



Samhandling og rehabilitering

En studie av hvordan kommuner i Region Kristiansand forstår samhandling, og hvordan det påvirker organiseringen av rehabiliteringstjenester

SILJE QVALBEN

VEILEDER

Gro Kvåle

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for Statsvitenskap og ledelsesfag



Sammendrag

Dagens helsesystem er svært komplekst ettersom det må tilpasses et bredt spekter av forskjellige brukere og pasienter med ulike og sammensatte behov. Det er stadig endringer i samfunnet når det kommer til folks helse, noe som fører til at helsesystemet er under stort press for å utvikle seg. Kommuner får stadig også mer ansvar for tilbudet av helsetjenester. Rehabilitering er en prosess sammensatt av flere tjenester med mål om at brukeren skal gjenvinne funksjoner etter å ha vært utsatt for en skade eller sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

Det er knyttet en del utfordringer organisering av rehabiliteringstjenester. Likevel har fenomenet *samhandling* med tiden blitt et sentralt begrep i helsepolitikken, og anses som vesentlig for å kunne løse organisatoriske utfordringer helsesystemet står ovenfor. Til tross for dette er samhandling et komplekst fenomen, og det er krevende å få til samhandling av tjenester.

Studien tar sikte på å besvare følgende problemstilling: ”*Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling i håndteringen av rehabiliteringsfeltets utfordringer, og hvilken betydning får det for organisering av tjenestene?*”

Avhandlingen er en undersøkelse av de syv kommunene i Region Kristiansand. Undersøkelsen som er gjennomført basert på et kvalitativ forskningsopplegg. Informasjon som har kommet fra semistrukturerte intervju er brukt som grunnlag for å besvare problemstillingen. Studien tar utgangspunkt i institusjonell teori. Dermed undersøkes og forklares forhold i kommunene ut i fra regulative, normative og kulturelt-kognitive elementer (Scott 2014).

Avhandlingen viser at det er en forståelse blant informantene hva samhandling er, og hvorfor det er vesentlig. Likevel kommer det frem av studien at det ikke foreligger en felles forståelse av samhandling på tvers av tjenester som jobber med rehabilitering. Det er ikke gode nok verktøy og strukturer for samhandling i kommunene, og det fører til utfordringer i organisering av tjenesten (Scott 2014).

Forord

Etter fem år på Universitetet i Agder er tiden min som student snart over. Arbeidet med masteroppgaven har vært utrolig spennende, krevende og lærerikt.

Det er mange som fortjener en stor takk nå som denne perioden nærmer seg slutten.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Gro Kvåle for mye hjelp og gode innspill gjennom hele denne prosessen.

Videre vil jeg takke alle informantene som stilte opp til studien.

Avslutningsvis vil jeg selvfølgelig takke familie og nære venner for å ha støttet opp, hjulpet til, lest uendelig mange utkast og kommet med gode innspill der dere har kunnet bidra på best mulig måte.

Og ikke minst min kjære Johan, verdens beste samboer og største støttespiller. Takk for all hjelp, og gratulerer med selv å ha levert din egen masteroppgave dette semesteret!

Silje Qvalben
Kristiansand, Mai 2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Forord	5
1. Innledning	9
1.1 Problemstilling.....	9
1.2 Avgrensninger.....	10
1.3 Hva er egentlig rehabilitering?.....	10
1.4 Utfordringer med rehabilitering.....	11
1.5 Rehabilitering på ulike nivå og organisering av rehabiliteringstjenester.....	12
1.6 Kommunens ansvar for rehabilitering.....	13
1.6.1 St. Meld. Nr. 21 (1998-99) <i>Ansvar og meistring – Mot en helskaplig rehabiliteringspolitikk.</i>	14
1.6.2 St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) <i>Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.</i>	14
1.6.3 <i>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011), Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011).</i>	14
1.6.4 <i>Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (2012).</i>	15
1.6.5 <i>Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019.</i>	15
1.6.6 <i>Prosjekt Samhandling i rehabiliteringsfeltet (2014-2015)</i>	15
1.7 Oppbygging av oppgaven.....	16
2. Teori	17
2.1 Hva er egentlig samhandling?.....	17
2.1.1 <i>Er samhandling en trend?</i>	18
2.2 Organisasjoner og institusjoner.....	18
2.3 Tre institusjonelle søyler.....	20
2.3.1 <i>Den Regulative søylen</i>	21
2.3.2 <i>Den Normative søylen</i>	23
2.3.3 <i>Den Kulturelt-kognitive søylen.</i>	24
3. Metode	26
3.1 Hvorfor kvalitativ metode?.....	26
3.2 Intervju som metode.....	26
3.2.1 <i>Intervjuguide</i>	27
3.2.2 <i>Utvelging av informanter</i>	28
3.2.3 <i>Gjennomføring av intervju</i>	30
3.3 Endring av problemstilling underveis.....	30
3.4 Kvaliteten på undersøkelse og data.....	31
3.4.1 <i>Validitet</i>	31
3.4.2 <i>Reliabilitet</i>	31
3.5 Etske hensyn.....	32
4. Empiri	33
4.1. Organisering av rehabiliteringstjenester.....	33
4.2. Hva er ansettes som viktig for å få til organisering av rehabiliteringstjenester?.....	36
4.2.1 <i>Gode behandlings- og pasientforløp</i>	37
4.2.2 <i>Kommunikasjon og informasjon</i>	38
4.2.3 <i>Kunnskap og tverrfaglighet</i>	39

4.2.4 Brukermedvirkning	40
4.3 Utfordringer med rehabilitering i Region Kristiansand-kommunene	40
4.3.1 Tverrfaglighet og kompetanse	41
4.3.2 Endrede behov, ressurser og prioritering	42
4.3.3 Kommunikasjon og informasjon	43
4.3.4 Brukermedvirkning	44
4.4 Forståelse av fenomenet samhandling	46
4.5 Organisering for (god) samhandling	48
4.5.1 Prosjektanbefalinger	49
5. Analyse og drøfting	53
5.1 Et institusjonelt perspektiv på samhandling av rehabilitering	53
5.1.1 Regulative elementer	54
5.1.2 Normative elementer	54
5.1.3 Kulturelt-kognitive elementer	54
5.2 Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling?	55
5.2.1 En vesentlig forutsetning	56
5.2.2 Mangel på definering av samhandling	56
5.3 Hvilken betydning har samhandling for organisering av rehabilitering?	57
5.3.1 Opprettelse av nye enheter	57
5.3.2 Kommunale helse- og omsorgsplaner	58
5.3.3 Verktøy for samhandling; brukermedvirkning, kartlegging, kompetanse og kommunikasjon	58
5.3.4 Samhandling mellom ulike profesjoner og generasjoner	60
5.3.5 Et bidrag til et bedre rehabiliteringstilbud for befolkningen i Region Kristiansand	62
6. Konklusjon og avslutning	65
6.1 Veien videre?	66
7. Litteraturliste	67
8. Vedlegg	72
8.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv	72
8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide	75

1. Innledning

Med *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019* ønsker regjeringen at kommuner settes i stand til å gi gode rehabiliteringstilbud til sine innbyggere. Planen retter seg mot å styrke brukerperspektivet og å forbedre kvaliteten på rehabiliteringstjenester i kommunene. Et viktig steg for å oppnå dette er å sikre god samhandling mellom ulike nivå og tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Offentlige helse- og omsorgstjenester er i endring og behovet for rehabilitering vokser. Befolkningen øker, vi lever lengre og får flere eldre, i tillegg er det mange som overlever sykdom og som får kroniske lidelser eller livsstilsrelaterte sykdommer (Ibid 2016). Det blir og viktigere å opprettholde funksjon og evne til å ta vare seg selv så lenge som mulig. Samtidig skal behandling og rehabilitering i større grad foregå der brukerne bor. Med dette har kommuner fått et økt ansvar for rehabilitering. Dette skaper et behov for at man må tenke nytt i organiseringen av rehabiliteringstjenestene i kommunene.

Det pekes stadig på at samhandling er viktig for å håndtere de utfordringene feltet har. Men hva er egentlig samhandling, og hvordan forstår kommuner dette fenomenet?

1.1 Problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å prøve og finne ut hva som er utfordrende med samhandling på rehabiliteringsfeltet og hvordan kommuner organiserer seg for å håndtere dette. Allerede tidlig i prosessen ble det naturlig og i større grad undersøke fenomenet samhandling. Det kan blant annet forklares med at samhandling anses som helt avgjørende for å få til rehabilitering, ”Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes” (Andreassen, Gjønnnes og Refsdal 2012:19).

Oppgaven belyses ut i fra et institusjonelt perspektiv som forklarer at organisasjoners omgivelser er satt sammen av regulative, normative og kognitive elementer (Scott 2014). Dette er elementer som gir stabilitet og mening til organisasjoner, og de må tilpasse seg disse for å oppnå legitimitet. De institusjonelle elementene kan dermed bidra til å gi forklaringer på hvordan kulturelle forhold i omgivelsene påvirker kommuner, deres atferd og handling (Ibid 2014).

Oppgavens problemstilling er dermed: ”*Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling i håndteringen av rehabiliteringsfeltets utfordringer, og hvilken betydning får det for organisering av tjenestene?*”

1.2 Avgrensninger

Denne oppgaven tar kun for seg Region Kristiansand-kommunenes organisering av rehabiliteringstjenester. Dermed vektlegges ikke spesialisthelsetjenestens eller andre aktører sin organisering. Oppgaven omhandler somatisk rehabilitering. Det er kun rehabilitering som undersøkes, ikke habilitering.

1.3 Hva er egentlig rehabilitering?

Rehabilitering er en prosess sammensatt av flere tjenester med det mål at brukeren skal gjenvinne funksjoner som har blitt mistet, etter å ha vært utsatt for en skade eller sykdom. (Begrepet ’bruker’ benyttes i videre denne oppgaven om personer som i ulik grad benytter seg av rehabiliteringstjenester.) Det handler om en form for behandling; enten det er medisinsk oppfølging eller fysisk, psykisk eller kognitiv opptrening eller oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det er mange ulike grunner til at personer trenger rehabilitering. Det kan være fordi man har vært utsatt for ulykker eller skader, akutt sykdom som slag eller hjerteinfarkt, eller kreft. Det kan og være personer med kroniske lidelser, alderdom, eller lignende.

Rehabilitering handler i stor grad om å forbedre brukerens evne til funksjon, enten om det er å lære seg og snakke på nytt, lære seg å gå igjen, eller å komme seg tilbake til sitt sosiale liv og arbeid. I ’Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator’ (heretter brukes kun betegnelsen ’forskrift om habilitering og rehabilitering’) defineres rehabilitering og habilitering som ”...tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, kap. 2).

Rehabiliteringsarbeid handler altså om tilrettelegging, gjennomføring av tiltak og å hjelpe brukeren, ikke bare medisinsk eller fysisk men kanskje også økonomisk, til igjen å kunne delta selvstendig i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). På mange måter betyr

rehabilitering å gjenvinne verdighet (Thommesen 2010). Det bør pekes på at rehabilitering som regel ikke bare er én tjeneste, men flere forskjellige tjenester og tiltak som sammen skal lage et godt behandlingsforløp for brukeren. Derfor er samarbeid mellom ulike fagpersoner, tjenester og nivå svært viktig.

Thommesen (2010) vektlegger likevel at til tross for forskrift om habilitering og rehabiliterings definisjon, er det ingen selvfølge at den kan omgjøres direkte til praksis ettersom hvert rehabiliteringsforløp er individuelt både for bruker og for de som leverer tjenestene. ”Selv om rehabiliteringspolitikken, og senere de juridiske føringene, legger til rette for og oppmuntrer til planlegging, samarbeid og koordinering, er ikke dette en garanti for at det omsettes i praktisk handling” (Thommesen 2010, s. 19).

1.4 utfordringer med rehabilitering

Det er stadig endringer i samfunnet når det kommer til folks helse, blant annet så lever vi generelt lengre og flere overlever eller lever lengre med sykdom. Slike endringer fører til at helsesystemet er under press. Helsesystemet er svært komplekst ettersom det må tilpasses et bredt spekter av forskjellige individ som alle har ulike og ofte sammensatte behov. Ulike behov for behandling krever forskjellig grad av spesialisering, kunnskap og kompetanse blant de ulike tjeneste- og forvaltningsnivåene og blant ansatte. Det er høy grad av kompleksitet både i utformingen av tjenester, og i organiseringen og styringen av helsesystemet (Bukve & Kvåle 2014). Det er en utfordring å vedlikeholde god kvalitet på tjenester i et miljø som stadig er under utvikling og endring. Spesielt utfordrende kan det være for de lokale helseorganisasjonene, eksempelvis på sykehjem, ved hjemmetjenester eller dagtilbud. Disse møter i stor grad komplekse, og i noen tilfeller motstridende mål og forventninger. Det kan komme fra pasient/bruker, pårørende, lokalsamfunnet eller øvrig statsmakt (Bukve & Kvåle 2014, s. 15).

Utfordringer på rehabiliteringsfeltet er knyttet til at brukermedvirkningen ofte er for dårlig, og at det er svikt i samhandling og koordinering både internt og mellom nivåene helsetjenesten. Det er i tillegg utfordringer knyttet til for dårlig kapasitet i det kommunale tjenestetilbudet, og det er svikt i den faglige kvaliteten og/eller organiseringen (Helse- og omsorgsdepartementet 1998, 2009, 2016).

Brukermedvirkning er en lovfestet rett og innebærer at brukere av tjenester har rett til å bli involvert i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Det å få brukere stadig mer aktive i egen behandling er viktig for å få til gode rehabiliteringsforløp. Det er samtidig en krevende jobb for kommunene da det krever kompetanse om egnede metoder og systemer for medvirkning, og samtidig gode samtaleevner for å sikre at det er brukerens mål som står i fokus (Gitlestad & Espegren 2015, s.13).

I tillegg til brukermedvirkning kan det være krevende å få oversikt over rehabiliteringstilbud og hvem som har ansvar for dem. Det gjelder både for brukere og fagfolk. Nettsider er ofte vanskelige å orientere seg på, samtidig som det krever en del ressurser for kommunene å holde informasjon og nettsider oppdaterte (Gitlestad & Espegren 2015, s. 13).

Som nevnt tidligere så er det vanskelig å komme til en klar definisjon av hva rehabilitering til en hver tid er, eller innebærer. Dette kan ha betydning for kompetanse og forskning på fagfeltet ettersom det er vanskelig å måle en klar effekt av rehabiliteringstjenester. I tillegg er det krevende å sammenligne institusjoner og fagfelt som kanskje har ulik forståelse av hva rehabilitering faktisk er (Gitlestad & Espegren 2015).

Det påpekes stadig at samhandling er helt vesentlig for å få til gode rehabiliteringstjenester, ”Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes” (Andreassen et.al 2012, s. 19). Likevel er det å få til (god) samhandling også en stor utfordring. Eksempelvis er det utfordrende å få til koordinering av tjenester mellom ulike nivå i rehabiliteringstjenesten, og det er ofte krevende å få til god informasjonsflyt og kommunikasjon mellom tjenesteytere- og mottakere. Samtidig kan det å ha nok kompetanse i kommunen også være krevende. I tillegg oppleves ansvars-/oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste ofte som uklar (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, Gitlestad & Espegren 2015).

1.5 Rehabilitering på ulike nivå og organisering av rehabiliteringstjenester

Det norske helsesystemet forvaltes på kommunalt og statlig nivå. Kommunene har ansvar for de tilbud og tjenester som går inn under nivået *primærhelsetjenesten*, også kalt for *førstelinjetjenesten*. Etter Sykehusreformen i 2001 tok staten over eierskapet for

spesialisthelsetjenesten, eller andrelinjetjenesten som det også kalles (Ringard, Sagan, Saunes & Lindahl 2013, Paulsen & Keus 2014).

Rehabiliteringstjenester tilbys både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel kommunene som har ansvar for mye av rehabiliteringsarbeidet i det daglige liv. Det er ønskelig at brukere som har hatt rehabilitering i spesialisthelsetjeneste skal få komme til hjemkommunen for å fortsette rehabiliteringen der så fort som mulig. Samtidig skal alle andre, selv om det ikke har vært behov for spesialisthelsetjeneste, også få tilbud om rehabilitering i sin kommune. Det varierer mellom hvordan kommuner velger å organisere rehabiliteringstjenestene. Likevel er det vanlig at rehabilitering finner sted både i og utenfor institusjon i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Rehabilitering på institusjon innebærer eksempelvis døgn- eller dagtilbud på sykehjemmet, og sykehjemmet gjerne en egen rehabiliterings-/korttidsavdeling. Utenfor institusjon kan rehabilitering være organisert i brukerens hjem via et tverrfaglig samarbeid med ulike fagprofesjoner. I tillegg finnes tilbud som hverdagsrehabilitering, og noen samarbeider med kommunens frisklivssentral (Ibid 2016). Hverdagsrehabilitering er behandling i form av tidsavgrenset innsats i brukeres hjem eller nærmiljø. Det er fokus på hverdagsaktiviteter, økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål, slik brukerne kan være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet (KS 2015). Frisklivssentral er en helsefremmende og forebyggende (kommunal) tjeneste. Dette er egnet for brukere som har økt risiko for sykdom, eller som har utviklet sykdom og trenger hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet 2016). Hvorvidt kommunene har organisert egne rehabiliteringsteam eller har tjenesten integrert i andre helsetjenester varierer.

1.6 Kommunens ansvar for rehabilitering

Det er flere grunner til at kommuner med tiden har fått større ansvar for tilbudet av rehabiliteringstjenester. I det følgende vil jeg presentere et utdrag av blant annet stortingsmeldinger, lov og forskrift, reform- og rapportarbeid på feltet for å gi et inntrykk av hvordan det med tiden har blitt et økt fokus på rehabilitering som et stadig mer viktig, prioritert og komplekst fagfelt, og hvordan kommunen har fått et økt ansvar for å ivareta disse tjenestene.

1.6.1 St. Meld. Nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring – Mot en helskaplig rehabiliteringspolitikk.

Det var først i Stortingsmelding nr.21 fra 1998-1999 at rehabilitering ble satt på agendaen som en egen prioritering innenfor helsesystemet, etter at det hadde blitt utredet diverse mangler på feltet. Meldingen la frem forslag til løsninger via økt samarbeid og koordinering, og dermed ble *Forskrift om habilitering og rehabilitering* og *Forskrift om individuell plan* utarbeidet, for å sikre gjennomføring av politikken (Thommesen 2010, Helse- og omsorgsdepartementet 1998).

1.6.2 St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Samhandlingsreformen er kanskje en av de mest avgjørende faktorene for at kommunen har fått økt ansvar, ikke bare for rehabilitering, men for helsetjenester generelt (Rambøll, 2012). Kort fortalt så handlet Samhandlingsreformen om å skape gode og helhetlige pasientforløp ved og gi helsetjenesten en ny retning som vektla blant annet; å flytte tjenester nærmere der folk bor og samt. overføre flere oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten. I tillegg vektlegger reformen et økt fokus på forebyggende tjenester og tidlig innsats, samt. bedre samarbeid mellom ulike ledd i helsetjenesten og økt brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), Paulsen & Keus 2014).

1.6.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011), Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

Kommunens ansvar for tilbudet av rehabiliteringstjenester er også lovfestet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) spesifiserer at kommuner har ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunen har plikt til å samarbeide og samhandle der det er nødvendig for å kunne tilby tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, kap 3 §3-4, kap 6 §6-6,). Ansvaret kommunen har for rehabilitering og hvilke bestemmelser som gjelder er i tillegg spesifisert i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011).

En måte å organisere rehabiliteringstjenester ved å samle informasjon og lage en oversikt over tilbud og ansvar, er ved å ha opprettet en Koordinerende Enhet med ansvar for blant annet Individuell Plan og Koordinator. Dette er lovfestet i Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, kap. 7 §1-3. Koordinerende enhet skal opprettes både i kommuner og i regionale helseforetak.

I kommunene skal dette være et kontaktpunkt for samarbeid mellom kommunen og det regionale helseforetaket (Thommesen, 2010). Enheten skal ha oversikt over rehabiliterings-/tjenestetilbudet som foreligger både i kommunene og i helseforetakene, og den skal sørge for god informasjonsflyt mellom de to nivåene.

1.6.4 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (2012)

I 2012 presenterte Helsedirektoratet rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*, som gir en mer konkret avklaring og anbefalinger av når kommuner har ansvar og når spesialisthelsetjenesten har ansvar. Denne spesifiserer ønsket om, og behovet for, at pasienter som blant annet har behov for tverrfaglig breddekompetanse, tverrsektoriell samhandling, langvarig oppfølging, og nærhet til hjemmet får rehabilitering i kommunen (Andreassen et.al 2012).

1.6.5 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019

På bakgrunn av at kommuner stadig har utfordringer med å tilby helhetlige og gode rehabiliteringstjenester har regjeringen presentert *Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* som igjen peker på kommuners ansvar for rehabiliteringstjenester, og hvor viktig det er å få til gode, helhetlige tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Planen skal bidra til at brukere kan motta gode rehabiliteringstjenester der de bor. Den peker på at dagens arbeidsformer må endres ettersom de er mangelfulle ovenfor for eksempel brukere med kroniske lidelser. I tillegg peker den på at det er mangler i hvordan kommuner jobber med tverrfaglig kartlegging og brukermedvirkning, og mangel på fagkunnskap i kommuner. Planen kommer med tiltak og strategier for hvordan kommuner kan trappe opp sitt rehabiliteringsarbeid (Ibid 2016).

1.6.6 Prosjekt Samhandling i rehabiliteringsfeltet (2014-2015)

Dette prosjektet pågikk i perioden 2014-2015 mellom kommunene i Region Kristiansand, og var en følge av Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Formålet var å bidra til å skape et bedre rehabiliteringstilbud for befolkningen i Region Kristiansand-kommunene. Region Kristiansand er et interkommunalt samarbeid mellom syv kommuner på Agder. Disse er Kristiansand, Lillesand, Birkenes, Iveland, Vennesla, Søgne og Songdalen (Region Kristiansand 2018). Jeg har valgt å ta dette med i oppgaven for å vise et eksempel på et

prosjekt som ble satt i gang for å bidra til å forbedre rehabilitering i kommunene. I en senere del av oppgaven stilles det spørsmål om prosjektet i noen grad har blitt implementert i kommunene.

Prosjektet gjorde rede for og kom med anbefalinger til helsefremming, egenmestring og rett tilbud til rett tid i kommunene (Gitlestad & Espegren 2015). Prosjektgruppen bestod av brukere og ansatte fra de syv kommunene i Region Kristiansand og Sørlandet Sykehus HF. I løpet av prosjektperioden ble det arrangert arbeidsgrupper, workshops og fagdager i rehabilitering. Dette la grunnlag for prosjektrapporten. Prosjektrapporten kom med konkrete anbefalinger til hvordan å forbedre samhandlingen av rehabiliteringstjenester i Region Kristiansand-kommunene. Anbefalingene fra peker blant annet på at økt fokus på kartlegging, kompetanse, særskilte pasientgrupper og nye tjenester kan bidra til bedre samhandling og et bedre rehabiliteringstilbud i kommunene (Ibid 2015).

1.7 Oppbygging av oppgaven

Rehabilitering er med dette et komplekst fagfelt. Endringer i samfunnet gjør det stadig mer krevende å tilby rehabilitering. Samtidig får kommunene stadig mer ansvar for disse tjenestene. Samhandling utpekes som en viktig faktor for å få til gode tjenester, men hva innebærer det egentlig?

Oppgavens teoridel starter derfor med å redegjøre for hva samhandling er. Videre presenteres oppgavens teorigrunnlag. Etter teorikapitlet blir empiri fra undersøkelsen presentert i et eget kapittel. Så blir funn analysert og diskutert ut i fra teoriens elementer. Til slutt følger en konklusjon og avslutning.

2. Teori

Jeg har valgt et institusjonelt perspektiv for å forstå hvordan kommuner forstår samhandling og organiserer seg i forhold til fenomenet. Et av hovedmålene med oppgaven er å undersøke hvordan kommunen som organisasjon påvirkes av- og handler ut i fra de ulike føringer og prosjekter som er redegjort for i kapittel 2. I studiet av organisasjoner kan ulike institusjonelle elementer i og rundt organisasjonen undersøkes for å finne ut hva det er som skjer, og samtidig hvordan og hvorfor det skjer (Scott 2014). Jeg vil benytte meg av det analytiske rammeverket *'Three pillars of institutions'* (Ibid 2014). Med det menes å undersøke forhold i organisasjonen (som i dette tilfelle er kommunene) ut i fra regulative, normative og kulturelt-kognitive elementer.

2.1 Hva er egentlig samhandling?

Samhandling har med tiden blitt et sentralt begrep i helsepolitikken og anses som nødvendig for å kunne løse organisatoriske utfordringer helsesystemet står ovenfor. Begrepet samhandling er noe vanskelig å definere, men likevel anses det som helt vesentlig for å få til tilbudet av rehabiliteringstjenester (Andreassen et.al 2012). Det kan samtidig også være en stor utfordring å få til samhandling mellom ulike tjenester og nivå.

Fenomenet kan forklares ved at det er en måte å løse oppgaver på i situasjoner hvor det er svært mange utfordringer og høy grad av kompleksitet. Komplekse tjenester og uklarhet i hvem som har kontroll over utføring av arbeid skaper et behov for samhandling av tjenester (Johnson 2009, Bukve & Kvåle 2014). Samhandling kan defineres som et ”samarbeid i situasjoner der det ikke finnes en aktør som har fullstendig kontroll over en prosess eller utføring av en oppgave” (Bukve & Kvåle 2014, s. 16). Det bør likevel ikke forventes at det kun finnes én konkret og felles definisjon av fenomenet. Eksempelvis i beskrives det i Samhandlingsreformen 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” (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 13).

Samhandling tolkes forskjellig, og når det snakkes om ilegger vi det ulike begrep. Dette bidrar til at det er vanskelig å finne én konkret definisjon. At det er vanskelig å definere kan blant annet eksemplifiseres ved at det ikke lett lar seg gjøre å oversette direkte til andre språk. Samhandlingsreformen oversettes til å hete ”the coordination reform” på engelsk, men slik

man oppfatter samhandling som fenomen er nok i praksis mer enn bare koordinering og/eller samarbeid. Litteratur peker på hvor viktig samhandling er for rehabiliteringstjenester, men at det samtidig er en utfordring (Andreassen et.al 2012). En forutsetning for samhandling er det må foreligge felles mål og forståelse av situasjonen, og aktører som skal samhandle må ha tillit til hverandre (Bukve & Kvåle 2014, Vangen & Huxham 2010). Dermed er dette interessant (og viktig) å undersøke empirisk.

2.1.1 Er samhandling en trend?

Med tiden har samhandling som fenomen/begrep dukket opp stadig oftere i ordbruken vår enten det er i dagligtale, blant personale i helseinstitusjoner, fra regjeringen eller via offentlige dokumenter (Torjesen & Vabo 2014, s. 138). Dermed kan på mange måter ses på som en trend eller en ide som finnes i dagens (helse)organisasjoners omgivelser. Ved at det stadig oftere inngår i ordbruken til folk, representerer samhandling typiske ideer om organisering av en tjeneste (Ibid 2014, s. 138).

Organisasjoner fungerer i et sett av omgivelser som har stor betydning for hvordan de fungerer. Omgivelsene er alle de elementer i eller utenfor en organisasjon som de må tilpasse seg for å overleve og oppnå legitimitet (Scott 2014). De er en kilde til muligheter og ressurser, men innebærer samtidig en rekke krav og trusler for organisasjoner (Scott & Davis 2007). Begrepene organisasjonsideer- eller oppskrifter kan på en måte forklares ved å si at de er ”anbefalinger”, basert på trender og moter, for hvordan organisasjoner kan eller bør styres, ledes og utformes. Organisasjonsideer kjennetegnes først og fremst av at det er svært mange av dem. I tillegg er de over alt, og de har gjerne en uklar historie. Samtidig er de gjennomtrengende, og reformutløsende, men har også tvetydige virkninger (Røvik 2007). Noen konkrete eksempler på hvordan elementer i omgivelser har bidratt til å påvirke strukturelle endringer i noen store norske organisasjoner, er blant annet NAV-, Sykehus-, og Samhandlingsreformen.

2.2 Organisasjoner og institusjoner

Det ble et økt fokus på å studere institusjoner mot slutten av 1900-tallet. Noe som innebar å vektlegge også menneskelige og sosiale dimensjoner i organisasjonsteorien. Forskere begynte å koble sammen undersøkelser om organisasjoner og institusjoner, og de så i større grad organisasjoner i sammenheng med sosiale og kulturelle omgivelser fremfor bare tekniske og

strukturelle (Scott 2014). Innenfor statsvitenskapen ble det for eksempel interessant å tillegge historiske synspunkt på institusjoner og dets natur, samt. å studere institusjoners effekt i sammenheng med konstruering av interesser og aktører (Scott 2014). Sosiologien økte også fokuset på ideer; både kognitive, kulturelle og normative systemer i omgivelsene som organisasjoner befinner seg i (Scott 2014).

Institusjoner er både en tilstand av sosial orden og en prosess (for eksempel institusjonalisering), og de vokser frem, endres og eksisterer på mange nivå (Scott 2014). Institusjoner er definerte normer for atferd eller tenkemåter i et samfunn, og de er med på å utgjøre et felles grunnlag for en gruppe mennesker. ”Institusjoner omfatter regulative, normative og kulturelt-kognitive elementer som, sammen med assosierte aktiviteter og ressurser, gir stabilitet og mening til det sosiale liv” (Scott 2014, s. 57). Et helt konkret eksempel kan være Norges lover, ’skikk og bruk’, språk og moral. Institusjoner er preget av menneskene i dem og samspillet mellom disse. De sørger for stabilitet og orden i et samfunn ved å definere grenser; både lovmessig, moralsk og kulturelt. I tillegg definerer de på mange måter et skille mellom akseptabel og uakseptabel oppførsel. Dermed bidrar institusjoner til å styre både aktører og aktiviteter (Scott 2014).

Det at en organisasjon tilpasser seg institusjonelle omgivelser innebærer at ulike strukturer etableres som retningslinjer innad i organisasjonen. Det kan likevel også bety at organisasjonen formulerer mål for styring, koordinering og lignende som egentlig ikke har noen praktisk betydning for arbeidet som blir gjort. Altså at målformulering og koordinering gjøres utelukkende symbolsk for å signalisere til omgivelsene at det blir tatt hensyn til (Scott & Davis 2007, Meyer & Rowan 1977)

Teori om institusjoner innebærer læren om de mer dype, symbolske og kanskje løst definerte og abstrakte elementer av sosial struktur. Siden 1970-tallet har institusjonell teori blitt en dominant ramme i organisasjonsteorien, og er nå en guide i studier om organisasjon og ledelse (Scott 2014). Den økte forskningen på feltet har med tiden resultert i mange ulike diskusjoner og forklaringer fra forskjellige forskere. Det er med dette at Scott (2014) har forsøkt å bringe inn litt ’orden’ i diskusjonen om institusjoner. Blant annet ved å foreslå en noe bredere definisjon av institusjoner som kan tilpasses flere av argumentene som har oppstått. I tillegg

ved å forsøke å identifisere viktige analytiske elementer som representerer de viktigste forskjellene som observeres og debatteres blant de ulike forskerne (Scott 2014).

Hovedgrunnen til at jeg ønsker å undersøke institusjonelle omgivelser i denne oppgaven kan med dette forklares ved at kommunene er under press for å imøtekomme forventninger, og å takle utfordringer på rehabiliteringsfeltet. Ved å se på institusjonelle elementer i de syv Region Kristiansand-kommunene ut i fra Scott (2014) sitt rammeverk *Three Pillars of Institutions*, kan det være mulig å finne forklaringer på hvordan kommunene forstår samhandling som vesentlig for organiseringen av sine rehabiliteringstjenester.

2.3 Tre institusjonelle søyler

Et samfunn består altså av ulike institusjoner. Videre vil de tre ulike institusjonelle pilarene (søyler) presenteres. Disse er viktige hver for seg, men fungerer ofte i kombinasjon (Scott 2014). Ettersom oppgaven min tar for seg en undersøkelse av syv kommuner, er det kommunen som organisasjon jeg vil benytte meg av som eksempel i dette delkapitlet.

Figur 1 viser modellen som identifiserer hva det er som er, gjør, skaper, eller støtter opp om en institusjon ut i fra regulative, normative og kulturelt-kognitive elementer (Scott 2014). De ulike kolonnene og radene er med på å definere noen av de dimensjonene og antagelsene som har variert mellom ulike teoretikere på fagfeltet (Ibid 2014: 60)

	Regulative	Normative	Cultural-Cognitive
Basis of compliance	Expedience	Social obligation	Taken-for-grantedness Shared understanding
Basis of order	Regulative rules	Binding expectations	Constitutive schema
Mechanisms	Coercive	Normative	Mimetic
Logic	Instrumentality	Appropriateness	Orthodoxy
Indicators	Rules Laws Sanctions	Certification Accreditation	Common beliefs Shared logics of action Isomorphism
Affect	Fear Guilt/Innocence	Shame/Honor	Certainty/Confusion
Basis of legitimacy	Legally sanctioned	Morally governed	Comprehensible Recognizable Culturally supported

Tabell 1 Three Pillars of Institutions (Scott 2014:60)

2.3.1 Den Regulative søylen

Denne søylen viser til tiltak for regulering og kontroll i omgivelsene som organisasjoner må tilpasse seg. Det vil for eksempel være lover, rutiner, regler og bestemmelser som presiserer hva man kan og ikke kan gjøre (Scott 2014). Regulative institusjoner er stabile systemer og kan defineres som; “A stable system of rules, whether formal or informal, backed by surveillance and sanctioning power affecting actors’ interests that is accompanied by feelings of guilt or innocence” (Scott 2014, s. 64).

Institusjoner er med på både å begrense og regulere oppførsel i organisasjoner. Det kan være ved å sette regler, og via overvåking og sanksjonering av aktiviteter (Scott 2014).

Et eksempel på *regulative prosesser* er dermed at en kommune må klare å etablere regler til disse institusjonene, og samtidig evne å kontrollere medlemmers samsvar til disse. I tillegg

innebærer det å kunne påvirke sanksjoner, enten det skulle være belønning eller straff. Dette er forsøk på å påvirke atferd (Scott 2014).

Sanksjonerende prosesser kan være både formelle og uformelle. De uformelle sanksjoneringsprosessene er gjerne diffuse og involverer sosialiserende måter å påvirke atferd på, for eksempel tanken om at visse aktiviteter ikke er ”akseptert” i kommunen. Formalisert, kan slike prosesser være tildelt enkelte aktører, som for eksempel rettssystemet eller politiet (Scott 2014). De norske lover er et konkret eksempel på en formalisering av regler. I tillegg finnes andre diverse formelle koder, regler, direktiver og reguleringer eller strukturerer for kontroll (Scott 2014).

Statsvitere og økonomer viser til at organisasjoner og individer oppfører seg instrumentelt og hensiktsmessig ved at de føyer seg etter- og etablerer systemer for å opprettholde regler (Scott 2014). Det som menes med at det ligger en instrumentell logikk bak den regulative søylen kan forklares med at individer lager lover og regler som de tror vil fremme deres interesser, og disse overholdes fordi de søker belønning eller ønsker å unngå sanksjoner (Scott 2014, s. 62).

Både tvang og sanksjonering er sentrale grunnlag for tilpasning i den regulative søylen, men ofte på en rettferdiggjort måte (Scott 2014). For når makt eller tvang benyttes for eksempel i en kommune så vil det både være støttet opp av og begrenset av regler, fordi ”makt er institusjonalisert” (Scott 2014, s. 61). Kommuner er jo blant annet påvirket av statlig lovverk. Et eksempel på at kommuner på tilpasse seg regulative prosesser er ved å tilrettelegge for pålagte lover og regler. Regulative prosesser utvikler seg ved at det blir flere eller at de med tiden endres (Scott 2014).

Når det kommer til kommunene og deres organisering av rehabiliteringstjenester vil de nok i stor grad være påvirket av både lover og regelverk, men også av tilgangen på ressurser og økonomi. Det er relevant å undersøke ulike regulative elementer som blant annet lovverk, kommunenes organisasjonskart (i helse-og omsorgsenheten), eller helse-og omsorgsplaner/rehabiliteringsplaner.

2.3.2 Den Normative søylen

Ut i fra den normative søylen pekes det på at det er forventninger, normer og verdier i som større grad styrer organisasjoners atferd. Medlemmer i organisasjonen adopterer gjeldene normer og verdier av hverandre og disse elementene knyttes til organisasjonens kultur (Scott, 2014).

Ut i fra dette perspektivet, ser en institusjoner ut i fra en normativ søyle. Her vektlegges institusjoner som normative regler og verdier. Det kan også defineres det som "conceptions of the preferred or the desirable together with the construction of standards to which existing structures or behaviors can be compared and assessed" (Scott 2014, s. 64). Normer er med på å definere mål eller objekter, og utpeker også passende måter å nå dem, "they specify how things should be done; they define legitimate means to pursue valued ends" (Scott 2014, s. 64).

Noen normer og verdier passer til og gjelder alle, mens andre bare passer til noen typer aktører eller stillinger. Scott (2014) peker på at sistnevnte er opphavet til "roller". Med det menes at roller er lik en sum av normer og forventninger som kan knyttes til en bestemt oppgave som utføres i et samfunn; "Conceptions of appropriate goals and activities for particular individuals or specified social positions" (Scott 2014, s. 64). Roller er både formelt strukturert i for eksempel en posisjon i en kommune, og også uformelt strukturert. For eksempel som utvikling over tid og via interaksjon (Scott 2014).

Normative institusjoner er med på å påvirke sosial atferd både ved å være begrensende og samtidig styrkende på sosial handling (Scott 2014). Slike institusjoner, altså verdier og tanker om hva som er god eller dårlig oppførsel gir både rettigheter, ansvar og privilegier, men samtidig også plikter (Scott 2014). I motsetning til den regulative søylen hvor det foreligger en grunnleggende instrumentell logikk, så er det ut i fra et normativt perspektiv viktig å vektlegge logikken om hva som er passende (Scott 2014). Følelser assosiert med normer kan innebære følelsen av skam eller vanære, men også respekt eller ære. Dersom man opplever brudd på normer innebærer vanligvis en stor del egenvurdering. Det kan jo være både økt eller redusert selvtillit eller selvrespekt. Slike følelser er sterke pådrivere for å overholde gjeldende normer i en organisasjon (Scott 2014, s. 66).

Ut i fra den normative søylen vektlegges at sosial tro og normer har en stabiliserende effekt, og samtidig at disse er internalisert og pådrevet av andre. Normer og verdier er basis for en stabil sosial orden, og for opprettholdelse av stabile organisasjoner (Scott 2014, s. 66).

2.3.3 Den Kulturelt-kognitive søylen

Det tredje perspektivet, den kulturelt-kognitive søylen er en tilnæringsmåte som ikke inkluderer at sosial orden dannes av regler eller normative forventninger, men av en felles forståelse av logiske handlinger (Scott 2014). Felles utdanning eller faglig forståelse er grunnlag for at handlinger styres ut i fra det vi kognitivt tar for gitt (Strandos 2014, Scott 2014). ”A cultural-cognitive conception of institutions stresses the central role played by the socially mediated construction of a common framework of meanings” (Scott 2014, s. 70).

Dermed vil det være interessant å benytte denne tilnærmingen for å se om kulturelt-kognitive elementer kan ha noen forklaringsvegne på samhandlingen og organiseringen av rehabiliteringstjenester i de syv kommunene oppgaven tar for seg.

Et kognitivt-kulturelt perspektiv betyr at interne fortolkende prosesser er formet av eksterne kulturelle rammeverk (Scott 2014). Sentralt i dette perspektivet er at det er delte oppfatninger (mellom mennesker) som utgjør den sosiale virkelighetens natur, og som skaper rammer og gir mening til mennesker og organisasjoner (Scott 2014). Det som må undersøkes er dermed de kognitive dimensjonene som eksisterer mellom mennesker. Det aktører gjør er i stor grad et resultat av han eller hun sin interne representasjon av omgivelsene de er i; ”mediating between the external world of stimuli and the response of the individual organism is a collection of internalized symbolic representations of the world” (Scott 2014, s. 67).

Det kan pekes på symboler som for eksempel ord, tegn og gester. Disse er viktige og har effekt ved at de er med på å forme meninger som vi tilordner objekter og aktiviteter (Scott 2014). Slike meninger oppstår blant annet i interaksjon. De vedlikeholdes, utvikles og endres i det de blir satt til å gi mening til pågående strømmer av hendelser. Som aktører så fester vi mening til oppførsel. I analyse må man derfor ta for seg ulike aktørers forhold, men også deres subjektive tolkning av disse (Scott 2014).

En grunnleggende logikk sett i fra dette perspektivet er ”tatt for gitt- oppfatninger” om hva som er rett eller galt. For å bli oppfattet som legitim, gjør en det man oppfatter som riktig (Scott 2014). Samsvar og lik oppfatning oppstår blant annet fordi andre typer oppførsel er utenkelig for en gruppe mennesker. Rutiner følges fordi de er tatt for gitt, som om ”dette er måten vi gjør ting på” (Scott 2014). Sosiale roller er gitt en annen tolkning her enn i det normative perspektivet. Det kan pekes på at roller vokser frem fordi en felles forståelse har utviklet at spesifikke aktiviteter assosieres med spesifikke aktører (Scott 2014, s. 69).

Når det kommer til denne oppgaven vil det være interessant å se om jeg vil komme til å finne trekk av felles forståelse i de ulike kommunene rundt temaet om samhandling av rehabiliteringstjenester. I tillegg om det på noen måte foreligger trekk sosial forpliktelse blant de ansatte i kommunen, eller ulike sett av meninger som enten påvirker eller forutsetter hvordan de ulike aktørene og kommunene både ser og løser utfordringer på rehabiliteringsfeltet, og samhandler tjenestene (Scott 2014, s. 69).

3. Metode

Oppgaven tar for seg hvordan ansatte selv anser kommunens arbeid med samhandling av rehabiliteringstjenester. Her vil interne forhold i kommunene undersøkes og forklares ut i fra det institusjonelle perspektivet. I denne delen redegjøres det for valg av metode og datakilder, i tillegg til databehandling og datakvalitet.

Jeg har valgt å benytte en «bekjennende skrivestil» her. Det vil si at jeg beskriver mine opplevelser, vurderinger og utfordringer for å gjøre framstillingen så transparent, åpen og autentisk som mulig (Van Maanen 1988, Golden-Biddle & Locke 1993).

3.1 Hvorfor kvalitativ metode?

Da jeg startet å jobbe med oppgaven fant jeg fort ut at det kunne komme til å bli vanskelig å få grep om hva samhandling av rehabiliteringstjenester egentlig innebærer for ulike kommuner. Dermed tok det ikke lang tid før jeg bestemte meg for å benytte meg av kvalitativ metode, ettersom det gir større rom for forståelse av deltakeres subjektive meninger (Jacobsen 2005). I tillegg til dette, foreligger det ikke så mye forskning på organisering av rehabiliteringsfeltet. Det kan kanskje tenkes at rehabiliteringsfeltet tidligere har blitt styrt etter deltakere av helsesystemets interesse mer enn faktisk kunnskapsbasert praksis, og at det kan bidra til at det foreligger relativt lite forskning på feltet (Gitlestad & Espegren 2015). Selv syntes jeg det har vært utfordrende å finne studier om rehabilitering som har vært nyttige å bruke for min egen oppgave. Dette er noe prosjektgruppen til ”Samhandling innen Rehabiliteringsfeltet” også understreker i sin rapport. De gikk gjennom nasjonale, regionale og lokale styringsdokumenter og fant svært få treff på søkeordet ”rehabilitering” (Gitlestad & Espegren 2015, s. 13). Jeg anså det derfor som et fornuftig valg å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse som tillot meg å være mer eksplorerende på dette temaet, fremfor en eventuell kvantitativ metode (Silverman 2011, Jacobsen 2005).

3.2 Intervju som metode

I forhold til min oppgave følte jeg at det var behov for å la informantene komme med så mye informasjon som mulig under intervjuet ettersom mine forkunnskaper om rehabiliteringsfeltet var noe begrenset. Dermed ble det naturlig å bruke semistrukturerte intervju. I semistrukturerte intervju er strukturen er løs og samtidig fleksibel, og spørsmålene kan lettere

tilpasses situasjonen den ansatte befinner seg i. Det kan bidra til at informantene lettere forstår hva oppgaven de bidrar til egentlig dreier seg om, og for informanten kan det for eksempel gjøre det lettere å stille oppfølgingsspørsmål (Leech 2002, Ryen 2002). Spørsmålene kan for eksempel være i stikkordsform, og jeg som intervjuer kan bruke som utgangspunkt når jeg skal formulere spørsmålet i en samtale. Dette kan gi informantene muligheten til å komme med mye informasjon (Leech 2002, Ryen 2002). Noen utfordringer med semistrukturerte intervju er at det kan være lett å snakke seg litt forbi tema, noe som kan føre til variasjoner i de ulike informantenes svar og dermed påvirke oppgavens reliabilitet (Leech 2002).

3.2.1 Intervjuguide

Det semistrukturerte intervjuet kan kjennetegnes ved at man setter opp noen hovedspørsmål eller tema i en intervjuguide (vedlegg nr 2) (Ryen 2002). Dette var en god hjelp for meg både til å planlegge intervjuene og samtidig hjelpe meg til å holde fokus underveis i dem. Det første jeg gjorde var å lage noen overordnede kategorier/tema som jeg mente var relevant for oppgaven. Videre fulgte arbeidet med å formulere spørsmål innenfor hver kategori. En av fordelene med semistrukturerte intervju og å ha en intervjuguide er at man kan bevege seg litt frem og tilbake mellom de ulike spørsmålene innenfor en kategori (Ryen 2002).

Intervjuguiden bidrar til å legge retningslinjer for intervjuet og hjelper til med å få svar på det man egentlig lurer på. For meg var dette et veldig nyttig verktøy å ha med seg, og i arbeidet med å utforme guiden følte jeg at jeg lærte mye om hvordan jeg selv kunne få frem og formulere ut hva som egentlig er målet med oppgaven.

For å finne noen svar på problemstillingen min valgte jeg altså å kategorisere spørsmålene mine rundt oppgavens tema. Jeg presenterte en logisk rekkefølge på disse kategoriene slik at de første spørsmålene var lettere å svare på og mindre ”granskende” enn de som fulgte videre ut i intervjuet (Leech 2002). Innledningsvis valgte jeg å spørre informantene om egen utdanning og arbeidsstilling. Deretter inkluderte jeg spørsmål om hvordan kommunene per i dag organiserer tilbudet av rehabiliteringstjenester, hvilke tjeneste som finnes og om noen av disse ble tilbudt sammen med andre kommuner. Videre fulgte spørsmål om styring og samhandling av rehabiliteringstjenestene. Det inkluderte blant annet hva informantene så på som utfordrende på feltet, hva de la i begrepet ’samhandling’ og hvordan kommunen jobber for å sikre samhandling av tjenestene sine. Så stilte jeg spørsmål rettet mot anbefalingene som kom som resultat av Region Kristiansand-prosjektet ”samhandling innen rehabiliteringsfeltet”

(Gitlestad & Espegren 2015). Dersom det viste seg at informanten ikke var kjent med Region Kristiansand-prosjektet så snakket vi likevel om anbefalingene generelt, og om kommunen jobbet med disse tingene uavhengig av det interkommunale prosjektet. Til slutt oppsummerte jeg og spurte om informantens tanker rundt det å ha prosjekter som for eksempel ”Samhandling innen rehabiliteringsfeltet”, og om det ellers var noe de ønsket å legge til.

3.2.2 Utvelging av informanter

Det som jo har vært relevant for studien min er å forsøke å finne ut hva informantene fra ulike kommuner forstår samhandling av rehabiliteringstjenester. Det har aldri vært noe mål å sammenligne enheter, men heller å belyse handlinger (Ryen 2002). Når det kom til å få tilgang til informanter var det derfor viktig for meg å forsøke og avtale intervjuer med personer som hadde en sentral stilling i kommunens arbeid med rehabiliteringsarbeid og som kunne gi meg mye informasjon (Jacobsen 2005). De syv kommunene som deltar i det interkommunale samarbeidet *Region Kristiansand* (tidligere *Knutepunkt Sørlandet*) er Kristiansand, Lillesand, Birkenes, Vennessla, Iveland, Søgne og Songdalen (Region Kristiansand 2018). Det å studere disse kommunene var naturlig ettersom jeg ønsket å undersøke organisering av rehabilitering på Sørlandet. Det var jo også praktisk gjennomførbart ettersom alle kommunene er i nærheten.

Metoden jeg valgte for å velge ut informanter var av typen *strategisk utvelging* og noe ved hjelp av *snøballmetode* (Jacobsen 2005, Ryen 2002). I desember 2017 min tok jeg nemlig kontakt med en aktuell person innenfor prosjektet ”samhandling innen rehabiliteringsfeltet”. Vi snakket litt om planen for masteroppgaven min og hva jeg ønsket å gjøre, og hun meldte tidlig i fra om at hun var interessert i prosjektet og gjerne ville hjelpe meg videre dersom jeg trengte noe informasjon. Blant annet fikk jeg tilsendt en del dokumenter om prosjektet som ikke lå ute på nettsidene til kommunen. Så da jeg senere gikk i gang med å finne intervjupersoner tok jeg kontakt igjen ved å sende en forespørsel om hun kunne foreslå noen aktuelle deltakere til mine intervju. Etter en stund (og noen purringer) fikk jeg svar med beskjed om å kontakte en person fra Region Kristiansand-samarbeidet. Denne kontakten var også behjelpelig, og avtalte et intervju for meg med det som ble min første informant i en av kommunene.

Jeg valgte selv ut de resterende respondentene ved bruk av *strategisk utvelging* (Jacobsen 2005, Ryen 2002). Det gjorde jeg blant annet ved å ta utgangspunkt i medlemmer av ”samhandling innen rehabiliteringsfeltet” sin prosjektrapport, kommuners hjemmesider og med hjelp fra ulike kommunenes servicetorg. På denne måten fikk jeg mulighet til å intervju kommunalt ansatte som hadde deltatt i Region Kristiansand-prosjektet i form av å ha blitt intervjuet, deltatt i workshops eller vært i selve prosjektgruppen. I tillegg fikk jeg intervju ansatte med ulike stillinger, og som kunne lite eller ingenting om samhandlingsprosjektet. I det ene intervjuet deltok to informanter.

Region Kristiansand består av syv kommuner av forskjellig størrelse, men som har tradisjon for samarbeid. Med dette utvalget mener jeg at jeg fikk et mangfold av informanter og mye nyttig informasjon rundt oppgavens tema (Ryen 2002). Jeg mener dermed at resultater fra undersøkelsen som er utført på disse syv kommunene kan ha overføringsverdi til andre regioner og kommuner.

Første forsøk på kontakt gjorde jeg enten ved å sende en mail om forespørsel til intervju, og med spørsmål om det var greit at jeg tok kontakt via telefon den neste dagen. I tillegg var det enkelte jeg ringte første gangen. Det kunne for eksempel være hvis en av de jeg hadde sendt forespørsel til via mail, henviste/videresendte meg til en kollega de mente var bedre egnet til å stille opp til intervju. Da var det av og til lettere å ringe, ettersom de gjerne allerede hadde fått informasjon fra sin kollega. Over alt møtte jeg veldig mange positive reaksjoner og svar på mine forespørsler om deltakelse i intervju. Jeg var tydelig allerede da jeg tok kontakt første gangen på hva oppgaven min innebar, hva det ville si å være informant, og at jeg ønsket å ha samtaler med dem om dette. I tillegg sendte jeg et informasjonsskriv til alle som fikk forespørsel om å delta (vedlegg nr 1). Til slutt fikk jeg avtalt intervju med en person fra alle syv kommunene i Region Kristiansand. Det er en mengde jeg følte var passende ettersom hver kommune ble representert og det ga mulighet til å få utfyllende informasjon (Ryen 2002).

Alle informantene var ansatt i en av Region Kristiansand-kommunene. Hvilken utdanning og stilling de ulike informantene hadde varierte. Det kunne for eksempel være sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter. Stillingenes navn varierte mellom blant annet team-/enhet-/avdelingsledere eller rådgivere, men i hovedsak var det ansatte som hadde ansvaret for kommunens tilbud/organisering av rehabiliteringstjenester.

3.2.3 Gjennomføring av intervju

Varigheten på intervjuene varierte mellom 45 minutt til 1 time. Jeg startet med å presentere meg selv og masteroppgaven min. Så gikk jeg gjennom retningslinjene i forhold til lydopptak, anonymitet og databehandling og fikk bekreftet at informantene hadde forstått hva deltakelse innebar. Under intervjuet forsøkte jeg å sørge for en god flyt i samtalen, og ikke å stille ledende spørsmål. Jeg opplevde gjennomføringen av intervjuene som veldig spennende. Og selv om jeg har litt erfaring fra å bidra som skribent under intervju fra tidligere praksisopphold, så var det utrolig lærerikt å gjøre alt selv denne gangen. Til å begynne med var jeg litt bekymret for at jeg skulle bli møtt med reaksjoner på at jeg som statsviter skulle undersøke organisering av rehabiliteringstjenester uten å ha noen spesielle forkunnskaper om helse- og omsorgsfeltet. Men tvert i mot– det jeg fikk høre underveis var at flere opplevde det som positivt og på noen måter fordelaktig at jeg ikke har noen slags ”rehabiliteringsprofesjon” på forhånd, for da stiller man kanskje med et mer åpent sinn til rehabiliteringsfelt og forhold. Jeg opplevde også at de informantene som deltok var genuint interesserte i oppgaven min. En deltaker spesielt påpekte faktisk at han vanligvis ikke stilte opp til denne typen forespørsler, noe jeg satt veldig pris på å få høre.

Transkriberingen av intervjuene gjorde jeg ordrett fra lydopptakene. Selv om dette var tidkrevende så har det også hjulpet meg at jeg var grundig da jeg startet på analysen.

3.3 Endring av problemstilling underveis

Da jeg startet å jobbe med oppgaven min formulerte jeg en problemstilling som passet til det jeg i utgangspunktet ønsket å undersøke. Problemstillingen da var ”Hvordan har ’Prosjekt samhandling i rehabiliteringsfeltet’ mellom Sørlandet sykehus og Region Kristiansand-kommunene bidratt til å skape endring i organiseringen av rehabiliteringstilbud i regionen?” Etter hvert som oppgaven utviklet seg og intervju ble gjennomført, så følte jeg likevel behovet for å ta litt mer ”avstand” fra den direkte undersøkelsen av Region Kristiansand-prosjektet ”samhandling innen rehabiliteringstjenester”. Grunnen til dette er at jeg etter intervjuene egentlig fant ut at de ulike kommunene ikke hadde hatt noe særlig direkte med dette prosjektet å gjøre (dette vil bli diskutert senere i oppgaven). Dermed føles det for snevert at det prosjektet skulle ha en så stor del i denne oppgavens problemstilling.

Til tross for dette er jo grunnideen og ønsket om oppgave det samme. Og jeg valgte derfor å fortsette med oppgavens tema og å benytte funnene, men å endre problemstillingen til *”Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling i håndteringen av rehabiliteringsfeltets utfordringer, og hvilken betydning får det for organisering av tjenestene?”* Nettopp dette at endringer kan gjøres underveis i prosjektperioden er jo det som er så fint med kvalitativ metode. Det å kunne endre problemstilling bekrefter metodens fleksibilitet (Ryen 2002).

3.4 Kvaliteten på undersøkelse og data

For å vurdere kvaliteten på data som er samlet til denne oppgaven må jeg vurdere undersøkelsens validitet og reliabilitet (Ryen 2002, Grønmo 2016).

3.4.1 Validitet

Validitet handler om dataene sin gyldighet (Jacobsen 2005). I min oppgave har jeg vurdert gyldigheten på innsamlet data ved å undersøke funn nøye og kritisk (Jacobsen 2005). En slik gjennomgang innebærer for det første at jeg har vurdert om jeg har riktige kilder til å belyse problemstillingen. Her vil jeg igjen nevne at alle informantene mine er/var ansatte i kommunene og som har hovedansvar for rehabilitering. Alle de syv intervjuene ble gjennomført i løpet av 10 dager, og informantene virket som sagt engasjerte og villige til både å delta i intervjuet og å gi meg informasjon. De viste heller ikke noen tydelige tegn til ikke å fortelle ting slik de var. Med dette er det grunn til å tro at informasjonen jeg har fått via intervjuene er gyldige (Jacobsen 2005).

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om man kan stole på det innsamlede datamaterialet. Det vil si dataens pålitelighet (Ryen 2002). Det kan være vanskelig å teste kvalitative data på nytt for å se om samme resultat forekommer på nytt (Ryen 2002). Dermed er det viktig å være åpen om oppgavens fremgangsmåte, for eksempel hvordan data er samlet inn og i hvilken kontekst de er innsamlet. I tillegg kan lydopptakene som jeg har brukt, i sammenheng med en større empirisk fremvisning av data, være med på å bidra til at undersøkelsen får høyere reliabilitet (Ryen 2002).

3.5 Etiske hensyn

Det jeg har gjort for å sikre forskningsetiske forhold i undersøkelsen min var for det første å melde inn og få godkjent masterprosjektet mitt til Norsk Senter for Forschungsdata AS (NSD). Og da jeg gjennomførte intervju var jeg opptatt av at informantene skulle samtykke til deltakelse (Ryen 2002). Det var viktig for meg at informantene var innforstått med hva det innebar å delta. Blant annet tydeliggjorde jeg at deltakelsen var anonym, ettersom det ikke var i oppgavens hensikt å vite hvilke kommuner som har sagt hva. I tillegg var jeg opptatt av at informantene skulle være sikre på hva oppgaven handlet om før vi startet intervjuet, og var åpen til å svare spørsmål underveis dersom noe var uklart. Alle informantene godtok at jeg tok lydopptak av intervjuene, og det ble klargjort at de når som helst kunne trekke seg fra deltakelsen (Ryen 2002). Dette spesifiserte jeg også i informasjonsskrivet (vedlegg nr 1), som alle informantene signerte før intervjuet startet.

4. Empiri

I dette kapitlet vil jeg presentere funn fra de gjennomførte intervjuene. Jeg har valgt å sortere funnene mine i 4 kategorier. Disse handler om kommunenes organisering av rehabiliteringstjenester, informantenes tanker om rehabilitering- hva som er viktig, og hva som er utfordrende ved tilbudet av tjenesten. Videre følger funn om hvordan informantene forstår samhandling, og hvordan de anser det som en nødvendighet, men også en utfordring for tilbudet av rehabiliteringstjenester. Til sist har jeg samlet informasjon om hvordan det arbeides for å sikre samhandling av rehabiliteringstjenester i kommunene.

De syv informantene er anonymisert, så hvem som har fortalt hva blir fremstilt ved å rangere informantene/kommunene fra A-G.

4.1. Organisering av rehabiliteringstjenester

Kommunene organiserer sine tjenester forskjellig, men det er også likhetstrekk mellom dem. Kommunene jeg har undersøkt har i løpet av de siste årene gått i gjennom en eller annen form for omorganisering av kommunens helse- og omsorgssektor. Flere steder har dette ført til at kommunene har opprettet egne enheter som nå i større grad har fokus på rehabilitering. Det varierer hvorvidt disse nye enhetene kun omhandler rehabilitering, eller om de er en kombinasjon av forskjellige funksjoner. For eksempel kan det være en enhet (bestående av for eksempel fysioterapeuter/ergoterapeuter og/eller sykepleiere) med saksbehandlere og fagleder for rehabilitering, et rehabiliteringsteam og i tillegg et eget team for hverdagsrehabilitering. Eller så kan rehabiliteringsansvaret være samlet i en enhet som også har flere funksjoner. Felles for alle kommunene er likevel at de har definert et ansvar for saksbehandling og oppfølging av brukere av rehabiliteringstjenestene. Flere av informantene ser på omorganiseringene som et steg i riktig retning ettersom saksbehandling og rehabilitering i større grad er i samme enhet. En informant fra kommune E uttrykker dette her;

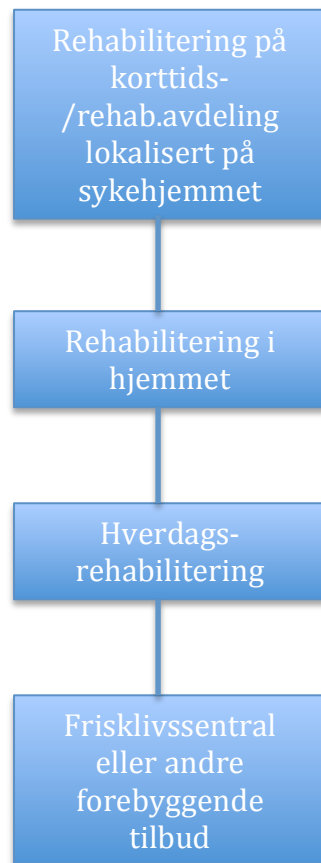
”Vi har et inntaksteam for rehabilitering i kommunen. De er organisert under pleie- og omsorg. I inntaksteamet er det kommunelege, boveileder, kommunal fysioterapeut, enhetsleder helse- og omsorg og meg. Vi får søknader og tar disse opp, vurderer og kommer med anbefalinger til om noen kanskje burde vært på et korttidsopphold eller om det er noen som kanskje burde ha rehabilitering i hjemmet eller hverdagsrehabilitering.”

En informant fra kommune D poengterer enhetens fleksibilitet, og at den har forskjellige funksjoner;

”Enheten er som en landhandel fordi den inneholder så mange forskjellige funksjoner; det er fag, forskning og utvikling, det er forvaltning, og alt som har med fysio- og ergoterapeuter å gjøre, pluss hjelpemidler. Det er legetjenesten, dagsentertjenesten, frisklivssentral og kreftkoordinator. Enheten jobber på tvers av alle de andre enhetene, og har mye med rehabilitering å gjøre”

De fleste kommunene gir rehabiliteringstilbud via korttidsplasser som opptrening eller avlastningsopphold. Dette finner som regel sted inne på sykehjemmet. Det gis og tilbud om rehabilitering i hjemmet over lengre perioder, samt. kortere intervensjoner i form av «hverdagsrehabilitering» (en mer intensiv tverrfaglig intervensjon for å hindre fall i funksjon). Likevel har ikke alle muligheten til å tilby rehabiliteringstjenester som en egen tjeneste. De er dermed ofte integrert og organisert i samarbeid med eksisterende helse- og omsorgstjenester. For eksempel kan hverdagsrehabilitering være et samarbeid mellom kommunens rehabiliteringsenhet og hjemmesykepleien.

Et eksempel på hvordan rehabiliteringsplasser kan organiseres i en kommune kan illustreres med figur 1.



Figur 1

Med unntak av frisklivssentral, så er det ingen som organiserer somatiske rehabiliteringstjenester interkommunalt. Alle kommunene har frisklivstilbud, og jeg forstår at dette er et lavterskeltilbud i de fleste kommunene. Med det menes at det er tilgjengelig for alle, og tilbys gjerne som kurs eller samtaler om livsstilsendring eller livsmestring (Helsedirektoratet 2018). Det varierer hvor mye det prioriteres. For eksempel varierer det hvor mange kurs ulike kommuner har, og hvor etablert det er som tilbud i kommunen. Eksempelvis forklarte kommune B at de nå har etablert frisklivssentral i samarbeid med en annen kommune, men at de ikke har hatt det i noen særlig grad før. Dette poengteres med et sitat fra kommune B;

”Før nå har vi bare hatt frisklivssentral på papiret, men ingen grupper.... Men så forsvant beskrivelsen av stillingene litt, og akkurat de midlene som var satt av forsvant – så frisklivssentralen var nærmest bare en tittel og ble ikke brukt slik det var tenkt”

Likevel er det flere som påpeker viktigheten av lavterskeltilbud som nettopp frisklivssentralen. Dette er et middel for å sette inn innsats tidligere, eller som en god oppfølging for større grupper. Dette kan poengteres med et utdrag fra intervjuet med kommune C;

”Vi ser at for at vi skal kunne få bærekraftige tjenester fremover så er vi nødt til å sette inn innsatsen før og ha mer fokus på folkehelse og frisklivstilbud for å bygge opp”

Det var delte meninger på spørsmålet om samhandlingsreformen har påvirket kommunens organiseringen av rehabiliteringstjenester. Flere uttrykte at det var vanskelig å se hva som er et resultat av samhandlingsreformen, og hva som er en ”naturlig utvikling”. En informant fortalte blant annet at omorganiseringen som fant sted i kommunen nok ikke var en direkte konsekvens av samhandlingsreformen, men heller av et generelt behov for fornyelse i kommunen. Likevel kom det frem blant informantene at reformen jo sier noe om hvilken utvikling kommunen må gå mot, for å få til bærekraftige tjenester i fremtiden. Flere fortalte blant annet at Hverdagsrehabilitering er en konsekvens av reformen. Samtlige informanter fortalte at de merket at de nå mottar pasienter som har behov for rehabilitering raskere, og som til dels er i dårligere form enn før reformen trådte i kraft. Det de har merket er at kommunene må rigge seg deretter, og må ofte gi mer oppfølging til brukere. Informantene ser at de blant annet er nødt til å få inn flere gruppetilbud ettersom spesialisthelsetjenesten kutter ned på disse. Informantene fortalte også at de får inn flere spesielle diagnosegrupper, som for eksempel store hodeskader, som før ville blitt sendt til spesialisert rehabilitering. Informantene påpeker også på positive virkninger, som for eksempel at pasienter har godt av å komme hjem og å rehabiliteres i det miljøet de skal virke i videre. Det å fungere i eget hjem er en stor del av selve rehabiliteringen.

4.2. Hva er anses som viktig for å få til organisering av rehabiliteringstjenester?

Rehabiliteringsarbeid handler om tilrettelegging og gjennomføring av tiltak, og å hjelpe brukeren til igjen å kunne delta selvstendig i samfunnet (Helse- og omsorgstjenesteloven

2011). Faktorer som planlegging, samarbeid og koordinering er viktig i utforming og gjennomføring av rehabiliteringstjenester (Thommesen 2010). Undersøkelsen som er gjort her viser at det er mange likheter mellom hva kommunene anser som vesentlig for å få til og skape (gode) rehabiliteringstjenester, men også hva som er utfordrende.

Det kan være vanskelig å definere helt klart hva som egentlig er god organisering av rehabiliteringstjenester. For hvorvidt en tjeneste er god eller ikke er gjerne situasjons- eller individbestemt. Likevel kan en se likheter i det kommunene har svart på spørsmålene som ble stilt innenfor denne kategorien. Blant annet påpekes det at god rehabilitering innebærer at forskjellige fagpersoner på ulike nivå samarbeider om tjenesten. Det er fremstilt en enkeltvis presentasjon av ulike nødvendige faktorer, men disse må likevel ses i sammenheng for å forstå hva gode rehabiliteringstjenester innebærer.

4.2.1 Gode behandlings- og pasientforløp

Kommunene må i større grad vektlegge hvordan en skal disponere tjenester for å treffe det faktiske behovet i kommunen. For å få til bærekraftige rehabiliteringstjenester pekes det blant annet på at tilbudet bør styres mer i retning mot fokus på forebygging. Det vil si økt fokus på tidligere intervensjon av rehabiliteringstjenester slik at brukere rehabiliteres mer effektivt der det er mulig, og dermed trenger mindre tid i helsesystemet. Tanken er tidlig innsats sånn at flere brukere ikke en gang trenger å komme inn i systemene. Dette kan la seg gjøre med, for eksempel lavterskeltilbud som frisklivssentral. Uavhengig av om en bruker har behov for lavterskel- eller mer spesialiserte tjenester vektlegges viktigheten av å få til gode behandlings-/pasientforløp i tjenestene. Med det menes at det er viktig med samarbeid og samhold rundt brukeren med rehabiliteringsbehov, og at den personen som behandles som skal være i fokus. Informantene peker på at det må jobbes for at pasienter opplever helhetlige og sømløse tjenester. Med det menes at rehabiliteringen ikke er oppstykket av de ulike tjenestene som trengs, og at en unngår at behandlingen starter ”på nytt” hver gang pasienten møter en ny fagperson. På spørsmål om hvordan en organiserer gode rehabiliteringstjenester svarte samtlige kommuner at gode pasientforløp er en viktig del av å få det til. Eksempelvis fortalte kommune E det slik;

”Da tenker jeg at det innebærer gode pasientforløp. Det er at det er viktig at både sykehuset informerer oss, og at vi i kommunen er flinke til å informere sykehuset om pasienter. I tillegg

er det viktig å ta søknader opp i et team og å ha i alle fall fysioterapeut på banen, for jeg tenker at rehabilitering er veldig viktig og det er viktig at fysioterapeut er med. Samtidig har jeg sett selv at det er viktig å ha de ansatte med. For det hjelper lite at fysioterapeut er her noen timer midt på dagen, men så er det jo ofte de ansatte som er mye inne hos personen”

4.2.2 Kommunikasjon og informasjon

Dette må ses i sammenheng med blant annet kommunikasjon og informasjon, som også pekes ut som viktig for å gå til gode rehabiliteringstjenester. Informantene forteller at det bør være etablert arenaer og gode strukturer hvor faggrupper kan møtes og man kan få kjennskap til hverandre. Alle kommunene har faste møter med sine rehabiliteringsteam/enheter. I tillegg er det et samarbeid rundt vurdering av alle søknader som kommer inn til kommunen, og her er gjerne innsatsteamet sammensatt av ulike faggrupper. I tillegg benytter alle kommunene seg av kommunikasjonsverktøy. Disse tingene påpekes som viktige for å få til samarbeid rundt brukere og å skape gode tjenester. Opprettelsen av nye enheter i mange av kommunene er kanskje en start på å få dette enda bedre til. Til tross for gode verktøy er det også utfordringer med å opprettholde god kommunikasjon og flyt av informasjon mellom ulike tjenester og ansatte. Dette vil jeg komme tilbake til i neste del.

Noen av de mindre kommunene peker på at de kan ha fordeler ved at de har større nærhet og kjennskap til hverandre, og at kontakten mellom ulike ledd i helsetjenesten blir god av det. Samtidig kan de også oppleve at det kan være vanskelig å opprettholde nok kompetanse på tjenestene, ettersom rehabilitering gjerne er integrert i andre pleie- og omsorgstjenester. Dersom korttidsavdeling ligger på sykehjemmet, eller hvis hverdagsrehabilitering er integrert i hjemmesykepleien kan det være at rehabiliteringstjenestene forsvinner litt i pleie- og omsorgsarbeid. Dermed er kommunikasjon og informasjon på tvers av fag og enheter viktig. Kommune G poengterer det med dette utsagnet.

”Men vi tror jo at det er en fordel at vi ikke er organisert inn under hjemmetjenesten, fordi at vi ikke vil bli ”spist opp” i pleie- og omsorg”

En finner så klart både fordeler og ulemper med hvordan kommunene organiserer rehabiliteringstjenestene sine. Det at rehabilitering (i hjemmet/hverdagsrehabilitering) for eksempel organiseres inn under hjemmetjenesten er på mange måter en nødvendighet for at

kommuner skal kunne ha dette tilbudet. Når ulike fagprofesjoner må bidra inn til rehabiliteringen er god kommunikasjon og informasjon spesielt viktig. Informantene peker på hvor viktig det er å ha alle de ulike aktørene med ”på laget” når en bruker skal rehabiliteres, og at god kommunikasjon mellom disse er helt vesentlig for å få dette til. Som informanten fra kommune E sier;

”Så det er noe med dette å forklare ansatte at en pasient faktisk skal hjem, og så få de med på rehabiliteringen; for eksempel ved å hjelpe brukerne og klare og gjøre ting selv i istedenfor å bare gjøre alt for dem. Det er i alle fall veldig viktig, tenker jeg.”

4.2.3 Kunnskap og tverrfaglighet

Samtidig handler dette også om kunnskap og tverrfaglighet. For å få til et tilbud av (gode) rehabiliteringstjenester må flere faggrupper delta og samarbeide om tjenestene. Informantene peker på at det både trengs fysioterapeuter og ergoterapeuter, sykepleiere, men også lege, fastlege, og kanskje psykolog i noen tilfeller. Kommunene er nødt til å organisere seg slik at de har systemer som sørger for kunnskap på feltet og at brukere, så langt det er nødvendig, får en tverrfaglig behandling. For å få til gode behandlingsforløp er det blant annet viktig å utvelge en person som har hovedansvar for brukeren som skal rehabiliteres. Per i dag skal dette ivaretas av blant annet lovfestet individuell plan, koordinator og koordinerende enhet (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2011). Det er viktig at man har noen verktøy som gjør det mulig å ta kompetansen i bruk og faktisk klarer å samarbeid og deling av informasjon. Dette poengterer blant annet kommune A med følgende utsagn.

”I forhold til hva som er viktig i et rehabiliteringsløp så er det greit nok at man trenger både sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, men du trenger også kompetanseverktøy. Og for meg er det aller viktigst, for det hjelper ikke noe om vi kan mye om noe hvis ikke vi kan snakke med folk.”

Informanten i kommune D peker på at kommuner burde utvide begrepet i forhold til hvem som kan jobbe med rehabilitering for at tjenester skal bli gode. Informanten uttrykker et ønske om å ha sterkere fokus på samarbeid mellom profesjoner, og at det må tenkes mer tverrfaglig i behandlinger. Så om en kunne skapt noen gode strukturer slik at det kunne blitt en større

kultur for samarbeid ville det ført til flere gode rehabiliteringstjenester, slik informanten uttrykker det;

”Kultur og holdninger er jo mange ganger kanskje 80% av jobben, og så er strukturen en bit av det.”

4.2.4 Brukermedvirkning

Samtidig som både gode forløp, kommunikasjon, informasjon, kunnskap og tverrfaglighet utpekes som viktig blant informantene, er alle enige i at faggrupper i større grad må inkludere selve brukeren i behandlingen. Det må tas hensyn til alle aspekter rundt brukeren som en del av rehabiliteringen. Enten om det er fysisk opptrening eller sosiale faktorer og nettverk, fritid, familie, arbeid eller skole. For å sikre brukermedvirkning må det i større grad legges fokus på å spørre brukerne hva som er viktig for dem, istedenfor å ta valg for dem. Blant annet sier informanten fra kommune E det slik;

”Det som er viktig er brukermedvirkning. Vi må spørre ”hva er viktig for deg?”.

Det er ikke dermed sagt at det alltid er så lett å få til gode pasientforløp, brukermedvirkning og lignende. utfordringer på rehabiliteringsfeltet er knyttet til at nettopp dette.

4.3 utfordringer med rehabilitering i Region Kristiansand-kommunene

Når det kommer til rehabiliteringsfeltet så er det hele tiden i endring. Kommuner er nødt til å følge med på endringer som skjer sentralt og tilpasse seg deretter. Det kan blant annet være lov- eller forskriftsendringer, opptrappingsplaner eller ulike prosjekter. Dette i seg selv er noe kommunene peker på som en utfordring, slik informanten fra kommune D sier det;

”Det har skjedd så mange endringer fra sentrale myndigheter de siste par årene, og for meg som har jobbet her i mange år så ser jeg jo at de siste fem-ti årene så har det jo rullet ut nye ting, det er stortingsmeldinger som etterfølges av tilskuddsmuligheter og da hiver man seg jo rundt, og så i neste runde kommer lovhjemmelen og så kommer forskriftene som skal spesifisere lovhjemmelen enda mer, og dette er jo ting som på en måte varsles – så her må vi jo bare henge med..”

4.3.1 Tverrfaglighet og kompetanse

I tillegg er rehabilitering som sagt et bredt fagfelt og behandlinger krever ofte ulik kompetanse og høy grad av tverrfaglighet. For en kommune er det dermed viktig å ha ansatte med ulik kompetanse på rehabilitering, samt strukturer for samarbeid mellom disse. Dette er også en utfordring å få til. Det er i utgangspunktet positivt og helt nødvendig med samarbeid, men det kan by på utfordringer når det er fagprofesjoner som har en ulik forståelse av hva rehabilitering er, og hvilke utfordringer som foreligger til hvert tilfelle hos brukeren. Samtlige informanter trekker frem at samarbeid om en tjeneste mellom ulike profesjoner er en utfordring, uttrykket fra informanten i kommune E er bare ett eksempel.

”Profesjoner er en utfordring – alle tenker rehabilitering forskjellig.”

En av informantene (kommune C) peker på at dette kan ha med at en har ulikt perspektiv på hvordan de ulike profesjonene ser fremtidsbildet. Dermed er det variasjon i hvordan de ser behovet for endring ute i tjenestene. Samtlige av informantene forteller at selv om det er veldig positivt og helt nødvendig å jobbe tverrfaglig, så er det utfordringer med det ettersom ikke alle avdelinger er like ”villige” til å samarbeide. Dette er et inntrykk de har av enkelte ledd ute i tjenesten. Informanten i kommune G opplever at det for eksempel er utfordrende å samarbeide om rehabilitering med hjemmetjenesten i sin kommune ettersom de har et annet fokus i sitt arbeid. Dette kan poengteres med et sitat fra informanten selv;

”Samarbeidet opp mot hjemmetjenesten kan være utfordrende. På grunn av at fokuset der er annerledes.”

Likevel opplever noen av informantene at det er en holdningsendring på gang i kommunene. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er i vinden for tiden, og fokuset på hva brukere vil oppleves som stadig mer aktuelt. Samtlige av kommunene uttrykker at de til tross for enkelte utfordringer likevel får til gode tjenester. Det er lettere å være enige om forløp rundt enkeltsaker enn det kanskje er å få en generell enighet om hva rehabilitering er. Informanten fra kommune G uttrykker det med følgende sitat.

”På enkeltsaker så er man ofte enige. Det er egentlig situasjonsbestemt, og avhengig av brukere deres motivasjon”

4.3.2 Endrede behov, ressurser og prioritering

I tillegg til dette er strømmen av pasienter er annerledes nå enn den var før. Brukere og deres behov har endret seg med tiden og man opplever at vi generelt lever lengre, og at flere overlever og lever lengre med kroniske sykdommer. Det innebærer at kommunene med tiden har fått flere/større grupper pasienter med behov for mer krevende og kompleks rehabilitering. En informant (kommune D) forteller at det kan være en utfordring at de ikke har logoped lett tilgjengelig når de får pasienter med store hodeskader. Slike tilfeller presser kommunene til å måtte rigge seg annerledes for å kunne ta i mot det som kommer av tilfeller. Selv om det er opprettet egne enheter som skal sikre rehabilitering i kommunene kan det likevel være vanskelig å prioritere dette høyere enn andre helsetjenester i en hektisk og presset hverdag. Informanten fra kommune C uttrykker det slik;

”Mange av disse enhetene skal kanskje håndtere mer enn bare rehabilitering (for eksempel ungdomstjeneste, akuttmedisinsk eller lignende, og da kan rehabilitering, som er et ganske diffust felt (men likevel en sentral strategi for oss fremover), forsvinne litt”

Det gis et inntrykk av at rehabilitering ikke har høyest prioriteringen verken på statlig eller kommunalt nivå. Flere av informantene forteller meg at de må jobbe mye med få ressurser. Selv om samarbeid mellom fagprofesjoner er en utfordring, så kan det være like vanskelig at dette ikke har høyere prioritet blant ledelsen i kommunen. Informantene opplever at antallet pasienter øker hos alle, og at det stadig kommer inn brukere som har behov som er vanskeligere å tilfredsstille. Det er ikke dermed sagt at de får mer ressurser i kommunen til å imøtekomme alle (nye) behov. Kommunene peker på at det kan være utfordrende at de i noen tilfeller ikke rekker mer enn ”brannslukking” når det kommer til rehabilitering. Informantene opplever at det har tatt lang tid før rehabilitering har fått en økt prioritet i kommunene. I tillegg pekes det på at selv om det på overordnet nivå settes i gang en rekke prosjekter eller tilskudd, så innebærer det ofte bare midlertidig tilskudd av ressurser og prosjektmidler. Det som trengs er permanent forankring av rehabiliteringsfeltet, slik informanten fra kommune F uttrykker;

”Rehabilitering er vel fortsatt et lite stebarn i helsevesenet.... Jeg kunne tenkt meg at rehabiliteringsfeltet må forankres mer på et høyere nivå, og at det er vilje og forståelse til å satse på dette – det mangler rett og slett i dag. Vi må sloss litt for små ressursøkninger, og det tar tid”

4.3.3 Kommunikasjon og informasjon

Selv om kommunikasjon og informasjon mellom alle ledd i et behandlingsforløp er vesentlig, er det også en utfordring. En skal hele tiden holde hverandre oppdaterte på hva kommunen har av tjenester, og det må kommuniseres rund brukerne av rehabilitering. Noen kommuner peker på at det kan være utfordrende å få til god kommunikasjon og flyt av informasjon ettersom at de som jobber med rehabilitering ikke er samlokalisert. Enkelte kommuner har forskjellige dataprogrammer på tvers av enheter innenfor helsesektoren sin og peker på at det gjør det spesielt vanskelig å kommunisere med hverandre. I kommuner hvor de har tilgang til felles/gode kommunikasjonsverktøy, oppleves det likevel at ikke alle tar disse i bruk. Dette gjelder også kommuner hvor rehabiliteringsteamet er samlokalisert. Informanten i kommune F uttrykker i sitatet nedenfor at de blant annet har ulike dataprogrammer, og at det er en stor utfordring for kommunikasjonen mellom ansatte.

”Avdelingene bruker forskjellige dataprogrammer som ikke kommuniserer. Helsestasjonen har ett program, vi fysioterapeutene bruker et eget program, hjemmetjenesten et annet program, og slik blir det vanskelig å kommunisere”

Det å holde folk oppdatert anses som en utfordring i samtlige kommuner. For selv om alle ansatte for eksempel har mail, så har informantene et inntrykk av at disse ikke alltid blir lest. En av informantene peker på at de også merker et stort skille mellom generasjoner og hvordan ulike generasjoner både tenker rehabilitering og hvordan de bruker kommunikasjonsverktøy. I tillegg til dette peker noen av informantene på at de mener at de kommunikasjons-/informasjonsverktøyene de har ikke er tilstrekkelige nok til egentlig å få til god informasjonsoverføring.

Deling av informasjon om brukere som får eller skal få rehabilitering i kommunen via dataprogrammer/elektroniske meldinger innebærer gjerne kortfattede og medisinsk-tekniske standardnotater og beskjeder om brukeren. Og spesielt ved rehabilitering kan det være

utfordrende ettersom så mange andre faktorer og behov kan være viktige, og samtidig så vanskelige å få uttrykt i et kort epikrisenotat. I tillegg til dataprogrammer og mail, så kommuniseres det også mye via telefon. Det i seg selv er jo bra, for da får man kanskje til å kommunisere en mer detaljert informasjon om brukeres behov. Likevel hender det at denne informasjonen faktisk forsvinner fordi man glemmer å skrive beskjeder ned, og samtaler blir fort glemt i en ellers så hektisk hverdag. En av informantene peker også på utfordringer ved at de i sin kommune ikke alltid har sykepleier tilgjengelig på nattevakt på sykehjemmet. Informanten fra kommune E forteller så om et tilfelle (uttrykt i sitatet nedenfor) hvor det eksempelvis kommer inn en melding om en bruker fra spesialisthelsetjenesten, men så er det kun en helsefagarbeider på vakt som ikke har tilgang til å logge seg inn i elektroniske meldinger, så det kan ta mange timer før den meldingen faktisk blir lest.

”Tidligere har vi også opplevd at det ikke har vært sykepleier på jobb, og da kan det gå 8 timer før en elektronisk melding blir lest, for helsefagarbeidere har ikke tilgang på elektroniske meldinger – det er kun sykepleierne som kan det. Så dette kan være problematisk.”

4.3.4 Brukermedvirkning

En siste utfordring som utmerket seg under flesteparten av intervjuene var det å få til god brukermedvirkning. Informantene peker på viktigheten av å inkludere de personene som faktisk trenger rehabilitering i utformingen av et behandlingsforløp. Det oppleves at det generelt er for lite fokus på brukerne av rehabiliteringstjenester og at brukermedvirkning ikke vektlegges nok i helsesystemet. Informanten fra kommune A uttrykker det slik;

”Det som er spesielt utfordrende er at helsevesenet har milevis igjen i forhold til det å være opptatt av pasienten eller den som faktisk trenger hjelp. Pasienter opplever ofte at ingen egentlig har tatt en ordentlig prat med dem om hva de trenger; hva som er viktig for dem. Sykepleiere, leger og terapeuter har tenkt for dem”

Informantene fortalte at rehabiliteringstjenestene kan komme til å bli mye mer effektive hvis man i større grad inkluderer brukerne i rehabiliteringsprosessen og spør dem ”hva er viktig for deg” tidlig i prosessen. God brukermedvirkning kan bidra til at man raskere kommer inn til kjernen av hva det er en bruker egentlig ønsker å oppnå med rehabiliteringen. Og i tillegg

opplever mange brukere økt motivasjon for å rehabiliteres dersom de føler at de selv er med på å bestemme over seg selv. Informanten fra kommune A forlate videre (som vist i sitat nedenfor) at brukere gjerne blir sendt mellom fagpersoner med diverse henvisninger og anbefalinger, men kanskje uten at noen egentlig har tatt seg tid til å inkludere personen selv i behandlingen. Og det er en stor utfordring.

”Folk er så sykt forskjellige på hva som fungerer for dem og hva som motiverer – og dette vet vi jo ingenting om før vi spør.... Et viktig prinsipp innenfor rehabilitering er og ikke vite for det andre mennesket.”

I tillegg til dette peker informantene på at det også kan være utfordrende å få til brukermedvirkning i praksis. Det kan for eksempel være fordi at kommunene ikke har gode nok rutiner for det, og blant annet kan det være vanskelig dersom brukerne ikke er motiverte til å ta del i behandlingen. Informanten fra kommune E fortalte det slik.

”Her har vi merket at, kanskje det har noe med generasjonen å gjøre, men jeg føler kanskje at det av og til er vanskelig å – hvis man spør pasientene hva som er viktig for dem – at de nesten forventer at du (jeg) skal fortelle dem det/svare for de. Dette merker vi. Og vi må nok prøve å jobbe litt mer mot å motivere, og å si at det er pasientene selv som må svare. Dette kan være veldig vanskelig.

Informanten pekte også på at de har hatt utfordringer knyttet til brukermedvirkning i sin kommune på grunn av kommunens størrelse og at ”alle kjenner alle”. Informanten har opplevd at fokuset på brukeren og dens behandling kan skli litt bort dersom en i av de som skal vurdere søknaden er i nær kjennskap til han eller hun som skal motta rehabilitering. Slik sa informanten fra kommune E det;

”I en liten kommune så kjenner nesten alle hverandre. Det kan også gjøre at det er vanskelig å få til brukermedvirkning. For en kan jo risikere at en som er på vurderingsbesøk er i familie med deg. Så det er litt vanskelig – plutselig slår vurderingsbesøket om til ”privat prat”, det har jeg opplevd.. og da blir jo brukermedvirkning vanskelig”

4.4 Forståelse av fenomenet samhandling

Samhandling utpekes som helt nødvendig men også som en stor utfordring blant informantene. På grunn av oppgavens fokus og problemstilling så har jeg valgt å kategorisere informasjonen om samhandling i to egne deler. Det er likevel viktig at dette ses i sammenheng med den empirien som allerede er redegjort for. Det er fordi at informantene, når de ble spurt spørsmålet om hva de så på som god organisering av rehabiliteringstjenester svarte gode pasientforløp, brukermedvirkning og så videre. Men de svarte også at samhandling var en viktig del av den gode organiseringen. Likeså ble samhandling utpekt når informantene ble stilt spørsmålet om utfordringer på rehabiliteringsfeltet.

Først og fremst ble informantene stilt spørsmålet 'hva legger du i begrepet samhandling?'. Jeg har valgt å vise frem hva alle syv informantene svarte på dette spørsmålet, og flesteparten har en relativt lik forståelse av hva de mener samhandling er, og hvorfor det er viktig i forhold til rehabiliteringsfeltet. Informantenes utsagn er illustrert nedenfor i syv ulike sitater. Som man kan se så er det en del likhetstrekk mellom disse.

Kommune A: "I begrepet samhandling legger jeg at vi treffer en person som er syk, og som uttrykker et behov, og da er det mitt ansvar i forhold til den kompetansen jeg har å tenke; hvem andre må vi snakke med nå, hvem andre kan jeg/vi snakke med i de ulike fagkompetansene. Og så oppsøker vi dem, og spør om vi kan samarbeide for å møte behovene til den personen vi har truffet. Det er samhandling for meg."

Kommune B: "Jeg vil si at samhandling på en måte (litt løst) betyr at man samhandler rundt pasientene men en holder kanskje fortsatt litt på sin egen profesjon, man er ikke over på at man har overtatt hverandres roller, men at man sørger for at overganger er flytende og at vi er integrert i hverandres arbeid."

Kommune D: "Det er å kunne få til gode, sømløse tjenester rundt den enkelte bruker. At de ulike aktørene vet hva de skal bidra inn med, og hva jobben er og at man på en måte prøver å løfte frem brukeren og det som er viktig for brukeren som det viktigste."

Kommune E: "Samarbeid, rett og slett. Da mener jeg både mellom kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, og bruker. Kommunikasjon mellom disse."

Kommune F: *”Samhandling er vel å sikre brukeren at det ikke blir brudd i tjenestelinjen. Det at vi kan sikre en overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, og også at vi kan sikre flyt og tilbud internt i kommunen og at det ikke er noe som hindrer en god tjeneste.*

Handlingsforløp og brukermedvirkning.”

Kommune G: *”Samhandling er kanskje litt synonymt med samarbeid for meg. Og for meg handler det om å snakke sammen, møtes, lage en felles plan med hvilken retning man skal, og at alle involverte gjør sine ting og det de har sagt at de skal gjøre. Å jobbe i samme retning.”*

Det er likevel et svar som skiller seg litt fra resten. Informanten fortalte meg at de snakker mye om, og jobber mye med tverrfaglighet i kommunen, men at det ikke har blitt jobbet noe særlig med hva som legges i samhandling. Dette er uttrykt i sitatet under.

Kommune C: *”Det tror jeg aldri har vært. ... Vi sier at vi har utfordring med samhandling. Helse- og omsorgsplanen vår er veldig tydelig på at det er en stor utfordring som vi har, og det har også vært sagt at vi kanskje er bedre på å samhandle inn mot spesialist enn vi kanskje er på tvers av våre egne virksomheter i perioder. Men om vi har gått inn og vært veldig tydelige på hva vi legger i samhandling, det er jeg litt usikker på.”*

Informantene forklarer samhandling som gode overganger, samarbeid mellom ulike tjenester for å møte behov, kommunikasjon mellom profesjoner, være integrert i hverandres arbeid, viktigheten av at brukeren er i fokus og får ta del i egen rehabilitering. Kort sagt ”å jobbe i samme retning”. Jeg var ikke ute etter å få noen konkret definisjon av hva samhandling er men heller om det var en felles forståelse, tolkning eller enighet rundt begrepet blant informantene. Informantene fortalte at samhandling er helt avgjørende for å få til rehabilitering. Informanten fra kommune B uttrykker det slik, *”Samhandling er vesentlig for rehabilitering på alle måter. Mellom tjenester, linjer og kommuner”*. Informantene pekte på rehabiliteringens kompleksitet, og at ingen klarer å gjøre dette alene. Informanten fra kommune D pekte spesielt på nettopp det, *”Ingen fikser dette aleine. Når vi snakker om rehabilitering så snakker vi også om kompleksitet og det er det ingen som fikser aleine. Så vi er nødt til å samhandle”*. Man er helt avhengige av å samhandle. Samtlige av informantene utpekte det som en av de viktigste faktorene for i det hele tatt å få til rehabilitering, blant

annet informanten fra kommune E, ”Jeg tror samhandling er en av de viktigste tingene for å få til rehabiliteringstjenester”.

Det er likevel ikke bare enkelt å få til god samhandling til enhver tid. Som nevnt opplevde jeg at det var mange av de samme utfordringene som ble utpekt da jeg stilte spørsmål om hva informantene erfarte som utfordrende med samhandling. Det være seg kommunikasjon, ressurser, utvikling og behov som endrer seg og så videre. Noen av informantene peker også på at det kan være utfordrende at det ikke foreligger noen føringer eller en konkret definisjon på hvordan en faktisk skal klare å samhandle godt, som informanten fra kommune B uttrykker.

Til tross for at det legges mye vekt på at ”det skal samhandles” om rehabiliteringstjenester så er det jo ikke lagt direkte føringer eller noen konkret definisjon sånn sett på dette.

Utfordringen er jo blant annet at vi hele tiden skal holde oss oppdatert på hverandre – hva har vi av tjenester, hvem innenfor tjenestene, tankesett mellom første og andrelinjetjenesten sånn at samhandlingen fungerer godt der. Men det at ting er i konstant utvikling tror jeg er mest utfordrende, det å følge med på hva det egentlig er som skjer nå hva har i å tilby, hvem er det jeg skal kontakte, er det plutselig endret noe fra slik det var for et halvt år siden.

Selv om de fleste informantene inkluderte mye av de samme faktorene i sin forståelse av samhandling (samt. viktigheten og utfordringer), så kom det likevel frem i intervjuene at det var svært få som jobbet spesifikt med kartlegging av hva samhandling egentlig innebærer for kommunene. Dette tar meg videre til empiriens neste kategori, nemlig hvordan kommunene jobber for å sikre samhandling av rehabiliteringstjenester.

4.5 Organisering for (god) samhandling

Informantene fortalte at kommunene har en form for plan som inkluderer mål og strategier for rehabiliteringsfeltet. Disse kan være integrert i den kommunale helse- og omsorgsplanen eller fremstå i en egen rehabiliteringsplan. Informantene fortalte igjen at utfordringen likevel er at det er få som faktisk leser disse. Kommunene kan ha korte avstander mellom hverandre, gode datasystemer og godt utarbeida planer, men det kan likevel være vanskelig å få ansatte til å ta disse midlene i bruk. På spørsmålet om det foreligger noen konkrete planer på hvordan kommunene skal sikre (god) samhandling på feltet, henvises det gjerne til disse planene. Det

utmerket seg likevel at samhandling som et eget ”punkt” ikke er særlig spesifisert eller jobbet med i kommunens planverk. Informanten fra kommune A sa, *”vi har nok et potensiale i kommunen til å bli bedre på å definere hva samhandling er for oss”*. Samtlige så et forbedringspotensial i forhold til å definere hva samhandling av rehabiliteringstjenester i realiteten er for kommunen.

4.5.1 Prosjektanbefalinger

Mye av intervjuguiden omhandlet spørsmål basert på anbefalingene fra det tidligere Region Kristiansand-prosjektet ”Samhandling innen rehabiliteringsfeltet”. Til tross for at oppgavens problemstilling endret fokus underveis og har gått bort fra å undersøke effekter fra selve ”samhandling innen rehabiliterings-prosjektet”, er det likevel relevant å inkludere informasjonen som har blitt gitt rundt dette. Det er fordi spørsmålene om prosjektet omhandler kommuners arbeid for å forbedre samhandlingen rundt sine rehabiliteringstjenester. Informantene ble spurt om de hadde kjennskap til ”prosjekt samhandling innen rehabiliteringsfeltet” og de anbefalingene som ble presentert i prosjektrapporten. Med utgangspunkt i disse anbefalingene stilte jeg spørsmål som omhandlet kommunenes arbeid med kartlegging, kompetanse og nye tjenester. Dersom informantene ikke var kjent med anbefalingene, stilte jeg spørsmål vedrørende om kommunene likevel hadde gjort noen konkrete tiltak for å forbedre/endre organiseringen av rehabiliteringstjenestene i løpet av de siste årene.

Videre når det refereres til ”prosjektet”, så betyr det Region Kristiansand-prosjektet ”Samhandling innen Rehabiliteringsfeltet”.

En informant forteller at hun ikke er sikker på om hun har hørt om prosjektet som foregikk, eller om det er andre ting hun har hørt om, og tror er det samme. De resterende seks informantene har alle hørt om prosjektet. Det varierer hvor mye de vet om anbefalingene som ble presentert som resultater etter endt prosjektperiode. Noen av informantene deltok faktisk i deler av undersøkelsene til prosjektet. For eksempel deltakelse i workshop eller intervju, en har vært med på sluttsamling, og en har bidratt til følgerapporten ”Anbefalinger om somatisk rehabilitering” (Fagutvalg somatisk rehabilitering 2017). I tillegg har flere deltatt på ”Fagdag Rehabilitering” som er et resultat av prosjektet, blant annet informanten fra kommune B som fortalte det slik;

”Jeg kan ikke sikkert si at jeg har hørt om prosjekt samhandling i rehabiliteringsfeltet. Jeg har der i mot hørt om fagdag rehabilitering, og vært der. Jeg er ikke kjent med anbefalingene fra prosjektet.”

Det er mye likhet i hva kommunene har gjort for å organisere rehabiliteringstjenestene sine og for å sikre samhandling. Sett ut i fra anbefalingene så forteller alle informantene at de har opprettet koordinerende enhet. Noen har opprettet skjemaer for evaluering og kartlegging av tjenester på for eksempel korttidsopphold. Et par kommuner har oppdatert nettsidene sine for å sikre god tilgang til informasjon og bedre brukermedvirkning. I forhold til å jobbe med kompetanse er det enkelte ansatte som har tatt videreutdanninger, og en del ansatte i kommunene har deltatt på kurs og i nettverk med rehabilitering som tema. I tillegg jobbes det med å lage kompetanseplaner. I forhold til opprettelse av nye tjenester er ikke det et veldig prioritert fokusområde, men informantene viser blant annet til frisklivssentral og opprettelse av nye rehabiliteringsenheter. Ikke alle opplevde det som like lett å jobbe for å forbedre, eller sikre gode strukturer for samhandling. På spørsmålet om hvordan kommunen jobber for å sikre samhandling, svarte informanten fra kommune G slik;

”Ja det kan man lure på... vi gjør ikke det... Vi har en helse-omsorgsplan i kommunen, men den sier ingenting om hvordan vi skal evaluere og utvikle oss... Jeg tenker at vi har mye å hente på ”planer for å sikre kompetanse(heving)”. Så nei, vi har ikke jobbet spesifikt med det. Men det skal vel finnes en kompetansebank et sted i kommune, de har prøvd å sortere dette, men det er nok vanskelig.”

På spørsmål om prosjektet i seg selv har bidratt til å påvirke kommunenes organisering, svarte samtlige at de tror det er andre faktorer som spiller inn. Jeg som intervjuer fikk ikke inntrykk av at det er prosjektet i seg selv som har ført til om kommunene er bevisste på sin utvikling. Informantene pekte på at de følger statlige (og lovpålagte) føringer i arbeidet med rehabilitering. Informanten fra kommune G, som vist i sitatet nedenfor, forteller i tillegg at det er omorganiseringer av avdelinger i kommunens helse- og omsorgsenhet, og eventuelt også tilskudd av nye ansatte som bidrar til endring, og ikke prosjektet i seg selv.

”Men dette handler nok mer om at nye kluter kommer til og ser ting annerledes, enn at det har noe utspring i denne prosjektrapporten”

Det blir i tillegg pekt på av informanten i kommune F at de ikke har tatt prosjektrapporten bevisst i bruk i sitt arbeid med organisering av rehabiliteringstjenester, slik det påpekes i sitatet.

”Jeg tror ingen av oss at hatt denne prosjektrapporten om samhandling i hånda når vi har diskutert tiltak og organisering, vi har nok mer sett på konkrete behov for vår kommune”

En del av informantene fortalte at dette nok blir sett på som et av mange prosjekter som gjennomføres, men som kanskje ikke brukes til sin hensikt i etterkant. Eksempelvis slik informanten fra kommune B uttrykker seg.

”For det går alt for mange prosjekter, og det er så mange føringer fra alle kanter så ting drukner litt i hverandre på en måte. Og så er jo ikke dette et lovpålagt krav å følge opp, så det forsvinner jo under de tingene vi må gjøre...”

Men generelt tror jeg at de fleste prosjekter gjennomføres og så skjer det ikke så mye etterpå. Mye penger forsvinner litt fordi prosjektene ikke blir ordentlig integrert.”

Det fremstår av samtlige at de føler at de mangler tilhørighet eller eierskap til prosjektet, og at anbefalingene kanskje ikke passer helt til behovene de har i sine kommuner. I tillegg påpekes det at informasjonen om prosjektet ikke har nådd helt ut til de som jobber i kommunene. Selv om hver kommune har hatt en representant i prosjektet kan det være vanskelig å få andre ansatte med på dette dersom man ikke har en sentral posisjon. Det er positivt at prosjektgruppa var bredt sammensatt, men når det skal ut i kommunen er det ikke sikkert det er så godt egnet likevel fordi man ikke har mulighet og myndighet til å spre budskapet. Dette er noe som informanten i kommune G vektla og fortalte slik;

”Når man ikke har direkte eierskap til prosjektet selv og leser prosjektrapporten vil man kanskje sitte med et inntrykk av at disse tjenestene har vi jo og det ivaretas med de løsningene vi allerede har i dag. Og så er det jo noe med at når det lages noe interkommunalt sammen så må jo noen i kommunen føle at dette er noe de har ansvar for også, og det er det jo ikke

sikkert at man føler. Det er ikke sikkert at den som har vært med i prosjektgruppa en gang føler at han har mulighet til å utøve noe derfra”

Noen av kommunene påpeker også at de ikke har mottatt noen formelle retningslinjer for hvordan prosjektet skulle implementeres. Når anbefalingene heller ikke er lovpålagt kommer det frem hos samtlige at retningslinjene konkret ikke har ført til noe. Det vil si, det jobbes jo med både kartlegging, kompetanse og lignende i kommunen, men det er lite (eller ingenting) av det som faktisk kan linkes opp til prosjektet. Informanten fra kommune G påpekte dette;

”Vi har ingen plan på hvordan anbefalingene skulle ”igangsettes”/iverksettes. Jeg tror nok at dette er en prosjektrapport som har havnet i en skuff her i kommunen.”

Når dette er sagt, så var samtlige informanter veldig positive til bruken av slike prosjekter for å utrede rehabiliteringsfeltet. Prosjektet har vært med på å kartlegge og å legge et grunnlag med informasjon om rehabilitering på tvers av nivå og fagfolk ute i tjenesten. Prosjektet innebar at deltakere på begge nivå kunne uttale seg om hva som fungerte (og ikke fungerte) i samhandlingen på rehabiliteringsfeltet. Informanten fra kommune C (sitat nedenfor) kaller prosjektet et startskudd for å skape en felles forståelse av spesialist- og primærhelsetjenestenes samfunnsoppdrag.

”Jeg vil si at dette prosjektet har vært med på å danne det kunnskapsgrunnlaget som gjør at vi er der vi er i dag, tror jeg, i veldig stor grad.... Vi ser at det å få oversikt over hvordan tjenestene må ses for å kunne imøtekomme alle behov tror jeg at prosjektet har vært med på å bidra til.”

I dette kapitlet har resultater fra intervjuene blitt presentert i ulike deler. I neste del vil undersøkelsens funn diskuteres systematisk i lys av de institusjonelle elementene.

5. Analyse og drøfting

Rehabiliteringsfeltets utfordringer er komplekse og kan ikke løses ved kun å studere samhandling. Det å finne en fullstendig løsning på feltets utfordringer er heller ikke målet med oppgaven. Snarere er dette et forsøk på å belyse samhandling som et av flere fenomenet det er knyttet utfordringer til, og å bidra til å gi en forklaring på hvorfor det er slik.

Siden empiri nå skal analyseres og diskuteres, har jeg valgt å presentere problemstillingen på nytt: *”Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling i håndteringen av rehabiliteringsfeltets utfordringer, og hvilken betydning får det for organisering av tjenestene?”*

Det er som tidligere nevnt de syv Region Kristiansand-kommunene som er undersøkt. For å belyse problemstillingen har jeg spurt informantene om hvordan de organiserer rehabiliteringstjenester i kommunen de jobber i, hva de ser på som god rehabilitering og hvilke utfordringer de har med tjenestene. Informantene har blitt spurt om hva de legger i begrepet samhandling, og på hvilken måte de anser samhandling som vesentlig for å få til god organisering av rehabilitering. I tillegg til dette har informantene redegjort for hvordan kommunene organiserer sine tjenester deretter.

I oppgavens analyse vil undersøkelsens funn diskuteres i lys av Scott (2014) sine tre pilarer. Dermed følger en kort oppsummering av institusjonelle elementer og hvorfor det er relevant å undersøke samhandling i lys av disse. Videre diskuteres informantenes forståelse av samhandling, og dets betydning for kommunenes organisering av rehabiliteringstjenestene.

5.1 Et institusjonelt perspektiv på samhandling av rehabilitering

Ved å undersøke samhandling i et så komplekst fagområde som rehabilitering, er det ikke tilstrekkelig og kun se på instrumentelle faktorer som lover, regler og vedtekter. For å kunne finne sammenhenger og forklaringer på hvorfor samhandling både er nødvendig og utfordrende, bør også normative og kognitive elementer i og rundt organisasjonene belyses (Bukve & Kvåle 2014).

Det er de institusjonelle elementene som forklarer hva som anses som passende og upassende handling ut i fra organisasjonsmedlemmers oppfatninger, tilhørighet og identitet. I tillegg kan

de kognitive elementene bidra til å forme medlemmers ideer om hvordan verden henger sammen (Bukve & Kvåle 2014).

5.1.1 Regulative elementer

Aktørers handling styres ut i fra regler, lover og prosedyrer og sikres av formell ansvars- og arbeidsfordeling (Scott 2014, Strandos 2014). På denne måten kan samhandling av rehabiliteringstjenester forklares ut i fra hvorvidt kommunene har etablert eller tilpasser seg formelle elementer. Per i dag er alle kommuner pålagt å tilby rehabiliteringstjenester. Dette er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Endringer i samfunnet har lagt press på kommunene i form av mer og større ansvar for pasienter, og har gjort at kommunene har måttet organisere seg slik at de kan ivareta sine brukere på best mulig måte. Med tiden har det blitt tillagt noen elementer til lovverket som legger grunnlag for hvordan kommunene må organisere seg. Disse sier og noe om hvilke elementer som må være til stede i kommuners organisering av rehabiliteringstjenester. Lovfestet koordinerende enhet, individuell plan og koordinator er konkrete eksempler på dette. Det er via disse føringene at kommunene er pålagt å drive rehabilitering, og å samhandle om tjenesten.

5.1.2 Normative elementer

Normer og verdier er nødvendige for å ha en stabil sosial orden, og for opprettholdelse av stabile organisasjoner (Scott 2014, s. 66). Ut i fra den normative søylen er det i større grad forventninger, normer og verdier som styrer handling i en organisasjon (Scott 2014). Samtlige informanter har en forståelse av hva som kan gjøres for å organisere tjenester slik at man får til god samhandling. Noe av det som likevel gjør det så vanskelig å gjennomføre er at rehabilitering krever samhandling mellom mange ulike aktører og fagprofesjoner. Ulike profesjoner har gjerne forskjellige meninger om hva man synes er viktig i en rehabiliteringsprosess. Det kan argumenteres for at utdanninger på mange måter er bygget opp av normer og verdier. Ansatte av ulik profesjon kan dermed forstå samhandling forskjellig (Scott 2014).

5.1.3 Kulturelt-kognitive elementer

Kognitive elementer forsøker å forklare forståelse av samhandling ut i fra om det finnes trekk av felles forståelse blant aktører (Scott 2014). Det kan antas at samhandling blir bra hvis man har en felles forståelse av hva utfordringene er, og hvordan de burde løses. Hvordan aktører

forstår samhandling avhenger av om de har en felles forståelse av virkeligheten, og at de oppfatningene man har står som fakta og sannhet (Scott 2014, Strandos 2014). Utfordringer med samhandling i rehabiliteringsfeltet kan ut i fra denne søylen forklares med at aktørene har ulik (kognitiv) forståelse av hva som er riktig å gjøre i ulike situasjoner (Scott 2014).

5.2 Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling?

Funn fra undersøkelsen som har blitt gjennomført bekrefter at rehabilitering er et komplekst fagområde innen helsevesenet. Blant annet fordi rehabilitering er en tjeneste som gis til mange brukere med ulike behov i kommunene. Det innebærer oppfølging og/eller opptrening av ulike funksjoner, og krever gjerne at flere aktører på ulike nivå og fra forskjellige sektorer samarbeider om å rehabiliterer en bruker (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, Forskrift om habilitering og rehabilitering 2011). Brukere som får fysisk opptrening trenger ofte også andre tjenester, som for eksempel psykisk helsehjelp, som en del av rehabiliteringen. I tillegg skal kommuner bidra til at personen som skal rehabiliteres, så langt det er mulig, kommer tilbake til ett selvstendig liv med familie, nettverk og arbeid. Endret funksjonsnivå oppleves ofte utfordrende for den rammede og de pårørende, uavhengig av årsak. Det å bidra til å hjelpe den rammede til å mestre ny livssituasjon, oppnå best mulig funksjon, og opplevelse av god livskvalitet, gjør rehabiliteringsfeltet til et komplekst fagområde. Kompleksitet skaper et behov for samhandling av tjenester, ettersom det kan være vanskelig å vite hvem det er som til enhver tid har fullstendig kontroll over utføringen av rehabiliteringsarbeidet (Johnson 2009, Bukve & Kvåle 2014).

På spørsmål om hvordan informantene forstod begrepet samhandling ble det pekt på gode overganger mellom tjeneste og nivå. I tillegg vektla informantene samarbeid mellom ulike tjenester for å møte brukerens behov. Samhandling ble også forstått som (god) kommunikasjon mellom ulike tjenester og nivå i helsetjenesten, og at man må være integrert i hverandres arbeid. Informantene vektla også viktigheten av at brukeren er i fokus, og får ta del i egen rehabilitering, som god samhandling. Kort sagt- det å jobbe i samme retning. Sett på denne måten innebærer alt som er nødvendig for å få til gode rehabiliteringstjenester også god samhandling.

5.2.1 En vesentlig forutsetning

Alle informantene anså samhandling som en helt vesentlig forutsetning for å få til et rehabiliteringstilbud. Det ble vist til hvor komplekst fagområde rehabilitering er, og at samhandling er en av de viktigste faktorene for å få til gode tjenester. Et generelt inntrykk er at samhandling ble sett på som en løsning for veldig mange av rehabiliteringsfeltets utfordringer. Det kan argumenteres for at ideen om samhandling er basert på en trend om hvordan organisasjoner bør styre og organisere helsetjenester. Måten det snakkes om samhandling blant informantene er med på å styrke teorien om at samhandling nettopp er en trend (Torjesen & Vabo 2014). Det kan virke som at det foreligger en felles ide om at 'rehabiliteringstjenestene blir gode så lenge man samhandler bra nok'.

Samhandling er en abstrakt betegnelse og rommer veldig mye. Det er likevel noe med det at når begrepet brukes "over alt" og ilegges ulik betydning i forskjellige kontekster, blir begrepet også litt "tomt", i mangel på et bedre ord. I gjennomgang av litteratur om organisering av rehabilitering opplevde jeg at det er lite eller ingen beskrivelse av hva samhandling egentlig er eller kan være. Dette til tross for at begrepet nevnes opptil flere steder i litteraturen, da gjerne både som en god og nødvendig løsning på utfordringer, men og som en utfordring i seg selv. Jeg har inntrykk av at bruken av *samhandling* flere steder i tekstene også kunne vært byttet ut med andre ord som for eksempel bare 'samarbeid'.

Etter å ha gjennomført intervju viste det seg og at det er nokså vanskelig å få tak på hva samhandling faktisk er for kommunene. Fenomenet er nødt til å ses i kontekst for at det skal gi mening. Dette beviser nok en gang dets kompleksitet. Samhandling er både vesentlig og utfordrende for rehabiliteringsfeltet, og alle kommunene som er undersøkt anerkjenner dette.

Til tross for at kommunene organiserer tjenester på best mulig vis for å kunne ta imot brukere, hadde nesten ingen av kommunene jobbet konkret med å definere eller kartlegge hva samhandling er eller burde bety. De hadde heller ikke gjort rede for hvordan man skal jobbe for å oppnå god samhandling i kommunen.

5.2.2 Mangel på definering av samhandling

Ut i fra et normativt perspektiv kan utfordringer med samhandling av rehabilitering forklares med at det ikke er laget noen formelle føringer eller definisjon av fenomenet. Fravær av regler

for gjennomføring og organisering av tjenester åpner opp for at aktører i større grad kan ta avgjørelser basert på skjønn og egne erfaringer (Scott 2014). Ulike profesjonene og aldersgrupper ilegger begrepet forskjellige verdier, og dermed vil fokuset være forskjellig.

Informantene trekker frem at de alle har veldig mye som fungerer godt i rehabiliteringstilbudene sine. Det er ikke slik at mangel på definering av (eller utfordringer med) samhandling går på bekostning av behandlingen til en pasient. Likevel påpekte informantene at det trengs metoder for å jobbe med kulturen til de ansatte for å utvikle en felles forståelse av samhandling, og hvordan det kan bidra til å håndtere utfordringer med rehabilitering. Noen av informantene viser til at de jobber med kompetanseheving, et par har etterutdannet seg, og de fleste har deltatt på kurs for å lære mer om rehabilitering. Likevel er det ikke blitt gjort mye arbeid med å spre en felles forståelse ut i kommunene. Nettopp det er litt overraskende ettersom en av forutsetningene for at aktører skal kunne samhandle om oppgaver er at man må ha et felles mål og en felles forståelse av situasjonen, og i tillegg at det må foreligge tilstrekkelig tillitt til hverandre (Bukve & Kvåle 2014, Vangen & Huxham 2010)

5.3 Hvilken betydning har samhandling for organisering av rehabilitering?

Alle kommunene gjør mye bra i arbeidet med rehabiliteringstjenester. Rehabilitering har fått et større fokus i helsepolitikken med tiden, og det utpekte også informantene. Likevel kom det frem at kommunene på mange måter sliter med de samme utfordringene på rehabiliteringsfeltet som det ble vist til i allerede for 20 år siden (Helse- og omsorgsdepartementet 1998). I forhold til arbeid med å organisere seg for å oppnå best mulig samhandling, varierte det mellom hva de ulike kommunene har gjort, og hva som fungerte.

5.3.1 Opprettelse av nye enheter

Kommunene som ble undersøkt har, i løpet av de siste årene, gått gjennom ulike omorganiseringer av sine helse- og omsorgsenheter. Det har ført til at de fleste har opprettet enheter med enten et større, eller fullt fokus på rehabilitering. At kommuner har blitt tvunget av loven til å opprette egne arenaer med fokus på rehabilitering, har gjort at de har vært nødt til å organisere seg deretter. Det har resultert i blant annet egne innsatsteam, koordinerende enheter, frisklivssentral og hverdagsrehabilitering. Slik har regulative elementer bidratt til at kommunene har organisert seg for å få til bedre rehabiliteringstjenester og bedre samhandling mellom dem.

Til tross for egen forskrift om blant annet koordinerende enhet, er det ingen overordnet bestemmelse over hvordan enheten i seg selv faktisk skal organiseres i hver enkelt kommune. Mangel på regulering av arbeids- og ansvarsoppgaven, og uklare forhold rundt hvem som har ansvar for de ulike oppgavene kan påvirke handling i organisasjoner (Scott 2014). Noen av utfordringene med samhandling kan dermed skyldes svikt i denne formelle organiseringen, fordi det er manglende rutiner på oppgaveløsning (Ibid 2014).

5.3.2 Kommunale helse- og omsorgsplaner

Informantene fortalte at kommunene har ulike former for avtaler og verktøy for rehabilitering. Blant annet finnes samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetakene, noe helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger. Avtalene skal inneholde retningslinjer for samarbeid mellom første- og andrelinjetjeneste, og skal sørge for at brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Herunder skal også forhold om rehabilitering spesifiseres.

Kommunene har også hver sine kommunale helse- og omsorgsplaner. Her er rehabilitering spesifisert, men det varierer i hvor stor grad. Informantene uttrykte at det generelt sett er viet liten plass til rehabilitering i kommunenes helse- og omsorgsplaner. I tillegg var de usikre på om andre ansatte faktisk leser disse og setter seg inn i alle kommunens planer. Informantene fortalte at de har jevnlig møter med ansatte fra de ulike avdelingene i tjenesten for å gå gjennom og holde hverandre oppdatert på diverse planer og utvikling.

Inntrykket mitt er at det er verktøy for samhandling om rehabilitering, og disse følges formelt sett ved at det har blitt opprettet koordinerende enhet, eller lignende, som følge av omorganisering kommunene. Likevel er det noe uklart hvordan oppgaver skal løses og hvem som har ansvar for dem. Mangel på indikatorer for handling kan påvirke hvordan aktører opptrer og tar avgjørelser. Det åpner opp for handling basert på det som oppfattes som passende i situasjonen (Scott 2014).

5.3.3 Verktøy for samhandling; brukermedvirkning, kartlegging, kompetanse og kommunikasjon

Når det kommer til å organisere seg slik at de kan sikre brukermedvirkning, fortalte noen av informantene at de har opprettet skjemaer for evaluering av tjenester. Likeså hadde noen

skjemaer for kartlegging av tjenestene sine. Noen kommuner har som sagt også oppdatert nettsidene sine for å sikre både ansatte og brukere bedre tilgang til informasjon om tilbud i kommunen. Kommunene har også ulike standarder for å opprettholde kommunikasjon og informasjonsflyt internt og eksternt. Informantene fortalte at de har verktøy for å spre informasjon som gjør det mulig å kommunisere på andre måter enn muntlig. I forhold til kompetanseheving hadde enkelte ansatte tatt videreutdanning, og andre deltok på kurs eller i nettverk for å lære mer om rehabilitering. Noen informanter pekte på at de arbeider med å lage kompetanseplaner på rehabilitering for sine kommuner. Når det kom til opprettelse av nye tjenester visste ikke informantene om dette er noe det jobbes aktivt med. Igjen ble det pekt på Frisklivssentral og opprettelse av nye rehabiliteringsenheter.

Det er derimot ikke utarbeidet noen særlig grad av fast struktur eller planer på hvordan evalueringsskjema eller kartleggingsverktøy skulle benyttes eller tas i bruk enda. Dersom systemer for informasjon ikke blir fulgt eller dataprogrammer ikke er funksjonelle, er det i seg selv et stort hinder for god samhandling. Gode rutiner kan legge til rette for god samhandling, men det også kan hindre den (Strandos 2014). Hvis det ikke er opprettet regler for gjennomføring av tjenester, så vil det heller ikke være noen form for sanksjonering. Kanskje det gjør at man ikke føler seg så forpliktet til å følge de overordnede planene?

Det er ikke enkelt å jobbe for å forbedre, eller sikre god struktur for samhandling. Til tross for at kommunene har utarbeidet skjema for evaluering av tjenester, fortalte informantene at de har utfordringer med ansatte i kommunene som er lite villige til å ta i bruk disse midlene. Uten formelle nedskrevne regler eller rutiner for opprettholdelse av kommunikasjon/informasjon på tvers av faggrupper (og med brukere), står de ansatte mye friere til å gjøre individuelle vurderinger om hvordan de kommuniserer eller deler informasjon. Dermed følger ansatte gjerne ”gamle vaner” som for eksempel å gi informasjon muntlig, noe som tidligere er pekt på som en utfordring for samhandling ettersom man risikerer at mye informasjon blir glemt.

Jeg opplevde at informantene var engasjerte og villige til å prøve å få til en organisering som kan bidra til å styrke rehabiliteringstjenestene i kommunene. Samtidig så uttrykte de at det er vanskelig å få til ettersom rehabilitering fortsatt ikke har høy nok prioritet i kommunene (og staten).

5.3.4 Samhandling mellom ulike profesjoner og generasjoner

Normative elementer viser til at aktører er mindre opptatt av formelle nedskrevne rutiner, og mer opptatte av handlinger basert på faglig skjønn (Scott 2014, Strandos 2014). Når det er manglende struktur på hvordan ulike samhandlingsverktøy tas i bruk, gir det rom for at aktørene kan gjøre individuelle vurderinger basert på det de selv mener er passende (Scott 2014). Rehabiliteringstjenester krever gjerne at både leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, hjelpepleiere og helsefagarbeidere, ofte også NAV, skole og arbeidsplass, jobber sammen om rehabilitering.

Felles utdanning kan bidra til at aktører får en lik forståelse av samhandlingens betydning for rehabilitering. Likevel viser informantene til at de har utfordringer med noen avdelinger som de opplever at ikke prioriterer rehabilitering i stor nok grad. Det oppleves at rehabilitering kan bli «tatt for gitt» i en arbeidssammenheng.

Selv om det er felles forståelse av rehabilitering mellom like profesjoner, kan det være utfordrende at ulike profesjoner samarbeider om tjenesten. Særlig dersom det er profesjoner som har en annen oppfatning av virkeligheten enn en selv. Da blir samhandling utfordrende. Det kan forklares ved at man med ulike utdanninger (for eksempel sykepleiere og fysioterapeuter) har blitt opplært til å ha forskjellig fokus på pasient og behandlinger, og man har dermed ulike oppfatninger av hva som er rett og galt (Scott 2014). Noen er lært opp til å gjøre spesialisert behandling, andre til pleie- og omsorgsrelatert behandling, og noen til rehabilitering eller opptrening. Nå som man begynner å se viktigheten av at brukere får rehabilitering i flere ledd av tjenesten, og som en forebyggende tjeneste for å minske fall i funksjon, er det ekstra utfordrende å skape en felles forståelse rundt samhandling i rehabilitering. Prosessen krever samarbeid mellom så mange ulike nivå av tjenesten, som i utgangspunktet kan ha ulik forutsetning for forståelse av situasjonen.

De fleste kommunene organiserer, om enn i ulik grad, rehabilitering integrert i andre helse- og omsorgstjenester. Det er en nødvendig organisering for mange av de mindre kommunene som har ikke mulighet til å ha egne team som kun skal fokusere på rehabilitering. Det viser seg likevel at å samlokalisere tjenester på den måten gjør at fokuset på rehabilitering, i en presset situasjon, ofte blir undervurdert. Informantene uttrykker at det er utfordringer knyttet til at

mange av de ansatte som til daglig tar seg av brukere som har behov for rehabilitering, for eksempel er sykepleiere som i større grad vektlegger pleie- og omsorgsarbeid enn rehabilitering. Det kan blant annet forklares ut i fra det at en sykepleier er utdannet til å ha et ulikt fokus på behandling enn for eksempel en fysioterapeut.

Det kan tenkes at en sykepleier, satt i en situasjon hvor man er presset på tid, ikke finner det passende å prioritere rehabilitering, men heller velger det han eller hun ser på som en ”bedre utvei” for seg selv og bruker. Eksempelvis kan det innebære å hjelpe brukeren med det han eller hun trenger istedenfor å bruke tid på å assistere brukeren til å klare seg selv (som jo kan være en del av rehabiliteringen). Likeså forteller informantene at fysioterapeuter og ergoterapeuter nok heller ikke prioriterer typisk ”pleie- og omsorgsarbeid” når de jobber med å rehabilitere en bruker, og at det også kan skape konflikt dersom de eksempelvis holder på med rehabilitering i hjemmet.

Kommunehelsetjenesten bærer preg av at de ansatte i tillegg til ulik utdanning, har ulik alder og erfaring. Noen av informantene peker på at ansatte av den eldre generasjon har et annet fokus, og av og til mindre vilje til å drive rehabiliterende arbeid enn de yngre. Informantene forteller at på sykehjem eller i andre (integrerte) kommunale tjenester hvor rehabilitering utføres, er det gjerne velutviklede rutiner og vaner på hvordan oppgaver skal gjennomføres. Disse kan ha fungert i mange år. Det kan virke som om det er en felles forståelse av hvordan arbeidet skal utføres blant ansatte i tjenesten, og andre metoder ikke er like aktuelle å vurdere. Samtidig er man «presset» på tid og ressurser, og det oppleves som mer tidkrevende å «jobbe med hendene på ryggen», når det er mange som venter på hjelp i institusjon eller hjemme. Dermed opplevde informantene det som vanskelig å innføre et økt fokus på rehabilitering i et system som allerede er formet av de ansattes delte holdninger (Scott 2014).

Ettersom aktørene i de ulike delene av tjenesten har forskjellig oppfatning av hvordan rehabilitering (og samhandling) burde prioriteres er det vanskelig å enes om hva som er de største utfordringene, og hvordan de bør håndteres. En informant forklarte det med at rehabilitering nok ikke har hatt et særlig stort fokus i for eksempel sykepleierutdanningen tidligere. Informanten pekte på at for 20 år siden så var det kun fysioterapeuter og ergoterapeuter som skulle drive rehabilitering, men at dette nå er i endring. Kanskje det kan bidra til å forklare hvorfor enkelte ansatte av den eldre generasjonen viser mindre vilje til å

implementere rehabiliteringstanken. Rett og slett fordi den eldre generasjonen ikke deler forståelsen med andre faggrupper om hvor viktig samhandling av tjenesten er (Scott 2014)

Ulik utdanning, alder og erfaring blant de ansatte er «slik det er». Samtlige informanter var enige om at det følger med utfordringer i forhold til samhandling. Som et konkret eksempel fortalte informantene at det kan være vanskelig å motivere ansatte som har en annen forståelse av hva rehabilitering er, til faktisk å rehabilitere brukere. De pekte på at de har ansatte i tjenesten som ikke har lyst til å lære seg dataprogrammer, og som dermed gjør det vanskelig å få til brukermedvirkning og kommunikasjon med andre ansatte og brukere. På samme måte fortalte en informant at de også har utfordringer, ikke bare med eldre ansatte, men med å få de eldre brukerne av rehabiliteringstjenesten til faktisk å delta i egen behandlingsprosess. Kanskje er det slik at de som er eldre nå har mindre tradisjon for å spørre om hjelp eller protestere, og delta aktivt i sin egen prosess? Det er mulig at de har en følelse av at «fagfolk vet best», og har større autoritetstro enn yngre?

Jeg fikk inntrykk av at informantene selv har en felles forståelse av hva som er utfordringer med rehabilitering, og hvordan de kan bidra til å håndtere dem. Informantene ønsker å organisere tjenester for å sikre samhandling. Likevel er det utfordrende å få til å jobbe i samme retning ettersom viktigheten med samhandling av rehabiliteringstjenester forstås ulikt i forskjellige nivå i tjenesten. En kan likevel ikke se bort ifra at utviklingen i samfunnet til nå har endret behovet for, og synet på rehabilitering i stor grad. Det er flere som overlever sykdom og som lever lenger med kroniske sykdommer. Generelt sett lever vi lenger.

Informantene peker på at dette er en av de største utfordringene. Det fører til at man hele tiden må være oppdatert på hva som må tilbys og hvem som skal kontaktes, og det er utfordrende hvis man ikke har en felles forståelse av utfordringer.

En siste ting jeg vil diskutere er derfor bruken av prosjekter for både å utrede og håndtere forhold i ulike tjenester.

5.3.5 Et bidrag til et bedre rehabiliteringstilbud for befolkningen i Region Kristiansand
Prosjekt ”Samhandling i rehabiliteringsfeltet” (videre omtalt som kun ’prosjektet’) var et prosjekt som forsøkte å kartlegge noe av tematikken som nå har blitt redegjort for. Det

interkommunale prosjektet viste til flere konkrete anbefalinger for å forbedre samhandling av rehabiliteringstjenester i Region Kristiansand. Disse handlet nettopp om at kommunene måtte sikre bedre kartlegging av tjenester via brukermedvirkning, fungerende koordinerende enhet, gode rutiner for holdningsendringer og samhandling. Det fulgte også anbefalinger for å øke kompetansen på rehabilitering i kommunene, og å evaluere samt følge opp tjenester. Prosjektet pekte på hvordan utfordringer på feltet kan løses, og med det fulgte en implementeringsplan.

Likevel fortalte informantene at formålet med prosjektet ikke har nådd ut ordentlig til kommunene. Ikke alle informantene visste om at prosjektet hadde blitt gjennomført. Jeg har valgt å ta med denne delen i drøftingen ettersom informantene har gitt et inntrykk av at dette bare er ett av flere prosjekter som gjennomføres, men som kanskje ikke brukes til sin hensikt i etterkant. På rehabiliteringsfeltet, hvor nettopp utredning og kartlegging er så nødvendig for å kunne forbedre tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2016) er det synd at informantene oppfattet at prosjektet ikke ble ordentlig integrert i kommunene. Det var nesten en likegyldighet blant informantene til at prosjektet ikke har blitt tatt bedre i bruk hos hver enkelt kommune. En del av dem uttrykte at dette nok blir sett på som et av mange prosjekter som gjennomføres, men som kanskje ikke brukes til sin hensikt i etterkant.

Det kan hende at prosjektet aldri var ment som en formell «mal» til kommunene om hvordan organisere sine tjenester. Det kom allikevel mye nyttig informasjon ut av rapporten. Kanskje kunne det vært et relativt enkelt middel for ansatte i kommunene til nettopp å skaffe seg mer kompetanse på feltet, og ikke minst få en forståelse for viktigheten av deres ansvar for rehabilitering.

Prosjektet ble likevel ansett som et veldig positivt arbeid fra alle informantene. En informant ser på dette som et *startskudd* for å skape en felles forståelse av spesialist- og primærhelsetjenestenes samfunnsoppdrag med rehabilitering. Samtidig fremstår det som om prosjektrapporten har ”havnet i en skuff” i samtlige kommuner og egentlig aldri blitt tatt i bruk.

Ingen av informantene kunne vise til at det hadde blitt laget noen strategi for hvordan anbefalingene skulle implementeres i kommunen. De forklarte det blant annet med at dette

var et interkommunalt prosjekt. Ingen av de syv kommunene organiserer noen av sine (somatiske) rehabiliteringstjenester interkommunalt. Unntaket hos noen er som tidligere nevnt frisklivssentral. Informantene uttrykte at de følte liten eller ingen tilhørighet til prosjektet og dermed ikke så hvordan det passet inn i deres kommunes organisering. Det at anbefalingene ikke har blitt fulgt begrunnes også med at dette ikke har vært lovpålagt, og kommunene har dermed ikke nødvendigvis ressurser til å prioritere det. Det eksisterte ingen mekanismer for overholdelse av anbefalingene, og dermed heller ingen sanksjoner for ikke å ta anbefalingene mer aktivt i bruk (Scott 2014). I tillegg handlet jo anbefalingene om organisering eller opprettelse av enheter som de fleste av kommunene påpekte at de allerede har dekket med sine eksisterende tjenester som følge av lovendringer. Sett i lys av den kognitive søylen vil ikke prosjektet bli implementert med sin hensikt uten at aktørene har tilhørighet til det. Heller ikke uten en felles forståelse av dets nødvendighet, og troen på at dette er en god måte å organisere bedre samhandling på (Scott 2014).

Dette kapitlet har redegjort for og diskutert flere forhold for å belyse problemstillingen. I det neste kapitlet følger oppgavens endelige konklusjon og avslutning.

6. Konklusjon og avslutning

For å få til rehabilitering må det dato samhandles. Samhandling forstått som brukermedvirkning, tverrfaglighet og kommunikasjon er nødvendig men og utfordrende for kommunene å få til. Kommunene har (som et resultat av lovendringer) organisert seg slik at de vedlikeholder den nødvendige og lovpålagte samhandlingen i tjenesten. Blant annet ved å omorganisere sine helse- og omsorgsenheter. Likevel foreligger det ikke en felles forståelse på tvers av tjenestene av hva som er utfordringer med rehabilitering, og hva samhandling faktisk er eller burde være.

Det er noen sentrale utfordringer som hindrer god samhandling i kommunene. For det første har det ikke blitt utarbeidet nok strukturer, planer eller mål på hva samhandling er, eller hvordan det bør samhandles i kommunen. Selv om det foreligger enighet om at samhandling er helt nødvendig for god rehabilitering, er det vanskelig å oppnå bedre tjenester uten et felles mål og middel for å oppnå dette. En annen utfordring er at de planer, prosjekter eller midler kommunene har som skal bidra til bedre samhandling av rehabiliteringstjenester ikke brukes (eller fungerer) til sin hensikt. Det kan blant annet forklares med at det ikke er gode nok strukturer for utføring av arbeidet, og at aktører står friere til å handle ut i fra det de selv synes er passende, eller gjøre det de tar for gitt at er riktig handling i en situasjon (Scott 2014). Som tidligere diskutert kan både ulikhet i utdanning, alder og erfaring bidra til å påvirke handling.

Det kan med bakgrunn i oppgavens problemstilling *”Hvordan forstår kommuner fenomenet samhandling i håndteringen av rehabiliteringsfeltets utfordringer, og hvilken betydning får det for organisering av tjenestene?”*, undersøkelse og diskusjon, konkluderes det med at samhandling anses som vesentlig for tilbudet og utviklingen av rehabiliteringstjenesten. Det er en forståelse blant informantene hva samhandling er, og hvorfor det er vesentlig. Likevel viser funn at det ikke foreligger en felles forståelse på tvers av nivå og tjenester som jobber med rehabilitering. Ut ifra de institusjonelle elementene vil man heller ikke oppnå at aktører i kommunene handler likt i tjenesten (Scott 2014). Etersom det ikke foreligger gode nok verktøy for samhandling, eller ansatte ikke tar dem i bruk, vil samhandlingen heller ikke være god nok og det fører til utfordringer i organisering av tjenesten.

6.1 Veien videre?

Denne studien har bidratt til å belyse et fenomen som er en stor del av et krevende og komplekst fagfelt. Som en videre utvikling ville det vært interessant å studere kommunene enda mer i dybden. Det kunne bidratt til en enda bedre oversikt over feltet, og de institusjonelle elementene kunne kanskje gitt enda bedre forklaringsevne dersom deltakerne av studien bestod av flere aktører som arbeider innen rehabiliteringsfeltet. I tillegg ville det være nyttig å inkludere kommunale ledere og spesialisthelsetjenesten i studien for å få et bredere perspektiv. Denne oppgaven har heller ikke tatt for seg økonomiske aspekter, som kan være en vesentlig forklaring til kommunenes organisering av rehabiliteringstjenester. I tillegg kunne det være interessant å diskutere oppgavens funn i lys av Brunsson (2003) sin teori om *Organisatorisk hykleri* ettersom funn fra oppgaven kan tyda på at prat, vedtak og handling spriker i kommunene når det gjeld samhandling og rehabilitering.

7. Litteraturliste

Andreassen, Gjønnnes & Refsdal, (2012) *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*, hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet>

Brunsson N. (2003) i Czarniawska B & Sevón G (red) *The Northern lights – organization theory in Scandinavia*. Trelleborg : Liber.

Bukve O & Kvåle G (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

Fagutvalg somatisk rehabilitering (2017) *Anbefalinger om somatisk rehabilitering Rapport til RS– Knutepunkt Sørlandet*. Hentet fra (<http://docplayer.me/6806487->

[Rehabilitering-i-knutepunkt-sorlandet.html](http://docplayer.me/6806487-Rehabilitering-i-knutepunkt-sorlandet.html)) Eventuelt:

<https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/helse-og-omsorg/rehabilitering/prosjekt-fremtidsrettet-rehabilitering/anbefalinger-fra-fagutvalg-somatisk-rehabilitering-til-rs-010916.pdf>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. FOR-2011-12-16-1256. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Gitlestad S.B, Espegren O.R (2015). *Prosjekt: Samhandling innen rehabiliteringsfeltet*.

Prosjektrapport med anbefalinger. Hentet fra <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/utvikling-og-prosjekter/samhandling-i-rehabilitering/>

Golden-Biddle K, Locke K (1993) ”*Appealing Work: An Investigation of How Ethnographic Texts Convince*.” *Organization Science* (4)4: 595-616

Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/ny-veileder-rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet (2016) *Frisklivssentraler*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>

Helse- og omsorgsdepartementet (1998) *St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring 1998-1999*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008), kapittel 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen*.

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, D.I. (2009) *Perspektiver på kommune-Norge – en innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget

Johnson N.F (2009) *Simply complexity: a clear guide to complexity theory*. Oxford: Oxford University Press

KS (2015) *Hverdagsrehabilitering- for økt livskvalitet*. Hentet fra <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rehabilitering/hverdagsrehabilitering---for-okt-livskvalitet/>

Leech, R.L. (2002) *Asking Questions: Techniques for semistructured interviews*. Rutgers University

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) *Helse- og omsorgstjenesteloven* – hol. LOV-2011-06-24-30 Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Meyer J. W, Rowan B (1977) *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. American Journal of Sociology 38/2:340-363

Nilsen, B.R (Kristiansand Kommune) (2015) *Samhandling i Rehabilitering*. Hentet fra <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/utvikling-og-prosjekter/samhandling-i-rehabilitering/>

Paulsen A, Keus A (fagansvarlig Regjeringen) (2014) *Grunnstrukturen i helsetjenesten* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Paulsen A, Keus A (fagansvarlig Regjeringen) (2014) *Samhandlingsreformen i kortversjon* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Paulsen A, Keus A (fagansvarlig regjeringen) (2017). *Høring - endring av forskrift om habilitering og rehabilitering individuell plan og koordinator § 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endring-av-forskrift-om-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator--3.-definisjon-av-habilitering-og-rehabilitering/id2569861/>

Rambøll (2011) Helsedirektoratet: Undersøkelse om rehabilitering i kommunene. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene>

Rambøll (2012) Helsedirektoratet: Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjemvante-miljo>

Region Kristiansand (2018) *Om Region Kristiansand*. Hentet fra <https://rkrs.no/om-oss/historie/>

Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. (2013) *Norway: Health system review. Health Systems in Transition*; 15(8): 1– 162.

Ryen A, (2002) *Det kvalitative intervju – fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Røvik K.A 2007 *Trender og Translasjoner - Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Scott R.W, Davis G.F (2007) *Organizations and Organizing: Rational, Natural, and Open System Perspectives*. Upper Saddle River, N.J: Pearson Prentice Hall

Scott R.W, (2014) *Institutions and organizations – ideas, interests, and identities (fourth edition)*. California: Sage publications

Silverman, D (2006). *Interpreting qualitative data – Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*, 3. Edition, London: Sage publications

Silverman, D (2011) *Qualitative research*, London: Sage publications

Solvang P, Slettebø Å (2012) *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Gyldendal akademisk

Strandos M (2014) kap 8 *Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimpasientar i Bukve O & Kvåle G (red) Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

Thommesen, H (red) (2010) *REHABILITERING som politikk, virksomhet og studiefelt*, Gyldendal akademisk

Tjerbo T, Hatleskog Zeiner H. (2014) *Interkommunale samarbeid på helseområdet*. NIBR, Oslo

Torjesen D.O, Vabo S.I (2014) i Vabø M, Vabo S.I (red) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget

Vangen S, Huxham C, (2010) *Introducing the theory of collaborative advantage*. I Osborne S.P. (red), *the New public governance?: emerging perspectives on the theory and practice of public governance*, s XV. London: Routledge.

Van Maanen, J. (1988) *Tales from the Field. On Writing Ethnography*. Chicago; The University of Chicago Press

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Organisering av rehabiliteringstjenester i Region Kristiansand”

Hei,

Mitt navn er Silje Qvalben, og jeg er masterstudent ved studieprogrammet ”statsvitenskap og ledelse” ved Universitetet i Agder. Jeg holder for tiden på å skrive min masteroppgave som har følgende tema: **Hvordan har prosjektet ’Samhandling innen rehabiliteringsfeltet’ mellom Sørlandet sykehus og Region Kristiansand-kommunene bidratt til å skape endring i organiseringen av rehabiliteringstjenester i kommunene?**

Som følge av samhandlingsreformen har kommunene med tiden fått et økt ansvar for tilbudet av rehabiliteringstjenester. Og med *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019* vektlegges det nå å styrke rehabiliteringstiltak i kommunene, og det er ønskelig at kommunene på sikt skal kunne overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering innebærer i stor grad samhandling mellom forskjellige tjenester og nivå. Samhandling er både en nødvendighet for å få til gode tjenester, men kan også være en utfordring for nettopp det. Jeg er med dette interessert i å undersøke hvordan et slikt økt ansvar for rehabilitering blir håndtert i kommunesektoren, og særlig hvilken betydning samhandling og samarbeid om rehabilitering på tvers av kommunene har for deres organisering.

Det tidligere prosjektet mellom SSHF og Region Kristiansand, ’Samhandling innen rehabiliteringsfeltet’ ble gjennomført med mål om å forbedre rehabiliteringstjenester i kommunene ved å fokusere på blant annet helsefremming og egenmestring i rehabiliteringsfeltet, og på at brukere skulle få rett tilbud til rett tid. I min studie ønsker jeg å benytte meg av dette prosjektet for å undersøke organiseringen av kommunale rehabiliteringstjenester i etterkant av prosjektet. Det vil jeg gjøre ved å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse med hensikt om å finne ut om prosjektet faktisk har ført til noen endringer i hvordan Region Kristiansand-kommunene jobber for, eller organiserer tilbudet av, gode rehabiliteringstjenester. Følges anbefalingene fra prosjektet og oppleves det, sett fra

ansatte i kommune sin side, at tjenestene påvirkes av et prosjekt som dette? Utvalget jeg ønsker at skal delta i undersøkelsen er ansatte med ansvar for rehabilitering fra de syv kommunene.

Deltakelse i studien

Deltakelse i studien innebærer at data samles inn via personlige intervju. Intervjuene vil bli gjennomført i perioden mars-april 2018, med varighet på ca. en time per intervju. Jeg ønsker å innhente informasjon knyttet til de kommunale rehabiliteringstjenestene, og om det kommunale arbeidet i noen grad har blitt påvirket av prosjektet "Samhandling innen rehabiliteringsfeltet". Det er ønskelig at data blir registrert av meg via notater og (frivillig) lydopptak. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun student (prosjektansvarlig) og veileder som har tilgang til opplysningene. Informasjonen som kan identifisere deg som informant vil bli anonymisert i studien og koblingsnøkkelen som knytter informantens navn til sine data vil lagres sikkert, hvor kun prosjektansvarlig har tilgang. De notater og opptak som foretas i intervjuene vil bli lagret elektronisk, med tilgang kun for prosjektansvarlig. Dataen vil lagres i ett år etter endt studie, og deretter slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Som deltaker har du rett til å få informasjon om resultatet av studien. Den ferdige masteroppgaven vil bli tilgjengelig for alle.

Godkjenninger

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student: Silje Qvalben

Veileder: Gro Kvåle

Med vennlig hilsen

Silje Qvalben

Masterstudent i Statsvitenskap og Ledelse ved UiA

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide

Først;

- Om meg, masterstudent ved UiA
- Om oppgaven min og dens avgrensning
- Om det å være informant (bl.a. lydopptak)...

Informasjon om informanten;

- Navn
- Stilling? Hvor lenge?
- Utdanning (pga institusjonelle perspektivet)

Bakgrunn:

- Kan du fortelle noe om hvordan kommunen organiserer sine rehabiliteringstjenester?
- *Hvilke tilbud finnes innenfor (somatisk) rehabilitering i kommunen?*
- Tilbyr kommunen noen tjenester alene eller sammen med andre kommuner i regionen?
- *På hvilken måte jobbes det for å forbedre (organiseringen av..) tjenestene?*

Om styring og samarbeid/samhandling av rehabiliteringstjenester

- På hvilken måte har samhandlingsreformen hatt betydning for kommunens organisering av rehabiliteringstjenester?
- Hva anser du/kommunen som god organisering av rehabiliteringstjenester, og er dette lett eller vanskelig å oppnå?
- Hva opplever du/kommunen som utfordrende med rehabiliteringsfeltet?
- Hva legger du i begrepet samhandling?
- Hvordan forstås dette begrepet i kommunen? *Har det blitt jobbet fram en felles "definisjon"?*
- På hvilken måte er samhandling vesentlig for å få til gode rehabiliteringstjenester?
- Hvilke gevinster kan samhandling gi?
- Hva kan være utfordrende ved samhandling av rehabiliteringstjenester?

- Hvordan jobbes det for å sikre god samhandling mellom organisasjoner, tjenester osv, i kommunen/av rehabiliteringstjenestene? → *Har det blitt utarbeidet noen planer, mål, strategier...*

Prosjekt ”Samhandling innen rehabiliteringsfeltet”

- Er du kjent med prosjektet?
- Er du kjent med anbefalingene fra prosjektet?
 - o Kartlegging
 - o Kompetanse
 - o Særskilte pasientgrupper
 - o Nye tjenester
- Finnes det retningslinjer eller lignende for hvordan anbefalingene fra prosjektet på sikt skal oppnås? I så fall, hva er de?
- Er det en felles forståelse i kommunen om dette?
- Har prosjektet påvirket kommunens organisering av rehabiliteringstjenester på noen andre måter?
- Dersom det ikke jobbes konkret mot de spesifikke anbefalingene, hvordan jobbes det da for å sikre bedre organisering av rehabiliteringstjenester?
- *Er du kjent med om de andre kommunene i Region Kristiansand har tatt i bruk anbefalingene fra prosjektet?*

Dersom informanten ikke er kjent med prosjektet:

- Hva tror du kan være grunnen til at du ikke vet om prosjekt Samhandling innen rehabiliteringsfeltet?

- Har kommunen gjort noen andre (konkrete?) tiltak for å forbedre/endre organiseringen av rehabiliteringstjenestene i løpet av de siste årene?

Oppsummere?

- Kan et prosjekt som ”Samhandling innen rehabiliteringsfeltet” etter din mening være en god måte å løse rehabiliteringsfeltets utfordringer på?
- Har du ellers noe du har lyst til å legge til?