- og utskrivelse på akuttavdelingen. I følge Willumsen (2012:24) er det «viktig å anerkjenne at bidragene fra ulike profesjoner (kompetanse) og tjenester er forskjellige, samtidig som målet er at de skal integreres i forhold til brukerens behov». Denne integreringen kaller Willumsen (2012) for integrering av kompetanse og integrering av tjenester. De ulike typer av kompetanse deles inn i: kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. For pasientflyten ved innleggelse av nye pasienter til akuttavdelingen kan dette bety at det er utført en medisinsk vurdering av pasientens helsetilstand. Det vil her være en lege som har denne kjernekompetansen i form av sin profesjon. I andre tilfeller kan det være en overlappende kompetanse i form av at flere innehar samme kompetanse. Felleskompetanse vil si en felles faglig kunnskap og kan anses som en felles integrert kunnskap som for eksempel språk og begreper. Det er også i tilfeller nødvendig å ha en spisskompetanse som kan innebære en fordypning eller spesialisering utover grunnutdanningen eller en lang erfaring på området. Integrering av tjenester kan deles inn i primæroppgaver og fellesoppgaver. Primæroppgaver vil være den enkelte avdelings målsetting og det vil ligge føringer og rammer for virksomheten. For akuttavdelingen kan det for eksempel bety at målsetningen er et maksimalt antall ligge døgn i KAD senger til å være 3 døgn mens det for tildelingskontoret er en målsetning å forhindre overliggere (pasienter blir liggende etter at de er ferdigbehandlet) på sykehuset. Under integrering av fellesoppgaver ligger de områdene hvor flere tjenester har et ansvar. For pasienter som er innlagt akuttavdelingen vil det være et felles ansvar at pasienten får behandling og en flyt videre i systemet. «Når deltakerne kjenner hverandres kompetanse og tjenester, kan det også være enklere å forstå og anerkjenne forskjeller som forutsetning for et dynamisk samarbeid» (Willumsen 2012:26). Denne

prosessen er ikke statisk og det er nettopp dette som er viktig for å opprettholde dynamikken i en samarbeidsprosess. Dynamiske faktorer vil påvirke samarbeidet om pasientflyten både på person -og organisasjonsnivå. De vil smelte sammen med samhandlingsprosessene som skapes og blir felles i samarbeidet mellom de involverte parter. Dynamiske faktorer får betydning på tvers av nivåer og vil påvirke både forskere, praktikere og ledere uansett om deres ståsted er på personnivå eller på organisasjonsnivå (Willumsen 2012).

3.3 Revir og altruisme i et samarbeid

I et tverrfaglig samarbeid vil det være samarbeid på tvers av profesjoner og organisasjoner. Jeg vil i dette avsnittet gå nærmere inn på begrepene revir og altruisme. Begge disse begrepene vil påvirke det tverrfaglige samarbeidet som en fremmer og/eller en hemmer. Axelsson (2012) skriver om revir og ser på dette som en barriere for grenseoverskridende samarbeid. Det skrives at dette er vanlig i de fleste organisasjoner og spesielt hos ledere med avgrensede virksomhetsområder. «Samarbeid mellom organisasjoner utfordrer ofte disse avgrensningene og kan føre til at lederne i stedet for å samarbeide bruker mye krefter på å forsvare sine områder» Axelsson (2012:105). Det finnes ulike typer for revir og jeg vil her nevne de som er aktuelle for min oppgave og som handler om kompetanse, profesjon og organisasjon (avdeling). Jeg har valgt å hente teorien fra empiriske data hentet fra en studie av tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid innen en forsøksvirksomhet med arbeidslivsrehabilitering. Profesjonelle revirer kan settes i sammenheng med Abbott (1988) sitt begrep «jurisdiksjon, som handler om den enkeltes ønske om å kontrollere et arbeidsmarked som er knyttet til en gitt kompetanse gjennom en gitt utdanning(profesjon) jf. 3.3.1 systemiske faktorer. Organisatorisk revir kan være en leders ansvar og andres forventninger til at lederen forvarer og er en talsmann for sin avdeling Axelsson (2012). Lederen kan her være den enkelte team medlemmet som representere sin avdeling. Det vil være ødeleggende og en hindring for et tverrfaglig samarbeid dersom de ulike medlemmene innehar en slik revirtekning. Det vil da være ønskelig at de ulike medlemmene kan se utover sine egne interesser og i enkelte gi opp deler av sitt revir. Slik vilje til å ivareta allmennhetens beste kalles altruisme og er en filosofi med rake motsetninger til revirtankegangen.

«Altruisme vil si at enkelte personer, grupper eller institusjoner er innstilt på å gi avkall på noe for å gagne helheten» Axelsson (2012:109).

3.4 Faktorer som påvirker samarbeidet

San Martin-Rodriguez et al. (2005) skriver i sin artikkel «The determinants og successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies, Journal of Interprofessional Care» om faktorer som påvirker samarbeidet. Det er i artikkelen, som er bygget på en gjennomgang av empiriske og teoretisk studier i tverrfaglige sammensatte team i helsevesenet, blitt klassifisert faktorer i tre ulike nivåer: Systemiske, organisatoriske og relasjonelle. Disse ulike faktorene vil påvirke grad av suksess i et samarbeid. I følge forfatterne må de tre nivåene vektlegges likt for å utvikle og danne god praksis for samarbeid. Jeg vil her gå inn på hvert enkelt nivå slik at vi får muligheten til både å se og forstå hvilken innflytelse det enkelte nivået har på samarbeidet. Det vil også sees på hvordan forholdet nivåene imellom fungerer og påvirker samarbeidet.

3.4.1 Systemiske faktorer

Systemiske faktorer danner rammer for samarbeidet og befinner seg utenfor organisasjonene. Dette inkluderer blant annet samfunnssystem, kultur, utdanning og profesjoner. I følge artikkelen til San Martin-Rodriguez et al. (2005) ble utdanningssystemet sett på som en av hovedfaktorene innenfor systemiske faktorer. Dette nettopp fordi den enkelte utdannelse kunne her implementere samarbeidsverdier som fremtidens helsepersonell kunne representere. «Members of each profession know very little of the practices, expertise, responsibilities, skills, values and theoretical perspectives of professionals in other disciplines» San Martin-Rodriguez et al. (2005:137). Det er i dag satt mye fokus på samarbeid og samhandlingsreformen bruker begreper som helhetlige og koordinerte tjenester som en felles målsetning i behandling av pasienter. Politisk styring, lovgivning og finansieringssystemer er blant faktorene som både kan åpne mulighetene for å få dette til, men også skape barriere (Ramsdal og Hansen 2009).

Er det kultur i avdelingen for samarbeid? Deltakelse i form av pasientflyten vil forutsi at den enkelte representerer en organisasjonskultur og bringer den med seg inn i samarbeidet. Det vil her være ulike verdier, arbeidsformer og personligheter for de ulike profesjonsgrupper som vil påvirke utviklingen av det tverrfaglige samarbeidet (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

Abbott(1988) skriver om profesjoner og hvordan de ulike yrkesgruppene ønsker å kontrollere et arbeidsmarked som er knyttet til en gitt kompetanse gjennom en gitt utdanning. Denne sammenhengen mellom utdanning og et bestemt arbeidsmarked kaller han jurisdiksjon. Dette kan sees i sammenheng med legenes enerådighet til for eksempel å skrive ut resepter, sende henvisninger (der det er påkrevd av lege) ol. For et jurisdiksjonsområde vil det være knyttet til en faglig autonomi og faglig ansvarlighet. Det vil da være vanskelig og til tider umulig for andre utenom den aktuelle profesjonstilknypningen å ha ytringer om hvordan profesjonsmedlemmene skal utøve sin virksomhet. Det vil også ligge en lovpålagt plikt i det faglige ansvaret for å vurdere om aktuelle tiltak er forsvarlige.

«I funksjonelt tverrfaglig samarbeid kommer de ulike profesjoners interesser og ideologier lettere i konflikt med hverandre enn i arbeidsformer som ikke har samme preg av avhengighet og nærhet i ansikt-til-ansikt-relasjoner» (Lauvås og Lauvås 2004:86).

Pasientens medisinske tilstand er ikke faste og uforanderlige, men det forutsetter ikke at rutiner skal diskuteres i hvert enkelt tilfelle. Tverrfaglig samarbeid må ta utgangspunkt i den faktiske situasjonen slik at de samlede ressursene utnyttes best mulig. Det vil her være vanskelig å utføre et rasjonelt samarbeid dersom fastlåste posisjoner er i forankret i profesjonenes revirtekning (Lauvås og Lauvås 2004).

3.4.2 Organisatoriske faktorer

De organisatoriske faktorene omhandler struktur, ressurser og administrativ støtte.

I denne oppgaven kan vi se på Helsehuset som en organisasjon med en bestemt struktur og egen målsetting. Andre organisasjoner i denne oppgaven vil være de aktuelle avdelingene som tilsvare min forskningsarena.

«One of the key conditions of a successful collaborative practice is the availability of time to interact and spaces to meet» (San Martin-Rodriguez et al. (2005:139)). I dette ligger også ønsket om å samarbeide for de ulike faggruppene. For å finne tid til å møtes må det avsettes tid av eller for den enkelte og det må være muligheter og rom for å gjennomføre et tverrfaglig samarbeid. Her finnes det ulike former for kommunikasjonskanaler som jeg vil komme inn på senere i 3.4.3 og dette understreker hvor viktig organisering har for at samarbeid kan gjennomføres. Faktorer som administrativ støtte, ressurser/budsjett og organisering spiller inn.

Jacobsen og Thorsvik (2007:13) beskriver en organisasjon slik: «Mer teoretisk kan vi si at en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål». De beskriver her en organisasjon som mer enn noe fysisk. De skriver at organisasjonen skal «løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» noe som også kommer tydelig fram i målsetningen for Helsehuset og for de aktuelle avdelingene. Realisering av bestemte mål kan også vises til større målsetninger og som er regulerte fra lovverk og stortingsmeldinger. I følge artikkelen til San Martin-Rodriguez et al. (2005) har organisasjonens filosofi og verdier en innvirkning på samarbeidet. Dette vil si at for at organisasjonen skal være en støtte for praktiserende samarbeid er det visse faktorer som skal foreligge. Viktige faktorer for at dette skulle fungere var at organisasjonen hadde: ytringsfrihet, samarbeid som en verdi, klima for diskusjoner, tillit og integritet mellom ulike profesjoner og arbeidsklima.

I artikkelen «Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-aninternational literature review» av Andersson et al (2011) som er en studie basert på 62 internasjonale artikler fant de 7 ulike samarbeidsmodeller. De ulike modellene for samarbeid hadde ulik grad av kompleksitet, formål og organisering. Ingen av modellene utpekte seg som gjeldene i alle sammenhenger, men i enkelte kontekster kan en modell anbefales fremfor en annen. Det ble avdekket funn som hadde sammenheng med budsjett/finansieringssystem og som artikkelen viser til er disse funnene gjeldende i mange ulike typer samarbeid.

Administrativ støtte, ledelse, er en forutsetning for suksess i et samarbeid. I artikkelen San Martin-Rodriguez et al. (2005) viste studier hvor viktig det var med lederstøtte og

at ved mangel på dette vil dette innvirke negativt på samarbeidet. Det er flere studier som støtter lederrollen som en viktig suksessfaktor for samarbeid. For å utdype lederens rolle som en faktor for samarbeid vil jeg benytte meg av Jacobsen og Thorsvik (2007: 381) sin beskrivelse av ledelse: «Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd». Ledelse forklares videre med at den har som hensikt å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål samtidig med at de blir motivert til å yte mer. Dette gjelder når ledelse er innenfor rammen av en organisasjon. Det settes også fokus på at lederens oppgave er å få de ansatte til å trives i jobben. Ledelse er først og fremst en prosess mellom mennesker og hvor hensikten er å influere andre (Jacobsen og Thorsvik 2007). Denne beskrivelsen av ledelse forteller hvor viktig det er at lederen ønsker og ser behovet for et tverrfaglig samarbeid. Det skrives her at lederen kan «påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd» noe som er avgjørende faktorer for å oppnå suksess i et samarbeid. Videre beskriver den lederens hensikt i sammenheng med måloppnåelse, motivering og trivsel. En leder skal få sine ansatte til å nå organisasjonens mål, og i denne oppgaven vil jeg sette likheter til Helsehuset og de aktuelle avdelingene og ulike målsetninger for samarbeid. Jacobsen og Thorsvik (2007) skriver at ledelse er en «prosess mellom mennesker» og dermed er lederens egenskaper til å oppnå dette en individuell kompetanse.

3.4.3 Relasjonelle faktorer

De relasjonelle faktorene handler om mellommenneskelige komponenter og egenskaper for medlemmene i samarbeidet. Dette er faktorer som kommunikasjon, tillit og gjensidig respekt, samt ønsket hvert enkelte medlem har for å samarbeide. I artikkelen til San Martin-Rodriguez et al. (2005), fikk de relasjonelle faktorene mer oppmerksomhet enn de systemiske og organisatoriske.

Kommunikasjon kan ifølge Kaufmann og Kaufmann (1998:318) defineres som «overføring eller utveksling av informasjon gjennom et felles symbolsystem». Jeg ønsker å benytte denne definisjonen fordi den rommer kommunikasjonens mange muligheter for informasjonsoverføring som også innebærer verbal og non-verbal kommunikasjon. Det vil derfor innebære at kommunikasjonen kan foregå som muntlig utveksling ansikt til ansikt, telefonsamtaler, interne fagsystemer eller for eksempel via

kroppsspråk. Jeg ønsker å komme nærmere inn på kommunikasjonsprosessen som forklarer nærmere hva som er funksjonen til kommunikasjon. Lauvås og Lauvås (2006) skriver utdypende om kommunikasjonsprosessen i det tverrfaglige samarbeidet og viser til dens to hovedfunksjoner. Her vil den ene funksjonen være «å gi relevant informasjon til de rette personene slik at faglig kunnskap kan integreres, og hensiktsmessige beslutninger kan treffes» (Lauvås og Lauvås 2006:178). Her handler kommunikasjonen om det faglige og arbeidsmessige aspektet, og kommunikasjonen er redskapet som brukes for å virkeliggjøre målene. Den andre funksjonen i samarbeidsprosessen er «å medvirke til en sosial interaksjon mellom deltakerne slik at kommunikasjonen får organisasjonen til å fungere som en sosial enhet» (Lauvås og Lauvås 2006:178). Det vil i den sosiale interaksjonen formidles en tilpasning av medlemmenes holdninger og adferd. Begge funksjonene er avhengige av hverandre og i et tverrfaglig samarbeid vil kommunikasjonen sjeldent fungere uten at det fra tid til annen vil forekomme «støy» i kommunikasjonen. Slike «støy» elementer kan for eksempel være misforståelser og vanskeligheter med å snakke sammen (Lauvås og Lauvås 2006).

San Martin-Rodriguez et al. (2005: 141) beskriver de ulike medlemmenes evne til å kommunisere som en viktig faktor for å oppnå suksess i et tverrfaglig samarbeid som: «the communications skills of professionals play a critical role in the development of collaborative relationships among team members». Det legges her vekt på hvordan de ulike profesjonene kommuniserer med hverandre. Kommunikasjons evner beskrives som en «kritisk» faktor for suksess i samarbeidet og en av nøkkelfaktorene for dette er at kommunikasjon brukes som et verktøy for å skape gjensidig respekt og tillitt. «Building trust requires time, effort, patience and previous positive experiences» (San Martin-Rodriguez et al. 2005:141). Tillitt vil her beskrives som en faktor som krever tid og innsats, og som bygges opp gradvis ved å gjennomføre vellykkede samarbeidstiltak (San Martin-Rodriguez et al. 2005). For å skape tillit i et samarbeid vil det være flere faktorer som er viktige for å etablere et tillitsforhold. Vangen og Huxam (2005) har framstilt en teori for å utvikle tillit som de kaller tillitssløyfen. Jeg ønsker å benytte denne teorien for å forklare begrepet tillit og hvordan medlemmenes kan utvikle tillitt til hverandre. Dette vil også ha betydning for min analyse senere i oppgaven.

Tillitssløyfen fremhever to faktorer som er viktige i etableringen av et tillitsforhold. Den ene faktoren er forventninger til et framtidig samarbeid og er basert på omdømme og

tidligere erfaringer. Det er her viktig å legge vekt på å synliggjøre forventninger i for eksempel formelle kontrakter og avtaler. Den andre faktoren handler om risiko og nødvendigheten med at medlemmene stoler nok på hverandre til at de tar sjansen på å initiere et samarbeid. Dersom begge disse er avklart vil det ifølge tillitssløyfen forvente at tillit gradvis kan bygges opp ved å starte i det små med mindre realistiske mål som blir innfridd. Deretter vil dette forsterke en tillitsfull holdning mellom medlemmene og mer ambisiøse samarbeid kan gjennomføres. Tillitssløyfen vil si at man bygger tillit ved å få resultat gjennom samarbeid med lav risiko. Deretter vil tillit gradvis bygges opp ved å gå over til en høyere risiko. Dette vil også tilsi at medlemmene i samarbeidet er villig til å ta en større risiko fordi en høyere grad av tillit er tilstede (Vangen og Huxam 2012:74). Mangel på tillit kan som funn i artikkelen til Andersson (2011) føre til mistenkeliggjøring og økt revirtenkning.

En annen viktig relasjonell faktor er ønske om å samarbeide. For at et samarbeid skal kunne fungere er det avhengig av at de enkelte team medlemmene ønsker å delta i samarbeidet. San Martin-Rodriguez et al. (2005) hevder at flere forhold kan virke inn på den enkeltes ønske om samarbeid. «The willingness of the team professionals to work collaboratively depends on factors such as professionals education, previous experience in similar situations and personal maturity» (San Martin-Rodriguez et al. 2005:141). Her nevnes igjen utdanningssystemet, jf. 3.4.1 systemiske faktorer, som en faktor for villighet til samarbeid. De ulike team medlemmenes ønske og villighet til å samarbeide handler også om å ha tro og tillitt til at samarbeid har en gevinst. Tidligere opplevelser med å samarbeide vil her ha betydning for den enkeltes ønske om å delta.

Den siste relasjonelle faktoren artikkelen viser til er gjensidig respekt for hverandre som samarbeidsaktører. Det er viktig at de ulike medlemmene av samarbeidet får anerkjennelse for sine bidrag sett i sammenheng med sin profesjon og fagfelt. Det ble gjort funn som tilsi at mangel på respekt, takknemmelighet og forståelse var reelle funn som skapte barrierer for et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

3.5 Behovet for samarbeid og tverrfaglig samarbeid

For å kunne se nærmere på behovet for samarbeid vil jeg referere til definisjonen av begrepet og målet som er «å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.» (St.meld.nr 47(2008-2009: 13)). Dette viser til at det ikke bare er brukerens beste som ligger bak. «Det er også et spørsmål om effektiv ressursutnytting. Overordnede mål oppnås ikke dersom de ulike sektorene opererer uavhengig av hverandre» (Lauvås og Lauvås 2004:18). I min undersøkelse er det ulike mål knyttet til den enkelte avdeling på Helsehuset Fredrikstad. For akuttavdelingen er målet å ha et gjennomsnittlig liggetid på 3 døgn på KAD sengene (jf. 2.3.3). For å oppnå dette målet må avdelingen ha en pasientflyt som gjør dette mulig. Det er da nødvendig å ha et samarbeid om innleggelser og utskrivelser fra avdelingen. For pasienten vil det kunne oppleves koordinert og helhetlig pleie da det samhandles om å gi «rett behandling, på rett sted- til rett tid» (St.meld.nr 47(2008-2009)). Dette er også i overenstemmelse med Helsehusets langsiktige samfunnsmessige mål som «er å sikre bedre koordinerte helsetjenester for befolkningen, bedre samhandling eksternt og internt samt bidra til et mer bærekraftig helsevesen» (Fredrikstad kommune 2010: 11).

Lauvås og Lauvås(2004:39) skriver at «Det er den funksjonelle differensieringen som ligger bak behovet for tverrfaglig samarbeid». Her vil den funksjonelle differensieringen innebære at der oppgaver deles vil enhver avdeling være ansvarlig for å mestre sin oppgave på en best mulig måte. Tjenestemottakere ønsker et helhetlig og ikke oppsplittet tjenestetilbud. Dette vil si at de ulike avdelingene som i denne oppgaven er legevakta, akuttavdelingen og tildelingskontoret er avhengig av hverandre for å fungere i helhet. For å sikre pasientene helhetlige og koordinerte tjenester handler dette om å sikre et samarbeid (Jacobsen 2004, Hansen 2007).

Et av målene til Helsehuset Fredrikstad at samlokaliseringen skal resultere i at det oppnås synergieffekter både mellom nye og eksisterende tjenester (Fredrikstad kommune 2009). Jeg har valgt å sette begrepet synergi under dette avsnittet da dette kan forklares med hva samarbeid handler om, og settes synonymt med samarbeidsgevinster. I synergi vil tiltakene forsterke hverandre gjensidig. Dette vil samlet gi en større effekt enn hvis hvert enkelt tiltak hadde fungert isolert. Som i samarbeidet mellom

akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret vil det gi en bedre pasientflyt dersom de samarbeider og deler informasjon enn hvis de jobber hver for seg. Vangen og Huxam(2012) utviklet en teori om «collaborative advantage» som oversatt til norsk betyr «samarbeidets synergi». I teorien legges «det vekt på at det kreves aktiv håndtering av selve samarbeidsprosessen for å få det til å fungere» (Vangen og Huxam 2012:68).

4.0 METODE

I min oppgave har jeg tatt bevisste metodevalg for å få et forskningsdesign som jeg mener vil hjelpe meg å besvare problemstillingen:

«Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad»

I dette kapittelet belyser jeg hvilke metodevalg jeg har tatt i denne forskningsprosessen og hvorfor jeg har tatt nettopp disse valgene. Det finnes mange alternative fremgangsmåter og de vil alle innebære ulike konsekvenser for forskningen. Gjennom metodelæren kan vi få hjelp til å treffe hensiktsmessige valg og ved å benytte en spesielt metode følger vi rådene og drar nytte av tidligere forskers erfaringer (Johannessen et al. 2012). Dette er forklarende for hva jeg ønsker med dette kapittelet som er å ta utgangspunkt i virkeligheten til mitt forskerfelt og ikke mine forutinntatte meninger og antagelser.

4.1 Kvalitativ kontra kvantitativ metode

Jeg ønsker å undersøke erfaringer og opplevelser av hvordan samarbeidet om pasientflyten i Helsehuset Fredrikstad fungerer. Begrepene erfaringer og opplevelser benytter jeg bevisst fordi jeg ønsker å dykke i dybden av hvordan samarbeidet fungerer mellom de kommunale tjenesteyterne i helsehuset, nærmere bestemt akuttavdelingen, legevakten og tildelingskontoret. Jeg er opptatt av svar på den enkeltes erfaringer og opplevelse av dette fenomenet. For at jeg skal kunne undersøke dette må jeg ha et forskningsdesign og ifølge Johannessen et al. (2010:73) er det «særlig i tidlig fase at det må tas stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres». Det er nettopp fordi jeg ønsker å undersøke den enkeltes opplevelse av et fenomen at en kvalitativ metode vil være en riktig tilnærming fremfor en kvantitativ metode. I kvalitativ forskning er målet å få en helhetlig forståelse og dybdekunnskap av få enheter, mens kvantitativ forskning har som mål å få kunnskap om omfang og utbredelse. Her benyttes ofte statistiske sammenhenger i forhold til mange enheter. Jeg valgte derfor å benytte en kvalitativ metode for å kunne gi svar til min problemstilling

da jeg ønsket å undersøke erfaringer og opplevelser rundt et bestemt tema og med få enheter (Johannessen et al. 2010).

Det finnes ulike tilnærminger innen kvalitativ forskning som for eksempel intervjuer, dokumentanalyser og observasjoner. Felles for disse tilnærmingene er at de har et formål med å undersøke forhold i naturlige omgivelser. Når jeg skulle gjøre et valg på hvilken tilnærming jeg ønsket å benytte har jeg tidlig landet på det kvalitative intervjuet. Jeg utdyper det kvalitative intervjuet nærmere i neste avsnitt 4.2. Helsehuset Fredrikstad sto klart i 2013 og akuttavdelingen er en nyopprettet avdeling. Dette vil si at jeg ikke kan hente før og nå kunnskap i forhold til hvordan samhandlingen knyttet til pasientflyten fungerte før samlokaliseringen. Grunnet tidsaspektet for min oppgave vil undersøkelsen og datainnsamling foregå innenfor en tidsbegrenset periode. Johannessen et al. (2010) beskriver dette som en tverrsnittsundersøkelse, som vil si å måle «pulsene der og da». Det er visse hensyn jeg må ta i mitt valg av en tverrsnittsundersøkelse og det å trekke konklusjoner som sier noe om utviklingen over tid. Disse kalles for generasjonseffekt og livsløpseffekt. Generasjonseffekt forklares ved at moralnormer vil være naturlig forskjellige for eldre og unge mennesker, men tidsløpseffekten handler om våre egne oppfatninger som endrer seg over tid og med erfaringer (Johannessen et al. 2010).

Som tidligere nevnt i oppgaven er Helsehuset Fredrikstad et samhandlingshelsehus som er etablert for å realisere intensjonene i samhandlingsreformen og utformet for å oppnå funksjonell og kunnskapsbasert samhandling. Mitt mål vil være å få en dypere innsikt i hvordan samarbeid fungerer ved innleggelse og utskrivelse av pasienter ved akuttavdelingen på Helsehuset. Dette vil jeg oppnå ved å undersøke tjenesteytternes erfaringer og opplevelser om temaet. Dette vil være en fenomenologisk tilnærming hvor det settes fokus på at «Det er mennesket som konstituerer virkeligheten, ikke omvendt» Johannessen et al. (2010:83).

4.2 Kvalitativ intervju

Jeg valgte å benytte kvalitativt intervju som en metode for å innhente mine empiriske data. Johannessen et al. (2010:36) beskriver empiri som «utsagn om virkeligheten som har sitt grunnlag i erfaring, ikke syning». I dette tilfellet vil virkeligheten ikke være den absolutte virkelighet, men den vil være respondentens virkelighet. Jeg ønsker å få frem

virkeligheten i form av respondentenes erfaring og ikke synsing. Dette vil jeg komme tilbake til i avsnitt 4.5 og gjennomføring av intervjuene. Kvale og Brinkmann (2015:20) definerer det kvalitative intervjuet som: «Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelser av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål». De utdyper her hvordan det kvalitative intervjuet fokuserer på respondentenes egne opplevelser og at forskeren her skal få frem betydningen av respondentenes erfaringer.

4.3 Utvelgelse av respondenter

Begrepe informant og respondent blir ofte brukt om hverandre. Likevel er det en forskjell som gjør at jeg velger å bruke begrepet respondenter om mitt utvalg. Det sies at en respondent er en person som har direkte kjennskap til det fenomenet en ønsker å undersøke, altså at personen er en representant for feltet. En informant derimot, er en som har god kunnskap om det som undersøkes, men ikke selv representerer feltet (Jacobsen 2005).

Når jeg skulle velge ut respondenter til min undersøkelse var det viktig for meg at de hadde kunnskap om det jeg ønsket å undersøke. Jeg ønsket respondenter som hadde erfaringer og som hadde jobbet ved Helsehuset Fredrikstad lenge nok til å kunne ha en mening og erfaring med samarbeidet om pasientflyten. Som Ryen (2002: 85) skriver: «Det viktige er ikke antall intervju, men den informasjonen de gir». Før jeg kontaktet de aktuelle respondentene tok jeg kontakt med avdelingslederne på akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret. Jeg fikk hjelp til å kontakte respondenter som ville være aktuelle for mitt forskningsprosjekt og som i teorien kalles for snøballrekruttering (Johannessen et al. 2010). Ved at avdelingslederne var kjent med min oppgave fikk jeg enklere tilgang til handlinger og hendelser som ses som relevante for undersøkelsens problemstilling samtidig med at det lettere kan avsettes tid/ressurser for respondentene (Ryen 2002). Jeg kontaktet to av avdelingslederne ved å komme til avdelingen de jobbet for å fortelle om mitt prosjekt, og for å få hjelp til å rekruttere aktuelle respondenter. Den tredje avdelingslederen og respondentene kontaktet jeg gjennom mail og telefonhenvendelser. Jeg opplevde noen utfordringer underveis med at det tok tid å planlegge å finne sted og rom til å gjennomføre et intervju i en hektisk hverdag. De

involverte avdelingslederne og respondentene var alle positive og uttrykte et ønske om å delta i min undersøkelse. Mitt utvalg besto av følgende respondenter: Tre fra akuttavdelingen, en fra legevakta og to fra tildelingskontoret. Alle respondentene var sykepleiere med erfaring fra 5 til 30 år. De hadde ulike roller og ansvar i forhold til samarbeidet rundt pasientflyten til akuttavdelingen. To var avdelingssykepleiere. Jeg vil i analyse- og drøftingsdelen omtale de som respondenter fra akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret, og i enkelte sammenhenger som avdelingsledere. Alle respondentene hadde videre og etterutdannelse. Erfaring fra Helsehuset varierte fra 4,5 måned til fra oppstart våren 2014. To av respondentene hadde kun kommunal erfaring fra sin nåværende jobb på Helsehuset.

4.4 Intervju og intervjuguide

Ved å benytte et kvalitativt intervju ønsket jeg å få innsikt i respondentenes erfaringer og opplevelser om oppgavens tema. «Jo bedre man har forberedt intervjuet, desto høyere kvalitet får den kunnskapen som produseres i intervjesamspillet, og desto lettere vil etterbehandlingen av intervjuene være» (Kvale og Brinkmann 2015:134). Før jeg startet med å lage en intervjuguide hadde jeg en samtale med avdelingssykepleier Eli Birgitte Pettersen på akuttavdelingen. Dette for å få kunnskap og oversikt over hvordan akuttavdelingen er organisert og fungerer i forhold til pasientflyten ved innleggelser og utskrivelser. Jeg ønsket å stille forberedt til intervjuet. Det ble allikevel tidlig i intervjuprosessen klart for meg at det var flere forhold jeg måtte ta hensyn til. Et av disse forholdene er som Johannessen et al. (2010) beskriver intervjusituasjonen og rollefordeling. Intervjusituasjonen er en situasjon der intervjuer og respondent ikke er likestilte. Informasjonen som kommer ut av intervjuet er avhengig av denne relasjonen og det er flere forhold som kan påvirke dette. Jeg ønsket å utføre intervjuene slik at respondentene ikke følte ubehag med selve settingen og hvordan intervjuet ble utført. Dette ønsket jeg å tilrettelegge ved å spørre respondenten om hvor de ønsket at intervjuet skulle gjennomføres, som da var et sted jeg anbefalte eller på respondentens arbeidsplass.

Mitt første spørsmål til respondenten var som Johannessen et al. (2010) henviser til et *faktaspørsmål* som handlet om stilling, rolle, utdanning og tidligere arbeidsforhold. «Det er i den første fasen forskeren etablerer en relasjon og et tillitsforhold til

informanten» (Johannessen et al. 2010:141). Jeg ønsket å utføre intervjuene slik at respondentene ikke følte ubehag med selve settingen og hvordan intervjuet ble utført. Etter det innledende spørsmålet som handlet om fakta ble temaet samarbeid på nytt belyst gjennom spørsmålet «Hvilke andre avdelinger på helsehuset samarbeider dere med?». Johannessen et al. 2010 kaller dette *introduksjonsspørsmål* og brukes for at respondentene ha oppmerksomhet mot temaet og da komme med egne erfaringer og opplevelser rundt temaet før det settes fokus på hoveddelen av intervjuet.

Deretter benyttet jeg spørsmål som ønsket å få frem respondentenes egne erfaringer og opplevelser rundt temaet samhandling. Disse spørsmålene var oppfølging til introduksjonsspørsmålet og gikk dypere inn på samarbeidet med de andre avdelingene. De andre avdelingene omfattet alle avdelingene på Helsehuset og ikke avgrenset til å omfatte mitt forskningsfelt. Disse er *overgangsspørsmål* og «er den logiske forbindelsen mellom introduksjonsspørsmålene og nøkkelspørsmålene» (Johannessen et al. 2010:141). I intervjuguiden har jeg tatt med spørsmål som direkte skal henviser til undersøkelsens problemstilling og formål og som Johannessen et al. (2010) kaller for *nøkkelspørsmålene*. Disse spørsmålene, som er kjernen i intervjuguiden, kan knyttes til forskningsspørsmålene som ble presentert i kapittel 1.3. og skal inneholde over halvparten av intervjuets tid. Det ble satt fokus på faktorer som fremmet og hemmet samarbeidet og det var inndelingene til San Martin-Rodriguez et al. (2005) jeg hadde fokus på. Avslutningsvis i intervjuguiden ønsket jeg svar på om respondenten har opplevd endring i samarbeidet mellom de andre kommunale avdelingene etter samlokalisering i Helsehuset. «Et intervju kan også avrundes med at intervjueren nevner noen av de hovedpunktene intervjuet har gitt han eller henne innsikt i» (Kvale og Brinkmann 2015:161).

4.5 Gjennomføringen av intervjuene

I forkant av intervjuene hadde respondentene fått tilsendt informasjon om hvem jeg er, tema for oppgaven og hva jeg ønsket å undersøke. De ble også informert om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen. Denne informasjonen samlet jeg på et samtykkeskjema hvor alle respondentene skulle signere før de deltok på intervjuet jf. vedlegg 2.

Gjennomføringen av intervjuet kan ha ulike grader av forhåndsstrukturering. Jeg valgte bevisst å benytte en intervjuguide for å holde fokus på de ønskede temaene fra problemstillingen og mine forskningsspørsmål (Dalland 2000). Det var allikevel viktig for meg å ikke låse meg helt fast til å benytte intervjuguiden punkt for punkt. Johannessen et al. (2010) beskriver en slik gjennomføring av et intervju som et semi-strukturert intervju eller delvis strukturert intervju. Denne type intervju «har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. Forskeren kan bevege seg fram og tilbake i intervjuguiden» (Johannessen et al. 2010:137). I gjennomføringen av mine intervju opplevde jeg variasjon av denne delvise struktureringen. Enkelte intervju ble i større grad fulgt slavisk, med kun små endringer og avsporinger. I disse intervjuene var respondentene mer tilbakeholden med sine svar og intervjuets varighet var mindre/kortere. I andre intervju ble rekkefølgen av spørsmål mer hoppende og jeg opplevde at respondentene ønsket å utdype/dele mer av sine egne opplevelser og erfaringer. Denne variasjonen av strukturering og lengde på intervjuet opplevde jeg hadde sammenheng med respondentenes roller og erfaringer. Intervjuene varte i gjennomsnitt på 45 minutter. Jeg utførte alle intervjuene med en diktafon og skrev kun enkle stikkord i intervjuguiden ved enkelte av intervjuene. Ved å benytte en diktafon opplevde jeg å ha et mer fokus, tilstedeværelse og en blick-kontakt med respondenten, og at det var enklere å komme med oppfølgingsspørsmål.

I forkant av intervjuene presenterte jeg min undersøkelse og problemstilling på nytt. Jeg utdypet igjen hvordan jeg skulle dokumentere intervjuet som vil si gjennom lydopptak og antatt varighet på intervjuet som var på omtrent 45 minutter. Jeg gjentok at intervjuet kunne avbrytes dersom respondenten ønsket dette, at jeg selv skulle transkribere intervjuet og anonymiseringen i min presentasjon av funn.

4.6 Transkribering

Jeg valgte å transkribere teksten fortløpende etter at intervjuene ble gjennomført. Kvale og Brinkmann (2010:192) forklarer transkribering som en «konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst». Lydopptakene var av god kvalitet og jeg hadde ingen problemer med å høre hva som ble sagt. Jeg brukte mye tid med å spole fram og tilbake da jeg ordrett skrev ned hva som ble sagt. I presentasjonen av respondentenes

uttalelser har jeg tilstrebet et mer sammenhengende uttrykk. Det vil si at jeg har valgt å omskrive en del repeterende uttrykk, men mener allikevel at jeg ikke har endret det meningsbærende i uttalelsene når jeg gjengir respondentenes uttalelser. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at de forskere som velger å transkribere sine egne intervjuer, lærer mye om egen intervjustil, og det er jeg enig i. Ved selv å transkribere og å gjøre dette fortløpende etter hvert intervju fikk jeg en oversikt over hva jeg burde vektlegge eller også hva jeg burde gjøre annerledes i neste intervju. Det ga meg også en mulighet til å starte analysen av uttalelsene til respondentene så tidlig som mulig. Diktafonen/lydopptaket hadde allerede fjernet noe av samspillet mellom meg og de ulike respondentene ved at uttrykksformer som kroppsspråk, utfoldelsestempo og stemmeleie ikke lengre var synlige. I transkriberingen valgte jeg å skrive uttalelsene ordrett, men har utelatt uttrykk for følelser (som for eksempel sukk, latter, pauser mm).

4.7 Analyseprosessen

I dette avsnittet vil jeg ta for meg hvordan jeg metodisk har gått til verks når jeg skulle starte analyseprosessen. Johannessen et al. (2010:164) forklarer begrepet analyse slik: «Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer. Det forskeren undersøker, betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler, og målet er å avdekke et budskap eller en mening, å finne et mønster i datamaterialet». Jeg vil her vise hvordan jeg har valgt å dele datamaterialet opp i mindre deler, undersøkt delene hver for seg og samlet for å oppnå å finne meninger, forståelser og mønster. Jeg ønsker å belyse hvordan jeg har valgt å gjennomføre analyseprosessen slik at den kan trekke en konklusjon som kan svare på problemstillingen. Johannessen et al. (2010) deler inn hensikten med dataanalysen i to. Den første hensikten vil være at forskeren organiserer data etter tema og den andre er hvor forskeren analyserer og tolker.

Analyseprosessens første del handlet om å få en oversikt over mitt materiale. Jeg vil også hevde at analyseprosessen startet allerede når jeg først tok kontakt med mitt forskningsfelt og i utarbeidelser av mine forskningsspørsmål. Kvale og Brinkmann (2015:216) poengterer «Tenk over hvordan intervjuene skal analyseres før du foretar datainnsamlingen». Ved utarbeidelsen av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene startet prosessen med å vurdere ulike fenomener som kunne ha betydning

for problemstillingen og som fremhevet en meningsfortetning. Jeg leste igjennom den transkriberte teksten flere ganger for å vurdere dette opp mot forskningsspørsmålene og problemstillingen.

Malterud (2012) skriver analysemetode med fire hovedsteg. Det er i det første hovedsteget at denne analysen finner sted og som Malterud (2012:796) kaller: «Total impression- from chaos to themes». Jeg leste her flere ganger igjennom den transkriberte teksten for å få et helhetsinntrykk og for å få en oversikt over meningsinnholdet. Jeg noterte meg hovedtemaer som figur 4.1 og kolonne en *helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold* er et eksempel på.

Den andre delen av analyseprosessen, hovedsteg to, var å kode den transkriberte teksten. «Identifying and sorting meaning units-from themes to codes» Malterud (2012:797). Her merkes temaer eller emner som gjentar seg jf. tabell 4.1 kolonne to: *koder, kategorier og begreper*. Jeg har her ønsket å konsentrere meningsforholdet i den transkriberte teksten og ikke stykke den opp slik at helheten blir borte. Dette hovedsteget har hjulpet meg å avdekke de meningsfulle utsnittene samtidig med at dette har bidratt til å redusere og ordne den transkriberte teksten. Det blir nå lettere å analysere.

Det tredje hovedsteget i analyseprosessen kaller Malterud (2012:799) for «Condensation- from code to meaning». Ved en kondensering trekkes meningsinnholdet som ligger i de etablerte kodene ut. Jeg satt her igjen med kodeord som respondentene hadde gitt informasjon og mening om. For eksempel har jeg fra kolonne to, *koder, kategorier og begreper*, trukket ut: Å kjenne hverandres tjenester og mål. Da satt jeg igjen med meningsinnholdet til kolonne tre: kjennskap, ulike mål og kommunikasjon.

Sist i analyseprosessen var målet å sortere disse kategoriene slik at jeg kunne avdekke liknende utsagn, mønstre, sammenhenger og prosesser som kan fortettes og beskrives på et høyere abstraksjonsnivå. Malterud(2012:800) kaller dette siste og fjerde steget for «Synthesizing- from condensation to descriptions and concepts». Jeg har som figur 4.1

viser til kalt kolonne fire for *sammenfatning*. Her har jeg sett på meningsinnholdet i de tre foregående kolonnene og relatert til problemstillingen.

Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnholdet	Koder, kategorier og begreper	Kondensering	Sammenfatning
«Viktig å kunne løfte blikket for å se vår egen avdeling og de andres . Det å kunne ha en forståelse og kunne akseptere å ikke alltid få det som vi ønsker slik at vi må kunne ta unntakene »	<p>Å kjenne hverandres tjenester og mål</p> <p>Å respektere hverandre</p> <p>Å akseptere å måtte gi og ta.</p>	<p>Kjennskap Ulike mål Kommunikasjon</p> <p>Respekt Aksept</p> <p>Forståelse Tillit</p>	<p>Behov for å kjenne hverandres mål og tjenester</p> <p>Behov for informasjon</p> <p>Behov for ledelse til å skape verdier for: Respekt Aksept Tillit «Å gi og å ta»</p>

Figur 4.1 Viser et eksempel på hvordan dataanalysen har foregått.

Målet mitt her er å gjenfortelle og presentere respondentenes erfaringer og opplevelser så presis som mulig. Analyseprosess vil allikevel være preget av hvordan jeg har fortolket og reflektert underveis.

4.8 Min forkunnskap og forforståelse

«Alle mennesker møter verden med en forforståelse, med kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, som vi, svært ofte ubevisst, bruker til å tolke det som skjer rundt oss» (Johannessen et al. 2010:38). Jeg er utdannet sykepleier fra 2001 og har fra 2006 videreutdanning i tverrfaglig helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeid og tok i 2010 administrasjon og ledelse. Etter snart 4 år deltid med fokus på tverrfaglig

samarbeid har jeg nå opparbeidet meg en viss type forkunnskap om dette emnet. Jeg har hovedsakelig erfaring fra offentlig sektor, både kommunalt, fylkeskommunalt og statlig hvor det tverrfaglige samarbeidet alltid har hatt fokus. Fra 2007 til 2010 jobbet jeg som sosialkonsulent på Sosialkontoret og var da med på omorganiseringen til dagens NAV kontor hvor de kommunale og statlige tjenestene trygd-, arbeid- og sosialtjeneste ble sammenslått. Her fikk jeg en større forståelse for et tverrfaglig samarbeid og hvor viktig det er å samarbeide. Det var et stort fokus på team arbeid og å finne de gode løsningene.

Jeg jobber i dag som avdelingssykepleier i Hjemmesykepleien i den kommunen som jeg gjør min undersøkelse. Dette har bidratt til å gi meg en unik mulighet til å treffe andre ledere og bli møtt med en velvilje og et ønske om å samarbeide. Jeg valgte bevisst å skrive en masteroppgave om noe som var nytt og spennende for meg. Dette valget hjalp meg til å ha et «åpent sinn» og ikke ha forutinntatte meninger. Det er allikevel umulig å ikke finne visse likhetstegn til den hverdagen jeg selv arbeider i og gjøre tolkninger ut ifra min forkunnskap og forforståelse.

4.9 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Jeg vil i dette kapitlet belyse kvaliteten på den forskningen jeg har gjennomført. Dette vil jeg gjøre ved å diskutere studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet.

Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om hvordan gangen i undersøkelsen som leder fram til undersøkelsen har blitt utført, forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Johannessen et al. (2011:40) beskriver det som følgende: «Reliabiliteten knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsen data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides». Hvordan har jeg som forsker påvirket svarene fra forberedelse av intervju til det ferdige resultatet?

Jeg har valgt mitt eget forskningsfelt, selv om jeg benyttet meg av innspill vedrørende tema er det ikke lagt noen føringer for min forskning. For å forstå mitt forskningsfelt og utarbeidelse av figur 1.1 har jeg fått hjelp av avdelingssykepleier på akuttavdelingen, Eli Birgitte Pettersen. Relasjonsforholdet mellom meg og respondentene er at vi jobber i samme kommune og seksjon. To av respondentene kjente jeg fra tidligere gjennom

samarbeid i ulike jobbsammenhenger. De andre respondentene var ukjente. Det har vært umulig for meg å ikke påvirke intervjuet på bakgrunn av mine forkunnskaper. Dette kan ha påvirket svarene slik at mine respondenter ville hatt forskjellige svar dersom de ble intervjuet av en annen enn meg (Kvale og Brinkmann 2015). Jeg vil allikevel hevde at funnene knyttet til respondentenes meninger og forståelse av samarbeidet rundt pasientflyten til akuttavdelingen ville samsvart dersom en annen forsker hadde gjennomført intervjuene. Kvale og Brinkmann(2015:276) legger også vekt på at ved en for sterk fokusering på reliabilitet kan dette «motvirke kreativ tenkning og variasjon». Mine erfaringer i ettertid av intervjuet er at ved å benytte en lydopptaker har dette fremmet respondentenes egne subjektive opplevelser og erfaringer. Jeg har oppnådd blikk kontakt og beholdt et fokus på respondenten. Det har vært en balanse i nærhet og distanse.

Validitet forklares av Kvale og Brinkmann (2015:276) som følgende: «hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke». Validitet betyr gyldighet og her kan dette forklares nærmere med at tolkningene min undersøkelse fører til er gyldige og troverdige i forhold til den virkeligheten jeg har studert. Hvor godt og/eller relevant representerer mine empiriske data fenomenet som jeg skal undersøke? Det nevnes teknikker som øker sannsynligheten for gyldighet og troverdighet som Johannessen et al. (2010) kaller begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet. For begrepsvaliditet vil det i min undersøkelse sees på hvilke indikatorer jeg benytter for å undersøke om samarbeidet fungerer mellom de ulike avdelingene. Hva fremmer og hva hemmer samarbeidet? Jeg har benyttet av meg av teorier for å styrke begrepsvaliditeten. Den interne validiteten er knyttet til muligheten for å påvise årsakssammenhenger mens den ytre validiteten «handler om i hvilken grad en undersøkelse kan overføres i rom og tid» (Johannessen et al. 2010:357) og vil ikke være relevant for min tverrsnittsundersøkelse. Den ene teknikken settes i sammenheng med å bli kjent med feltet slik at man skaper tillit og kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon. Jeg vil hevde at jeg gjennom de årene jeg har studert tverrfaglig samarbeid har fått tilegnet meg tilstrekkelig med kunnskap og teori om dette temaet til å kunne forstå det som et fenomen. Jeg har i min undersøkelse valgt respondenter fra alle avdelingene, med forskjellige tjenestoområder, roller og erfaringer nettopp for å kunne styrke gyldigheten og troverdigheten av studiet (Johannessen et al. 2010).

Avslutningsvis i dette kapittelet som belyser kvaliteten på min forskning vil jeg se om resultatet av min forskning er overførbart. Johannessen et al. (2010:231) forklarer begrepet overførbart som «En undersøkelses overførbart dreier seg om hvorvidt det lykkes en i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres». Som San Martin-Rodriguez et al. (2005) viser til med sine inndelinger av faktorer som påvirker suksessen i et samarbeid handler dette om både menneskelige egenskaper, systemer og organisasjoner. Dette mener jeg kan forklare at de prosessene som skjer mellom avdelingene i samarbeidet kan være overførbare /gjenkjennbare uavhengig av om det gjelder samarbeid mellom eller på tvers av nivåer eller fagfelt. Dette viser at funnene kan ha nytte og gyldighet i andre sammenhenger (Jacobsen 2005).

4.10 Forskningsetiske vurderinger

I undersøkelsen har jeg fulgt forskningsetiske krav om hvordan man skal behandle og oppbevare sensitiv data og personopplysninger. Som problemstillingen viser ønsker jeg respondentenes opplevelse av samarbeidet mellom ulike kommunale avdelinger ved Helsehuset Fredrikstad. I undersøkelsen vil respondentene være anonyme og det vil ikke etterspørres taushetsbelagte opplysninger. Jeg har benyttet en kvalitativ intervju metode som har gitt meg en helt spesiell nærhet til respondentene og som har gjort at jeg har måttet holde et fokus på min uavhengighet. Jeg har meldt prosjektet inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste ved personvernombudet for forskning (NSD), som vurderte og godkjente studien (vedlegg nr. 3 og 4). Det er allikevel hensyn som må tas som beskrives nærmere på Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora, som ligger på NESHS hjemmesider, www.etikkom.no.

Retningslinjene kan ifølge Johannessen et al. (2010) sammenfattes i tre typer hensyn:

- 1) Respondentens rett til selvbestemmelse og autonomi. Jeg har gitt alle respondentene informasjon om undersøkelsen og de har alle skrevet under på samtykkeskjemaet jf. vedlegg 2. Ved starten av alle intervjuene har jeg gjentatt denne informasjonen og at de kan trekke seg fra undersøkelsen dersom de ønsker det.

- 2) Forskerens plikt til å respektere respondentens privatliv. Alle respondentene har svart av egen fri vilje på spørsmålene i intervjuguiden. I min presentasjon av funn og drøftingsdel vil det ikke være mulig å identifisere den enkelte respondent. Alle intervju vil slettes i utgangen av juni 2016.

- 3) Forskerens ansvar til å unngå skade. Dette handler om at respondentene skal utsettes for minst mulig belastning.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra den kvalitative undersøkelsen som ga en informasjon om respondentenes erfaringer og opplevelser om samarbeidet mellom de kommunale avdelingene etter samlokaliseringen. Det er min problemstilling: «Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad?» jeg ønsker svar på, og den har derfor vært mitt fokus under utarbeidelsen av intervju-guiden jf. vedlegg 1.

For å få svar på problemstillingen har jeg utarbeidet to forskningsspørsmål jf.1.3.

- 1) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse?
- 2) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelse?

Det er disse forskningsspørsmålene jeg vil benytte i disponeringen når jeg presenterer mine funn. Gjennom analyseprosessen jf. 4.7 har jeg funnet ulike mønster i datamaterialet som belyser ulike meningsfortetninger. Jeg ønsker å presentere funnene fra det kvalitative intervjuet i lys av forskningsspørsmålene slik at det deretter kan skape en mening for å gi svar på problemstillingen. Det er funn som gir mening både ved innleggelse og ved utskrivelse av pasienter ved akuttavdelingen. Disse funnene har jeg valgt å forklare nærmere underveis.

5.1 Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse?

Jeg har i dette avsnittet valgt å presentere funnene med overskrifter som gjenspeiler meningsfortetninger jeg har avdekket i den transkriberte teksten fra analyseprosessen jf.4.7. Disse meningsfortetningene presenterer funn som knyttes til samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse til akuttavdelingen.

Jeg har hatt fokus på faktorer som respondentene anså som en hemmer og/eller fremmer for et samarbeid mellom avdelingene, og for et samarbeid om pasientflyten. For de som jobber ved akuttavdelingen vil de ha innleggelser både i KAD (akutte kommunale døgnplasser) senger og i korttidssenger. Det er ulike rutiner for innleggelse knyttet til KAD sengene og til korttidssengene. Dette vil jeg komme tilbake til i presentasjon av funnene.

5.1.1 De ulike profesjonenes og rollenes betydning for samarbeidet

Respondentene på de ulike avdelingene var alle sykepleiere, men de hadde ulike roller og oppgaver i form av sin stilling. Avdelingssykepleier og avdelingsleder hadde tilnærmet fulle administrative stillinger hvor direkte pasientkontakt var lite eller fraværende. Saksbehandler fra tildelingskontoret hadde hovedsakelig oppgaver med å skrive og å fatte vedtak i forhold til korttidsplasser. Sykepleierne på de ulike avdelingene hadde roller som innebærer undervisning, veiledning/koordinering over telefon, team sykepleier og sykepleier som del av en gruppe/team med pasient kontakt og oppfølging. Det var her variasjon ut i fra hvilken stilling den enkelte respondent hadde.

For å forstå respondentenes rolle i samarbeidet om pasientflyten stilte jeg spørsmål knyttet til dette som omhandlet både samarbeid til innleggelser og til utskrivelser (jf. pasientflyten) av pasienter ved akuttavdelingen. Jeg velger å presentere funnene samlet under kapittelet for innleggelser, da det var ved innleggelser av pasienter til akuttavdelingen rollene og profesjonenes betydning kom sterkest frem hos respondentene. Det var fem av seks respondenter som svarte at de hadde en rolle i samarbeidet, men av større eller mindre grad. Alle respondentene hadde kjennskap til og kunne si noe om samarbeidet om pasientflyten til akuttavdelingens senger (KAD senger og korttidssenger).

Respondentene fra tildelingskontoret fortalte at de satt med myndighet til å fordele pasienter i korttidsopphold. Deres rolle i samarbeidet ved innleggelser av nye pasienter til akuttavdelingen, var å tildele korttidsplasser. Dette innebærer både pasienter som ligger i KAD senger som er i behov av et korttidsopphold og nye pasienter.

Vi i tildelingskontoret har en overgripende funksjon. Vi ser da hvem som har ledige plasser. Vårt ansvar er å se denne helheten på riktig måte. Det er knapphet på sykehjems plasser og det er mange overliggere.

Det er kommunens fagsystem og korttidskalender som blir benyttet for å se hvor det er ledig plass, dersom det er behov for plasser. Tildelingskontoret vil da se hvor de kan legge pasienten og tildele denne plassen uten å nødvendigvis diskutere dette videre med avdelingen. Det er tildelingskontoret som har ansvar for å se helhetsbildet i Fredrikstad

kommune, og funnene viser til en utfordring grunnet mangel på kommunale plasser. Det var allikevel ofte en kommunikasjon (verbal og/eller non verbal) mellom tildelingskontoret og akuttavdelingen ved innleggelser av nye pasienter til korttidssenger. Dette for å sikre at kortidskalenderen stemte og for å forberede avdelingen.

Alle respondentene uttrykker en mening i en eller annen form om at roller har en betydning for gjennomslagskraften. To av respondentene uttrykte også at det ikke burde være slik, men hadde forståelse for at det var enklere å ha færre å forholde seg til. På akuttavdelingen er det avdelingssykepleier og assisterende avdelingssykepleier som samarbeider med tildelingskontoret.

Det har vært forsøkt å sette dette ut til andre sykepleiere, den som har vaktansvar, og ha direkte kontakt med tildeling. Det vi ser er at det blir litt lite kontinuitet og at vi, det vil si leder og assisterende, har større gjennomslagskraft. Bedre flyt fra akuttseng og over i korttidsseng.

Alle respondentene ved akuttavdelingen uttrykker at dette gir bedre kontinuitet da sykepleierne jobber turnus og ikke kun dagtid (på lik linje med tildelingskontoret). Det tillegges at det også vil være enklere for tildelingskontoret å alltid ha kjente som de vet er på jobb hver dag å samarbeide med. De vil også ha en oversikt over avdelingskapasitet i forhold til ledige senger, ressurser og kompetanse.

Felles for respondentene fra legevakta, akuttavdelingen og tildelingskontoret var at lederen hadde en viktig rolle i samarbeidet om pasientflyten. En av respondentene uttrykte dette som:

Lederne har en jobb i forhold til informasjon om hvordan det fungerer nede og hvordan oppe.

Det legges et ansvar til lederen i forhold til hvordan samarbeidet skal fungere. Respondentene la her vekt på at lederen må informere om hvordan de ønsker at samarbeidet skal fungere og hvordan avdelingen skal forholde seg til samarbeidet. Det var ulike funn i forhold til den enkeltes erfaringer og opplevelser av hvordan lederen har uttrykt seg om dette samarbeidet. Det ble vektlagt at lederens holdninger til å samarbeide ville ha betydning, noe som ble bekreftet av lederne. De hadde et ansvar for å få samarbeidet om pasientflyten til å fungere.

Som sykepleier på akuttavdelingen hadde de en rolle som teamsykepleier foruten rolle som «vanlig» sykepleier fordelt på ulike rom. Deres rolle i samarbeidet var å ta imot pasienten til avdelingen, snakke med sykepleier fra akuttmottaket (innleggelse til KAD senger), lage innkomster, skrive inn pasientene til avdelingen, gjøre målinger m.m. På legevakta samarbeider sykepleier med akuttavdelingen ved innleggelser av pasienter til KAD senger.

Sykepleier avtaler med hverandre om når det er praktisk å komme opp med pasienten. Da snakker vi også sammen.

Respondentene fra akuttmottaket og legevakta fortalte at det hadde vært en endring i hvem som skulle melde en pasient fra legevakta til akuttavdelingens KAD senger. Det finnes her melderutiner og prosedyrer. Tidligere var det legevakslege som meldte til sykepleier på akuttavdelingen. Det opplevdes her vanskelig for en sykepleier å argumenter mot en lege dersom det var spørsmål rundt innleggelseskriterier. En av respondentene forklarte dette slik:

Det var ikke lett å være sykepleier og argumentere mot en lege. Hadde sjekkspørsmål for eksempel for legemiddelliste, og om pasienten skulle hit eller på sykehuset. Vanskelig når det er en annen profesjon. Nå er det lege til lege konfrontasjon. Nå er det en kjent lege som gjør dette før en innleggelse, har her valgt å styrke det innleggelsesnivået.

Det var enighet blant respondenter fra akuttavdelingen og legevakta om at de nye melderutinene, hvor lege melder til lege, fungerer bedre og at de var fornøyde med at tidligere rutine ble endret.

5.1.2 Å kjenne hverandres mål og tjenester

Alle respondentene kom inn på at å kjenne hverandres mål og tjenester hadde en betydning for samarbeidet. Det var spesielt når de skulle fortelle om faktorer som de opplevde som en fremmer i samarbeidet om pasientflyten at de belyste dette. Det opplevdes av enkelte som et av de viktigste faktorene for å kunne ha et godt samarbeid på tvers av avdelinger og for å kunne ha forståelse for hverandres mål. Dette bidro til å skape respekt for hverandres oppdrag. Der den enkelte ikke opplevde å kjenne hverandres mål og tjenester ble dette betraktet som en hemmer for samarbeidet. Respondentene uttrykte her, uavhengig av avdeling, erfaringer og opplevelser om at å kjenne hverandres oppgaver og tjenester har stor betydning for samarbeid, pasientflyt og helhetlige tjenester.

Viktig at vi i fellesskap gir den riktige tjenesten til rett tid, og at vi har rammer rundt dette. Det å kjenne hverandre og å kjenne rutinen, og ha klare prosedyrer og kriterier er veldig viktig.

Ved å ha en større forståelse for hverandres mål og tjenester ville dette føre til en opplevelse av fellesskap. Rutiner og prosedyrer må være kjent av den enkeltes avdeling og den som deltar i samarbeidet. En av respondentene hadde vært på en annen avdeling for å informere om målet og oppdraget til sin avdeling. Respondenten fortalte at hensikten med dette var å skape større forståelse og kjennskap til avdelingen. Dette skulle bidra til å fjerne barrierer. Respondentene i lederstillinger viste en større kjennskap til de samarbeidende avdelingenes mål og tjenester. Dette ble forklart med at en leders rolle er å ha en større oversikt og se en større helhet. Med dette forklares at de blant annet deltar på samlinger med andres avdelings ledere og rollen innebærer at de er kjent med overordnede mål (da også for Fredrikstad kommune og Helsehuset Fredrikstad). De andre respondentene uttrykte at de kjenner sin egen avdelings mål og tjenester best selv om de erfarte at det også er viktig å kjenne til hverandres arbeidsoppgaver og situasjoner for å ha en større forståelse og aksept.

Viktig å kunne løfte blikket for å se vår egen avdeling og de andres. Det å kunne ha en forståelse og kunne akseptere å ikke alltid få det som vi ønsker, slik at vi må kunne ta unntakene. Det å ha forståelse og innsikt er veldig viktig.

Dette ble begrunnet videre med at i enkelte situasjoner måtte man gi avkall på noe for å gagne helheten. Det er viktig å ha et større fokus på at Fredrikstad kommune er vår felles arbeidsgiver. For at pasienter skal ligge i en KAD seng er det kriterier som skal følges. Det ble erfart at disse kriteriene ikke ble fulgt med at for eksempel pasientene ble liggende lenger enn forventet, da også i forhold til det medisinske behovet. Dette opplevdes som utfordrende, men det var også en forståelse for at pasientenes tilstand forandret seg og at det da kunne være vanskelig å inneha de rette kriteriene til enhver tid. Funnene viste at tildelingskontoret i enkelte tilfeller kunne erfare mer diskusjon rundt korttidssengene på akuttavdelingen enn for korttidssengene som ligger utenfor Helsehuset (på Fredrikstad korttidssenter). Dette ble erfart som unødvendig da det var tildelingskontoret som hadde den overgripende funksjonen, og den større oversikten over kapasiteten og ledigheten i Fredrikstad kommune. Det var allikevel forståelse for dette med at akuttavdelingen var en nyopprettet avdeling, og at samarbeidet mellom Fredrikstad korttidssenter og tildelingskontoret hadde en lengre historie. Noe som førte til at de hadde større kjennskap til hverandres oppdrag. En av respondentene var tydelig på at det er viktig å tenke på helheten og at vi er Fredrikstad kommune, ikke dem og oss.

Respondentene fra legevakta og akuttavdelingen nevnte flåtevirksomheten, og at dette kunne gi en større forståelse for hvordan det er å jobbe nede på legevakta og oppe på akuttavdelingen. Dersom denne hadde fungert som intensjonen tilsa. Respondentene fra legevakta og akuttavdelingen erfarte at de opplevde den som lite toveis og at det var faktorer ved denne bemanningsordningen som burde evalueres. Legevakta erfarte at de ofte jobber på akuttavdelingen mens de på akuttavdelingen sjeldent jobbet på legevakta. Det var her noe usikkerhet rundt intensjonen til flåtevirksomheten og at dette muligens ikke var innarbeidet tilstrekkelig. Dette skulle evalueres i løpet av 2016.

To av respondentene hadde ikke kommunal erfaring og satte fokus på at Helsehuset Fredrikstad skulle vært lokalisert annerledes. En av respondentene utdypet dette med at:

Legevakta og akuttavdeling burde lagt ved siden av hverandre slik at sykepleierne hadde jobbet på tvers. Legevaktsleger ville da vært på samme etasje for det er de legene vi må forholde oss til etter kl. 16.

Det ville da være enklere for flåtevirksomheten å oppnå sin intensjon og mindre barrierer for sykepleierne å gå på tvers av avdelingene. En annen respondent mente at samlokaliseringen var mest positivt for pasientene da flere tjenester var i samme hus og at de fikk mer flyt og helhetlige tjenester.

For tildelingskontoret hadde ikke samlokaliseringen nødvendigvis fremmet samarbeidet om pasientflyten, men det hadde ført til at tildelingskontoret ble samlet under ett tak. Tildelingskontoret hadde før innflytting i Helsehuset gjennomgått en organisatorisk omorganisering hvor alle som jobbet med vedtak og tildeling av kommunale tjenester ble samlet under ett. De hadde tidligere vært plassert ute på de ulike virksomhetene.

Den største endringen er at tidligere eide de forskjellige hjemmesykepleie virksomhetene sykehjemsplassene, nå er det behovene som bestemmer.

Respondentene fra tildelingskontoret var enige om at det var en positiv ordning å få samlet tildeling av kommunale tjenester, og at det nå er behovene som bestemmer og ikke boligadressen. De viser igjen til systemer og prosedyrer for samarbeid og at dette fungerer. Endring med at de nå er samlokalisert i Helsehuset er at det er kortere vei til akuttavdelingen, men de har allikevel gode samarbeidsrutiner og faste møtedager med korttidsavdelingen (Fredrikstad korttidssenter) utenfor Helsehuset.

Respondentene har ulik bakgrunn, og dette sammen med de ulike avdelingene de jobber på har ulik kultur for samarbeid. Det kommer fram i presentasjon av funnene at det ofte deles like erfaringer og opplevelser fra de som jobber på den samme avdelingen. Når jeg spurte de ulike respondentene om «Hvilken faktor anses som den største hindringen»? ble det ofte svart det omvendte av faktoren som de hadde trukket fram som en fremmer for samarbeidet. Respondentene nevnte her blant annet faktorer som: Å ikke lytte, forståelse og respekt for hverandres oppdrag, informasjon og kjennskap for hverandres mål og tjenester.

5.1.3 Kommunikasjon og rutiner ved innleggelse

Alle respondentene på de ulike avdelingene har, som tidligere nevnt, en eller annen form for medvirkning i samarbeidet knyttet til innleggelse av pasienter til akuttavdelingen. Det er rutiner knyttet til innleggelse av nye pasienter til KAD sengene og til korttidsplasser på akuttavdelingen.

Respondentene fortalte om ulike kommunikasjonsformer som både var verbale og nonverbale. Ved innleggelse av nye pasienter til KAD sengene er det melderutiner og kriterier å følge. Respondentene opplever at det noen ganger er utfordringer knyttet til pasienter som skal legges inn i KAD sengene. En av disse utfordringene blir forklart med at:

Mange infeksjonspasienter uten avklaring av medisiner. Behandlingen skal være avklart før innleggelse, men der opplever vi å noen ganger kontakte legevakten tilbake eventuelt hvis det er meldt fra fastlege må legevakta avklare medisiner/forordne. Lege og lege konfererer, men allikevel er noe ikke helt avklart.

Respondenter fra akuttavdelinger opplever at det forekommer rutinesvikt, da de har klare prosedyrer å forholde seg til, når pasienter kommer til avdelingen uten avklaringer vedrørende medisiner. De sier videre at det oppleves godt når en pasient blir meldt i god tid og det er avklaringer vedrørende medisiner. Respondentene som tar imot nye pasienter til KAD sengene forteller at det hender pasienter kommer opp på avdelingen uten at alt er avklart og at ledig plass står klart. Dette oppleves som uheldig for avdelingen med at det skaper ekstra jobb for sykepleierne og lengre ventetid for pasienten. Det er viktig at de rette pasientene legges inn på KAD sengene og de som skal legges i andre kommunale senger eller til sykehuset siles ut. Det er innleggelses kriterier som skal følges og respondentene forteller at dette er enklere nå som dette etterspørres av lege.

Først lege til lege. Så avtaler sykepleiere med hverandre om når det er praktisk å komme med pasienten. Da snakker vi (sykepleiere) også sammen

Det erfarer at sykepleierne opplevde det enklere å forholde seg til kommunikasjon med andre sykepleiere. De forklarer dette med at legen ofte virket kritisk til deres spørsmål når de etterspurte om innleggelses kriterier og at det opplevdes vanskelig å etterspørre informasjon. Nå er det sykepleier på legevakta som kommuniserer med sykepleier på akuttavdelingen. Respondentene viser til at dette har lettet samarbeidet om pasientflyten.

Det er tildelingskontoret som samarbeider med akuttavdelingen (avdelingssykepleier/assisterende avdelingssykepleier) om innleggelse i korttidsplasser. Det benyttes telefon, elektroniske meldingsutvekslinger (Elink), internmeldinger og møter for å samarbeide om korttidsplassene på akuttavdelingen. Det er kommunens fagsystem (Geric) som har disse funksjonene som også inkluderer en korttidskalender som gir en oversikt over alle korttidsplassene i Fredrikstad kommune. Respondentene fra tildelingskontoret har tildelingsmyndighet og må nødvendigvis ikke konferere over telefon eller ved møter med akuttavdelingen om tildeling av plasser. De velger å gjøre dette i enkelte tilfeller der dokumentasjon ikke er tilstrekkelig. Respondentene fra tildelingskontoret og akuttavdelingen uttrykker at det å kjenne rutinen, ha klare prosedyrer og kriterier er veldig viktig. De forteller at samarbeidet fungerer bra, men funn fra undersøkelsen viser også at alle respondentene viser et behov for fysiske møter og kommunikasjon «ansikt til ansikt».

Respondentene på legevakta og akuttavdelingen erfarte at de opplevde samlokaliseringen som positiv når de skulle snakke sammen eller spørre om noe mellom avdelingene.

Ja, det er lettere med samarbeid, slipper reisevei for å snakke om det

Samlokaliseringen hadde vært positiv for å spare tid, og respondentene nevner her tid de ofte ikke har grunnet sin hektiske hverdag og utfordrende pasienter. Funnen fra akuttavdelingen viste at de oftere var i behov av samarbeid med legevakta enn omvendt. Spørsmål om prosedyrer og hjelp til eventuelle andre utfordringer var årsaken til dette.

5.2 Hvordan fungerer samarbeidet ved utskrivelse fra akuttavdelingen?

I dette avsnittet vil jeg presentere funnene med overskrifter som gjenspeiler meningsfortetninger jeg har avdekket i den transkriberte teksten fra analyseprosessen (jf.4.7 og figur 4.1), og som knyttes til samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelser fra akuttavdelingen. På akuttavdelingen vil de ha pasienter som skrives ut fra KAD senger og inn i avdelingens korttidsplasser, og pasienter som skrives ut av akuttavdelingen og eventuelt videre i andre kommunale tjenester. Funnene her vil baseres på respondenter fra akuttavdelingen og tildelingskontoret. Legevakta har ikke noe med samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelser fra akuttavdelingen. Jeg har hatt fokus på faktorer som respondentene anså som en hemmer og/eller fremmer for et samarbeid mellom avdelingene og for et samarbeid om pasientflyten.

5.2.1 Kartlegging og rutiner

Respondentene forteller at før en pasienten skrives ut fra akuttavdelingen kartlegges det hvilke tjenester pasienten er i behov av videre. Dersom pasienten er i behov av videre kommunale tjenester er det tildelingskontoret som kontaktes. I følge respondentene fra akuttavdelingen har alle som er ansvarlig for pasienten et ansvar med å kartlegge sine pasienter. Det er ønske om at det under pasientens første dag skal planlegges for utreise. Det vil her ligge et vedtak i korttidsplassene skrevet av tildelingskontoret som sier noe om «ut dato» som forteller hvor lenge pasienten har korttidsplassen disponert.

Ikke trekke slutninger før man er sikre og at pasienten er kartlagt. Pasienten og pårørende må være med på dette. Så det ikke blir en utfordring. Spille på lag med pasient og pårørende.

For å kartlegge pasienter er det ifølge respondentene prosedyrer (rutiner og kriterier) som skal følges. Det nevnes her bruk av ADL (activity daily living) som beskriver pasientenes funksjonsnivå. Respondent fra tildelingskontoret sier at det er en hindring for samarbeidet når dette ikke er planlagt. I følge en av respondentene fra akuttavdelingen blir ikke ADL alltid kartlagt og det vil da gi «null brukere», noe fører til at pasientens funksjonsnivå ikke er kartlagt og derfor kan påvirke utskrivelsen med å forsinke den. Det er den enkelte sykepleier som har ansvaret for å kartlegge pasienter i

akuttavdelingen og for å fylle ut en ADL. Fysioterapeuter og ergoterapeuter deltar også i kartlegging av pasienter, og vil da kunne ha en mening om hvorvidt pasienten er klar for utskrivelse og veien videre. Tildelingskontoret har nylig ansatt en egen fysioterapeut som jobber med å fatte vedtak. Fysioterapeuten er mest involvert med pasienter som kommer i akuttavdelingens korttidssenger. Respondentene viser til positive erfaringer når de samarbeider også fordi de oppleves som en ressurs samarbeidspartner fra akuttavdelingen og over til rehabiliteringsavdelingen.

5.2.2 Samarbeidsmøter og kommunikasjon ved utskrivelse

Samarbeid mellom akuttavdeling og tildelingskontoret foregår i stor grad gjennom internmeldinger og korttidskalenderen. Det er ingen faste møtetidspunkter for samarbeidet ved utskrivelser fra akuttavdelingen og alt foregår etter behov.

Ingen møter er faste alle ad hoc. Alle internt er villige til å samarbeide om dette, går på tvers og alle ser behovet og hjelper hverandre.

Det er den enkelte sykepleier og pasientgruppa som har ansvaret for å kontakte samarbeidspartnere, sette opp møter, melde pasienten osv. Akuttavdelingen samarbeider også med fysioterapeuter og ergoterapeuter om pasientene. Det vises her også til at tildelingskontoret har ansatt en egen fysioterapeut jf. 5.2.1. Respondentene fra tildelingskontoret forteller at de skriver vedtak og setter en «ut dato» for pasientene. Akuttavdelingen må forholde seg til denne «ut dato», men at forhold ved pasientens helse eller /også eventuelt forhold ved mangel på kommunale plasser kan føre til at denne «ut dato» endres. Respondentene fra akuttavdelingen beskriver at det er press på å ha sirkulasjon av pasienter og et ønske om høyere turnover.

Ved utskrivelse av pasienter fra KAD senger og fra korttidsplasser sier respondentene uavhengig av avdeling og rolle, at det er viktig å ha et godt samarbeid med pasient og pårørende slik at de spiller på lag. Erfaringer og opplevelser av de involverte i denne prosessen fortalte at det er ønskelig å starte med å planlegge utreise tidlig i forløpet og at pasient og pårørende er en del av dette.

Fordel å ha de i samme hus. De kommer ned til avdelingen og snakker med pasienten. Tildelingskontoret har lettere tilgang til pasientene når de ligger hos dem.

Blant respondentene som jobbet på akuttavdelingen var det en generell positiv oppfatning om samarbeidets betydning grunnet samlokalisering med tildelingskontoret. Respondentene opplevde at det var lettere å ta et møte fortløpende og at dette var mer tilpasset deres tjeneste og behov.

Samlokaliseringen hadde ifølge respondentene en positiv effekt på samarbeidet da de lettere kunne bli kjent med den de snakket med. Det ble erfart at det var godt å ha et ansikt å forholde seg til og det var lettere å ta møter på sparket. Flere av respondentene erfarte at det å snakke sammen muntlig og ikke kun via fagprogrammet var positivt for samarbeidet og pasientflyten.

Å se hverandre inn i øynene, kjenne hverandre, tror jeg er kjempeviktig, og at vi er nøye på hvordan vi bruker språket vårt slik at vi er Fredrikstad kommune, ikke dem og oss.

Det ble her trukket fram gode opplevelser når de kunne snakke sammen ansikt til ansikt, slik at den enkelte visste hvem man kommuniserte med. Den muntlige kommunikasjonen ble erfart som en av de viktigste faktorene for et godt samarbeid. En av respondentene fortalte at det var lettere å kontakte noen per melding etter å ha snakket med dem først ansikt til ansikt. Det ble satt fokus på at måten vi snakket til hverandre på var viktig og at vi snakket til hverandre med respekt og en helhetsforståelse. Respondentene ga uttrykk for at kommunikasjonen ble hemmet når det var uenighet vedrørende vurderinger. Dette gjelder både for pasientflyten ved innleggelse av nye pasienter og ved utskrivelse fra akuttavdelingen.

6.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen:

«Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad?»

Jeg vil nå samle trådene ved at jeg benytter forskningsspørsmålene: 1) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse? og 2) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelse? til å fokusere på problemstillingen som en helhet. Funnene fra undersøkelsen jf. 5.0 viser at det er fellestrekk i faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse og utskrivelse fra akuttavdelingen.

Jeg vil nå belyse funnene fra den kvalitative undersøkelsen (jf. 5.0) og drøfte dette opp mot teorien. For å drøfte problemstillingen vil jeg ta utgangspunkt i San Martin-Rodriguez et al. (2005) sin inndeling: Systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorer som overskrifter til avsnittene.

I min undersøkelse har jeg ikke vært i kontakt med pasienter eller pårørende. Jeg vil derfor ikke belyse eller drøfte brukerperspektivet.

6.1 Systemiske faktorer

Under dette avsnittet vil jeg å drøfte de systemiske faktorene og hvilken betydning dette har opp mot problemstillingen. De systemiske faktorene danner rammer for samarbeidet og befinner seg utenfor organisasjonen. Jeg vil her se på hvordan samfunnskultur, kultur, utdanning og profesjoner innvirker på problemstillingen.

Alle respondentene i min undersøkelse jobber på Helsehuset Fredrikstad. De har ulik arbeidserfaring fra tidligere, og to av respondentene hadde ikke jobbet i kommunen før de startet på Helsehuset. Det kom fram i undersøkelsen at det på andre arbeidsplasser hadde vært ulik kultur for hvordan de så på samarbeid. På sykehuset var det erfaringer fra en mer revirtekning og at samarbeid mellom avdelinger gikk etter prosedyrer og i linjen (ofte mellom leger, seksjonsledere etc.) Det kunne oppleves å være vanskelig å

slippe en slik innlært tankegang om at avdelingene fungerer individuelt og at samarbeid foregår gjennom faste prosedyrer. Denne måte å samarbeide på forholder seg mest på det organisatoriske nivået hvor det relasjonelle er mer eller mindre avvikende.

Teorien støtter dette og det trekkes frem hvordan ulike kulturer vil ha sin innvirkning på hvordan de oppfatter det å samarbeide og jobbe i team (San Martin-Rodriguez et al. 2005, Pedersen 2013). Som respondentene uttrykte var det ikke nødvendigvis noe dårligere samarbeid på tidligere arbeidsplasser, det var bare en annen type forståelse for hvordan de skulle samarbeide.

Respondentene på de ulike avdelingene var sykepleiere med ulike videre- og etterutdannelse. Jeg vil senere i avsnitt 6.2 organisatoriske faktorer drøfte betydningen av roller og stillinger, mens jeg her vil se på funn og teori knyttet til utdanning og profesjon. I følge artikkelen til San Martin-Rodriguez et al. (2005) er utdanningssystemet ansett som en av hovedfaktorene innenfor systemiske faktorer. Dette fordi den enkelte utdanning kan implementere samarbeidsverdier som fremtidens helsepersonell kan representere. Funn fra undersøkelsen viser at respondentene har en vilje og et ønske om å samarbeide. Ved å trekke fram respondentenes meninger knyttet til faktorer som de anså som viktige i et samarbeid finner jeg mange likheter som gjenspeiler felles verdier, og som kan knyttes til sykepleierutdannelsen. De nevner blant annet respekt, å lytte, å kjenne hverandre og å ha tillitt. Jeg vil drøfte disse verdiene nærmere i avsnitt 6.3.

Respondentene fra akuttmottaket og legevakta fortalte at det hadde vært en endring i hvem som skulle melde en pasient fra legevakta til akuttavdelingens KAD senger. Det var her opprettet melderutiner og prosedyrer som skulle følges. Tidligere var det legevakslege som meldte nye pasienter til sykepleier på akuttavdelingen. Respondentene opplevde dette samarbeidet vanskelig og spesielt ble det trukket fram at legen ofte ikke var positiv når en sykepleier etterspurte om innleggelseskriterier hadde blitt fulgt. Det opplevdes også vanskelig å argumentere mot en lege. Disse funnene fra undersøkelsen kan sees i sammenheng med den enkeltes utdanning. Å være sykepleier er en profesjon som innebærer å ha en viss type praksis, ekspertise, ansvar, evner, verdier og teoretiske perspektiver. For å kunne ha et samarbeid om pasientflyten vil det forutsette en utveksling av informasjon og analyser. Det vil være et mål å utveksle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og det vil være ønskelig å utnytte den samlede

faglige kompetansen (Hansen 2007, Lauvås og Lauvås 2004). De ulike utdanningene vil også være under stadig utvikling da må følge utviklingen etter politiske og Nasjonale føringer. Samhandlingsreformen, ny lov innen folkehelse og ny lov om kommunale tjenester er eksempler på at det nå skal fokuseres på samhandling, samarbeid og tverrfaglig samarbeid slik at pasienten opplever koordinerte og helhetlige tjenester. Gjennom faktorer som politisk styring, lovgivning og finansieringssystemer kan det åpnes mulighetene for å få dette til, men også skape barriere (Ramsdal og Vold Hansen 2009).

Funnene fra undersøkelsen viste også at legen ofte ble etterspurt om det var avklart og ordinert medisiner til pasienten som ble innskrevet til akuttavdelingen. Dette vil da være avgjørende for pasientens behandling da en sykepleier ikke har lov til å ordinere medisiner. Dette kan settes i sammenheng med Abbott(1988) sitt begrep jurisdiksjon som viser en sammenhengen mellom utdanning og et bestemt arbeidsmarked. Dette vil si hvordan de ulike yrkesgruppene/profesjonene ønsker å kontrollere et arbeidsmarked som er knyttet til en gitt kompetanse gjennom en gitt utdanning. For et jurisdiksjonsområde vil det være knyttet til en faglig autonomi og faglig ansvarlighet. Samarbeidet/pasientflyten ved utskrivelser fra akuttavdelingen vil også være avhengig av at en lege anser det som medisinsk forsvarlig å skrive ut pasienten. Dette kan igjen få innvirkning på pasientflyten og som teorien henviser til «profesjonelle revirer» som vil anses som en avgjørende faktor inn i det tverrfaglige samarbeidet. Det vil da være vanskelig og til tider umulig for andre utenom legen å ha ytringer om legen skal anse det som medisinsk forsvarlig å skrive inn eller ut pasient. Det vil også ligge en lovpålagt plikt i det faglige ansvaret for å vurdere om aktuelle tiltak er forsvarlige som til syvende og sist legens ansvar.

Funnene fra undersøkelsen viser at det erfares og oppleves at pasientflyten fungerer bedre når lege henvender seg til lege ved innleggelser av nye pasienter til akuttavdelingen. De opplever at det fungerer bedre og at innleggelsesnivået har blitt styrket og behovet for å etterspørre medisiner etc. har blitt redusert. Det legges også vekt på at dynamikken legene imellom kan ha en innvirkning grunnet faktorer som like verdier og kunnskapsgrunnlag. De har også som nevnt ovenfor et likt faglig og medisinsk ansvar og plikt. I følge teorien er det viktig at deltagerne i samarbeidet kjenner hverandres kompetanse noe som gir forutsetninger for et bedre dynamisk samarbeid. Det vil i et

samarbeid om innleggelse av nye pasienter til akuttavdelingen være nødvendig med en god pasientflyt, uten å låse fast et rasjonelt samarbeid i profesjonenes revirtekning (Willumsen 2012, Lauvås og Lauvås 2004).

Respondentene viser også til samarbeid med andre profesjoner som fysioterapeut og ergoterapeut når pasienten er innlagt akuttavdelingen. Samarbeidet om pasientflyten vil da være i forhold til utskrivelse fra akuttavdelingen, og samarbeidet vil være med tildelingskontoret og med akuttavdelingen. Fysioterapeuter og ergoterapeuter vil ifølge funnene kunne uttale seg om pasientens helsetilstand og vurdere fagligheten rundt en eventuell utskrivelse. Det oppleves ikke, slik funn viser til, at det i samarbeidet rettet fysioterapeuter og ergoterapeuter er de samme utfordringene som knyttes til profesjonen lege. Dette kan som teorien viser til handle om at sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut innehar en viss felles kompetanse i form av sin profesjon. Det vil da gi bedre forutsetninger for et dynamisk samarbeid. Her vil begreper som dynamikken mellom profesjoner spille inn (Willumsen 2012, San Martin-Rodriguez et al. 2005).

For sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter kan det være at de har en bedre forutsetning for et samarbeid gjennom en felles faglig kunnskap, felles verdier og/eller en integrert kunnskap som for eksempel språk og begreper. Jeg vil allikevel påpeke at det vil være likheter mellom utdanningen lege og sykepleier som ifølge samarbeidsprosessen skulle virke positivt inn på samarbeidet om pasientflyten. Så hvorfor oppleves det å fungere bedre når en lege samarbeider med en annen lege? Det vil være mange faktorer som vil påvirke og jeg nevner igjen som en oppsummering: jurisdiksjon, profesjonsrevir satt opp mot å anerkjenne bidrag fra ulike profesjoner, utdanning og integrering av kompetanse (Willumsen 2012, San Martin-Rodriguez et al. 2005, Lauvås og Lauvås 2004).

6.2 Organisatoriske faktorer

De organisatoriske faktorene definerer arbeidsmiljøet, som i struktur og filosofi, team ressurser og administrativ støtte, og mekanismer i forhold til koordinering og kommunikasjon (San Martin-Rodriguez et al. 2005). Helsehuset Fredrikstad har som mål «å sikre bedre koordinerte helsetjenester for befolkningen, bedre samhandling

eksternt og internt og et mer bærekraftig helsevesen» (Fredrikstad kommune 2010:10). Helsehuset Fredrikstad er utformet gjennom funksjon og arkitektur for å oppnå funksjonell og kunnskapsbasert samhandling. Her kan vi se Helsehuset Fredrikstad, eller på den enkelte avdeling, som en organisasjon og et sosialt system, som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål (Jacobsen og Thorsvik 2007). Som problemstillingen viser til ønsker jeg å finne svar på hvordan samhandlingen fungerer mellom de kommunale avdelingene i Helsehuset.

Det var en generell positiv oppfatning om at samlokalisering i Helsehuset var en fremmer for samarbeidet om pasientflyten ved innleggelser til akuttavdelingen. Det de vektla mest var at det var kortere reisevei og at det var lettere å «ta seg en tur» opp til tildelingskontoret eller ned til legevakta, dersom de skulle snakke sammen eller var i behov av å låne noe eller spørre om hjelp. Samarbeid som ikke er avtalt og som kun kan gjennomføres grunnet samlokaliseringen, vil både være tidsbesparende og lettere å få til i en hektisk hverdag. Da kan samarbeidet gjøres fortløpende når det oppstår en utfordring og avsatt tid ikke være nødvendig. Det vil allikevel være faktorer som innvirker på muligheten for suksess i en slik type samarbeid, som jeg vil ta for meg i neste avsnitt under relasjonelle faktorer. San Martin-Rodriguez et al. (2005) viser til at en viktig faktor i et tverrfaglig samarbeid er å avsette tid og gi rom for å gjennomføre et samarbeid jf. 3.4.2. Det vil her være det omvendte, da samarbeidet om pasientflyten ønskes å gjøres fortløpende og etter behov, og ikke etter avsatt tid og rom. Her avsettes det ikke tid og rom for å møtes, men møtene tas etter behov og «ad hoc». Dette kan vise til den typiske hverdagen for akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret hvor utfordringene skjer fortløpende og det må raskt finnes løsninger. Det kan her være andre faktorer som er mer avgjørende for suksess i et samarbeid enn å avsette tid og rom. Organisasjonens filosofi og verdier har en innvirkning på samarbeidet (Jacobsen og Thorsvik 2007, San Martin-Rodriguez et al. 2005). Det vil være ulike modeller for et samarbeid/organisering som vil anbefales fremfor en annen. Dette kan også ha sammenheng med budsjett og finansieringssystemer (Andersson et al. 2011).

Organiseringen og samlokaliseringen av legevakta i Helsehuset Fredrikstad vil ifølge funnene fra undersøkelsen være bra for pasienten, men ikke nødvendigvis bra for legevakta. For legevakta har samlokaliseringen inn i et helsehus ført til at de har flere samarbeidspartnere å forholde seg til, og for enkelte har dette ført til at de har blitt trukket ut av egne funksjoner. Med egne funksjoner menes det de opprinnelige

tjenestene som legevakta utførte før de ble del av Helsehuset. Legevakta er nå jf. 2.3.3 med i flåtevirksomheten med akuttavdelingen og rehabiliteringsavdelingen, har lab funksjoner og er per dags dato med i prosjekter vedrørende trykksalarmer. Det er nå ikke kun en endring som å være en del av et helsehus som er nytt for de ansatte ved legevakta, det er også omorganisering og nye funksjoner å ta hensyn til.

De ulike avdelingene i Helsehuset kunne hatt en annen plassering som ville vært mer funksjonell. Her ble det i undersøkelsen pekt på plasseringen av legevakta og akuttavdelingen, og at det ville vært mer hensiktsmessig å legge disse avdelingene i samme etasje og ved siden av hverandre. Dette ville fremme for samarbeidet om pasientflyten, og for samarbeidet mellom avdelingene at det ble en mer fysisk nærhet ved å ha de ved siden av hverandre. Dette ville være positivt for flåtevirksomheten og åpne for mer samarbeid, og at sykepleierne jobber mer på tvers av avdelingene. Det ville også åpne for en mer tilgjengelighet av leger etter klokka fire, når det ikke var lege på akuttavdelingen.

Kriterier for å kjenne et godt lokalmedisinsk senter er blant annet at tjenestene baseres på sammenhengende pasientforløp hvor helhetlige og integrerte tjenester tilbys, tverrfaglig tilnærming. De nasjonale og politiske føringene viser hvor viktig det er å samarbeide og samhandle, for gi en koordinert og helhetlig tjeneste (Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. 16 (2010-2011), Samhandlingsreformen(St.meld.nr 47 (2008-2009)).

For de som hadde stort fokus på prosedyrer og kriterier som en av de viktigste faktorene for et samarbeid ble det fysiske møtet ikke i like stor grad trukket fram. Her ble det tydeliggjort at samlokalisering med de andre avdelingene nødvendigvis ikke hadde noen innvirkning, da det var opprettet gode rutiner og faste møter til å ivareta dette. Samlokaliseringen var mest positiv for egen avdeling, for å få samlet tjenesten og jobbet mer helhetlig og etter avdelingens mål.

Det ble i funnene belyst respekt, forståelse og tillit til hverandre og til de ulike avdelingene seg imellom. Dette var en felles nevner for både akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret at man må ha forståelse for hvordan man jobber. Som det utdypes i teorien er en organisasjon mer enn noe fysisk, den har en egen filosofi og egne verdier som virker inn på samarbeidet. Dette vil si at for at organisasjonen skal være en støtte for praktiserende samarbeid er det visse faktorer som skal foreligge. Viktige faktorer for

at dette skulle fungere var at organisasjonen hadde: ytringsfrihet, samarbeid som en verdi, klima for diskusjoner, tillit og integritet mellom ulike profesjoner og arbeidsklima (Jacobsen og Thorsvik 2007, San Martin-Rodriguez et al. 2005).

Akuttavdelingen og legevakta tilhører samme virksomhet det vil si virksomhet medisinsk behandling og rehabilitering. De er samlokalisert i Helsehuset Fredrikstad og deler derfor de samme verdiene og målsetningen som ligger i helsehuset. De har felles mål i form av virksomhetsplan (2015-2018), hvor mål og strategier som jeg finner igjen i de overordnede målene for Helsehuset Fredrikstad. Deretter er de organisert under hver sin avdeling på lik linje med tildelingskontoret. Under de ulike organiseringene på de ulike avdelingene er det målsetninger som vil være i fokus for den enkelte avdeling. Dette vil ifølge funnen ha stor betydning for suksessen for samarbeidet om pasientflyten. Funnene fra undersøkelsen forteller meg at uansett hvilken avdeling respondenten tilhørte var det viktig «å kjenne til hverandres mål og tjenester» jf. 5.1.2. Dette bidrar til en felles målsetning på et høyere plan som i enkelte tilfeller må imøtekommes med å få sine egne mål nedprioritert. Det er viktig å ha forståelse for hverandres målsetninger og kunne gi og ta. En balansegang i integrering av tjenester og at målene skal integreres i forhold til pasientenes behov, er avgjørende i en samarbeidsprosess (Willumsen 2012). Her vil det også være avdelingens mål og revierområder som kan komme i konflikt i en samarbeidsprosess. I samarbeidet om pasientene ved innleggelser og ved utskrivelser fra akuttavdelingen vil den enkelte medlem av samarbeidet representere sin egen avdelings målsetning. Dersom den enkelte avdeling velger å ignorere de andres målsetninger vil dette kunne skape en organisatorisk revirtekning. I motsatt tilfelle kan det som det refereres til i funnene være viktig å kunne «gi og ta». Ved at den enkelte avdeling er innstilt på å gi avkall på noe for å gagne helheten/tenke allmennhetens beste vil dette kunne sammenliknes med en altruistisk tankegang (Axelsson 2012).

For å kjenne hverandres mål og tjenester ble det fokusert på lederes rolle til å formidle og gå foran som et godt eksempel. Når et medlem i samarbeidet skal «akseptere å ikke alltid få det som vi ønsker» som en av respondentene uttrykte det, vil dette innebære at den enkelte kjenner til den andres «oppdrag» og målsetning. Dette vil i denne undersøkelsen kunne være en forutsetning da det i enkelte situasjoner måtte kunne gis avkall på noe for å gagne helheten. Her kan helheten også sees på som Fredrikstad

kommune som en felles arbeidsgiver. En av lederne fortalte at hun hadde vært på andre avdelinger for å snakke om tjenestene og målsetningen for sin avdeling. Dette for å skape forståelse og kjennskap til sin avdeling og hvilke tjenester de ga. Hun hadde også et formål med å spre holdninger, som at det er viktig å kunne løfte blikket for å kunne ha forståelse for og kunne akseptere å ikke alltid få det som man ønsket, og at man noen ganger må ta unntakene. Dette sier noe om hvordan ledelse innebærer en prosess mellom mennesker og hvordan ledelse kan influere andre. Dette beskriver hvor viktig det er at lederen ønsker og ser behovet for et tverrfaglig samarbeid og legger samtidig vekt på at denne egenskapen hos en leder er en individuell kompetanse (Jacobsen og Thorsvik 2007). Lederen kan bidra til å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd noe som er avgjørende faktorer for å oppnå suksess i et samarbeid. I motsatt fall vil mangel på lederstøtte innvirke negativt på samarbeidet (San Martin-Rodriguez et al. 2005). Ved å kjenne til hverandres tjenester og mål vil det kunne forhindre revirtenkning. For å skape et grenseoverskridende samarbeid, er det viktig at lederen ikke innehar en rolle som skaper revirtenkning men heller fokuserer på samarbeid. Det vil da være ønskelig at de ulike medlemmene kan se utover sine egne interesser, og i enkelte omstendigheter beredt til å gi opp deler av sitt revir. Slik vilje til å ivareta allmennhetens beste kalles altruisme, og er en filosofi med rake motsetninger til revirtankegangen Axelsson(2012). Dette er som en av respondentene påpekte, viktig å ha aksept for ikke alltid å få det som vi ønsker. Ved å ha forståelse og innsikt kan man lære å ta unntakene. Det å kunne gi og ta, slik at man tenker at vi er Fredrikstad kommune, ikke dem og oss. Funnene fra undersøkelsen viste allikevel at de var mest kjent med sin egen avdeling og målsetning, men uttrykte at det var viktig å kjenne til hverandres arbeidsoppgaver og situasjoner.

Det var funn som viste at det i samarbeidet om pasientflyten mellom tildelingskontoret og akuttavdelingen, kunne oppleves som en større diskusjon enn ved de andre kommunale korttidssengene som er lokalisert utenfor Helsehuset. Dette kan ha sin årsak i nettopp det å kjenne hverandres tjenester og målsetning, men det må også tas i betraktning at akuttavdelingen er en ny avdeling. Korttidssengene utenfor Helsehuset har hatt et lengre samarbeid med tildelingskontoret og det vil muligens bidra til at de kjenner «hverandre» bedre. Dette vil jeg drøfte videre i avsnitt 6.3 og i forhold til tillittssløyfen.

Det er klare rutiner og prosedyrer ved innleggelser og ved utskrivelser av pasienter fra akuttavdelingen. Det er føringer på å ha rutiner for et tverrfaglig samarbeid både gjennom reformer, lovverk, i virksomheten og på den enkelte avdeling. Funnene i undersøkelsen viste til erfaringer og opplevelser med disse rutinene og prosedyrene, som var avgjørende for samarbeidet om pasientflyten. San Martin-Rodriguez et al. (2005) viser til at målet for å ha rutiner og prosedyrer for samhandling, er at det skal etableres en felles aktivitet i forhold til pasienten. Det er viktig at det opprettes en felles aktivitet i forhold til pasienten mellom avdelingene fordi de har ulike kompetanseområder, tjenester og målsetninger som vil bidra til at pasienten får et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. Behovet for et tverrfaglig samarbeid er blant annet at de ulike avdelingene og medlemmene av samarbeidet deler oppgavene, slik at de vil være ansvarlig for å mestre sin oppgave på best mulig måte. Dette kalles den funksjonelle differensieringen (Lauvås og Lauvås (2004).

Når pasienten legges inn på akuttavdelingen uten at kriterier for innleggelse følger, som for eksempel at det foreligger avklaringer rundt medisiner, medfører dette ekstra arbeid for de ansatte og ubehag for pasienten (dette er kun basert på opplevelser hos respondentene). Ekstra arbeidet viser til at en lege må kontaktes vedrørende medisiner, og for pasienten kan det bety at en behandling vil starte opp senere enn forventet noe som kan forlenge sykdomsperioden og antall liggedøgn. Dette hemmer samarbeidet om pasientflyten og kan settes i sammenheng med den funksjonelle differensieringen, hvor den enkelte medlem av samarbeidet tar ansvar for å mestre sin oppgave. Hvilken rolle den enkelte får i samarbeidet er avhengig av pasientens behov, og Willumsen (2012) kaller dette for en sentral og en perifer rolle. Det kan variere hvem som vil inneha de ulike rollene, noe som avhenger av at deltakerne kjenner hverandres kompetanse og tjenester slik at et dynamisk samarbeid vil oppstå (Willumsen 2012).

Ved innleggelser av nye pasienter til KAD sengene er det som tidligere nevnt gjort en endring i rutinene som gjør at det nå konfereres lege til lege. Det vil si at legen har fått en sentral rolle i dette samarbeidet om pasientflyten. Jeg har tidligere i avsnitt 6.1 drøftet legens profesjon som en faktor. Det er også gjort endring i rutinen mellom tildelingskontoret og akuttavdelingen. Dette er hovedsakelig vedrørende innleggelser i akuttavdelingens korttidsplasser. Det har tidligere vært en kontakt mellom tildelingskontoret og andre sykepleiere på akuttavdelingen, men det er erfart at med den nye ordningen har det skapt bedre kontinuitet og en større gjennomslagskraft. Det er

også ønske om at tildelingskontoret har færre og forholde seg til slik at det da ble viktig å skape kontakt med roller som har en høy tilstedeværelse og som ikke jobber turnus.

På den andre side oppleves det flere diskusjoner mellom akuttavdelingen og tildelingskontoret ved samarbeidet om pasientflyten. Det oppleves en større diskusjon i forhold til rutinen og kriterier. Tildelingskontoret har i form av sine stillinger en overgripende funksjon og de avgjør hvor pasientene skal ligge. De mente at det skulle være unødvendig å gå ekstra runder. Her kan faktorer som forståelse for og anerkjennelse for forskjeller mellom de ulike medlemmene i samarbeidet spille inn. Dette kommer jeg nærmere inn på under avsnitt 6.3 relasjonelle faktorer. Ved utskrivelser fra akuttavdelingen vil det være avgjørende at pasienten og i enkelte tilfeller pårørende er enige i avgjørelser i en beslutningsprosess og samarbeider. Dette vil allikevel ikke alltid kunne opprettholdes da det som definisjonen av samarbeid ligger en forventning til at oppgavene skal gjennomføres på en koordinert og rasjonell måte (St.meld.nr 47(2008-2009)). Dette viser til at det ikke bare er pasientens beste som ligger bak. Her vil det ligge en forventning til effektiv ressursutnytting som et overordnet mål. Dette vil kun oppnås dersom de ulike avdelingene og medlemmene samarbeider med hverandre om pasientflyten (Lauvås og Lauvås 2004).

6.3 Relasjonelle faktorer

De relasjonelle faktorene handler om mellommenneskelige komponenter og egenskaper for medlemmene i samarbeidet. Dette er faktorer som kommunikasjon, tillit og gjensidig respekt, samt ønsket hvert enkelte medlem har for å samarbeide. I artikkelen til San Martin-Rodriguez et al. (2005), fikk de relasjonelle faktorene mer oppmerksomhet enn de systemiske og organisatoriske.

Kommunikasjon rommer både den verbale og den nonverbale kommunikasjon som kan forklares med en deling av informasjon gjennom felles systemer. Det legges i de relasjonelle faktorene vekt på kommunikasjon innad i gruppen og da hvordan de ulike medlemmene i samarbeidet kommuniserer med hverandre. I samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse og utskrivelse fra akuttavdelingen, vil kommunikasjonen foregå mellom avdelinger, profesjoner og pasienter (og i de fleste tilfellene pårørende). Det er her viktig at de ulike medlemmene i dette samarbeidet kommuniserer på en slik

måte at budskapet når fram og at mottakeren har forståelse for dette. Det vil samtidig være nødvendig med en felles forståelse og et felles mål for kommunikasjonen og samarbeidet. Hvordan kommunikasjonen vil fremme eller hemme samarbeidet om pasientflyten vil kunne avhenge av medlemmenes ønske om å delta i samarbeidet (Kaufmann og Kaufmann 1998, San Martin-Rodriguez et al. 2005).

Funn fra undersøkelsen viste at den muntlige kommunikasjonen ble ansett som en helt nødvendig faktor for at samarbeidet om pasientflyten skulle fungere. Det ble ansett som en fremmer for samarbeidet at kommunikasjonen ble utført ved å se hverandre «ansikt til ansikt» og spesielt ved samarbeid hvor de ulike medlemmene er ukjente. Det oppleves godt å ha et ansikt å forholde seg til og dette kan bidra til å skape tillitt, forståelse og kjennskap til den du samarbeider med. Dette vil jeg utdype og drøfte senere i dette avsnittet. Ved å først treffe noen «ansikt til ansikt» vil det gjøre det lettere å kommunisere nonverbalt i ettertid. Det vil da være greit å gi korte og klare beskjeder uten å virke sint eller sjefete. Dette fordi det allerede var skapt en relasjon. Kommunikasjon handler her om mer enn faglige og arbeidsmessige aspekt, eller et redskap for å oppnå mål. Det vil også være et verktøy som medvirker til en sosial interaksjon mellom medlemmene i samarbeidet slik at avdelingene kan fungere som en sosialenhet. Dette vil også innebære de ulike profesjonene og pasienten (og pårørende) (San Martin-Rodriguez et al. 2005, Lauvås og Lauvås 2004). Kommunikasjon mellom lege og sykepleier har vært oppe til drøfting tidligere jf. 6.1. Det viste her til at kommunikasjonen fungerer bedre når den ble utvekslet på «like nivåer» og da mener mellom like profesjoner, eventuell mellom like aktører som deler de samme verdiene (og da gjerne fra utdanningen) (Abbot 1988, San Martin-Rodriguez et al. 2005). Dette viste til at det i et dynamisk samarbeid er en forutsetning at medlemmene forstår og anerkjenner forskjeller (Willumsen 2012). De ulike medlemmenes holdninger og adferd formidles og uttrykkes seg imellom gjennom en sosial interaksjon. Dersom det oppstår uenigheter i holdninger og adferd kan det oppstå misforståelser og «støy» i kommunikasjonen. Dette vil være hemmende for samarbeidet og vil gjøre det vanskelig for medlemmene i samarbeidet å snakke sammen (Lauvås og Lauvås 2004).

Funnene viser til at det har oppstått misforståelser eller ikke kommunikasjon mellom de ulike avdelingene i undersøkelsen grunnet mangel på kjennskap til hverandres tjenester og mål. Selv om det er ønskelig med en felles målsetning for Helsehuset og at alle skal

tenke at «vi er Fredrikstad kommune ikke dem og oss», er den hektiske hverdagen en realitet og avdelingenes ulike målsetninger og funksjoner hovedfokuset. Det er ulike medlemmer i samarbeidet om pasientflyten ved innleggelser og utskrivelser fra akuttavdelingene. Hensikten med å oppnå et godt samarbeid om pasientflyten ved akuttavdelingen er blant annet at de rette personene skal motta den relevante informasjonen slik at rette beslutninger skal tas (Lauvås og Lauvås 2004). For å kunne motta den relevante informasjonen må man være mottakelig for dette og her viser funnene til verdiene forståelse, respekt og tillitt jf. figur 4.1 som avgjørende faktorer for at dette skal kunne fungere. Dette vil som Samhandlingsreformens strategimål viser til gi «rett behandling- på rett sted- til rett tid» (St. meld.nr 47(2008-2009)). Behovet for samarbeid og tverrfaglig samarbeid handler om å sikre pasientene helhetlige og koordinerte tjenester gjennom å sikre et samarbeid (Jacobsen og Thorsvik 2007, Hansen 2007).

Erfaringer viste til at å ha forståelse for hverandre og hverandres oppdrag ble ansett som en fremmer i samarbeidet om pasientflyten. Ved å kjenne til hverandres oppdrag(målsetning) og tjenester vil det kunne bidra til en større forståelse for å kunne «gi og å ta». Dette kan settes i sammenheng med begrepet altruisme (Axelsson 2012). Det opplevdes at det i enkelte tilfeller ble lagt inn pasienter på KAD sengene uten at alle kriteriene ifølge prosedyren var fulgt, men det var her viktig å ha forståelse for at dette kan forekomme. Dette henger da tett sammen med å ha respekt for avgjørelsen som har blitt tatt.

Tildelingskontoret har en overgripende funksjon og har myndighet over korttidssengene på akuttavdelingen. De ser da hvor ledigheten ligger (blant korttidssengene i hele Fredrikstad kommune) jf. 2.3.3 og tildeler opphold til pasienter etter behov og kapasitet. Dersom en pasient har fått et tilbud om en plass på akuttavdelings korttidssenger er det viktig å respektere avgjørelsen som har blitt gjort. Det er i den samarbeide fasen, før en avgjørelse har blitt tatt, at det vil være mulighet til å komme med innvendinger. Etter dette, når avgjørelsen er tatt, skal dette bli respektert. Dette handler om å ha gjensidig respekt for hverandre som samarbeidsaktører og være lojal mot avgjørelser. Tidligere har det i prosedyren vært et samarbeid mellom lege og sykepleier ved innleggelse av nye pasienter i KAD senger ved akuttavdelingen. Erfaringer og opplevelser viste til kommunikasjonsutfordringer som kunne linkes til anerkjennelse av medlemmenes

bidrag og respekt for den enkelte medlem. Det er viktig at de ulike medlemmene av samarbeidet får anerkjennelse for sine bidrag sett i sammenheng med sin profesjon og fagfelt (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

I retningslinjene om pasientflyten ved akuttavdelingen ligger det prosedyrer som viser til hvordan samarbeidet mellom de ulike avdelingene skal fungere. Det vises ikke til relasjonelle faktorer som innebærer verdier som den enkelte medlem av samarbeidet innehar og som funnene jf. figur 4.1 viser til. Respondentene viste til verdier i et samarbeid som gjenspeilet San Martin-Rodriguez et al. (2005) sine relasjonelle verdier og som handlet om faktorer som er innad i gruppa som forståelse, respekt og tillitt. Dette er ifølge funnene avgjørende at ønsket om å samarbeide ligger til grunn.

En viktig faktor for samarbeidet er å ha tillit. Dette begrepet er omfattende og det handler om tillitt i mange sammenhenger som blant annet, å ha tillitt til hverandre som medlemmer av et samarbeid, ha tillitt til hverandres tjenester, ha tillitt til hverandre som profesjoner og mer. Jeg vil belyse flere forhold som settes i sammenheng med begrepet tillit og som ga mening for respondentene fortløpende. Når jeg etterspurte hva den enkelte mente med begrepet tillit i sammenheng med samarbeid, kom det fram at dette var noe som måtte utvikles over tid. Her kan det være avgjørende at Helsehuset Fredrikstad er forholdsvis nytt og at relasjoner ikke er satt ennå. Andre erfaringer og opplevelser kan forekomme om noen år når relasjoner i samarbeidet er mer satt. Tillitt opplevdes når prosedyrer for pasientflyt ble etterfulgt, avtaler ble overholdt og de ulike aktørene hadde respekt for hverandre.

Ved innleggelse av pasienter ved KAD sengene vil det fremme samarbeidet og skape tillit når dette foregikk etter prosedyren. En pasient meldes til akuttavdelingen (lege til lege) deretter avtales det (sykepleier til sykepleier) videre når pasienten skal komme opp slik at en seng er klargjort og akuttavdelingen er klar for å ta imot den nye pasienten. Dersom dette gjentar seg vil det som teorien viser til gradvis skapes et tillitsforhold. Tillit krever innsats og tid, og det bygges opp gradvis ved å gjennomføre vellykkede samarbeidstiltak (San Martin-Rodriguez et al. 2005, Vangen og Huxam 2012).

Retningslinjer og prosedyrer ble ansett som en viktig faktor for samarbeidet som jeg har drøftet i avsnitt 6.2. Ved å følge retningslinjer og prosedyrer kan dette påvirke

etableringen av tillitsforholdet ved at alle har en overordnet kontrakt de må følge og respektere i samarbeidet. Ved å avvike fra retningslinjer for samarbeid ved pasientflyt vil dette kunne påvirke tilliten da forventninger til samarbeidsprosesser ikke følges. Det å respektere og overholde avtaler og prosedyrer er viktige i etableringen av et tillitsforhold. Vangen og Huxam (2012) har utviklet en teori som de kaller tillitssløyfen jf. 3.4.3. Den viser til hvordan tillit begynner i det små og bygges opp og utvikles til å kunne samarbeides om «større» samarbeid med høyere «gevinst» etter hvert.

Det vil motsatt kunne påvirke tillitsforholdet når pasienter kommer til akuttavdelingen uten at de har vært avklart og meldt. Dette skaper ubehag for avdelingen og pasienten, og kan påvirke tillitsforholdet. For avdelingen vil dette kunne påvirke respekten og tilliten for de de samarbeide aktørene ved innleggelse av nye pasienter.

Forventninger til et framtidig samarbeid er blant annet basert på omdømme og tidligere erfaringer. Mangel på tillit i samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse og utskrivelse akuttavdelingen kan føre til mistenkeliggjøring og økt revirtenkning. Andersson (2011). Det vil være hemmende for pasientflyten dersom de ulike avdelingene ikke ønsker å delta/ser behovet for dette (Hansen 2007).

Som San Martin-Rodriguez et al. (2005) viser til er det avgjørende at hvert enkelt medlem ønsker å samarbeide. Det gis mye oppmerksomhet til verdier som forståelse, respekt og tillit mellom de ulike avdelingene, profesjonene og den enkelte medlem av samarbeidet om pasientflyten. Dette er forutsetninger for å ha et samarbeid som fungerer der det er nødvendig at de ulike medlemmene kommuniserer med hverandre. Funnene fra undersøkelsen viser også til at det i enkelte tilfeller som omhandler pasientflyten ikke er behov/ønske for muntlig kommunikasjon, men at det er tilstrekkelig med non verbal kommunikasjon. Den non verbale kommunikasjonen vil da for eksempel være internmelding og korttidskalender gjennom det felles fagsystemet.

7.0 OPPSUMMERING

Jeg startet denne masteroppgaven med å tenke på årene jeg har lagt bak meg og hva dette studiet i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren har handlet om. Tverrfaglig samarbeid ilegger et ansvar til tjenesteyteren om helhet hvor alle parter skal bidra. Tidligere studier viser til at offentlig tjenesteyting har mangel på både samarbeid og samordning mellom ulike aktører og instanser. Dette sammen med de demografiske utfordringene med flere hjelpetrengende kom Samhandlingsreformen med forslag til å imøtekomme dette. Med dette som bakgrunn begynte jeg å tenke på hva jeg ønsket å skrive om i denne masteroppgaven. Jeg tenkte mye på hvor «nært» jeg ønsket at mitt forskningsfelt skulle være min arbeidshverdag samtidig med at temaet skulle være interessant og nyttig. Svaret ble etter hvert enkelt. Jeg skulle skrive om samarbeid i helsehus og da var det naturlig for meg å velge Helsehuset Fredrikstad.

Helsehuset Fredrikstad åpnet våren 2014 og er Fredrikstad kommunes svar på en mulig praktisk løsning av samhandlingsutfordringene. For å finne problemstillingen begynte jeg å lese rapporter om innholdet, målsetningen og intensjonen til Helsehuset Fredrikstad og fant igjen begreper som samsvarer med mitt tema om samarbeid. Etter innspill fra ledergruppen i Seksjon for helse og velferd i Fredrikstad kommune, ønsket jeg å fokusere på samarbeidet mellom ulike kommunale avdelinger i Helsehuset Fredrikstad. Med utgangspunkt i dette temaet ble jeg nysgjerrig på akuttavdelingen, som var en nyopprettet kommunal avdeling, og samhandlingen om pasientflyten mellom akuttavdelingen og andre kommunale avdelinger på Helsehuset. Deretter inviterte jeg meg selv til en samtale med leder for akuttavdelingen som hjalp meg til å få en forståelse og oversikt over avdelingens mål og samarbeidsaktører. Jeg skisserte deretter figur 1.1 som viser mitt forskningsfelt: akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret. Kom deretter frem til problemstillingen:

«Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad?»

For å hjelpe meg til å ha et fokus og for å få et svar på problemstillingen utarbeidet jeg 2 forskningsspørsmål (som viser til figur 1.1 sine 2 «flaskehals»).

- 1) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse?
- 2) Hvordan fungerer samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelse?

Jeg begynte å lete og søke etter styringsdokumenter, litteratur, rapporter og forskning som kunne være aktuell for mitt tema og for denne oppgaven. Disse årene som masterstudent i tverrfaglig samarbeid har gjort meg kjent med ulike teorier og perspektiver som innvirker på samarbeidsprosesser. Det ble naturlig for meg å benytte de teoriene og perspektivene som jeg fant var relevant for min oppgave.

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har jeg tatt bevisste metodevalg for å få en undersøkelse basert på reliabilitet, validitet og overførbarhet. Jeg har gjennomført et semi-strukturert kvalitativ intervju med en intervjuguide (vedlegg 1). Respondentene har blitt valgt fra mitt forskningsfelt akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret. Kriteriet for deltakelse har vært at den enkelte hadde tilstrekkelig erfaring fra Helsehuset Fredrikstad til å dele erfaringer og opplevelser med meg knyttet til problemstillingen. Det var kun 1 respondent som representerte legevakta noe som kan ha påvirket mine funn. Jeg valgte allikevel ikke å hente inn flere respondenter da jeg fikk tilstrekkelig med informasjon ut i fra det jeg ønsket å undersøke. De andre avdelingene ble representert med tre fra akuttavdelingen og to fra tildelingskontoret. Jeg har valgt ikke å inkludere pasienter og/eller pårørende til respondenter. Dette har vært et bevisst valg blant annet med tanke på oppgavens tidsbegrensning. Jeg benyttet en lydopptager under intervjuene og transkriberte selv teksten fortløpende. I analyseprosessen har jeg hatt som mål å gjenfortelle og presentere respondentenes erfaringer og opplevelser så presis som mulig. Det vil allikevel være umulig å gjennomføre dette uten at det preges av mine tolkninger som forsker.

Jeg valgte å presentere funnene fra det kvalitative intervjuet med en hovedinndeling etter mine forskningsspørsmål og overskrifter som gjenspeilet sammenfatningen av meningsinnholdet i analyseprosessen jf. figur 4.1. Funnene fra undersøkelsen/det kvalitative intervjuet viste at det var fellestrekk i faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet om pasientflyten både ved innleggelse og utskrivelse fra akuttavdelingen (det vil si opp mot mine 2 forskningsspørsmål). I drøftingen ønsket jeg å sette fokuset på helheten av problemstillingen for å kunne svare på den. Jeg valgte derfor å benytte forskningsspørsmålene (samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse og samarbeidet om pasientflyten ved utskrivelse) til å drøfte problemstillingen som en helhet opp mot

teorien. Funnene fra undersøkelsen ble belyst og drøftet opp mot relevant teori med utgangspunkt i systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorer som fremmer og/eller hemmer et tverrfaglig samarbeid.

De systemiske faktorene viste til funn av faktorer som kultur, utdanning og profesjoner. Undersøkelsen viste til at det var ulik kultur for hvordan respondentene oppfattet det å samarbeide og jobbe i team. Som respondentene uttrykte var det ikke nødvendigvis noe dårligere samarbeid på tidligere arbeidsplasser, det var bare en annen type forståelse for hvordan de skulle samarbeide. Teorien støtte dette og samtidig viste til at det også var likheter som kunne ha sammenheng med store overordnede verdier og målsetninger (jf. Helsehuset Fredrikstad sine målsetninger) og vil da bidra til å skape felles prinsipper. De felles prinsippene har ofte en sammenheng med innføringer av store reformer som eksempelvis Samhandlingsreformen(st.meld.nr.47(2008-2009)), men det kan ligge en kultur og forståelse av disse prinsippene bak som bidrar til å skape ulikheter.

Utdanningssystemet er ansett som en av hovedfaktorene innenfor systemiske faktorer, fordi den enkelte utdannelse kan implementere samarbeidsverdier som fremtidens helsepersonell kan representere. Respondentene uttrykte alle at de hadde et ønske om å samarbeide (refererer også til relasjonelle faktorer). De var alle sammen utdannet sykepleiere, og teorien viser da til at en felles kompetanse i form av sin profesjon vil kunne gi bedre forutsetninger for et dynamisk samarbeid. Det var funn fra undersøkelsen som viste til erfaringer og opplevelser ved samarbeidet om innleggelser av pasienter til akuttavdelingens KAD senger mellom lege og sykepleier. Respondentene opplevde dette samarbeidet vanskelig og spesielt ble det trukket fram at legen ofte ikke var positiv når en sykepleier etterspurte om innleggelseskriteriene (som er en del av prosedyren ved innleggelse KAD senger) hadde blitt fulgt. Her viser teorien til at dette kan påvirkes av de ulike profesjonene og kaller dette profesjonenes jurisdiksjon som innebærer en faglig autonomi og faglig ansvarlighet.

Ved at rutinen ble endret og lege nå konferer med lege ved innleggelser av nye pasienter til akuttavdelingens KAD senger opplever respondentene at dette fungerer bedre. Det er ikke gjort noen undersøkelser (som jeg er kjent med) i forhold til hvordan legene erfarer

og opplever dette mener om dette, men det får være et mulig fokus i en videre forskning på dette temaet.

Foruten profesjonenes jurisdiksjon vil også begreper som profesjonelle revirer, holdninger, verdier og dynamikk mellom de enkelte medlemmene påvirke. Det vil være umulig å se på det systemiske nivået som en avgjørende faktor for suksessen i et samarbeid alene. Det vil være helt avhengig av andre faktorer som påvirker fra det organisatoriske og relasjonelle nivået som jeg skriver oppsummerende om senere.

Det er vurderinger som må begrunnes av faglig og medisinsk forvarlighet som ligger bak avgjørelser om innleggelses og utskrivelser av pasienter. Det vil da være vanskelig og til tider umulig for andre utenom legen å ha ytringer om legens avgjørelser da det til syvende og sist er legens plikt. Som beskrevet tidligere erfares og opplever det av respondentene å fungere bedre nå som lege samarbeider med lege, og sykepleier samarbeider med sykepleier. Det viser til at innleggelsesnivået har blitt styrket. Så ved å endre en prosedyre hvor begreper som profesjonelle revirer og jurisdiksjon har hatt sin påvirkning har i dette tilfellet ført til en fremmer for samarbeidet om pasientflyten. Så hva er galt med å endre til noe bedre hvis «alle» er fornøyde? Jeg har ikke tilstrekkelig med data for å konkludere med noe her, og som jeg tidligere nevnte ville en ny undersøkelse her vært å inkludere legene. Jeg vil allikevel påpeke at det vil være likheter verdisynet mellom utdanningen lege og sykepleier som ifølge samarbeidsprosessen skulle virke positivt inn på samarbeidet om pasientflyten. Så hvorfor fungerer det bedre når en lege samarbeider med en annen lege?

Funn fra undersøkelsen viste til faktorer på **det organisatoriske nivået** som belyste struktur og filosofi til Helsehuset Fredrikstad og den enkelte avdeling (akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret), lederens rolle og prosedyrer og rutiner for samarbeidet knyttet til pasientflyten til akuttavdelingen.

Helsehuset Fredrikstad er utformet gjennom funksjon og arkitektur for å oppnå funksjonell og kunnskapsbasert samhandling. Dette vil si at Helsehusets innhold og utforming skal tjene et formål hvor pasienten er i sentrum og det er fokus på et helhetlig pasientforløp. Helsehuset og den enkelte avdeling i min undersøkelse kan sees på som en organisasjon og et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål.

Organisasjonens filosofi og verdier har en innvirkning på samarbeidet. Den enkelte avdeling, som her er akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret, er en organisasjon og et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål. Teorien viser til at en organisasjon er mer enn noe fysisk og at den har en egen filosofi og egne verdier som virker inn på samarbeidet. Viktige faktorer for at dette skulle fungere var at organisasjonen hadde: ytringsfrihet, samarbeid som en verdi, klima for diskusjoner, tillit og integritet mellom ulike profesjoner og arbeidsklima. Funnene i undersøkelsen viste til at lederen har en rolle til å formidle og gå foran som et godt eksempel her. Holdninger som gjenspeiler verdier som å ha forståelse for og aksept for ikke alltid å få det som man ønsket, vil være avgjørende for revirtenkning og samarbeidet om pasientflyten. Det ligger et ønske om å tenke Fredrikstad kommune som en helhet og at «vi er Fredrikstad kommune». Slik vilje til å ivareta allmennhetens beste kalles altruisme og er en filosofi med rake motsetninger til revirtankegangen. En av respondentene mente at legevakta og akuttavdelingen ville vært mer hensiktsmessig plassert i samme etasje og ved siden av hverandre. Dette ville fremme for samarbeidet om pasientflyten og for samarbeidet mellom avdelingene at det ble en mer fysisk nærhet ved å ha de ved siden av hverandre. Dette ville være positivt for flåtevirksomheten og åpne for mer samarbeid og at sykepleierne jobber mer på tvers av avdelingene. Det ville også åpne for en mer tilgjengelighet av leger etter klokka fire, når det ikke var lege på akuttavdelingen. Det ville vært spennende å forske videre på om det er andre plasseringer av de ulike avdelingene (og da med tanke på akuttavdelingen) i Fredrikstad Helsehus som ville vært mer hensiktsmessig.

Funnene fra undersøkelsen viste at samlokaliseringen av kommunale tjenester i Fredrikstad Helsehus var en fremmer for samarbeidet om pasientflyten. Respondentene opplevde dette både ved innleggelse og utskrivelse fra akuttavdelingen. Det ble spesielt trukket fram at det var bra for helhetlige og koordinerte tjenester, med tanke på pasientens beste. Jeg har tidligere nevnt at jeg har valgt å ikke gå nærmere inn på pasienter, pårørende og brukerperspektivet. For videre forskning på temaet «samhandling i helsehus» ville det vært interessant å fokusere på hvordan pasientene opplever dette.

Andre faktorer som fremmet samhandlingen om pasientflyten grunnet samlokaliseringen var at det var tidsbesparende. Funnene viste til at samlokaliseringen av kommunale avdelinger på et helsehus var ressursbesparende med kortere reisevei og at samarbeidsmøter kunne avtales fortløpende etter behov. Dette viste til den typiske hverdagen for akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret hvor utfordringene skjer fortløpende og det må raskt finnes løsninger. Det vil ikke naturlig framkomme at man finner løsninger dersom man møtes. Her vil andre forhold som kan finnes igjen både på det relasjonelle nivået som ved kultur, utdanning og profesjoner påvirke som en fremmer og/eller hemmer for samarbeidet. Eller faktorer fra det relasjonelle nivået som jeg vil komme nærmere inn på påvirke.

For tildelingskontoret og legevakta var det andre organisatoriske faktorer som innvirket med tanke på samlokaliseringen. Tildelingskontoret viste til at de tidligere hadde vært lokalisert ute på den enkelte Hjemmesykepleie virksomhet. Funnene fra undersøkelsen viste til at for dem var det mest positivt at de hadde blitt samlet til en avdeling. For legevakta ble det lagt vekt på at de har vært igjennom store endringer ved å bli en del av Fredrikstad Helsehus. Organiseringen og samlokaliseringen av legevakta i Helsehuset Fredrikstad vil ifølge funnene fra undersøkelsen være bra for pasienten, men ikke nødvendigvis bra for legevakta. For legevakta har samlokaliseringen inn i et Helsehus ført til at de har flere samarbeidspartnere å forholde seg til, og for enkelte har dette ført til at de har blitt trukket ut av egne funksjoner. De er også en del av flåtevirksomheten mellom akuttavdelingen og rehabiliteringsavdelingen.

Det ble i funnene belyst respekt, forståelse og tillit til hverandre og til de ulike avdelingene seg imellom. Dette var en felles nevner for både akuttavdelingen, legevakta og tildelingskontoret at man må ha forståelse for den enkeltes avdelings målsetning og kjenne dens tjeneste. «Å kjenne hverandres tjenester og mål» ble av alle respondentene gitt en mening om at dette er avgjørende for å samarbeide avdelinger imellom. Det er viktig å ha forståelse for hverandres målsetninger og kunne gi og ta. En balansegang i integrering av tjenester og at målene skal integreres i forhold til pasientenes behov er avgjørende i en samarbeidsprosess. I samarbeidet om pasientene ved innleggelser og ved utskrivelser fra akuttavdelingen vil den enkelte medlem av samarbeidet representere sin egen avdelings målsetning. Dersom den enkelte avdeling velger å ignorere de andres målsetninger vil dette kunne skape en organisatorisk revirtekning. I motsatt tilfelle kan det som det refereres til i funnene være viktig å kunne gi og ta. Det var funn i

undersøkelsen som viste at det i samarbeidet om pasientflyten mellom tildelingskontoret og akuttavdelingens korttidssenger kunne oppleves en større diskusjon enn mellom tildelingskontoret og de andre kommunale korttidssengene som var lokalisert utenfor Helsehuset. Dette kan ha sin årsak i flere forhold men jeg ønsker her å belyse dette i forhold til «å kjenne hverandres tjeneste og oppdrag». Akuttavdelingen er en nyopprettet avdeling mens korttidssengene utenfor Helsehuset (Fredrikstad korttidssenter) har hatt et lengre samarbeid med tildelingskontoret og kjenner hverandre bedre. Dette kommer jeg nærmere inn på under relasjonelle faktorer (jf. tillitssløyfen). Ville samme undersøkelse/spørsmål gitt andre svar når avdelingene på Helsehuset er bedre kjent med hverandre og hverandres tjenester?

I rutiner og prosedyrer ved innleggelse og ved utskrivelser av pasienter fra akuttavdelingen ligger det et mål om å opprette en felles aktivitet for samarbeidet om pasientflyten. Det er føringer på å ha rutiner for et tverrfaglig samarbeid både gjennom reformer, lovverk, i virksomheten og på den enkelte avdeling. Funnene i undersøkelsen viste til positive erfaringer og opplevelser med disse rutinene og prosedyrene. Det var allikevel faktorer som påvirket dette og som jeg har vært innom. En annen faktor som respondentene erfarte hadde en påvirkning for samarbeidet var hvilken rolle den enkelte hadde i samarbeidet. I teorien kalles dette for en sentral og en perifer rolle. Det kan variere hvem som vil inneha de ulike rollene noe som vil ha en innvirkning på det dynamiske samarbeid. Funnene i undersøkelsen viste til at det er ønsket om å ha færre å forholde seg til slik at det ble enklere å skape kontakt, samtidig med at den enkelte har en høy tilstedeværelse. På akuttavdelingen er det avdelingssykepleier og assisterende avdelingssykepleier som har kontakten med tildelingskontoret i samarbeidet om pasientflyten.

De relasjonelle faktorene ble viet mye oppmerksomhet fra respondentene når de skulle fortelle om hva de anså som viktig for at samarbeidet om pasientflyten skulle fungere. Disse faktorene ble ansett som en fremmer der de var tilstede, og som en hemmer der de var fraværende. Dette var faktorer som kommunikasjon, respekt, tillit, forståelse og ønsket om å delta i samarbeidet. San Martin-Rodriguez (2005) viser til at de relasjonelle faktorene handler om mellommenneskelige komponenter og egenskaper for medlemmene i samarbeidet.

Funn fra undersøkelsen viste at den muntlige kommunikasjonen ble ansett som en helt nødvendig faktor for at samarbeidet om pasientflyten skulle fungere. Det ble her lagt vekt på den muntlige kommunikasjonen som ble utført ved å se hverandre «ansikt til ansikt». Det var flere årsaker til at den muntlige kommunikasjonen «ansikt til ansikt» ble sett på som en fremmer for samarbeidet og spesielt viktig var den ved samarbeid hvor de ulike medlemmene var ukjente. Ved å først treffe noen «ansikt til ansikt» vil det gjøre det lettere å kommunisere nonverbalt i ettertid da det allerede var skapt en relasjon. Det vil da være lettere å gi korte og klare beskjeder uten å virke sint eller sjefete. Teorien viser til at det funksjonelle tverrfaglige samarbeidet kan føre til at ulike profesjoners interesser og ideologier lettere kommer i konflikt med hverandre enn i arbeidsformer som ikke har samme preg av avhengighet og nærhet i ansikt-til-ansikt-relasjoner. Det oppleves godt å ha et ansikt å forholde seg til og dette kan bidra til å skape tillitt, forståelse og kjennskap til den du samarbeider med. Kommunikasjon kan også sees på som et verktøy som medvirker til en sosial interaksjon mellom medlemmene i samarbeidet slik at avdelingene kan fungere som en sosialenhet. Dette vil også innebære de ulike profesjonene og pasienten. Det viste her til at kommunikasjonen fungerer bedre når den ble utvekslet på «like nivåer» og da mener mellom like profesjoner, eventuell mellom like aktører som deler de samme verdiene (og da gjerne fra utdanningen). De ulike medlemmenes holdninger og adferd formidles og uttrykkes seg imellom gjennom en sosial interaksjon.

Funnene fra undersøkelsen viser til at det kan være «støy» i kommunikasjonen som misforståelser, mangel på tillitt og forståelse. Disse «støy» faktorene vil hemme samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse og utskrivelser fra akuttavdelingen. Dette kan igjen føre til at målet om helhetlige og koordinerte tjenester ikke oppnås. Slik «støy» i kommunikasjonen mellom de ulike avdelingene og medlemmene i samarbeidet kunne settes i sammenheng med kjennskap til hverandres tjenester og mål. Selv om det er ønskelig med en felles målsetning for Helsehuset Fredrikstad, og at alle skal tenke at «vi er Fredrikstad kommune ikke dem og oss», er den hektiske hverdagen en realitet og avdelingenes ulike målsetninger og funksjoner hovedfokuset. Dersom det oppstår uenigheter i holdninger og adferd kan det oppstå misforståelser i kommunikasjonen. Dette vil være hemmende for samarbeidet og vil gjøre det vanskelig for medlemmene i samarbeidet å snakke sammen.

Respondentene la vekt på at det var viktig å ha respekt for avgjørelsen som har blitt tatt jf. samarbeidet om pasientflyten. Det ble erfart fra tildelingskontoret at de i enkelte avgjørelser opplevde at de måtte gå flere runder enn nødvendig i enkelte tildelinger av korttidssenger i akuttavdelingen. Dette settes i sammenheng med å kjenne til hverandres oppdrag(målsetning) og tjenester, og at det vil kunne bidra til en større forståelse for å kunne «gi og å ta». Det er i den samarbeidende fasen, før en avgjørelse har blitt tatt, at det vil være mulighet til å komme med innvendinger. Etter dette, når avgjørelsen er tatt, skal dette bli respektert. Dette handler om å ha gjensidig respekt for hverandre som samarbeidsaktører, og å være lojal og ha forståelse for avgjørelsen. Tidligere har det i prosedyren ved innleggelse av nye pasienter i KAD senger ved akuttavdelingen vært et samarbeid mellom leger og sykepleiere. Erfaringer og opplevelser viste til kommunikasjonsutfordringer som kunne linkes til anerkjennelse av medlemmenes bidrag og respekt for den enkelte medlem. Det er viktig at de ulike medlemmene av samarbeidet får anerkjennelse for sine bidrag sett i sammenheng med sin profesjon og fagfelt. Dette har jeg belyst tidligere i dette avsnittet under systemiske faktorer.

Tillitt ble ansett som en avgjørende faktor i samarbeidet om pasientflyten. Dette begrepet er omfattende og kan settes i sammenheng med blant annet, å ha tillitt til hverandre som medlemmer av et samarbeid, ha tillitt til hverandres tjenester, ha tillitt til hverandre som profesjoner og mer. Respondentene viste til flere forhold med begrepet tillit som ga mening for respondentene. Når jeg etterspurte hva den enkelte mente med begrepet tillit i sammenheng med samarbeid, kom det fram at dette var noe som måtte utvikles over tid. Tillitt opplevdes når prosedyrer for pasientflyt ble etterfulgt, avtaler ble overholdt og de ulike aktørene hadde respekt for hverandre. Tillit krever innsats og tid, og det bygges opp gradvis ved å gjennomføre vellykkede samarbeidstiltak. Mangel på tillit i samarbeidet om pasientflyten ved innleggelse og utskrivelse akuttavdelingen kan føre til mistenkeliggjøring og økt revirtenkning. Her kan det være avgjørende at Helsehuset Fredrikstad er forholdsvis nytt og dette kan virke inn på de relasjonelle faktorene.

For å kunne samhandle om pasientflyten mellom de ulike kommunale avdelingene må man være mottakelig for å motta relevant informasjon. For at dette skal fungere viser funnene fra undersøkelsen til at verdier som forståelse, respekt og tillitt jf. figur 4.1 må være tilstede. Disse verdiene er med på å skape et ønske for det enkelte medlem å delta i

samarbeidet om pasientflyten. Funn fra undersøkelsen belyser at der det er avvik av forståelse, respekt og tillit mellom medlemmene i samarbeidet vil det være vanskelig å få samarbeidet til å fungere optimalt. Det vil da være utfordringer i samarbeidsprosessen som kan føre til økt revirtenkning og redusere muligheten for å oppnå synergi.

Avslutningsvis vil jeg igjen trekke fram oppgavens problemstilling:

«Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike kommunale avdelingene i Helsehuset Fredrikstad?»

Har jeg kommet fram til noen konklusjon? Jeg vil heller påstå at jeg har kommet fram til flere konklusjoner som jeg har belyst i dette oppsummerende kapittelet. Det som framkommer som spesielt viktig i mine funn er respondentenes opplevelser og erfaringer knyttet til det organisatoriske og relasjonelle nivået. Jeg ønsker igjen å trekke fram hvor viktig det er at de som samarbeider kjenner hverandres tjenester og mål, slik at den enkelte kan se helheten og ikke tenke revir. Her vil lederen ha en avgjørende rolle. Lederen kan påvirke verdier som forståelse, respekt og tillit som er avgjørende faktorer for den enkeltes ønske om å bidra og å delta i samarbeidet om pasientflyten.

For videre forskning på samarbeid om pasientflyten i Helsehuset Fredrikstad hadde det vært spennende å ha et fokus på pasientene og brukermidvirkning. Opplever pasienter at tjenestene er mer koordinerte og helhetlige på et helsehus? Det ville vært ønskelig at legene også kunne delta på undersøkelsen. Helsehuset Fredrikstad er et nytt bygg hvor mål og intensjoner skal imøtekomme dagens og fremtidens helseutfordringer. Ved en eventuell ny undersøkelse ville det vært interessant å forske på de ulike avdelingenes plassering i forhold til hverandres tjenester og funksjon.

8.0 LITTERATURLISTE

Abott, Andrew (1988). *The system of professions, An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: the University of Chicago Press

Andersson, Johanna, B.Ahlgren. S., B Axelsson, A. Eriksson, R. Axelsson (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-an international literature review, *International Journal of Integrated Care* (November 2011)

Axelsson, Susanna Bihari og Runo Axelsson (2012). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I Elisabeth Willumsen(Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 104-115), Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske

Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/h1-20110624-029.html>

Fredrikstad kommune 2011. *Systemer og rutiner for tverrfaglig samarbeid*. Fredrikstad; Fredrikstad kommune

Fredrikstad kommune 2010. *Prosjekt helsehus- bedre koordinerte helsetjenester*. Fredrikstad; Fredrikstad kommune

Fredrikstad kommune 2009. *Kommunale tjenester til helsehus 2009/18387(Møtebok)*. Fredrikstad; Fredrikstad kommune 2009

Hansen, Gunnar Vold (2007): *Samarbeid uten fellesskap om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling, Karlstads universitet

Hansen, Gunnar Vold og Helge Ramsdal (2009): *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: Erfaringer med organisering og arbeidsformer*. Oppdragsrapport 2009:1. Høgskolen i Østfold

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>

Jacobsen, Dag Ingvar (2004), Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Pål Repstad (Red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker –tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (s. 75-112). Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS

Johannessen Asbjørn, Tufte Per Arne, Christoffersen Line (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kaufmann, Astrid og Geir Kaufmann (1998). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Malterud, Kirsti (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* (2012, 40:795-805)

Pedersen, Tor Helge (2013) Senterideen i samhandlingsreformen: Hjemlige og internasjonale inspirasjonskilder. I Veggeland, Noralv (Red.) *Reformer i Reformen i norsk helsevesen. Veien videre* (s. 199-222). Trondheim: Akademika forlag

Personopplysningsloven. Lov om behandling av personopplysninger av 14.april 2000

Raustøl, Tellef Rådgivning (2013) *Tre typer helsehus. Tre typer ulike oppfatninger og begrunnelser*. Rapport

Repstad, Pål (Red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Ryen, Anne (2002). *Det kvalitative intervjuet, fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

San Martin-Rodriguez, L., M-D. Beaulieu, D. D'Amour, M. Ferrada-Videla (2005). *The determinants og successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies, Journal of Interprofessional Care* (May 2005). Supplement 1.

St.meld. nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

St. meld.nr 16 (2011-2012). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld.nr 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

Thagaard, Tove (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagboklaget

Vangen, Siv og Chris Huxham (2012). *En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi*. I Elisabeth Willumsen (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 67-87), Oslo: Universitetsforlaget

Willumsen, Elisabeth (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse*. I Elisabeth Willumsen (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 116-128), Oslo: Universitetsforlaget

Linker:

<https://www.etikkom.no/>

<http://www.helsehusetfredrikstad.no>

<http://www.nsd.uib.no/>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide:

Til respondenter ved akuttavdelingen/legevakten/tildelingskontoret på helsehuset.

- 1) Hva er din stilling og rolle på akuttavdelingen/legevakten/tildelingskontoret?
 - Hvor lenge har du jobbet på helsehuset?
 - Har du jobbet andre steder og eventuelt hvor?
 - Hvilken utdannelse har du? Eventuelle andre erfaringer/kunnskapsområder?

- 2) Hvilke andre avdelinger på helsehuset samarbeider dere med?
 - På hvilken måte samarbeider dere?
 - Hva samarbeider dere om?
 - Hvilke faktorer opplever du som viktige for å få til et godt samarbeid?
 - Hvorfor er disse faktorene viktige?
 - Hva anser du som den viktigste faktoren og hvorfor er det den viktigste?

- 3) Hvordan opplever du samarbeidet med legevakten/akuttavdelingen/tildelingskontoret fungerer ved innleggelse og utskrivelse av nye pasienter?
 - Hvilken rolle har du i samarbeidet?

- 4) Hvilke faktorer opplever du som en hindring for at du skal oppleve et godt samarbeid?
 - Hvorfor er disse faktorene en hindring?
 - Hvilken faktor anser du som den største hindringen for et godt samarbeid og hvorfor?

- 5) Har samarbeidet mellom de kommunale avdelingene endret seg etter samlokaliseringen i helsehuset?
 - ved innleggelse og utskrivelse av pasienter.
 - på hvilken måte har samlokalisering av kommunale tjenester i helsehuset bidratt til et bedre samarbeid?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke skjema

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i tverrfaglig samarbeid ved Høgskolen i Østfold og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er samhandling og samarbeid i et helsehus (samlokalisering). Jeg skal undersøke om samlokalisering av kommunale tjenester i et helsehus har ført til bedre samhandling og samarbeid. Jeg vil ta utgangspunkt i pasientflyten knyttet til akuttavdelingen og samarbeidet ved innleggelses og utskrivelser.

Jeg ønsker å undersøke de ansattes opplevelser av samarbeid på de ulike avdelingene og om det er forskjeller og likheter i oppfattelsen av samlokaliseringens effekt på samarbeid og koordinering av tjenester. Jeg er også interessert i å finne ut hvilke faktorer som hemmer og fremmer et godt samarbeid.

For å gjennomføre undersøkelsen ønsker jeg å intervju 7-8 ansatte på de aktuelle avdelingene. Spørsmålene handler om opplevelser og meninger om samarbeid, samlokalisering, pasientflyt og koordinerte tjenester. Jeg ønsker også å se på ulikheter og likheter med hva jeg finner i undersøkelsen for å finne årsaker til dette (som utdanning, erfaring, bakgrunn, tjenestested etc.)

I intervjuet vil jeg bruke en båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Det vil ta ca. en time og det er frivillig å delta så du kan trekke deg når som helst underveis. Vi blir sammen enige om tid og sted for intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og alle opplysninger er anonymiserte i oppgaven. Opptakene vil slettes når oppgaven er ferdig. Det vil si at dato for anonymisering av innsamlede opplysninger vil være den 15.06.2016.

Min veileder er professor Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold, tlf: 69303039, mob: 95068522, mail: helge.ramsdal@hiof.no

Dersom du har lyst til å være med på et intervju er det flott hvis du signerer på vedlagte samtykkeerklæring og sender den til meg. Har du spørsmål kan du ringe meg på mob: 95838547 eller sende mail til cmig@fredrikstad.kommune.no

Mvh Christin Gulaker

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om undersøkelsen internt i kommunen og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 3: Kvittering fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Helge Ramsdal

Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold

Remmen

1757 HALDEN

Vår dato: 30.11.2015

Vår ref.: 45733 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref. :

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.11.2015.

Meldingen gjelder prosjektet:

45733 *Samlokalisering i helsehus og samarbeid mellom kommunale avdelinger*

Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder*

Daglig ansvarlig *Helge Ramsdal*

Student *Christin Gulaker*

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

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. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Christin Gulaker cgulaker@yahoo.no

