

Kreftkoordinatorer i løse luften eller som sentral brikke i kreftomsorgen?

Hva er kreftkoordinatorens rolle og funksjon i helsesektoren? En studie basert på erfaringer fra fem kreftkoordinatorer og deres samarbeidspartnere.

Sara Mathisen

Veileder:

Dag Olaf Torjesen

Sammendrag

Problemstillingen for denne studien er: Hvordan kan man forstå kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid, på tvers av helsesektoren? Videre forskerspørsmål som blir forsøkt besvart inkluderer: Hvordan defineres rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren i offentlige dokumenter, utredninger og planer? Hvordan erfarer kreftkoordinatorene, og deres samarbeidspartnere rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren? Hva slags legitimitet har kreftkoordinatorene opparbeidet seg, og hva slags innflytelse har disse koordinatorene fått i helsetjenesten?

Overordnede dokumenter, utredninger, planer og forskere tildeler kreftkoordinatorer ulike funksjoner og roller. Empirien viser til at koordinatorenes i praksis må forstås som bred, fleksibel og varierende, og ulike elementer blir trukket frem av informantene for å begrunne hva som har ført til ulikheter i rolle og funksjonsutforming. Empirien peker mot at koordinatorene arbeider i ulike spenningsfelt, og at dette kan skape utfordringer.

Det må legges til grunn at de ulike kreftkoordinatorinformantene har ulike forståelser av seg selv, sin funksjon og sin rolle i helsesektoren. Tre av koordinatorene velger å vektlegge pasientnærhet, to koordinatorer velger en mer systemorientert tilnærming. De ulike utformingene baserer seg på ulik forståelse av hvilken tilnærming til bruker og kommunale tjenester som mest hensiktsmessig.

Et flertall av samarbeidspartnerne forstod kreftkoordinatorene som pasientnære figurer. Ulike utfordringer trekkes frem: koordinatorenes ressursplassering, oppklaring av rolle og funksjon, tydeliggjøring av dette og ansvarsfordeling, samt større transparens etterlyses. Empirien peker mot at kreftkoordinatorene kan møte motstand hos ulike aktører i helsesektoren.

Empirien viser at koordinatorenes fleksible utforming lar dem arbeide mot grupper som ingen andre tjenester tar for seg, noe som koordinatorer selv, og samarbeidspartnere anser som svært hensiktsmessig og viktig. Dette gjør at enkelte av koordinatorenes funksjonsdeler må anses som kvalitativt nytt. Til slutt peker oppgaven på at de ulike koordinatorene har opparbeidet seg ulike grader av innflytelse i helsetjenesten, spesielt dem som har klart å hente seg ut klare, tydelige roller og funksjoner og med oversikt over kommunen sin, anses som innflytelsesrike kreftkoordinatorer.

Forord

Innlevering av masteroppgaven i statsvitenskap og ledelse representerer at min tid som student snart er over. Prosjektet har vært spennende og utfordrende, spennende grunnet muligheten til å fordype meg i en problemstilling jeg synes er interessant, og utfordrende da det krevde mye arbeid, og kanskje ekstra utfordrende grunnet restriksjoner i denne koronatiden.

Takk til min veileder førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen for hjelp, veiledning, gode innspill. Takk til informanter som har delt sin erfaring med meg, og takk til Kreftforeningen som lot meg få innblikk i rapporter og brukerundersøkelser, og lot meg delta på samlingene sine.

Avslutningsvis vil jeg takke familie og venner for å ha støttet opp. Takk Helge for hjelp med bil slik at jeg kom meg dit jeg skulle, takk til mine søsken, Dina og Katinka, og spesielt takk til min mor som har vært tilgjengelig og støttende i en krevende tid. Du er min evige venn. Ikke minst min takk August, verdens beste samboer, som etter å ha avsluttet eget mastergradsprosjekt nå skal bruke tid til å lese korrektur på mitt arbeid (Du må, forordene sier det!).

Sara Mathisen

Grimstad, mai, 2020

1.0	INNLEDNING	6
1.1	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	7
1.2	DISPOSISJON	9
1.3	SAMHANDLINGSREFORMEN	9
1.4	NÆRMERE OM KREFTKOORDINATOR OG KREFTKOORDINATORSATSINGEN TIL KREFTFORENINGEN	10
1.5	KREFTKOORDINATOR I STILLINGSBESKRIVELSER OG AKTUELLE OFFENTLIGE DOKUMENTER SOM BESKRIVER ROLLEN OG FUNKSJONEN	11
1.5.1	<i>Pakkeforløp</i>	12
1.5.2	<i>Pakkeforløp hjem</i>	12
1.5.3	<i>Kreftkoordinator i nasjonale kreftstrategier</i>	13
1.6	KREFTKOORDINATOR I KOMMUNALE DOKUMENTER	14
1.7	OPPSUMMERING: KREFTKOORDINATOREN I NASJONALE OG KOMMUNALE DOKUMENTER	16
2.0	TEORI	17
2.1	TIDLIGERE FORSKNING OM KREFTKOORDINATORER	17
2.2	NØKKELBEGREP, OG TEORIER RELEVANT FOR OPPGAVEN	19
2.2.1	<i>Samhandling</i>	19
2.2.2	<i>Koordinering og koordineringsmekanismer</i>	19
2.2.3	<i>Legitimitet, innflytelse og forankring</i>	22
2.3	ROLLE OG FUNKSJON	24
2.4	FRONTLINJEARBEID MED UTGANGSPUNKT I LIPSKY	25
2.4.1	<i>Ressurser</i>	26
2.4.2	<i>Tvetydige mål</i>	27
2.4.3	<i>Autonomi</i>	27
2.4.4	<i>Kreftkoordinator som bakkebyråkrat</i>	28
2.5	KOORDINATOR SOM AKTØR I GRENSEFLATER MED UTGANGSPUNKT I WILLIAMS	29
2.5.1	<i>Nettverkeren</i>	31
2.5.2	<i>Fortolkeren</i>	31
2.5.3	<i>Koordinatoren</i>	32
2.5.4	<i>Entreprenøren</i>	32
2.6	TEORETISKE YTTERPUNKT	33
3.0	METODE	34
3.1	FORSKNINGSDESIGN	34
3.1.1	<i>Kvalitativ metode</i>	34
3.1.2	<i>Casedesign</i>	35
3.2	VITENSKAPELIG FUNDAMENT	35
3.3	SØKEPROSESS	36
3.4	KILDEKRITIKK	38
3.5	DATAINNSAMLING	40
3.5.1	<i>Utvalg og rekruttering av intervjupersoner</i>	41
3.5.2	<i>Gjennomføring av intervju</i>	43
3.5.3	<i>Transkribering</i>	44

4.0	EMPIRI, ANALYSE OG DRØFTING	45
5.0	HVA ER EN KREFTKOORDINATOR, DENS ROLLER OG FUNKSJONER	46
5.1	KREFTKOORDINATORENS ROLLE OG FUNKSJON	46
5.1.1	<i>Kreftkoordinator 1</i>	46
5.1.2	<i>Kreftkoordinator 2</i>	48
5.1.3	<i>Kreftkoordinator 3</i>	50
5.1.4	<i>Kreftkoordinator 4</i>	52
5.1.5	<i>Kreftkoordinator 5</i>	55
5.2	SAMARBEIDSPARTNERNES FORSTÅELSE AV KREFTKOORDINATORENE	57
5.2.1	<i>«De som faller mellom to stoler»</i>	60
5.2.2	<i>Uklare og tvetydige roller og funksjoner</i>	62
5.2.3	<i>Samarbeidspartnerens forslag til funksjon og rolle</i>	65
5.3	DRØFTING – KREFTKOORDINATORENS ROLLE OG FUNKSJON	67
5.3.1	<i>Drøfting - Koordinatorernes største utfordring: Uklare, tvetydige roller og funksjoner</i>	75
5.3.2	<i>Drøfting - Samarbeidspartnerens forslag til kreftkoordinatorer</i>	79
5.4	DRØFTING – KOORDINATOREN I SPENNINGSFELTET MELLOM SAMHANDLINGSPARTNERE OG PASIENTER	81
6.0	KREFTKOORDINATORENE PÅ TVERS AV HELSESEKTOREN	84
6.1	KREFTKOORDINATORENS SAMARBEIDSFLATER OG NETTVERK	84
6.2	SAMARBEIDSPARTNERNES ERFAINGER MED SAMARBEID	86
6.2.1	<i>Samarbeidspartnerne svarer: Er kreftkoordinatorer viktig? Bidrar den til en mer sømløs og integrert helsesektor?</i>	88
6.3	DRØFTING – KREFTKOORDINATORENE PÅ TVERS AV HELSESEKTOREN, OG SOM EN BOUNDARY SPANNER	90
6.4	DRØFTING - KOORDINATORENS LEGITIMITET, OG DERES HANDLINGSROM FOR MAKTBRUK	95
7.0	AVSLUTNING	99
8.0	KILDER	105
8.1	KILDER – KREFTKOORDINATORER I AGDER	110
8.2	KILDER – KREFTKOORDINATORER I VESTFOLD OG TELEMARK	111
9.0	APPENDIKS	113
9.1	INTERVJUGUIDE KREFTKOORDINATOR	113
9.2	INTERVJUGUIDE SAMARBEIDSPARTNER	113
9.3	SAMTYKKESKJEMA FOR KREFTKOORDINATOR	114
9.4	SAMTYKKESKJEMA FOR SAMARBEIDSPARTNER	118
9.5	NSD GODKJENNING	122
9.6	KREFTKOORDINATORENS INFORMASJONSSIDER OG DERES INNHOLD	125

1.0 Innledning

Folkehelseinstituttet oppdaterer hvert år dødsstatistikkene med bakgrunn i legers dødsmeldinger. I 2018 kunne folkehelseinstituttet rapportere at det i 2017 var flere som døde av kreft enn av hjerte- og karsykdommer, som siden 1951 har vært den mest utbredte folkesykdommen i Norges befolkning (Folkehelseinstituttet, 2018). Bent Høie uttalte i 2018 at en av de største utfordringene kreftomsorgen vil stå ovenfor de kommende årene vil være økt antall krefttilfeller, med bakgrunn at vi som befolkning både blir flere, og eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s.3).

I Nasjonal helse- og omsorgsplan sies det at en større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre, og at det er kostnadseffektivt (Helse- og omsorgsdepartementet 2009 & Helsedirektoratet 2012). Det fremkommer av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at pasienter har rett på forebyggende tiltak, behandling og tilretteleggelse for mestring av sykdom. Pasienten har også rett til at det offentlige sikrer samhandling, og at tjenestetilbud er tilgjengelig, samt at man sikrer tilpasning til den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Individuer med behov for tjenester skal altså få et helhetlig og tilpasset tilbud. For at dette skal være mulig, må koordinering og samhandling ligge til grunn.

Koordinering er et av de eldste problemene den offentlige sektoren møter på (Boucart, Peters & Verhoest, 2010, s.13). Behovet for koordinering og samhandling har lagt til grunn i beslutninger om modernisering i offentlig sektor i form av ulike omorganiseringer og reformer de siste tiårene. Blant annet var for dårlig, eller manglende koordinasjon av tjenester innad i kommuner, og mellom ulike nivåer i offentlig helsevesen i Norge litt av bakgrunnen for at Samhandlingsreformen ble igangsatt 1.Januar i 2012. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

I kjølvannet av samhandlingsreformen ble det etablert en rekke koordinatorstillinger i helsetjenesten. En av disse, var kreftkoordinatorer som ble opprettet som et fireårs prøveprosjekt i flere Norske kommuner. Prosjektet ble initiert av kreftforeningen, som finansierte 75% av de totale kostnadene til kommunene i prøveperioden (Syse & Moshina, 2015, s.50).

Kreftkoordinatorerne skulle være ansvarlig for å koordinere og tilrettelegge hverdagen til kreftsyke og pårørende, samordne tilbud og tjenester, og skape, samt vedlikeholde rutiner og systemer for kreftomsorgen i kommunene (Kreftforeningen, u.å.). Kreftkoordinatorerne kan dermed ha blitt tildelt en nøkkelrolle i forhold kreftdiagnose og problemstillinger som oppstår for samfunn og individ i møte med slike diagnoser. Potensielt kan kreftkoordinatoren være en viktig brikke i samhandling med pasienter og ulike aktører som er involvert i behandling og omsorg. Kreftkoordinator som aktør har blitt satt i en unik posisjon der mulighet for koordinering og samhandling med ulike instanser og aktører er mulig. Det er derfor interessant å utforske denne karakteren sin yrkesrolle, og se om en aktør som i teorien burde ha mulighet til å drive slikt arbeid, også gjør det i praksis, og undersøke nærmere hva slags rolle og funksjon kreftkoordinatorer har i helsetjenesten.

Dett er kanskje spesielt interessant i forhold til koordinatorene, da stillingsforholdene er nye. Det er da relevant å stille seg spørsmål rundt opprettelse av nye roller og funksjoner, der koordinering er en viktig arbeidsoppgave og hvordan denne koordinatorkfunksjonen gjør en forskjell i bestrebelsene mot en «sømløs» og velkoordinert helsetjeneste.

Masteroppgavens vil være av utforskende karakter, der formålet er å oppnå forståelse og innsikt i kreftkoordinatorernes arbeid. Det overordnede formål vil være å belyse kreftkoordinators rolle og funksjon, og dens samhandling om kreftomsorg i kommunene. Dette vil gjøres ved å undersøke kreftkoordinatorernes, og deres samarbeidspartnere sine erfaringer i flere Norske kommuner. Fordi ordningen med kreftkoordinatorerne hadde noen brede rammer i utgangspunktet, kan det være hensiktsmessig å belyse de ulike aspektene ved den utformingen stillingene har tatt i dag. Siden stillingen er vidt definert, og det er en ny stillingskategori i helsetjenesten, er det åpent spørsmål hva slags rolle og funksjon kreftkoordinatorerne faktisk vil få.

1.1 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det foregående er min problemstilling som følger:

Hvordan kan man forstå kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid, på tvers av helsesektoren?

Jeg ønsker å henvende meg til helseprofesjonelle (sykepleiere o.a.) med direkte erfaring fra

stilling og praksis som kreftkoordinator. Jeg ønsker å belyse hvordan kreftkoordinator erfarer og karakteriserer seg selv og hvordan koordinatorene ser på sin egen rolle i samhandling med andre. Videre vil jeg utforske rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren sett fra et annet «utkikkspunkt», det vil si ved å samle erfaringer om hvordan samarbeidspartnere i feltet rundt kreftpasienten betrakter kreftkoordinatorens rolle og funksjon. I tillegg vil jeg analysere aktuelle offentlige dokumenter, utredninger og planer og undersøke hva dette skrivebords materialet forteller om hva slags rolle og funksjoner en kreftkoordinator er tiltenkt.

I denne studien vil jeg ta utgangspunkt i to teoretiske hovedperspektiver, henholdsvis 1) teorier om koordinatorroller og 2) teori om bakkebyråkrater. I tillegg vil jeg også anvende annen aktuell teori og litteratur som omhandler koordinering mellom organisasjoner. Disse vil anvendes for å kaste lys over problemstillingen (teoretisk for-forståelse) og for å fortolke og analysere mine data.

Den første teorien jeg vil ta i bruk er teori om boundary spanning med utgangspunkt i Williams (2012). Her ser man på koordinatoren som en «boundary spanner». Den andre teorien ser kreftkoordinator som en særlig frontmedarbeider, med utgangspunkt i Lipsky (2010). Dette teoretiske perspektivet tematiserer hvordan kreftkoordinator handler i «frontlinjen» i krysspress mellom det offentlige / egen organisasjon / rammeverk og individene den arbeider med.

Jeg kommer også til å se på makt og legitimitet i forhold til kreftkoordinatorene som undertema. Kreftkoordinator skal finne sin plass i skjæringsfeltet mellom sterke profesjoner og ulike deler av helsetjenesten. Det vil altså være relevant å se på hvordan kreftkoordinatoren utøver makt og innflytelse om de har noen, eller se hvordan koordinatorene arbeider uten makt.

På bakgrunn av dette, er forskerspørsmål som vil tas i bruk, og forsøkt besvart:

Hvordan defineres rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren i offentlige dokumenter, utredninger og planer?

Hvordan erfarer kreftkoordinatorene selv og deres samarbeidspartnere rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren?

Hva slags legitimitet har kreftkoordinatorene opparbeidet seg, og hva slags innflytelse har disse koordinatorene fått i helsetjenesten?

1.2 Disposisjon

Oppgaven er delt opp i fem deler – Innledning, teori, metode, drøfting/empiri/analyse og avslutning. Innledningsvis gis begrunnelser for valg av tema, en presentasjon av problemstilling, samt litt bakgrunnsinformasjon angående tematikken i problemstilling. Den teoretiske delen av oppgaven gir en oversikt over nøkkelbegrep, og de grunnleggende teoretiske perspektivene som vil legges til grunn for oppgaven. I metodedelen presenteres den metodiske tilnærmingen som er lagt til grunn i oppgaven. Den fjerde delen er et fremlegg av informasjon som er hentet av intervjuer som er foretatt. I den femte delen blir problemstilling sett i sammenheng med informanters oppgitte informasjon, og utvalgte teorier. Den siste delen består av avslutning. Her vil oppgaven oppsummeres og det vil bli presentert en konklusjon på bakgrunn av de gitte funnene.

1.3 Samhandlingsreformen

I stortingsmelding nr 47, *samhandlingsreformen av 2008 – 2009*, er den overordnede målsettingen «rett behandling på rett sted til rett tid». Reformen ble igangsatt for å oppnå et bedre, mer helhetlig pasientforløp, da lite systemer var rettet mot pasientens samlede behov. Samhandlingsreformen legger opp til et større kommunalt ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Det ble skissert tre hovedproblemer som reformen skulle løse:

1. *Mangel på koordinerte tjenester*
2. *Svakt fokus på forbyggende tjenester*
3. *Endret sykdomsbilde som følge av en aldrende befolkning*

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13).

Pasientene skulle få rett behandling, til rett tid - så tidlig som mulig, på rett sted – nærmest mulig der de bor. Dette skulle oppnås gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som var tilpasset den enkelte pasient. Ved overflytting i ansvar fra sykehus til kommune eller mellom avdeling og enhet innen sykehus og kommuner var samhandling spesielt viktig, da man ønsket sømløs forflytting. Manglende samhandling kan føre med seg flere liggedager på sykehus uten positive helseeffekter, og der risiko for sykehusinfeksjoner øker. Kostnader for liggedager på sykehus er også høyere enn kostnader ved bruk av kommunale tjenester. To velkjente strategier ble igangsatt der poenget var at flere pasienter

skulle behandles i primærhelsetjeneste eller via langtidsbehandling fremfor å ligge på sykehus, og utskrivninger fra sykehus skulle skje tidligere. Stortingsmeldingen la i begynnelsen opp til økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og dagbøter hvis kommunene ikke var i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. De brukte også en rekke koordineringsvirkemidler for å fremme reformen (Romøren, Torjesen & Landmark, 2011, s.4). Økning av kommunale tilbud blir konsekvens når pasienter må raskere ut av sykehus. Økt kompetanse og ansvar hos kommunene og institusjonene gjør at samarbeid og koordinering mellom aktører blir viktig for å oppnå «sømløse pasientforløp».

Ifølge Romøren et al. (2011) kan koordinerte tjenester være vanskelig å oppnå når ulike deler av helsesektoren består av ulike administrative, politiske og profesjonelle kulturer. Eksempelvis har spesialhelsetjenesten blitt karakterisert som en medisinsk og diagnostisk rettet enhet, mens kommunale helsetjenester har blitt karakterisert som en instans med lavere ferdighetsnivå enn de øvrige. Både hos sykehus og i kommunenes primærhelsetjenester har reformer og utviklingsarbeid blitt igangsatt av sektorene med begrunnelse i organisasjonenes egne organisasjonelle rasjonalitet. Dette kan ha ført til en barriere som kan hindre interorganisatorisk samarbeid. Nasjonale helsemyndigheter har prøvd, og prøver å finne strategier for å redusere effektene av slike to-level modeller. Gjennom årene har derfor ulike initiativer der koordinering har vært et viktig tema blitt igangsatt, ofte der utsatte pasientgrupper, som kronikere, eldre og kreftpasienter har vært hovedmålgruppe (Romøren et al, 2011, s.3). Kreftkoordinatorerne kan anses som en av disse initiativene.

1.4 Nærmere om kreftkoordinator og kreftkoordinatorsatsingen til kreftforeningen

Kreftforeningen er en landsdekkende organisasjon med over 113 000 medlemmer, og 20 000 frivillige. Organisasjonen er en aktiv samarbeidspartner for det offentlige helsevesenet i Norge på ulike nivåer. Ifølge deres strategiplan, er organisasjonens overordnede mål at færre skal få, og flere skal overleve kreft, samt å bedre livskvalitet for pasienter og pårørende (Kreftforeningen, 2019, s.7). Kreftforeningen har blant annet vært pådrivere for å bedre kreftomsorg, drive forebyggende arbeid og å informere om kreft. De ønsker at pasienter og pårørende skal få et tilbud om kreftkoordinator under og etter endt behandling.

I 2012 ble det startet et prosjekt der målet var å få kreftkoordinatorer i arbeid i kommunene. Ordningen ble til med en løsning som innebar at kommunene kunne søke økonomisk støtte fra

kreftforening til å opprette koordinatorstillingene. Finansieringsmodellen innebar en modell, der kommunene fikk dekket 75% av koordinatorenes bruttolønn fra kreftforeningen de første 4 årene, med en gradvis opptrapping i kommunenes finansieringsandel. Baktanken var at ordningen over tid skulle forankres i kommunene, og at den skulle bli en varig satsing fra kommunenes side, og finansiert av dem (Oslo economics, 2017, s.26). I januar 2020 var det rundt 240 kommuner og bydeler som hadde kreftkoordinator (Kløvning, 2018).

Kreftforeningen gir en kort forklaring på hva de mener en kreftkoordinator er:

Hva er en kreftkoordinator?

- *Er til hjelp for å koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende på en best mulig måte.*
- *Er ansvarlig for å samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasientene i kommunen.*
- *Skal være lett tilgjengelig for pasienter og pårørende.*
- *Skal bidra til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunene.*

Kreftforeningen. (u.å). Kreftkoordinator i kommunen. Hentet 22. april 2020 fra:

Faktaboks 1. Hva er en kreftkoordinator?

1.5 Kreftkoordinator i stillingsbeskrivelser og aktuelle offentlige dokumenter som beskriver rollen og funksjonen

Problemstillingen i denne oppgaven fokuserer på individuelle aktører og deres utviste profesjonelle atferd innenfor sine daglige praksiser. Likevel vil jeg også belyse rammeverket stillingene ble bygd opp rundt. Williams (2012) påpeker at å undersøke teoretiske rammeverk som eksisterer på et makronivå kan være aktuelt, da den kan være med å belyse, eller fungere som en resonans på hvorfor atferder har oppstått på et individnivå (Williams, 2012, s.17).

Ulike aktører velger gjerne å tolke øvrige rammer på ulike måter når informasjonen når dem, men dette rammeverket skal i hovedsak danne et øvrig grunnlag for yrkesutøvelsen hos alle kreftkoordinatorer, og dermed kan man finne igjen større eller mindre deler av dette rammeverket i deres rolle og funksjon.

Når det kommer til kreftkoordinator i regjeringsdokumenter, finner man igjen begrepet fra regjeringsdokumenter fra 2013 og utover. Det var 6 treff med kreftkoordinator som søkeord.

Både i proposisjon til stortinget 2013 – 2014, og i proposisjon til stortinget 2014 - 2015 blir kreftkoordinator trukket frem, og beskrevet som viktige tiltak i forhold til nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017. Det fremgår av proposisjonene til stortinget at ”Sykehus skal oppnevne en egen kontaktperson som skal bidra til at kreftpasienter får nødvendig informasjon om behandlingsforløp, rettigheter og ventetider, og som bidrar til å koordinere forløpet for pasienten. Mange sykehus har opprettet egne kreftkoordinatorstillinger, og flere sykehus arbeider med å få slike stillinger på plass” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.78 & Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s.86).

1.5.1 Pakkeforløp

Begrepet pakkeforløp brukes i regjeringsdokumenter i proposisjon til stortinget 2014 – 2015. Her fremkommer det at regjeringen ønsker at kreftpasienter skal oppleve en rask, trygg og god oppfølging når de møter helsetjenesten, uten unødvendig venting på utredning og behandling. Man ønsker en brukerorientert kreftomsorg, kreftforebygging, økt overlevelse i forhold til kreft, samt bedre livskvalitet for kreftpasientene og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Helsedirektoratet fikk i 2014 i oppdrag å følge opp den nasjonale kreftstrategien for 2013 – 2017, gjennomføre tiltak og legge en plan som skulle oppfylle mål og delmål i denne strategien. Dette inkluderte innføring av pakkeforløpet «Hovedelementer i regjeringens satsing innen kreftområdet er tverrfaglige diagnosesentre i alle regioner, standardiserte pakkeforløp og bedre samarbeid med fastlegene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s.10). Det var ønskelig med en nasjonal standard for hvor lang tid ulike element i et behandlingsforløp skulle ta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s.109).

1.5.2 Pakkeforløp hjem

Det foreligger foreløpig ikke teori som konkret beskriver hva pakkeforløp hjem skal bestå av, da konseptet er under utarbeidelse. Gjennom nasjonal kreftstrategi ble behov for bedre oppfølging av kreftpasienter etter endt behandling i spesialhelsetjeneste belyst. Blant annet tas psykososiale og rehabiliteringsforhold opp. I dag har vi ikke noe standardiserte rutiner rundt dette, og pakkeforløp hjem skal sikre en bedre overgang fra sykehus til kommune, og at kreftpasientene følges opp av kommunene etter endt behandling, spesielt i disse overgangene.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.40). «I dette forløpet vil kreftkoordinator ha en viktig rolle» (Kreftforeningen. u.å.) Pakkeforløp hjem skal etter planen implementeres i januar 2021.

1.5.3 Kreftkoordinator i nasjonale kreftstrategier

Nasjonale kreftplaner og handlingsplaner er utarbeidet og er gjeldende for ulike perioder, deriblant nasjonal kreftstrategi 1999-2003, 2006 – 2011, 2013 – 2017 og 2018 – 2022. Jeg vil ta utgangspunkt i nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017, og 2018 – 2022 med bakgrunn i at kreftkoordinator ikke var tema før 2012, og heller ikke nevnes i tidligere dokumenter i nevneverdig grad.

Målene for kreftstrategi 2013 – 2017 inkluderte: En mer brukerorientert kreftomsorg, Norge skal bli foregangsland for gode pasientforløp, Norge skal bli foregangsland for kreftforebygging, flere skal overleve lenger med kreft, samt best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.5). I forhold til Norge som foregangsland for gode pasientforløp, trekkes koordinator i sykehus spesielt frem, da disse kan være aktive aktører for å drive gjennom kreftpasienter. Videre trekkes koordinatorene i kommune frem, da «Koordinatorene i kommunen og i sykehus må samarbeide om å skape et helhetlig tilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.5).

I forhold til målet om best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende trekkes kreftkoordinator i kommune frem, i forbindelse med kreftpasienters eventuelle behov for psykososial støtte. utfordringer som trekkes frem er å etablere strukturer og ordninger som vil gjøre det mulig å kunne tilpasse de ulike tjenestene til individenes ulike behov, og det påpekes at det vil bli nødvendig å bygge ut tilbud for at kommunen skal klare å ivareta sine oppgaver.

Kreftstrategi 2013 – 2017 hadde en tilhørende nasjonal handlingsplan for 2015 – 2017. Denne lister opp konkrete handlinger som skulle gjennomføres for å oppnå målene til kreftstrategi.

Disse inkluderte:

- *Forløpskoordinator skal koordinere pakkeforløp og sikre tett, løpende kontakt med pasient og involverte instanser, herunder kreftkoordinator (Helsedirektoratet, 2015, s.7).*

- *Pasienter med behov for kommunale tjenester under eller etter kreftbehandling skal få informasjon om kommunale tjenester. Dessuten skal alle pasienter få info om kreftkoordinator (Helsedirektoratet, 2015, s.8).*
- *Det skal etableres tilbud om kreftkoordinator i alle kommuner, eventuelt som interkommunalt samarbeid (Helsedirektoratet, 2015, s.15).*
- *Koordinatorene skulle sikre god oppfølging av barn og unge som pårørende, og sikre tilstrekkelig tilrettelegging fra skole og andre institusjoner i samarbeid (Helsedirektoratet, 2015, s.38).*

I kreftstrategi for 2018 – 2022 er eneste forskjellene at det fremgår at kreftkoordinator «skal bidra til å gi kreftpasienter og pårørende et kvalitativt bedre helse- og omsorgstilbud. De koordinerer tjenester og andre tilbud, informerer, gi råd og veileder i alle faser av et sykdomsforløp» (Helsedirektoratet, 2018, s.16). I kreftstrategien nevnes også koordinatorene i forbindelse med palliasjon og lindrende behandling. Det fremkommer at en utnevnt instans har ansvar for palliativ forløp, og at dette må skje i samarbeid med omsorgstjenesten og eventuelt kreftkoordinator (Helsedirektoratet, 2018, s.40).

1.6 Kreftkoordinator i kommunale dokumenter

For å få en dypere innsikt i kreftkoordinatoren i ulike kommuner har jeg hentet informasjon og beskrivelsene av kreftkoordinatoren fra kommunenes informasjonssider. Oversikten under viser beskrivelsene de ulike kommunene valgte å ta i bruk når de skulle beskrive hvilke tjenester som var tilgjengelig, og hvor mange som brukte de ulike beskrivelsene. En total oversikt over hver enkelt kommune er lagt ved i appendix.

Koordinator oppgaver	Vestfold & Telemark	Agder
Råd, støtte, veiledning (på generelt grunnlag)	7	6
Koordinering i hverdagen	7	6
Råd / Info / Oversikt over tilbud og tjenester	7	8
Oppnå sammenhengende tjenester / Koordinere tjenester	5	5
Samarbeid med aktører / Formidle kontakt med aktører	8	6
Råd, støtte veiledning - diagnoserelatert	4	3
Oppfølging av familier med barn og unge	4	8
Tilrettelegge avslutning på liv hjemme	4	3
Samtalepartner / støtteperson	4	6
Være tilgjengelig	3	2
Skape gode rutiner i kommune	4	2
Hjemmebesøk	4	
Henviser	1	
Oversikt over samarbeid med ulike aktører	1	
Kostveiledning	1	
Søknadsbistand	1	
Kompetanseutvikling i forhold til helsepersonell		1
Tilbake til jobb initiativ		1
Støttefunksjon for skole / barnehage / andre v. Pårørende barn		1
Følge opp lindrende behandling		1

De fleste informasjonssidene var ganske overlappende, så det er mulig at koordinatorene har hentet inspirasjon fra andre koordinatører under opprettelse av informasjonssidene.

Informasjonssidene til Telemark og Vestfold er noe mer beskrivende og utfyllende enn de hos Agder kommune.

I forhold til organisatorisk nivå, ser det ut til at 5 kreftkoordinatorer i Agder kommune utelukkende forholder seg til brukere, og til individnivå. Hos disse beskrives det utelukkende arbeidsoppgaver som omhandler brukere av tjenesten, og funksjoner som eksempelvis å bidra til sammenhengende tjenester i kommune, utvikle tilbud i kommune, samarbeid med ulike aktører eller andre overordnede oppgaver er fraværende. 5 av kreftkoordinatorer forholder seg

til funksjoner på både individ, og makronivå. Her fokuseres det på brukernivå i forhold til koordinering av tjenester, råd, støtte, veiledning og så videre i forhold til brukere, men makrofunksjoner som eksempelvis utvikling av tjenester og tilbud inkluderes. Koordinator for Bykle, Evje, Hornnes, Bygland og Valle skiller seg spesielt ut. Denne koordinatoren oppgir kompetanseutvikling for helsepersonell som sin hovedfunksjon. Koordinatoren forholder seg dermed utelukkende til et makronivå, og jobber utelukkende for å bedre ulike elementer i kommunen. Videre skiller noen koordinatorene seg ut i forhold til funksjon, da hjelp og støtte i veien tilbake til jobb, og støttefunksjon for skole og barnehage der barn er pårørende i kreft hos enkelte oppgis som en viktig.

I Telemark og Vestfold skiller noen koordinatorene seg ut da det tilbys opplæring, hjelp til å oppnå oversikt over brukers rettigheter, kostveiledning, samt bistand i forhold til utfylling av søknader. Det fremkommer også utfra kommunens hjemmesider at en kreftkoordinator sitter på et henvisningsmandat i forhold til sine brukere. 5 kreftkoordinatorer i Telemark og Vestfold plasserer seg selv på et individnivå, og forholder seg utelukkende til brukerorienterte funksjoner. 5 plasserer seg både på individ, og makronivå. En velger å trekke frem at en viktig funksjon for koordinator er å være i rollen som bindeledd mellom sykehus og kommune. En annen velger å trekke frem at en viktig funksjon er å skape sammenhengende tjenester mellom kommune og institusjoner generelt.

1.7 Oppsummering: Kreftkoordinatoren i nasjonale og kommunale dokumenter

Samhandlingsreformen var «inspirasjonen» til opprettelse av kreftkoordinatorene. Her er målene å oppnå koordinerte tjenester, forebyggende tiltak samt helhetlige og sømløse tjenester. De overordnede nasjonale og regionale dokumentene i forhold til kreftkoordinator oppgir funksjoner som individuell oppfølging i møte med helsetjenester, og brukerorienterte tjenester. Videre oppgis sømløse tjenester mellom sykehus og kommune som viktig. I kreftstrategier oppgis brukerorientering i form av psykososial støtte, individuell oppfølging, sømløse tjenester mellom sykehus og kommune, og info om kommunale tjenester fra sykehuset som viktig. Dette ble så oversatt av kreftforeningen, og en stilling med en koordinerende, tilretteleggende, og tilgjengelig kreftkoordinator, med ansvar for å samordne tilbud og tjenester, samt bidra til bedre rutiner og systemer i kommunen ble opprettet.

Den overordnede politiske agendaen har hele veien vært rettet mot organisatoriske mål som omhandler brukerorientering, og kommunal utvikling. Koordineringsaspektet har lagt ved, gjennom ønske om at koordinator skal fungere som bindeledd mellom sykehus og kommunale tjenester, og dermed tjene holistiske og sømløse tjenester. Jo lengre ned på den hierarkiske stigen en kommer, jo mer av den overordnede målsettingen ser ut å forsvinne, fordi når vi kommer til de kommunale informasjonssidene om kreftkoordinatorer, er flere av dem gått over til et individnivå, der utelukkende brukerorienterte mål fremlegges. Makromålene for koordinatorer er ikke lengre oppgitt som viktige deler av funksjonen, og integrerte sømløse tjenester, samhandling mellom aktører, koordinator som bindeledd, utvikling av tjenestetilbud og bidrag til utvikling i kommunale tjenester, og sammenhengende tjenester blir ikke lengre oppgitt i like stor grad. Dette gjelder for 9 av 22 kommuner, og 12 av 22 kommuner oppgir på sine sider både individorienterte, og makroorienterte funksjoner og mål som viktig, og oppfyller dermed den politiske agendaen, eller den tiltenkte funksjonen som rollene i utgangspunktet ble opprettet for å oppfylle. Oppgavene omhandler det meste fra «A til Å» og det kan virke som kreftkoordinatorer flyr litt rundt og tar for seg litt av alt.

2.0 Teori

Jeg vil nå presentere teori, perspektiver og nøkkelord som vil legges til grunn i analyse og drøfting av empiri.

2.1 Tidligere forskning om kreftkoordinatorer

Hva angår kreftkoordinator, finnes det enkelte studier av kreftkoordinatorordningen, blant annet Syse & Moshina (2015) som skrev om kreftkoordinatorerens rolle i samhandlingsarbeidet i kreftomsorgen i Norske kommuner. De ønsket å se på rollen kreftkoordinatorer spilte i lokal koordinasjon av kreftpasienters forløp i kommunale tjenester. Funnene viste at koordinatorer arbeidet tett med pasienter og familier, men også enkelte kommunale tjenesteforsørgere. Samarbeid var generelt adekvat, selv om interaksjon mellom koordinatorer og generelle yrkesutøvere som eksempelvis NAV, skoler og barnehager kunne bedres (Syse & Moshina, 2015, s.49).

Lie, Hauken & Solvang (2019, s.346) skriver om kreftkoordinatorers erfaringer i forhold til barrierer og pådrivere for arbeid på systemnivå. Tre tema forstås som viktig, 1. forståelse av

kreftkoordinators rolle 2. systemene i primærhelsetjenesten og 3. å forplikte seg til samarbeid. Der disse er tilstede, kan de ses som pådrivere for systemarbeid, fravær medfører utfordringer. Det konkluderes med at kreftkoordinatorer møter kognitive, praktiske, og relasjonelle elementer som påvirker deres systemfokuserte aktiviteter, og at endring i deres «perspektiv» til et salutogent (versus et patogent) fokus kan hjelpe med mobilisering av ressurser, slik at en kan gjøre utfordringene om til pådrivere for samarbeid og systemarbeid. «Salutogent fokus» er et fokus rettet mot ressursene individene tar i bruk for å møte utfordringer. I studien, blir begrepet oversatt og brukt i systemsammenheng for å se på faktorer med betydning for kommunal organisasjonelt helsearbeid. Salutogent fokus må da forstås som en problemorientert tilnærming til organisasjonell helse med et fokus på ressurser, og hvordan disse fordeles.

Annet materiale som finnes er kreftforeningens egne evalueringer av ordningen. Av slike fremkommer deriblant Oslo Economist (2017) og kreftforeningen sin rapport om kreftkoordinatorsatsingen (2014). Syse Og Moshina trekker frem en kunnskapsoppsummering av kunnskapscenteret. Dokumentasjonen av denne kunnskapsoppsummeringen var av lav, til svært lav kvalitet (Steiro, Heppesen, Kirkehei, Patrono & Reinart, 2014, s.3). Problemstillingen omhandlet koordinerende tiltak i forhold til kreftpasientene. Kun en norsk artikkel ble brukt, og denne omhandlet effekten av koordinerende tiltak for palliative pasienter (Jordhøy, Fayers, Loge, Ahlner-Elmqvist og Kaasa, 2001).

Kreftkoordinator blir gjerne nevnt i ulike evaluering av kommunale tjenester, eksempelvis i rapporten av tjenestetilbud til pasienter (Melby, Das, Halvorsen & Steihaug, 2017). Ellers tas kreftkoordinator emnet opp i masteroppgaven til Hjelmeland (2015), med navn «Kreftomsorg i endring». Denne har vært til hjelp og inspirasjon for meg under skriving av denne oppgaven. Danmark har i større grad enn Norge tatt for seg ulike koordinatorene, spesielt kanskje forløpskoordinatorer, og andre koordinatorene i sykehusmiljø. Da det finnes mer stoff enn i Norge, må Danskene utpekes som en autoritet på feltet. Fra Danmark finner jeg blant annet en doktorgrad av Nørgaard (2016) som har vært en stor inspirasjon for meg under skrivingen av denne oppgaven. Jeg brukte denne oppgaven som «basis» ved opprettelsen av intervjuguiden, og brukte, i starten, oppbygningen av oppgaven til inspirasjon for oppbygningen av denne oppgaven. Det er også denne oppgaven som da har vært mest relevant for problemstillingen som jeg har lagt til grunn.

2.2 Nøkkelbegrep, og teorier relevant for oppgaven

Jeg ønsker å stadfeste en operasjonell definisjon av viktige begrep i oppgaven. Dalland (2012, s.133) forklarer at begreper som tas i bruk i oppgaver som denne, burde ha et entydig innhold, fordi alle individer har sin egen subjektive måte å definere ulike begreper på. Et ord som «rolle» kan bety ulike ting for ulike mennesker. Derfor er det hensiktsmessig å definere begrep, slik at dem som leser denne oppgaven har noenlunde lik forståelse av hva som legges i begrepene. Dette kaller Dalland for en «operasjonelle definisjon».

2.2.1 Samhandling

Ulike begrep blir brukt om hverandre når det er snakk om samhandling. I St.meld. nr. 47 (2008-2009 s 13) defineres samhandling som:

” Samhandling er uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”.

Bukve og Kvåle (2014) forstår samhandling som ”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 kan her stadfestes at samarbeid og samhandling brukes om hverandre. For at aktør vellykket skal ta samhandling i bruk, må de finne frem til felles mål, felles forståelse av situasjon, og de må ha tillitt til hverandre. De må også kunne utveksle nødvendig informasjon, erfaring og kunnskap seg imellom. Kompleksitet i samfunn trekkes frem, det bemerkes at jo mer kompleksitet, jo mer samhandling trengs mellom aktører, og jo mer samarbeidsprosesser må legges til grunn (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16). De ulike fagmiljøene har utviklet egne begreper og definisjoner uavhengig av hverandre, noe som tyder på at samhandling som fenomen er i utvikling i praksis og i utdanning.

2.2.2 Koordinering og koordineringsmekanismer

Tradisjonell styringsform innenfor forvaltning har tidligere basert seg på hierarkisk struktur. Siden 1990 har samfunnsforskere hevdet at et skifte er pågående, at vi går vekk fra hierarki, og mot nettverk. Flere årsaker legges til grunn, deriblant ett skifte mot marked som ideal, og

at økt kompleksitet (wicked problems) og fragmentering gjorde det nødvendig å i større grad inkludere flere aktører (offentlig, private, frivillige) til å utforme og iverksette offentlig politikk (Røiseland & Vabo, 2016, s.20).

Begrepet «Governance» beskrives ulikt av ulike forskere. Jeg har valgt å benytte begrepsforståelsen til Røiseland og Vabo (2016), altså en bred definisjon: «ikke-hierarkiske prosesser hvor offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening» (Røiseland & Vabo, 2016, s.42). De har oversatt ordet Governance til samstyring på Norsk. Samstyring representerer ifølge dem offentlig politikk som utvikles, og som vi iverksetter gjennom ulike strukturer som alternativer til den hierarkiske strukturen. Det pekes imidlertid mot at det ikke nødvendigvis er slik at en utelukkende bruker en styringsform, men at en gjerne kan kombinere ulike styringsformer.

Koordineringsbegrepet brukes ofte i sammenheng med samarbeid eller samhandling som nevnt. I St.meld. nr. 47 (2008-2009, s13) defineres koordinering som:

"oppgaver og ansvar seg imellom for å oppnå felles mål, samt evnen til å forfølge de oppgavene på en koordinert og rasjonell måte seg imellom."

Koordinering skal utføres fordi brukere, pårørende og fagpersoner ikke skal erfare tjenester som repeterende, fragmenterte og uoversiktlige, men koordinering kan forstås på ulike måter. Den kan defineres både som en prosess, og som et mål (Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010, s.15). Jeg ønsker å se prosesstiltakene, da jeg ønsker å finne ut hva som anvendes som verktøy for koordineringen, og hvordan verktøyene benyttes i praksis. Bouckaert forstår koordinering som instrumenter og mekanismer orientert rundt å forbedre frivillig eller tvungen meningsfull tilretteleggelse av oppgaver, for å nå et klart definert mål (Bouckaert et al., 2010, s.16). Mekanismene brukes for å oppnå felles mål, større sammenhenger, og for å redusere overflødigheter og motstridende praksiser innenfor implementering, politikk og generelt innenfor det offentlige. En annen overlappende forståelse er at koordinering kan forstås som en form for styring, fordi den har styringselementer ved seg (Kooiman, 1993, s.4).

Bouckaert et al (2010, s.35) presenterer tre grunnleggende styrings- og koordineringsmekanismer, marked, hierarki og nettverk, der det er tenkt at koordinering kan fremstå som en blanding av dem i praksis. Disse tre mekanismene ligger til grunn i

koordinerings prosesser. Røiseland og Vabo (2016, s.15) legger frem Bouckaert sin modell, oversatt til Norsk:

	Hierarki	Marked	Nettverk
Formål	Bevisst designe og kontrollere mål	Spontant skape resultater	Bevisst designe og kontrollere mål eller spontant skape resultater
Retningsgiver, type kontroll og evaluering	Ovenfra – og – ned baserte normer og standarder, rutiner, overvåkning, inspeksjon, intervensjon	Tilbud og etterspørsel, prismekanisme, egeninteresse, profitt og tap som evaluering, rettsapparat, usynlighånd	Felles verdier, felles problemanalyse, konsensus, lojalitet, gjensidighet, tillit, uformell evaluering – rykte
Myndighetsrolle	Ovenfra – og – ned – etablerte regler og styring, avhengige aktører er kontrollert av regler	Skaper og vokter markeder, kjøper varer, aktørene er uavhengige	Tilrettelegger for nettverk, styrer og leder nettverk og deltar i nettverk
Påkrevde ressurser	Autoritet, makt	Forhandlinger, informasjon, makt	Gjensidig samarbeid, tillit
Teoretisk basis	Webersk byråkrati	Neoinstitusjonell økonomi	Nettverksteori

Koordinering kan for det første skje gjennom den tradisjonelle hierarkiske strukturen, som kobles opp mot det Weberianske hierarkiet (Weber, 1971). Styringsformen baserer seg på formell autoritet, administrativ orden, regler, og kontrollert planlegging som grunnleggende trekk. Torjesen et al (2016, s.198) beskriver marked som en styringsform som oppnår koordinering gjennom en økonomisk orientert teori. Transaksjoner, konkurranse og økonomiske insentiver gjør koordinasjon økonomisk lønnsomt for involverte aktører. Rasjonalitet, forhandling og «den usynlige hånd» er fremtredende. Nettverk som styringsform

kjennetegnes av horisontale koblinger, tillit, gjensidig tilpasning og avhengighet mellom ulike aktører og nivåer (Bouckaert et al, 2010, s.35). Aktørene er integrerte gjennom organisasjoner og solidaritet, gjensidige interesser og delte normer og ansvar.

2.2.3 Legitimitet, innflytelse og forankring

Det fremgår av Deephouse, Bundy, Toast og Suchman at Suchman sin definisjon av legitimitet er mye brukt (2013, s.28): "Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper or appropriate within some socially constructed system of norms, beliefs, and definitions" (Suchman, 1995, s.574).

Handlingene til en aktør er altså ønskelig og passende om handlingene passer overens med de normene, troen og definisjonene som mennesker har skapt. Menneskers oppfatning av hva som er "passende og ønskelig" vil endre seg, da forståelse kontinuerlig formes av opplevelser og situasjoner. Scott (2008) beskriver legitimitet, ikke som en input som kan brukes til å produsere noe nytt, men som en symbolsk verdi som blir "satt på oppvisning" på en slik måte at den blir synlig for eksterne aktører (s.60). Det oppstår ofte situasjoner der organisasjoner blir verdsatt ikke på grunn av handlinger, men for hva de sier og avgjørelsene de tar. Publisitet er ofte like, om ikke mer, viktig enn produktet ifølge Brunsson (2003, s. 203).

Når noen har legitimitet, er det altså akseptert enten grunnet godkjenning i lov, eller fordi det anses som rettmessig eller rettferdig. Sosiologen Max Weber kobler makt og autoritet opp mot legitimitet og legitimeringsbegrepet. Weber (2000) definerte makt som «Et eller flere menneskers sjanse til å få gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem og det selv om andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (s. 53). Autoritet er ifølge Weber det samme som legitimert makt, fordi en vil ha «en plikt til å adlyde» som ikke vekker motforestilling, fordi den anses som rettmessig. Ifølge Dahl (1957) må enkelte kriterium ligge til grunn for at det skal kunne være snakk om makt, blant annet at makten må være orientert rundt 1. relasjoner eller en avhengighet, 2. en uenighet eller interessekonflikt eller 3. at det må være en maktbase hos utøveren av makten, som gjør at den kan få noen til å gjøre noe den eller ikke ville (s. 201 – 205).

Det fremgår at makt virker inn på hvem, når og hvordan en får hva, og den kan bidra som et verktøy i konfliktløsning på arbeidsplassen. Morgan (1998) presenterer 14 maktbaser en som

leder i en organisasjon vil kunne ha tilgjengelig. Dette kan ses som makttiltak koordinatorene kan bruke, eksempelvis om den kommunale økonomiske situasjonen er dårlig, og en ikke har ressurser tilgjengelig, men likevel må handle. Morgan (1998, s.179) sine 14 kilder til makt er:

1. *Formell autoritet: En autoritet et individ besitter med bakgrunn i sin posisjon, legitim makt. Et annet ord: Posisjonsmakt.*
2. *Kontroll over knappe ressurser: Tilgang til økonomiske midler eller ressurser. Evne til å øke eller ta vekk ressurser.*
3. *Bruk av organisasjonsstruktur, regler eller bestemmelser: Kamp for politisk kontroll der strukturelle endringer er en del av maktspeillet.*
4. *Beslutnings kontroll / beslutningsmyndighet: Evne til å påvirke beslutningsprosess*
5. *Kontroll over kunnskap eller informasjon: Kontroll over informasjonsstrøm kan bidra til å skape avhengighet ovenfor kontrollør*
6. *Kontroll av grenser: Kan brukes til å binde organisasjoner til eksterne aktører, eller til å isolere organisasjoner*
7. *Evne til å mestre usikkerhet: Ofte knyttet til plassering i arbeidsfordeling. Evne til å mestre usikkerhet gir makt i organisasjon som helhet*
8. *Kontroll over teknologi: Grunnet avhengighet ovenfor teknologi*
9. *Mellommenneskelige allianser, nettverksbygger, kontroll på «uformell organisasjon: Koalisjonsbyggeren har makt*
10. *Kontroll over mot organisasjon: Den som kan spillereglene, og å lese motstanderen kan spille med omgivelsene for å oppnå makt*
11. *Meningsadministrasjon og symbolikk: Makt gjennom å overbevise andre om at handling fremmer deres interesser, evne til å forme aktørene sin virkelighetsoppfatning.*
12. *Styring av kjønnsrelasjoner: Skjevheter kan fremgå i språk eller i symbolikk med bakgrunn i kjønn, eksempelvis diskriminering.*
13. *Strukturelle faktorer som påvirker handlingsrom: Regler, rammer, overordnede målsettinger, organisasjonsstruktur som helhet bestemmer maktrelasjoner.*
14. *Den makten man allerede har: Aktører tiltrekkes mektige personer, og kan ønske personens makt.*

Maktbasene er av betydning, da de har innvirkning på de organisatoriske forholdene og det interne og eksterne miljøet kreftkoordinatorene befinner seg i, eller opprettholde konflikter. Å ha kunnskap om maktbasene er fordelaktig for koordinatoren, da en vet hva en kan treffe på, og hvilke redskap en har tilgjengelig i møte med aktører (Morgan, 1998).

2.3 Rolle og funksjon

Jeg mener det er hensiktsmessig å tilegne rolle og funksjonsbegrepene et analytisk skille fordi en da vil kunne anvende begrepene hver for seg der det er hensiktsmessig på en måte som er informativ heller enn tilfeldig. Dette kan bare anses som et analytisk skille, da rolle og funksjonsbegrepet i praksis er fleksible betegnelser som kanskje i større grad flyter over i hverandre i form av deres betydning. Bruk av rolle og funksjonsbegrepet sammen, vil dermed kunne antyde til en helhet, mens bruken av begrepene separat hentyder til noe spesifisert.

Erving Goffman (1922 – 1982) tok opp rolleteori som tema i form av det som ble representert av ham som symbolsk interaksjonisme. Goffman utviklet da *rolle* som teoretisk begrep. Goffman betraktet rolle som en grunnleggende enhet innenfor sosialisering, og han beskrev rollebegrepet som:

«(...) the activity the incumbent would engage in were he to act solely in terms of the normative demands upon someone in his position. Role in this normative sense is to be distinguished from role performance or role enactment, which is the actual conduct of a particular individual while on duty in his position» (Goffman, 1961) (sitert i Chalari, 2009, s.75).

Goffman mener at rolleinnhavere utfører handlinger og rollen sin på en måte som er forutbestemt ved at aktører og «publikum» har forventninger til hverandre, og at rollene må utføres av alle individer. De som ikke utfører forventet rolle kan bli sett på som avvikende, og vil på den måten bli tildelt sanksjoner. Begrepet ble bundet opp mot posisjoner som utvikles i sosiale situasjoner og i ansikt til ansikt situasjoner. Ifølge Goffman blir rollen først utøvd i samhandling med «role others» i «en sirkel av ansikt – til ansikt interaksjoner», og det er i disse sammenhenger at man får en forståelse av hva rollen innebærer. Møtene med andre enn utøver selv kan dermed sies å være av stor betydning, da individene skaper og former situasjonene gjennom de interaksjonene som forekommer i møter med andre mennesker (Goffman, 1992).

En yrkesrolle defineres av Heggen (2008) som noe som skapes i samspill med individet og faktorer som utdanning og mennesker man omgås med. Erkjennelse av sitt yrkesvalg kan styrke autonomi i rollen. Rollen utvikles i møte med andre, via bekreftelse på arbeid som

utføres. Tilbakemeldinger på arbeid og evne til refleksivitet i arbeidet og i forhold til tilbakemeldinger kan bidra til å prege selvbilde, og selvfølelse i yrkesrolle. En vil med tiden utvikle en forståelse for yrket, og gjerne en tilhørighet til individer som utfører samme eller liknende arbeid. Måten en utformer sin yrkesrolle på kan være knyttet til yrkesidentitet. En ny yrkesrolle innebærer forventninger og muligheter, og man vil gjøre bevisste valg angående hvordan en vil utøve yrkesrollen (s. 321).

Ordet «funksjon» sin avstamning er fra det latinske ordet «functio» som betyr «utførelse». Ordet ble videre overført til «fungi» som er et tysk verb for å «fungere». Ordet brukes gjerne i sammenhenger der en omtaler utførelse av et bestemt arbeid som følger med en stilling, eller når en henviser til et apparats funksjon i form av en virkemåte / anvendelse eller en oppgave / rolle (Funksjon, u.å.).

I denne sammenheng vil «funksjon» i oppgaven henviser til kreftkoordinatorens arbeidsoppgaver, dens rammevilkår hva omhandler stillingen, og dens utførelse av arbeidsoppgavene. Når det henvises til det å «ivareta funksjonen» er betydningen å ivareta funksjonsområdet, altså arbeidsoppgavene. Man kan også delvis forstå funksjon som en del av rollebegrepet, da det å ha en funksjon også kan bindes opp mot at en fungerer som «noe», der «noe» kan tolkes som at en må fungere i en rolle. Funksjonsbegrepet blir dermed bundet opp mot rollebegrepet, min analytiske forståelse er at funksjonen henviser til arbeidsoppgavene og de spesifiserte handlingene som utføres i arbeidet, og disse kan også bindes opp mot rollen som koordinatoren innehar, der begrepene dermed vil henviser til en helhet.

2.4 Frontlinjearbeid med utgangspunkt i Lipsky

I boken *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* fra 2010, presenteres begrepet bakkebyråkratiet, og bakkebyråkrater. Med bakkebyråkrater henvises det til ansatte i offentlig sektor som har direkte kontakt med brukere av en tjeneste, og som har mulighet til å utøve skjønnsutøvelse i sitt arbeid. Offentlige virksomheter som har yrkesutøvere som utfører slike tjenester kan kalles for bakkebyråkratier (Lipsky, 2010, s.27).

Lipsky (2010) sin teori om bakkebyråkraterne er et relevant perspektiv i denne oppgaven, med bakgrunn i at teorien utgjør et nyttig verktøy en kan bruke til å se nærmere på kreftkoordinatorens posisjon i spenningsfelte mellom formell struktur og brukeres behov. Dette kan betegnes som et «sentralt paradoks» i teorien. Paradokset går ut på at

bakkebyråkratene på den ene siden må forholde seg til standardiserte prosedyrer og et formelt regelverk i form av utfordringene i helsetjenestens førstelinje kan møte på – store saksmengder, tvetydige mål, og utilstrekkelige ressurser. På den andre siden må den forholde seg til et individperspektiv i form av menneskelige dynamiske, og individuelle behov. Bakkebyråkratene må derfor håndtere det som i enkelte tilfeller kan utvikle seg til å bli motstridige krav gjennom å ta i bruk skjønnsutøvelse.

Bakkebyråkrat terminologien tas gjerne i bruk der arbeidsutøver er avhengig av å bruke skjønn i arbeidet sitt. Skjønn må utøves, fordi karakteristikkene med arbeidet til bakkebyråkratene gjør det vanskelig, eller umulig å redusere skjønnsbruk. Dette er fordi de involverer så kompliserte arbeidsoppgaver at en ikke kan lage standardiserte regler eller instruksjoner som kan omfavne kompleksiteten. Dette er for det første fordi situasjonene er så komplisert at instruksjonsbøker blir umulig å lage, for det andre fordi situasjonene ofte krever menneskelige responser for å løses, og for det tredje fordi det fører til legitimitet hos yrkesutøverne (Lipsky, 2010, s.14).

2.4.1 Ressurser

Et element som kan kjennetegne bakkebyråkater er «kronisk knapphet på ressurser». Ulike ressursmangler kan oppstå, de mest utpregede er mangel på arbeidskapasitet i form av arbeidere, og mangel på tid (Lipsky, 2010, s.29). Lipsky hevder at bakkebyråkratene kan inngå i «trade offs», ved å utvikle egne rutiner for å mestre knappe ressurser og motstridende hensyn i forhold til bruker, lover og regler. Rutinene kan integreres og institusjonaliseres, og ender opp med å bli en del av praksis på arbeidsplass.

Andre ressursmangler som trekkes frem er uforutsigbarhet i situasjoner og begrensninger til å konferere med kolleger. Videre kan det være urealistisk å ha tilstrekkelig kunnskap på alle felt en arbeider innenfor. Det trekkes dermed frem at bakkebyråkratenes personlige ressurser blir utfordret, fordi de befinner seg i utsatte posisjoner som gjør dem sårbare for en rekke «trusler». Ansattes kan iverksette uhensiktsmessige handlingsmåter, som kan tilskrives at både de direkte og indirekte forsøker å minimalisere mulige farer av fysisk og psykisk art. Det påpekes at press under manglende ressurser kan føre til tvilsom praksis da variasjonen i saksmengden ikke er stort nok til at yrkesutøver bedrer sin praksis gjennom utførelsen av sakene. Videre kan ressursmangler skape et miljø som karakteriseres av press som blir igjen, selv om saksmengden bedres (Lipsky, 2010, s.37).

2.4.2 Tvetydige mål

Krysspress kan forekomme i forhold til mål og forventninger pålagt av helsebyråkratiet, og forventninger pålagt av borgere og brukere av tjenestene. Målene som er satt for profesjonsarbeid kan være ambisiøse, vage, konfliktfylte eller tvetydige. I mange tilfeller kan de være så tvetydige at de ikke blir realiserbare. Dette begrunnes med at målsetting er plassert hos beslutningsmyndigheter som i dette tilfellet er kommunens helsetjeneste, samtidig som ansvar for å utøve og realisere målene ligger hos profesjonsutøverne. Det forekommer også tilfeller der mål og visjoner er satt, men der det ikke forekommer midler for å oppnå disse målene (Lipsky, 2010, s.41).

Organisasjonsmål kan ha en idealistisk dimensjon ved seg, som kan føre til at de nesten er umulige å oppnå, der frustrasjon og forvirring kan bli resultatet. Uklarheter og spenninger kan altså oppstå i arbeid med byråkratiske imperativer og innbyggernes behov, og dette krever igjen bruk av faglig kompetanse og skjønn for å mestre og gjennomføre arbeidsoppgaver. Sjefen på arbeidsplass kan også utgjøre en spenning, da denne kan sitte på resultatorienterte mål, der en bryr seg om oppnåelse av objektive mål og hvor mye det koster å oppnå disse målene, og andre elementer som, om dem ikke oppfylles, kan gjøre sjef til objekt for granskning (Lipsky, 2010, s.19). Disse vil være motstridig med bakkebyråkratsens mål orientert rundt forholdsvis egne preferanser.

Uoppnåelige mål kan også resultere i at yrkesutøver får høye forventninger til seg selv og sitt arbeid når det kommer til kvaliteten og antall oppgaver. Videre fremkommer det at jo mer uklare mål yrkesutøver har, og jo mindre nøyaktige tilbakemeldinger de ansatte får på sitt arbeid, jo mer blir yrkesutøver overlatt til seg selv i utformingen av sin arbeidshverdag.

2.4.3 Autonomi

Relasjonen mellom yrkesutøver og sjef har ifølge Lipsky (2010) to primære karakteristikk: Relasjonen burde anses som konfliktfylt med bakgrunn i at yrkesutøverens mål er orientert rundt egne preferanser, og de organisasjonsfunksjonene som sanksjoneres om de ikke utføres. De er også orientering rundt å maksimere egen autonomi. Sjefen sin rolle i konteksten vil være assosiert med overordnede mål, orientert rundt enheten som en gruppe, og å minske autonomien for yrkesutøvere. For det andre, er relasjonen bundet sammen av en gjensidig

avhengighet. Sjefen vil dermed være positiv til yrkesutøveres preferanser, om dette fører med seg gode resultat (s.25).

Bakkebyråkraten arbeider ofte alene med bruker, noe som medfører at kontrollaspektet av yrkesutførelsen blir mindre tilstedeværende. Yrkesutøveren møter den enkeltes nød, og må både være i rolle som behandler og kontrollør for eget arbeid. Selv der samarbeid forekommer, kan den enkelte stå alene om utøvelsen av skjønn og beslutningsprosesser i enkeltsaker. Den enkelte yrkesutøver forsvarer gjerne knappe goder, kommunale budsjetter, og samtidig skal de ta vare på, møte, og forstå klientens behov.

Bakkebyråkraten må ha en relativ autonomi, og må ta i bruk skjønnsutøvelse på arbeid for å kunne karakteriseres som bakkebyråkrat. En kan stole på at yrkesutøvere mer eller mindre vil oppfylle forventningene knyttet til yrkesutøvelsen sin, og en viss ulikhet mellom ordre og utførelse av orde er å forvente. Dette kan legges til grunn så lenge yrkesutøveren er enig med overordnede målsettinger, og finner disse legitime (Lipsky, 2010, s.16). I tilfeller der yrkesutøver har andre interesser, og ressurser til å imøtekomme disse, kan det oppstå diskrepans mellom politikk og utførelse av politikken (Lipsky, 2010, s.17).

Ved bruk av Lipsky sin teori, må en se kreftkoordinator som en som agerer i frontlinjen i et krysspress mellom egen organisasjon og borger. Dessuten arbeider koordinatoren i komplekse dynamiske omgivelser, og må forholde seg til multiple organisatoriske virkeligheter. Dette har betydning for koordinatorens rolle og funksjon og dens mulighet til å handle koordinerende.

2.4.4 Kreftkoordinator som bakkebyråkrat

Kreftkoordinatorerne iverksetter beslutninger som er fattet innenfor den kommunale forvaltningen. På denne måten kan de sies å være bakkebyråkrater på lik linje med mange av eksemplene som Lipsky trekker frem, som sosialarbeidere, politi, lærere, og andre helsearbeidere (Lipsky, 2010, s.3). Kreftkoordinatoren har ikke myndighet til å administrere fordeler og sanksjoner direkte, der en sosionom for eksempel har myndighet til å fordele økonomiske goder, men en kan likevel konkludere med at den kan administrere fordeler av samme karakter, blant annet i form av ulike tjenesteytinger rettet mot bruker. Ifølge Lipsky er hvert tilfelle av tjenesteyting ledsaget av en utvidelse av statens innflytelse og kontroll. Kreftkoordinatorerne jobber i offentlige institusjoner, og har direkte kontakt med borgerne

som deres kontor skal utøve en tjeneste for. De har per dags dato en diffus rolle, og har dermed mulighet til å balansere organisatoriske krav og egne ønsker for yrkespraksis. De kan dermed gjøre seg tanker og overveielser om hvordan koordineringen av dens tjenester kan relatere seg til, og bidra i forhold til bruker av tjenesten, spesielt med bakgrunn i at rollen og funksjon først skapes i møte med den individuelle bruker. Både relativ autonomi og mulighet til skjønnsutøvelse er dermed tilstedeværende hos kreftkoordinator.

Kreftkoordinatoren har gjerne lang avstand fra andre overordnede administratorer, noe som medfører at autonomien i utgangspunktet har mulighet til å bli stor. En kan derfor ta utgangspunkt i at kreftkoordinatoren i mange sammenhenger kan skape sin egen rolle, funksjon og betydning. Dette er noen av elementene Lipsky forbinder med bakkebyråkratene.

2.5 Koordinator som aktør i grenseflater med utgangspunkt i Williams

«Wicked problems» er komplekse, innvevde problemstillinger som går over organisatoriske, profesjonelle og sektorielle grenser. Løsninger på slike problemstillinger kan ikke skapes i et enkelt byrå som handler autonomt, da en aktør alene ikke kan sitte på kunnskap, infoen, og handlekraften til å løse problemene (Williams, 2012, s.10). De nye formene for samstyring krever dessuten ulike ferdigheter og kapasiteter. Dette fører til at organisasjoner blir sammenflettet gjennom gjensidige avhengigheter, der en konsekvens blir at bredden og dybden på samarbeid øker. Dette fører til at grensene blir uklare og skiftende (Williams, 2012, s.1).

Williams (2012) sin bok «collaboration in public policy and practice. Perspective on boundary spanners» omhandler aktørene, som kalles “boundary spanner”, som kan arbeide i disse uklare grensene. Den som kan klassifiseres som boundary spanner er 1. Koordinatorer i en posisjon eller jobbrolle der arbeid i skjæringsfeltet i organisatoriske settinger inngår, og der formelle plikter tilsier at en helt og holdent er involvert i boundary spanner aktiviteter eller 2. individer som inngår i boundary spanner aktiviteter som en del av offentlig yrkesutøvelse, fordi det er nødvendig for å oppnå fullføring av arbeidsoppgaver og mål (Williams, 2012, s.4). «Boundary spanner aktiviteter» klassifiseres som dette, når aktivitetene krysser, eller befinner seg mellom tradisjonelle grensetyper, inkludert organisatoriske, sektorielle, profesjonelle og/eller politiske grenser.

Eksempler som blir trukket frem av type 1 «boundary spannere», er koordinatorene som arbeider med partnerskap, der koordinering er nødvendig for at produksjon og leveranse av tjenester skal være vellykket, eksempelvis helse og sosial – koordinatorene, der både helse- og sosialfaglige kompetanser koordineres for å få til felles innsats overfor klienter og brukere (Williams, 2012, s.32).

Det overordnede målet til Williams er å informere om praktisk design av samarbeidsløsninger. Hans fokus er å trekke inn rollen til den individuelle agenten, og han ønsker dermed å fremheve menneskelige faktorer. Fokuset er altså mot rollen og adferden til boundary spannere i samarbeidsprosesser. «... real success will depend as much on the determination and creativity of practitioners and managers as it will on government edict and structural change» (Williams, 2012, s.23). Dette er kanskje spesielt viktig og riktig i forhold til kreftkoordinatorer, da kreftkoordinatoren inntar en ny funksjon, og koordinatorene selv på mange vis må forme egen rolle og funksjon.

Williams diskuterer fire hovedroller som boundary spannere kan oppta. Disse inkluderer nettverkeren, fortolkeren, koordinatoren og entreprenøren. Disse rollene representerer ulike kompetanser som boundary spanneren kan bringe med seg i samarbeid. Kompetansene kan være tekniske eller menneskelige ferdigheter, kunnskap om ulike felt, eller ekspertise som er opparbeidet gjennom erfaring. Aktørene kan også omhandle personlige egenskaper, men disse regnes ikke med i forhold til disse rollene (2012, s.37).

Reticulist / Nettverkeren	Interpreter / communicator / Fortolkeren
Coordinator / Koordinatoren	Entrepreneur / Entreprenøren

2.5.1 Nettverkeren

Nettverkeren er generelt god på å bygge nettverk og broer mellom organisasjoner.

Nettverkeren har god forståelse for relasjonelle forhold, partenes gjensidige avhengighet, og å opprettholde de relasjoner den skaper. Rollen krever at nettverkeren evner å ta i bruk ferdigheter innenfor diplomatikk, forhandling og overtalelsesstrategier.

De oppnår gjerne innflytelse i en symbolsk forstand gjennom å med strukturering og konkretisering av situasjoner, samt gjennom utveksling innenfor relasjonen og gjennom forhandling. Forhandlingen kan bestå av to komponenter der en fokuserer på å håndtere kompleksitet og informasjon, og en form der maktforhold mellom ulike aktører settes i fokus. Dette betyr at nettverkeren må ha god forståelse og innsikt i de ulike aktørene som inngår i samhandlingen, rollen krever en evne til å overskue ulike parters interesser, og den må kunne håndtere informasjon effektivt gjennom formelle og uformelle kanaler.

En grunnleggende forutsetning for en effektiv nettverker er dens evne til å dyrke et nettverk av personlige forhold, blant annet gjennom mellommenneskelige bånd basert på tillitsforhold, og å vedlikeholde dette. I tillegg, forventes nettverkeren å distribuere politiske ferdigheter; at den vet hvilken atferd som vil oppnå målet, eksempelvis når bruk av forhandling, overbevisning eller konfrontasjon burde tas i bruk. Generelt burde nettverkeren evne å bruke ulike tilnærminger, og den burde utforske strategisk og taktisk, hvilken tilnærming som er best for å oppnå innflytelse i relasjonen. (Williams, 2012, s. 37 – 40)

2.5.2 Fortolkeren

Fortolkeren er avhengig av å kunne møte, og kommunisere effektivt med ulike grupper og individer i samarbeidsteam. Den må ha forståelse for de mange aktører i samarbeidet, og må kunne finne fram til gjensidige fordelaktige agendaer. Dette kan den gjøre ved å understøtte oppbygningen av de samarbeidene den inngår i. Hoved kjennetegnet til fortolkeren er dens evne til å forhandle og mediere mellom ulike kulturer, ved å visualisere den realiteten samarbeidspartnerne sitter med, og å møte dem med et åpent blikk. Dette inkluderer at forhandleren også må sitte på gode kommunikasjonsferdigheter, og kan anvende språket som brukes i hver enkelt sektor. (Williams, 2012, s.43-44)

2.5.3 Koordinatoren

Koordinatoren er en relasjonsskaper. Den blir gjerne satt til å koordinere og organisere prosessen for samarbeid. Planlegging, koordinering, og administrasjon i multiorganisatoriske settinger stiller krav til boundary spanner, kanskje spesielt i forhold til tidsprioriteringer. Logistikken kompliseres når antallet involverte aktører, der alle skal behandles rettfærdig, og der alle føler seg inkludert i kommunikasjon, informasjonsdeling og beslutningsprosesser. Å opprettholde en effektivt og oppdatert liste over kontakter er ressurs, og tidkrevende. Boundary spanneren fungerer her som en støtte som legger til rette for beslutningstager prosesser som ledsages av kollektivt arbeid. Slike roller kommer gjerne med muligheter til å styrke innflytelse, og demonstrere verdi. Når det kommer til kompetanse, er den fremste ferdigheten å kunne etablere og vedlikeholde relasjoner med mange ulike aktører fra ulike organisasjoner. Effektiv kommunikasjon, og informasjonsdeling, samt velutviklede nettverksferdigheter er nødvendig (Williams, 2012, s.52 – 53).

2.5.4 Entreprenøren

Entreprenøren reflekterer en rolle som ønsker utradisjonelle tilnærminger. Den ønsker nye ideer, kreativitet, og ut av boksen tenkning. Denne aktøren er innovativ, og produserer nye ideer i møte med komplekse problemstillinger. Den kjennetegnes som en risikotaker, med fokus på fleksibilitet og en vilje til å utforske nye ideer og metoder i praksis. Opportunisme og innovasjon er også viktige begreper i forhold til denne rollen. (Williams, 2012, s.53-54) Å inngå i en slik rolle, krever en evne til å være komfortabel med å være «annerledes». Innenfor offentlig sektor vil en person i en slik rolle gjerne finne nye kreative ideer og bruke de på eksisterende metoder, men dette krever en evne til å se, og utnytte sjanser når de er tilgjengelig (Williams, 2012, s.55).

2.6 Teoretiske ytterpunkt

Petersen (2016) setter teorier opp mot hverandre, og har også tatt i bruk Lipsky (2010) og Williams (2012). Viktige forskjeller mellom teoriene er at Lipsky er mer strukturorientert og deterministisk, da han orienterer seg rundt handling og væremåter som over tid blir integrert hos yrkesutøver. Williams er mindre strukturorientert og deterministisk, da anerkjennelse av samfunnsmessig kontekst ses som viktig element i forhold til handlingsrom for yrkesutøver. Petersen (2016) påpeker at om man skal se på forfatterens vitenskapelige fundament, vil Lipsky ligge tettere på det realistiske fundamentet, mens Williams i større grad vil være på en fenomenologisk side (s.134).

Petersen (2016) peker mot teoriene som supplerende i møte med hverandre, da Lipsky (2010) ser på bakkebyråkraten i møte med handlingsrom, autonomi, skjønn og mellom spenningsfelt innad i sin organisasjon. Williams (2012) retter fokus mot «boundary spanneren» som aktør på tvers av organisatoriske grenser. Her vektlegges kreftkoordinatoren som agerende i møte med ulike aktører i skjæringspunkt. Kreftkoordinator vil i dette perspektivet medvirke som en koordinerende mekanisme. Teoriene blir på den måten komplementære, da et perspektiv ser på koordinatorens organisatoriske spenningsfelt og miljø, mens det andre perspektivet har som hovedmål å se på koordinatoren som en yrkesutøver i samhandling med andre aktører. Perspektivene sammen gir da mulighet til å belyse yrkesrollen på en helhetlig måte.

3.0 Metode

«Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data.» (Dalland, 2012, s.112). Metode er en systematisk måte å samle inn informasjon om virkeligheten på. Dalland forteller at valget av metode burde bestemmes av hvilken fremgangsmåte som vil kunne gi relevante og gode data, med bakgrunn i problemstillingen som er valgt, altså det man ønsker å undersøke. Man burde med dette som bakgrunn velge den metoden som kan belyse tema på en mest mulig hensiktsmessig måte (Dalland, 2012, s.111).

3.1 Forskningsdesign

”Eit forskningsdesign kan forståast som ein plan for korleis ein skal legge opp eit forskingsprosjekt for å komme seg frå spørsmål til svar” (Bukve, 2016, s.80). Videre fremgår det at to ulike sider av forskningsprosessen må avklares – formål med prosjekt, og strategi i forhold til datakonstruksjon. Et teoretisk tolkende formål må legges til grunn i denne oppgaven. Formålet vil være å undersøke hvordan teori om koordinering / koordinatorroller / boundary spanner kan belyse og forklare funn innenfor kreftkoordinatorfeltet. Jeg vil altså ta i bruk teorier som verktøy til å tolke empiri, og sette dataene i sammenheng. Den andre delen av design dreier seg om datakonstruksjon, og hvordan dette skal foregå. I dette tilfellet metoder og teknikker som tas i bruk, samt innsamling og analyse. Hvilken datakonstruksjon som tas i bruk må tilpasses problemstilling.

3.1.1 Kvalitativ metode

Jeg har tatt i bruk en kvalitativ tilnærming. Dette er hensiktsmessig når en ønsker økt forståelse for prosesser, samspill og relasjoner. Jeg som «forsker» må da gå i dybden i et miljø og forskningsfelt, og dette har jeg forsøkt å gjøre ved å ta i bruk dybdeintervju, møte med representanter fra kreftforeningen, delta på regional samling i kreftforening (der blant annet en kreftkoordinator fortalte om rollen og funksjonen sin), og ved å lese meg opp på ulike kilder. Disse inkluderte nasjonale, regionale og kommunale planer, rapporter, og generelt dokumenter. Dette er gjort, for å forsøke å «studere miljøet som en helhet, med alle dets konkrete nyanser – til forskjell fra en kvantitativ studie, der en gjerne abstraherer» (Repstad, 1998, s.14).

Det vil kunne argumenteres for en kvalitativ tilnærming da fenomenet jeg undersøker er lite beskrevet fra før. Derfor har jeg valgt en kvalitativ og eksplorativ tilnærming, der jeg opererer med få enheter/case (kreftkoordinatorer), men undersøker mange forhold (kontekster i og rundt kreftkoordinatorerne/variabler) som undersøkes i hver av disse casene. Oppgaven vil bygges opp ved å ta i bruk «informantenes opplevelse og meningsdanning og hva slags konsekvenser meninger har». Dataene vil dessuten hentes inn gjennom «åpen interaksjon mellom forsker og informant» Dette er noen av kvalitativ metodes «karakteristikk» (Tjora, 2018, s.12).

3.1.2 Casedesign

Oppgaven er casesentrert, som vil si at jeg har en holistisk tilnærming til oppgaven. Det vil si at en «... ser studieobjektet som eit heilskapelig system, der komponentene er gjensidig avhengige av kvarande og spelar saman på komplekse måtar» (Burkve, 2016, s.82). Jeg vil med andre ord se på helheten rundt kreftkoordinatorrollen, i lys av den konteksten disse kreftkoordinatorerne inngår i. Det fremgår videre at et holistisk perspektiv er fordelaktig når en legger til grunn sammensatte sosiale mekanismer og prosesser, noe som vil være tilfellet i oppgaven, da kreftkoordinatorerne samhandler med en rekke aktører, eksempelvis fastleger, kommunehelsetjeneste, primærhelsetjeneste, sykehus / spesialhelsetjeneste og pasienter.

Forskningsdesign vil altså være case studie, forskningsstrategien vil være av kvalitativ form. Datakonstruksjon vil skje via kvalitative dybde intervjuer med halvstrukturert form, og innhenting av teori og sammenligning av teori og empiri.

3.2 Vitenskapelig fundament

Oppgaven bygges på et fenomenologisk grunnlag med bakgrunn i at individenes subjektive forståelse av fenomenene kan vektlegges. «Det kjennetegner alle de forskjellige varianter av fenomenologien at nettopp subjektivitet og fortolkning spiller en avgjørende rolle både på det ontologiske og det epistemologiske plan» (Justensen & Mik-Meyer, 2010, s.22).

Ellers kunne den grunnet på en konstruktivistisk tilnærming, da den vil kunne basere seg på at relasjoner mellom mennesker er sosiale konstruksjoner. Justensen og Mik – Meyer trekker frem at fenomener er «...kontingente: de er historisk eller sosialt betinget». (Justensen og Mik – Meyer, 2010, s.28). Det diskuteres «myke» og «harde» former for konstruktivisme.

Oppgaven vil da grunne på den «bløtere» enden av skalaen, da «de mindre radikale posisjoner aksepterer at det eksisterer objektive eller objektiverbare elementer, men at relasjonen mellom mennesker er sosiale konstruksjoner» (Ingemann, 2013, s.132).

Justensen og Mik – Meyer fremhever at fenomenologi og konstruktivismens forskjeller kanskje er så store at det vil kunne være vanskelig å ta utgangspunkt i begge tilnærmingene i samme oppgave. Senere påpekes det likevel at konstruktivisme på enkelte vis kan sees på som en slags forlengelse av det fenomenologiske perspektiv (Justensen & Mik – Meyer, 2010, s.66). De fremhever noen av forskjellene, deriblant at en konstruktivistisk tilnærming til forskningsdesign i større grad må ta for seg hvordan fysiske elementer påvirker intervjuet, og intervjupersonenes fortellinger, og der fenomenologien i mindre grad vil ta for seg slike faktorer.

Denne oppgaven vil ha en fenomenologisk forankring med innslag av konstruktivisme. Som Justensen og Mik-Meyer er inne på, er ikke alltid forskjellen så stor, og jeg velger å legge til grunn dette standpunktet.

3.3 Søkeprosess

For å få en oversikt over kreftkoordinator i offentlige dokumenter, har jeg tatt utgangspunkt i regjeringen.no. Her har jeg gått systematisk til verks for å finne frem relevant informasjon.

Regjeringens dokumenter er gjennomgått ved å søke opp ord som kreftkoordinator, kreftkoordinatorsatsing / kreftkoordinatorsatsingen, pakkeforløp, og kreftforeningen. Dette er gjort for å oppnå overblikks bilde av kreftkoordinator i offentlige dokumenter, og for å se på hvordan rollen og funksjon i utgangspunktet ble beskrevet, og hva en ønsket å oppnå ved bruk av kreftkoordinator. Her er en oppsummering på primærsøket:

	Søkeord 1	Søkeord 2
	Kreftkoordinator	Pakkeforløp OG kreft
Avgrensning	Ingen	Departement: HOD, Tema: Helse og omsorg, MINUS nyhet og pressemelding, og MINUS taler og innlegg.
Treff	6	21

Innad i de ulike 27 dokumentene har jeg igjen søkt opp kreftkoordinator og pakkeforløp, og videre søk innad i dokumentene har inkludert kreftkoordinatorsatsing / kreftkoordinatorsatsingen, samt kreftforening.

«Kreftforening / kreftforeningen» ga 577 i primærsøk, og da regjeringen tilbyr minimalt med avgrensings metoder på deres hjemmesider, har jeg bladd meg gjennom treffene, og vurdert mye av relevans gjennom overskrift, og hvilken type dokument treffet ble sortert som. Videre har jeg tatt utgangspunkt i dette søkeordet som sekundærsøkeord, altså som søkingsord innad i dokumenter.

Ellers i søkeprosessen har jeg tatt i bruk ulike metoder for å få en oversikt over eksisterende litteratur på fagfeltet deriblant søk i Oria, google scholar, tidsskrift, og søk på offentlige nettsider som blant annet regjeringen.no, nav.no, og diverse forskningsorganisasjoners hjemmesider, samt kommunale hjemmesider.

I utgangspunktet ønsket jeg å finne noen fagfelleverderte forskningsartikler. Da jeg lette etter fagfelleverderte artikler, så jeg blant annet gjennom forskjellige tidsskrift – den norske legeforening, tidsskrift for psykisk helsearbeid, tidsskrift for velferdsforskning, tidsskrift for ungdomsforskning og søkelys på arbeidslivet. Jeg brukte tidsskriftene sine egne søkemotorer

for å finne frem på sidene deres. Jeg tok utgangspunkt i søkeordene nevnt ovenfor: kreftkoordinator, pakkeforløp AND kreft, kreftkoordinatorsatsing, og kreftforening. Deretter så jeg gjennom treff uten noen avgrensning med begrunnelse i at det ofte var få funn.

3.4 Kildekritikk

Det å bruke kommunale informasjonssider som kilde kan ha negative og positive sider ved seg. En negativ side er eldre informasjon - 7 av kommunenes hjemmesider ble sist oppdatert for 1-2 år siden, resten av kommunene ser ut til å ha oppdatert sidene sine i løpet av det siste året, så alt er relativt oppdatert. En kan man argumentere for at slike sider kun er ment til å vise kort og generelt hva en kreftkoordinator holder på med. I realiteten kan det altså være tilfellet av de fleste kreftkoordinatorene har flere eller færre ansvarsområder og oppgaver enn det som er oppgitt, eller mer eller mindre fokus på enkelte av områdene. Det er med dette som grunnlag at intervjuer tas i bruk for å videre undersøke roller og funksjoner, da dette gir en dypere innsikt i temaet. Denne kilden er ment til å gi en generell og oversikt over ulike kommunale instanser sine informasjonskanaler om kreftkoordinator. Poenget med kildebruken er ikke å dra store konklusjoner, men å få en overfladisk oversikt over alle kommuner, da jeg i løpe av denne masteroppgaven ikke har anledning til å intervju alle. Kildene vil brukes til å gi et inntrykk over hvordan kommunene / kreftkoordinatorene markedsfører seg, og hvilket inntrykk en ønsker å gi utad, da det sannsynligvis er disse sidene en bruker av tjenesten først vil komme til når en søker opp kreftkoordinatorene.

Williams trekker frem at kontekst i samarbeid er ulikt for ulike typer samarbeid. Ulikheter kan inkludere institusjonelle og organisasjonelle strukturer, finansielle elementer, ansvarsområder hos de ulike aktørene, rammeverk, den naturlige involveringen av offentlige instanser, drivers / motivasjoner for samarbeid, samt interesser. Dette medfører at samarbeid er ulike, og tilpasser seg lokale forhold. Likevel tar jeg i bruk denne kilden, da ledere og yrkesutøvere ifølge Williams har mange likhetstrekk når det kommer til utfordringer i samarbeid (Williams, 2012, s.2.). Dette gjør at litteraturen ikke legger grunnlag for direkte sammenligning. Litteraturen vil brukes som en veiledning på hvilke elementer som kan skape utfordringer i kreftkoordinators rolle og funksjon, og hvilke elementer som gjør at rollen og funksjonen til kreftkoordinator er velfungerende i praksis.

I forhold til Lipsky (2010) må det påpekes at teoriene bare er «gyldig» så lenge autonomi og skjønnsmessig handlingsrom er tilstede. Det påpekes at det er forskjeller i væremåte og adferd i møte med brukere fra utøvende aktør sin side. Noen er mer regelbundet, noen utviser tillit, noen gjør ikke det. En kan også legge til grunn at de som utfra Lipsky sin definisjon kan kalles for frontmedarbeidere har ulike bakgrunner, forutsetninger, kompetanser, innlevelsessevne også videre, og at dette vil påvirke de individuelle preferansene mot ulike policyer i organisasjonen.

Variierende organisatorisk forankring, i form av ulike målsettinger fra kommunalt nivå, kan gjøre at de ulike koordinatorene møter ulike utfordringer i spenningsfeltene. Det er da sentralt at mitt fokus er koordinators rolle og funksjon, og at jeg ser på dette ved å se på handlerommet mellom organisatorisk og borgeres virkelighet som påvirket av individuelle og strukturelle faktorer som må forstås som aktive elementer. Individuelle og strukturelle elementer må da forstås som dynamiske, og ikke som et på forhånd determinert handlerom som kan utfylles på forskjellige vis.

Generelt er det skrevet mye om koordinering, makt, samarbeid, legitimitet og roller. I oppgaven presenterer jeg teorier innenfor disse emnene som for det meste er skrevet av anerkjente forskere. Lipsky, Williams, Bouckaert, Morgan, Weber, Dalland og så videre er alle anerkjente forskere. I forhold til kreftkoordinator som emne, har jeg for det meste brukt organisasjonsteoretisk litteratur som ikke har lagt grunnlag for direkte sammenligning.

Jeg har også tatt i bruk «grå litteratur». Bruk av slik litteratur er relevant ved belysning av offentlig forvaltning eller andre samfunnsrelaterte emner (Kildekompasset, 2015). Det fremgår av folkehelseinstituttet at «grå litteratur» er studier og publikasjoner som ikke publisert eller utgitt av forlag eller tidsskrifter (Folkehelsesinstituttet, 2019). De som har produsert litteraturen jeg har tatt i bruk inkluderer; helsedirektoratet, helse og omsorgsdepartementet, folkehelseinstituttet og kreftforeningen. Grå litteratur må vurderes kritisk, da den ikke må tilfredsstillende samme krav som eksempelvis fagfelleverderte artikler som er vurdert av eksperter. Dette gjør at validiteten og reliabiliteten må vurderes, og jeg har med bakgrunn i dette vært årvåken i bruken av disse kildene. Blant annet er det sjekket at kildene er hentet fra etatens egne sider, og at kildene er produsert av etatene selv, da offentlige dokumenter ifølge kildekompasset «som regel er kvalitetssikret i utgangspunktet» (Kildekompasset, 2015)

3.5 Datainnsamling

Intervju er valgt som primær metode til å samle inn data om fenomenet. Dette er gjort fordi problemstilling dreier seg om å få frem yrkesutøvernes egen «stemme» angående temaet. For å få frem yrkesutøvernes erfaringer, er det klart at det er en god strategi å søke ut disse, og snakke med dem. For å besvare problemstillingen er individenes og enkeltmenneskenes meninger er relevante, og av viktighet. Dette er fordi oppgaven vil dreie seg om yrkesutøverens egen forståelse av sin yrkesutøvelse, deres roller og deres funksjoner.

Jeg har valgt å ta i bruk en halvstrukturert intervjuform. Dette vil si at temaet for intervjuet er klart, og at informanten styres dit. Intervjuguide vil bestå av spørsmål og tema, «men man følger ikke noe detaljert skjema, og svar følges opp, slik at informanten oppmuntres til å utdype og begrunne sine svar» (Repstad, 1998, s.65). Intervjuguiden vil fungere som en huskeliste, mer enn en detaljert intervjuguide med bakgrunn i at «det er større fare for at i utgangspunktet passive svarpersoner som svarer kort, vil bli ytterligere passivisert, for når de ferdigprogrammerte spørsmålene kommer tett som hagl, virker det i seg selv passiviserende (Repstad, 1998, s.66). Ved å gå inn i intervjuer på en slik måte, vil samtalen kunne styres i større grad av det som fremkommer av informantene, og på den måten vil informantene kunne få uttrykt det som er viktig for dem, noe som var viktig for meg. Jeg gikk inn i intervjuer med en tanke om at masteroppgavens funn og drøftingsdel i stor grad skulle styres av informantene og det de mente var viktig å få frem. «Når målet er å få fram aktørenes eget syn, må man være forsiktig med å bryte av. Det kan passivisere svarerne og gjøre dem usikre på om de har noe interessant å si» (Repstad,1998, s.74).

«Det ligger også i metodens fleksibilitet at intervjuguiden ofte kan og bør justeres i et prosjekt» (Repstad, 1998, s. 65). Denne intervjuformen er også lagt til grunn med bakgrunn i dens fleksibilitet, fordi det vil være hensiktsmessig å kunne justere intervju spørsmål etterhvert. Ulike kreftkoordinatorer og samarbeidspartnere arbeider i ulike miljøer, på ulike måter, og har ulike bakgrunner. Det er dermed rimelig å legge til grunn at de ulike aktørene vil ha ulike forutsetninger for å svare på spørsmålene, og ulike temaer vil være sentrale for ulike aktører. Det vil dessuten være unødvendig å få de samme opplysningene flere ganger.

Observasjon skulle bli brukt som sekundærmetode, blant annet med bakgrunn i at «Intervjumetoden har blitt kritisert for å være idealistisk og individualiserende, altså for å

fokusere for mye på enkeltmenneskers meninger og neglisjere sosiale og materielle strukturer og rammevilkår» (Repstad, 1998, s.63). Det var også tenkt at observasjon skulle kunne bidra ved å gi et mer reelt innsyn i hvordan rollen og funksjonen til yrkesutøver utspilte seg i praksis i møte med samarbeidspartnere og andre aktører. Dette var ekstra relevant fordi relasjonelle forhold gjerne kan være vanskelig å kommunisere verbalt i etterkant av interaksjonene. Det var lagt til grunn avtaler med ulike kreftkoordinatorer om å få delta i jobbsituasjoner slik at observasjon kunne gjennomføres. Avtalene måtte dessverre avlyses, med bakgrunn i korona pandemien som oppstod, og som gjorde at man burde unngå nærkontakt med individer.

3.5.1 Utvalg og rekruttering av intervjupersoner

Utvalg er sammensetning av informanter etter visse kriterium. Et strategisk utvalg er satt sammen fra mål om at datasamling skal ha best mulig potensial til å kaste lys over aktuell problemstilling (Malterud, 2012, s.42). Denne masteroppgaven er en delvis eksplorerende studie, og hensikten er å få innblikk i informantene sine erfaringer og fortellinger, deriblant erfaringer som omhandler det å arbeide som kreftkoordinator.

Norges kommuner er varierende hva angår geografisk størrelse, folketall og organisering. I mitt utvalg har jeg ikke hatt ambisjon om et mest mulig representativt utvalg. Likevel er det geografiske området jeg har operert på, det vil si Sørlandet, lite, og jeg har prøvd å få en viss variasjon i forhold til de kommunale kontekstene kreftkoordinatorinformantene arbeider i. Jeg har dermed intervjuet informanter fra små, store og mellomstore kommuner.

I arbeidet med å finne egnede informanter / kreftkoordinatorer fikk jeg nyttig bistand av ansatte i kreftforeningen i Kristiansand. Disse hadde oversiktskunnskap som jeg ikke hadde. Tanken var at disse kunne bidra med å finne personer som ville være aktuelle å kontakte, samt høre om de hadde forslag rundt avgrensning av oppgave. Jeg har valgt å fokusere på den offentlige sektor, spesifikt på intervjuobjekter med stilling forankret i kommunal regi.

Her siktet jeg meg inn mot kreftkoordinatorer med så store stillingsprosenter som mulig, og gjerne dem med lang yrkesaktivitet innenfor yrket. Dette var med en forutsetning at jeg var på jakt etter kreftkoordinatorer med lang erfaring, og dermed sannsynligvis mye kunnskap om hva funksjonen handler om. De med lang tid i stillingen, har sannsynligvis også kunnskap om

hvordan rollen har utviklet seg gjennom årene, og disse vil gjerne kunne bidra med grundig og god empiri. Tanken var videre at disse koordinatorene kunne komme med forslag til samarbeidspartnere som de tenkte kunne være aktuell for intervju. Dette var for å sikre at jeg intervjuet samarbeidspartnere som hadde en relasjon med en eller flere kreftkoordinatorer.

I utgangspunktet valgte jeg å ikke sette et bestemt forhåndsdefinert antall på mine informanter. Det betyr at jeg ville intervju et tilstrekkelig antall inntil jeg oppnådde såkalt metning, det vil si når et nytt intervju ikke ville bidra til ytterligere kunnskap og nye innsikter. Jeg stoppet ved det 10 ende intervjuet. Dette var delvis grunnet metning, delvis grunnet den veldig store datamengden, og delvis grunnet koronaviruset som gjorde flere intervjuer vanskelig. Av praktiske hensyn ble rekrutteringen holdt innenfor et visst geografisk område.

Kreftforeningen bidro ved å dele en liste over kreftkoordinatorer i Agderfylkene. Jeg satt da igjen med 10 alternative intervjuobjekter fra Agder fylkene. Kreftforeningen oppga også individenes stillingsprosent. Jeg brukte stillingsprosent som hovedkriterium, og valgte ut tre informanter med bakgrunn i dette. For å finne intervjuobjekter i Vestfold og Telemark ble prosessen litt lengre, og bestod av å gå gjennom alle kommuner med kreftkoordinatorer, og finne ut en og en hvor stor stillingsprosent disse hadde. Når jeg hadde funnet et par alternativer ringte jeg alternativene og spurte dem om deres stillingsprosent og hvor lenge de hadde vært i yrket, og jeg plukket videre ut tre som hadde vært lenge i yrket med høy stillingsprosent.

Rekrutteringen til intervjuet ble dermed for det meste gjort via en telefonsamtale. Jeg ringte alternative intervjuobjekter, opplyste om prosjektet og ba dem om å få et intervju. Alle godtok. Videre ba jeg dem oppgi email slik at jeg kunne sende dem samtykkeskjema. Videre ble det via telefon avtalt møteplass og møtetidspunkt. I 8 tilfeller har jeg møtt intervjuobjektene på deres kontor, og i to tilfeller har jeg møtt intervjuobjekter på den plassen de har vært på jobb den dagen.

Enkelte kreftkoordinatorer oppga ikke samarbeidspartnere. Jeg måtte da samle inn samarbeidspartnere på egenhånd. Dette ble i første omgang gjort gjennom de samarbeidspartnerne jeg allerede hadde fått intervju med. Når jeg møtte dem for intervju spurte jeg om de visste om flere som ville la seg bli intervjuet. Enkelte oppga da andre institusjoner eller ansatte de mente kunne være aktuelle, og jeg ringte da disse institusjonene,

oppga prosjektets intensjoner og ble viderekoblet til personer som institusjonene mente kunne være relevante for meg å snakke med. I tilfellene der ansatte ble oppnevnt ringte jeg direkte til disse og fikk intervjuer med dem via telefon.

Til slutt manglet jeg en samarbeidspartner til å intervjuer. Først prøvde jeg å ringe til ulike legekantor, da jeg ikke hadde fått intervju med noen leger. Jeg mente et intervju med en lege kunne bidra til god informasjon, da leger og relasjonen mellom koordinator og legekantor har blitt nevnt i intervjuer. Jeg lykkes ikke med å få noen intervju med noen leger.

Jeg sendte da ut mail om prosjektet til ulike institusjoner og yrkesgrupper som har blitt nevnt i intervjuer med koordinatore som samarbeidspartnere. Institusjoner jeg sendte mail til inkluderte enkelte legekantor, og noen avdelinger ved to ulike sykehus. Jeg fikk svar fra et av sykehusene, og valgte derfor å bruke en ansatt herfra som sa seg villig til å bli intervjuet som mitt siste intervju.

3.5.2 Gjennomføring av intervju

Jeg måtte tenke gjennom min tilstedeværelse, kommunikasjon og handlinger både før og under intervjuene, med bakgrunn i valgte vitenskapelige perspektiv. Jeg måtte altså vurdere forskereffekten. Et fenomenologisk perspektiv vil tilsi at undersøkelsen vil ha som formål å innhente subjektivt forankrede erfaring i en subjektiv livsverden. Med bakgrunn i dette perspektivet vil det være vesentlig at jeg som intervjuer deltar empatisk for å fremme innlevelse i svarene blant annet gjennom validering. En konstruktivistisk tilnærming vil tilsi en stor oppmerksomhet mot blant annet «interview guide», spørreteknikker, fysisk lokalitet, institusjonelle forhold / diskursers og generell kontekst, og en refleksiv holdning fra meg som problematiserer min forskereffekt på intervjuobjektet.

Jeg har som sakt valgt å ta i bruk en fenomenologisk vitenskapelig forankring, med innslag av konstruktivisme. Dette vil bety at oppgaven vil basere seg på intervjupersonenes egen subjektive forståelse av yrke og deres situasjon, men der jeg som intervjuer ikke vil fremme svar eller delta i samtale på en slik måte at jeg med hensikt påvirker hva som fremkommer.

Jeg har møtt de fleste av informantene på deres arbeidsplasser, fordi «Dette med å intervju folk på deres hjemmebane er ikke bare et psykologisk poeng, men også et praktisk: ofte vil bilder, bøker og andre gjenstander kunne sette samtalen på gli» (Repstad, 1998, s.72).

Jeg har fulgt Justensen og Mik-Meyer (2010, s.60) sine tre oppmerksomhetspunkt for intervjuet: Den første fasen bestod av å informere informantene. De ble informert om formålet med studien, og om taushetsplikt og anonymitet. Taushetsplikt og anonymiteten ble informert om både skriftlig og muntlig. I noen tilfeller ble dette avbrutt av informant, med bakgrunn i at jeg før intervju hadde snakket med alle på telefon og informert dem. Denne telefonsamtalen fungerte altså som et slags formøte før intervju. Jeg hadde medbrakt ark med NSD godkjenning, som informantene fikk beskjed om å lese og signere før intervjuet.

Den andre fasen av intervjuet bestod av en kort begrunnelse for hovedspørsmålene / temaene som jeg ville ta opp. Deretter begynte intervjuet. Under intervjuene valgte jeg å delta slik de grunnleggende prinsippene for det kvalitative intervju tilsier at en skal:

«Noen få kommentarer av og til for å holde informanten innenfor hovedtemaet, å sikre seg flere detaljer om et gitt punkt i en beretning, eller å stimulere samtalen hvis den ebber ut – det er de vanlige midlene til å få fram informasjon om erfaringer og holdninger som er relevante for problemstillingen» (Repstad, 1998, s.73).

Jeg deltok altså ikke slik en intervjuer som har et klart fenomenologisk perspektiv ville gjort. Jeg var oppmerksom på måten jeg stilte spørsmål på, at spørsmålene skulle være åpne, og at jeg ikke skulle komme med forslag til svar. I intervjuets tredje fase ble det signalisert fra meg at intervjuet nærmet seg slutten. Jeg viste tilfredshet med resultat, sjekket intervjuguide for å se at temaene var gjennomgått, og spurte om det var noe informant mente vi ikke hadde vært inne på, eller om det var noe informant ønsket å kommentere på.

3.5.3 Transkribering

Jeg har valgt å transkribere alt empirisk materiale. Dette er en tids, og ressurskrevende prosess, men der fordelene i min mening overskrider ulempene, da det vil gi gode muligheter til å gjengi informasjon så korrekt som mulig. Opptakene ble transkribert ordrett, slik at jeg skulle kunne videreformidle det som ble sagt slik det ble fremlagt. Etter at intervjuer er

gjennomført har jeg hørt gjennom opptak, for så å transkribere. Det har vært svært lite forstyrrelser eller urolige omgivelser når intervjuene har foregått, med unntak av ett intervju der bakgrunnsstøy var tilstedeværende i perioder. Perioder der støy var overdøvende slik at direkte translasjon av lydopptak ikke var mulig, ble fjernet. Dette brukes ikke i oppgaven. Jeg har ikke startet opptakeren før respondentene har signert samtykkeskjema, så ting som blir sakt før dette er gjort er ikke tatt med i denne oppgaven, og brukes ikke.

Ved transkribering mister man visuelle ledetråder og eventuelle stemninger som hører til intervjuet (Tjora, 2012, s.145). Det påpekes videre at en objektiv oversettelse når en har formulert seg muntlig, og skal gjengi dette skriftlig, ikke er mulig (Tjora, 2012, s.143). For å «bekjempe» dette, har jeg valgt å transkribere så detaljert som mulig, og har blant annet inkludert tenkepauser, latter, handlinger og annet.

Total opptakstid: 568 min (cirka 9,5 timer), Totalt antall sider transkribert: 147.

4.0 Empiri, analyse og drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere mine funn og analysere dem i henhold til problemstilling. Empirien og analysen vil bli presentert i samsvar med tematikken for intervjuguidene. Dette vil si at resultatene fra datamaterialet er blitt delt opp i to hovedkategorier, og deler av materialet vil til slutt også bli oppsummert ved bruk av tabeller. Tabellene har til hensikt å skape en oversiktlig forenkling og sammenfatning av innholdet i tekstene. Kategoriene jeg nå vil presentere er:

- Del 1: Hva er en kreftkoordinator, dens roller og funksjoner

I denne delen vil jeg presentere hva kreftkoordinatorerne mener er sine hovedroller og funksjoner, kort om hva som legges frem som elementer som har hatt medvirkning til utformingen av disse, samt hva samarbeidspartnerne til kreftkoordinatorerne fra sitt perspektiv mener er kreftkoordinatorernes rolle og funksjoner.

- Del 2: Kreftkoordinatorerne på tvers av helsesektoren

Deretter vil kreftkoordinatorernes samarbeidsflater og nettverk legges frem, sett fra kreftkoordinatorerne og samarbeidspartnerens perspektiv. Videre vil problemstillinger presentert av begge parter i forhold til nettverk og samarbeid presenteres.

5.0 Hva er en kreftkoordinator, dens roller og funksjoner

5.1 Kreftkoordinatorens rolle og funksjon

Det første temaet i spørreundersøkelsen var orientert rundt hva en kreftkoordinator var. Flere av informantene påpeker at det er varierende hvordan ulike kreftkoordinatorer har valgt å legge opp rollen og funksjonen sin.

5.1.1 Kreftkoordinator 1

Koordinator 1 er plassert i en stor kommune. Funksjonen forklares slik: «Det er en lavterskel, og det er rådgivende og en veiviserfunksjon.» Koordinatoren orienterer seg altså rundt brukerarbeid, og individnivå var mest sentralt. Disse temaene, lavterskel, rådgivende og veiviserfunksjon i form av samtale og kommunikasjon i møte med bruker var temaer som var gjennomgående for hele intervjuet. Koordinatoren påpeker at «det var fritt frem» når en skulle finne ut hva kreftkoordinator skulle være, og hvordan en yrkesutøvelse skulle foregå. «Altså jeg fikk tre ekser som stod på siden av pulten, værsgod forsyn deg, bare finn ut av hva du skal gjøre. Sånn var det.»

Heggen (2008) påpeker at koordinatorene da vil kunne basere sin yrkesrolle rundt tidligere yrkesidentitet og rundt egen forståelse av rollen direkte basert på egen bakgrunn og preferanser. Når Goffman (1992) legges til grunn, og en skal basere sin adferd på hva andre forventer av deg, blir det heller ikke mer klarhet da rollen er ny. Aktører i omgivelsene har kanskje ikke noen forventninger til rollen. På spørsmål om hva kreftkoordinator sin rolle og funksjon er, henviser koordinatoren til kreftforeningen. De viser til: koordinering, tilrettelegging av hverdag, samordne tilbud og tjenester rundt pasient i kommune, være lett tilgjengelig og at den skal bidra til system og rutiner for kreftomsorg i kommunene.

«Jeg må si at av og til så føler jeg ikke helt at de tingene stemmer helt, fordi jeg klarer ikke å innfri det. Mange tror jeg blir deres personlige koordinator, og det er jo mye mer enn det jeg

har mulighet til. Det står at kreftkoordinator kan koordinere tjenester og sette i gang ting og tang, og det kan jeg, men det ligger en forventning føler jeg, til at nå skal jeg bare henvende meg til hun, så skal hun fikse alt for meg... men det kan jeg ikke, så jeg har måttet justert på det.»

Allerede her kan en se fellestrekk mellom det som koordinatoren trekker frem, og det som fremgår av Lipsky (2010) om motstridende mål og ressursmangler. De overordnede målene forstås som så ambisiøse og vide at de i praksis ikke blir realiserbare i forhold til ressurser. Kreftkoordinatoren må dermed bruke skjønn til å bestemme hva som skal tilsidesettes, i dette tilfellet «lider» koordinerende tjenester, og brukerorienterte funksjonene trekkes frem. Kreftkoordinatoren kan dermed sies å være i et spenningsfelt mellom byråkratiske imperativer, og faktisk realistisk gjennomføring av funksjon.

Et viktig fokus for koordinatoren, er å opprettholde en tilgjengelighet ut mot kommunen, og sin brukergruppe. «Jeg svarer så sant jeg ikke snakker med noen. På den måten tenker jeg at det er lavterskel, jeg er tilgjengelig for dem. Da vet de at de kan ringe egentlig når tid som helst, og da tenker jeg at jeg har favnet de allikevel, selv om det er en stor kommune»

Det fremkommer at en gjerne legger opp til 60 – 90 minutters samtale om bruker ønsker å møtes, og at koordinator håper brukerne da tenker at «Terskelen for å ta kontakt med meg er litt lavere neste gang. At da kan jeg kanskje ta det på telefonen og da er det tilstrekkelig.»

Dette samsvarer i stor grad med Lipsky (2010) da en av de mest utpregede ressursmanglene hos bakkebyråkrater er mangel på arbeidskapasitet i form av arbeidere. En skal favne mange, og for å mestre funksjonen og rollen, har kreftkoordinatoren valgt å opprette en egen «politikk» som gjør det mulig å være tilgjengelig for alle. Praksisen går altså ut på å være tilgjengelig via telefon så mye som mulig. Hjemmebesøk og fysiske samtaler foretas, men med en intensjon om å «snevre dette inn» slik at telefonsamtaler blir tilstrekkelig med tiden. Videre går mye tid går med på å diskutere ulike måter å møte individer på, og samtaleteknikker. Barn som pårørende trekkes ofte frem «.. Vi er en forlenget arm der de (andre aktører) ikke har den samme kapasiteten eller muligheten. Det å følge opp en skole gjør ikke de i samme grad som vi gjør, når det er barn i bildet.» Og må forstås som en prioritet for denne koordinatoren.

5.1.2 Kreftkoordinator 2

Koordinator 2 arbeider i en liten kommune. Ved spørsmål om hva kreftkoordinator er, henvises det til brosjyren i kommunen, der det står: hjelp til kreftrammede og pårørende, koordinere i alle faser i sykdomsforløpet, koordinere og tilrettelegge hverdag, oversikt over tilbud i kommune, og bidra til gode rutiner og systemer i kreftomsorg i kommunen.

Det som fremkommer i samtale, er at «En koordinator skal jo koordinere tjenester rundt, med ergoterapeut, fysio, hjemmetjeneste, lindrende team. Jeg føler liksom selv at jeg er som en edderkopp nesten, eller - at en har en finger med i spillet hos veldig mange, og at en har et kjempefint samarbeid. Den skal prøve å bygge opp under den som har kontakt med kreftkoordinator da, sånn at de kan mestre hverdagen sin best mulig på egen hånd, ivareta kontrollen og ansvar for eget liv, det er jo det som er.»

Koordinatoren forteller om forskjellen fra sykehus til koordinator i starten av yrkesutøvelsen, Elementer som å arbeide alene versus å arbeide med kolleger, og kjennskap til miljøet man er i, eventuelt fravær av disse bekjentskapene om man ikke har arbeidet innenfor kommune før trekkes frem. Lipsky (2010) mener dette er normalt for bakkebyråkrater, de må ta skjønnsbaserte beslutninger i møte med ulike utfordringer alene, og dette kan være utfordrende. Koordinatoren skiller seg forøvrig ut blant koordinatorene i måten det arbeides på. Ved videre spesifisering angående hva en kreftkoordinator er, trekkes mange spesifikke eksempler frem med fokuseres på brukere med lindrende behov, og der en ser en «hånd til hånd» koordinering:

«Så er jeg med pasienter til legen, de som kanskje er engstelige, og så er jeg og med på timer for eksempel med røntgen, og det å få legeerklæringer til pasienter, da kan jeg gå på legekantor å skaffe erklæring»

Og andre direkte brukerorienterte funksjoner som hjemmebesøk, anskaffe hjelpemidler hos hjelpemiddelsentral, ringe rundt og kontakte aktører, eksempelvis ergoterapeut for kartlegginger, ringe sykehus, være med på timer, hjelpe å søke hjelpetønader,

Generelt inntar denne kreftkoordinatoren en koordineringsrolle, fordi den kontakter aktører og får pasienten gjennom, men gjerne i følge med koordinatoren. Den må dermed forstås å gå inn

i en tverrgående mikroorientert koordineringsrolle. Direkte, pasientnær brukerorientert kontakt i form av «utførelser av ærender» må forstås som en viktig funksjon. Koordinatoren inntar både en koordinerings- og en brukerorientert rolle. Begrunnelsen for en slik yrkesutøvelse, er at:

«Målet jeg har i min yrkesutøvelse er å gjøre det beste for pasienten, gjøre det som er godt, det som er.. det jeg ville ønske at noen hadde gjort for meg.» Jeg peker på at koordinatoren må ha mye tid tilgjengelig for å kunne gjøre dette, hvor koordinatoren svarer at:

«Ja, jeg er kjempeheldig som kan gjøre det, det er det som er forskjellen på en liten kommune og en stor kommune at de som har en stor kommune - det er ikke mulig å kunne gå så tett på. De har en helt annen måte å jobbe på, og sånn må det være. De burde egentlig være minst to, de burde egentlig være enda fler.»

Det kan tolkes at denne koordinatoren har valgt å basere funksjonen sin på en generelt pasientorientert tilnærming, kanskje med bakgrunn i sin sykepleierutdanning. Ved opplevelse av «slakk» legges disse ressursen på hånd – til – hånd koordinering av pasienter.

Koordinatoren tar for seg kreftpasienter, men også brukere med nevrologiske sykdommer. Stillingstittelen er todelt, der den ene tittelen er kreftkoordinator. Det pekes mot at koordinatoren har lederfunksjoner i et diagnosespesifikt interkommunalt nettverk.

I snakk om funksjon trekkes samarbeid med lindrende enhet og hjemmetjeneste frem gjentatte ganger, med ulike eksempler på slike tverrfaglige samarbeid. Koordinatoren har bakgrunn fra lindrende pleie, har undervist om det, driver nettverk med lindrende omsorg som tema, hospiterer i perioder hos lindrende enhet, og trekker frem at å kalle seg kreft / lindrende koordinator kanskje hadde vært en ide. På spørsmål om kreftkoordinator jobber med å utvikle eller forbedre kreftomsorg tilbudet i kommunen, responderer den: «Jeg har hatt sorgkurs, sammen med * (en annen kreftkoordinator), og livslystkurs... Og så var jeg med å starte opp kreftkaffe for to år siden for pasienter, pårørende og etterlatte.»

5.1.3 Kreftkoordinator 3

Koordinator 3 er i likhet med kreftkoordinator 1, kreftkoordinator i en stor kommune. Stillingen var besatt tidligere, noe som gjorde at enkelte av rammene var satt, men Stillingsbeskrivelsen vid, der funksjonen eksempelvis ble beskrevet som at en «skulle følge opp kreftpasienter i alle faser av sykdom, og følge barn og unge.» Dette skapte da rom til at yrkesutøver selv kan bestemme utøvelse av funksjonene.

En likhet for Agder kommunene er den store graden av pasientkontakt, men «langvarig kontakt og sånne ting .. det er klart det må være ulikt i forhold til størrelser. Om du har en liten kommune har du ikke så mange kreftpasienter nødvendigvis og har en større kapasitet til å følge. Pluss at andre instanser blir veldig mye lettere tilgjengelig, for de sitter jo kanskje på nabokontoret, og da kjenner man hverandre godt.» det pekes på at for henne, ligger betydningen av kreftkoordinator i ordet - altså en koordinator. Det som legges i dette, er at:

«Om bruker sliter med å finne veien i alt som skjer, så kan de henvise til meg om det er store sammensatte saker. Da kan vi ha samarbeidsmøter, jeg kan være med på å trekke sammen de som er riktige å ha med, eventuelt veiledning for barn som pårørende eller om de lurere på ting rundt sykdom og behandling og sånt.»

Rollen forstås som rådgiver og veileder, og emner som veileder innad er sykdomsbilde, symptomer, behandling, tilbud som fins, og å finne en vei i systemene.

«samtidig som at for veldig mange er man en støttespiller og en samtalepartner. Bare det å ha en støttesamtale, å lytte. Veldig mye lytting. Jeg er mest glad i å lytte enn å prate... jeg føler meg litt som en potet, gjør alt, men jeg har aller mest pasienter pårørende kontakt skal sies.»

Det påpekes også, forsovet at koordinatoren ønsker å holde privat og profesjonelt adskilt, og at en må forstå koordinatoren som en koordinator først og fremst, og ikke en «hovedkontakt»

«Jeg er en person i et lavterskel, jeg kan fort bli borte, så det er det litt viktig for meg å ikke bli (hovedkontakt). Det er noe med å tydeliggjøre at det finnes andre, og sette opp andre tjenester når det er behov for det. Jeg har ikke kapasitet til å reise å besøke noen hver uke. Jeg må koordinere ut, fordi jeg er én person og da klarer jeg ikke - det er mange kreftpasienter i

hver kommune så om man skal hjelpe mest mulig og de som trenger det mest så må man noen ganger være litt kynisk selv om det er vanskelig.»

Koordinatoren fokuserer på koordineringsaspekt, da pasientene må delegeres rundt grunnet ressursmangel (Lipsky, 2010) som gjør at en ikke kan «følge dem». Koordinatoren fokuserer dermed på brukerens reise gjennom kommunal og spesialhelsetjenestene, og å hente inn riktige aktører, samtidig som den kan inngå i rollen som samtalepartner. Koordinatoren er klar på at koordinatorrollen er viktig, og at det ikke er ønskelig å stille seg til disposisjon på en slik måte at brukeren møter koordinatoren som en hovedkontakt. En måte å gjøre dette på, var å opprettholde en balansegang mellom det «private og det personlige.»

I likhet med koordinator 1, ønsker en tilgjengelighet ovenfor sine brukere. Der koordinator 1 har valgt vekk koordinering, ønsker koordinator 3 å deleger brukerne utover, slik at en kan sitte igjen med tid og ressurser til de brukerne som koordinatoren har skjønnsmessig vurdert at trenger ressursene mest. De skjønnsmessige vurderingene angående ressursbruk ovenfor brukere, gjøres utfra et prioriteringsgrunnlag.

«De svakeste som har minst tjenester er vell de som jeg prøver å stille mest opp for. Og de som har barnefamilier. Det er liksom på en litt sånn prioritering... Jeg tenker jo spesielt når det er alvorlig syke så prioriterer jeg jo – hvis jeg har mye å gjøre en periode så prioriterer jeg de som er enten enslige eller ikke har tjenester eller barnefamilier hvis jeg må velge vekk noen. Jeg må jo ikke velge vekk så mye.»

Koordinatoren trekker også frem at å ha et oversiktsbilde over kommunale tjenester og tilbud inngår i rollen.

«Det er samfunnsoppdraget, å gjøre deres hverdag bedre. Kanskje sammen med rutiner for kreftomsorg i kommunen bedre, jeg har et litt systemsvar for det. Det har jo med å påse at rutine for kreftomsorgen i kommunen ivaretas.»

Jeg lurte på om det er noen rutiner i systemansvaret

«Nei, men det er jo da ... min dårlige samvittighet. Det er vanskelig å prioritere tid til, for hvis du har liten tid og mange henvendelser så er det jo ofte pasienter og pårørende du kjenner at du må bruke tid på først. Vi er jo lavterskeltilbud, og da skal man være tilgjengelige»

Det påpekes også at det er vanskelig å jobbe med videreutvikling, grunnat at alle kommuner er på «sparebluss». Igjen er det mye som samsvarer med Lipsky (2010). Koordinatoren må forholde seg til funksjoner som er dobbeltsidige – Bruker på en side, kommunetjeneste på andre siden. På den ene siden må den forholde seg til mål orientert rundt mikronivå, og brukerorientering. På den andre siden skal den overse at tilbud innenfor den kommunale kreftomsorgen er tilstrekkelig. Målene krever at kreftkoordinatoren arbeider på ulike måter, og opp mot ulike aktører. Her har kreftkoordinatoren valgt å fokusere på de brukerorienterte målene, og gått vekk fra målene som omhandler oversikt og utvikling av kreftomsorg i kommunen. Koordinatoren trekker dessuten frem en «dårlig samvittighet» ovenfor det valget som er gjort. Det ønskes at oppfyllelse av alle mål kunne gjennomføres, men tidsmangelen gjør ikke dette mulig, noe som kan gjøre at kreftkoordinatoren sitter igjen i en presset / stresset situasjon.

5.1.4 Kreftkoordinator 4

Kreftkoordinator 4 kan fortelle at hun kom inn i stillingen med helt blanke ark, og uten føringer utover det som var oppgitt fra kreftforeningen. Fleksible og abstrakte føringer anses som positivt og nødvendig for at prosjektet skulle være «spiselig» for de ulike kommunene, og gi dem rom til å forme koordinatorene. Organisering var også vagt, og det endte opp med en organisering under fagsjef for hjemmetjeneste. Videre fikk koordinatoren kontorfellesskap sammen med kommunalsjefer og kommuneoverlege, noe som tidlig ga muligheter til å utforme seg politisk, og arbeide seg inn mot disse. Her var nettverksbygging i fokus, og koordinatoren kan umiddelbart settes opp på Bouckaert (2010) sin koordineringsmekanisme: nettverk.

Kreftkoordinator beskrives som «en fagperson, som skal være lett tilgjengelig for den som er berørt av kreft.»

Fagligheten er viktig for koordinator, da det anses som hovedgrunn til at brukerne skal bruke tjenesten, grunnet informasjonen en sitter på om kreftsykdommer. Dessuten påpekes det at:

«Det handler om systemforståelse. Kreftkoordinatoren må kunne kartlegge bredt for å fange opp hva er det det dreier seg om. Samtale viser vei eller ja, gjøre det som trengs å gjøres fra et

faglig ståsted. Sørge for at den som tar kontakt får den hjelpen som kan være fornuftig, ikke nødvendigvis være den som hjelper, men sørge for at den får.. finner frem.»

De tre første koordinatorene har ved første øyekast plassert seg pasientnært. Denne koordinatoren plasseres seg selv på et høyere nivå, på en slik måte at den arbeider med et systemorientert syn. Det er også tydelig at koordinatoren med setter seg i rollen som fagperson, fremfor eksempelvis samtalepartner.

Koordinatoren, i motsetning til andre, ønsket ikke å delta mye i den palliative / lindrende fasen av pasientforløpet.

«Vi har et veldig godt system for palliasjon i *, så jeg har med vilje ikke hatt behov for å ha fokus der, for det andre er palliasjon og kreft to forskjellige fagfelt, sånn at jeg tenker palliasjon, ja det er en bit av kreftbehandlingen det og, men det er så mye mer, og jeg har valgt å ha fokus på alt det andre en akkurat det palliative løpet. Jeg stiller jo opp om det er behov der og, men det er så mange andre dyktige folk sånn som hjemmesykepleien, og kreftteam i kommunen og sånn som tar palliative problemstillinger.»

Dette viser at kreftkoordinatoren, i sin rolle og funksjonsutforming har hatt et systemperspektiv, og gjennomført en analyse av hvilke behov som må dekkes i kreftomsorgen i sin kommune. Kreftkoordinatoren presenterer to ulike målsettinger i sin yrkesutøvelse. Målene for brukerbiten av funksjonen er at brukere av tjenesten skal møte profesjonelle tjenester, og få tjenester som er på et så faglig forsvarlig nivå som mulig. «Systemnivåmålet» går på å drive tjenester videre, og å «jobbe gjennom andre», altså å lage gode tjenester og systemer slik at det som gjøres videreføres og får «ringvirkninger» i kollegiet. Dette er viktig, og har

«... Utviklet seg i og med at jeg har vært med på å bygge opp tjenester. Jeg ser at vi må ruste systemet til å gjøre det som er jobben da, og så har jeg en veldig bevissthet om at det - den har kanskje vært litt stor den - at det er ikke min fortjeneste, jeg skal ikke være den som er så flottreffelig og hjelper til å ordne opp og sånt. Ting skal gå på skinner, og så spiller det ikke så stor rolle om det er den ene eller den andre som gjør at ting fungerer, så lenge det fungerer.»

Jeg poengterer hvordan koordinatoren trekker frem systemtenkning, og spør om bakgrunnen for dette.

«Jeg tror også at jeg tok den videreutdanningen.. da hadde jeg en skikkelig aha opplevelse i system og nivå og alt dette her, og så leser jeg flittig MOUer.»

Det å sitte med et systemperspektiv, anses som positivt fordi «det er noe med å ha et blikk ut, som koster deg lite men som gir deg mulighet til å gå inn der du ser at her er det noe jeg bør vite om da.»

Koordinatoren påpeker at en slik bakgrunn ikke er normalen:

«Jeg tror ikke at sykepleiere er så veldig godt utdannet i dette med koordineringstankegangen og hva er det er, de gjør nok mye koordinering i en vanlig hverdag men de er ikke bevisst på det... jeg ser jo forskjell på vernepleiere og sykepleiere også på det med å tenke koordineringstankegangen bevisst, og vi koordinerer nok veldig mye på sånn.. rundt pasienten og dette her, og så ser vi kanskje ikke at det like gjerne dreier seg om koordinering og et forløp inne på sykehuset.»

Et organisatorisk blikk, det organisasjonelle fagfelt er altså noe koordinatoren holder seg oppdatert i, i tillegg til det sykepleierfaglige fagfeltet. Koordinatoren trekker også frem viktigheten i å forholde seg profesjonell i arbeidsmiljøet, ved at en må sortere offentlig anliggende og private anliggender. Igjen trekkes systemforståelse frem.

«En kan ikke gå inn og tro at nå skal vi frelse vedkommende, fordi de har fått kreft. Vi kan dette her med personlige relasjoner - det er ikke noe fiks selv om kreftkoordinatoren har kommet i hus.» Dette er ifølge koordinatoren nødvendig å kunne skille mellom, for å kunne arbeide på et slikt nivå som koordinatoren gjør.

5.1.5 Kreftkoordinator 5

Koordinator 5 arbeider i en stor kommune. På spørsmål om hva en kreftkoordinator er, var svaret:

«Det er noe med at det er et vidt spekter, så det å si helt konkret hva er det? Det er litt sånn vanskelig for det er så variert ... man er jo engasjert i ulike typer områder ... og det er jo det som også kanskje er hele hensikten med en sånn type stilling.»

Det fremkommer ikke noe konkret svar på hva kreftkoordinatoren er, men det som fremkommer er at fleksibilitet og individtilpasning er en del av rollen og funksjonen, og at dette er nødvendig for at koordinatoren skal kunne møte pasientenes behov. Samtidig påpekes det på at ressurser og føringer la grenser, men at fleksibiliteten og mandat lot koordinator følge pasient lengre enn resten av systemet. Koordinatoren informerer imidlertid om at hun fungerer annerledes enn en mindre kommune,

«Kreftkoordinator gjør er noe av det samme som kreftsykepleie eller kreftkontakt ute gjør, mens vi har på en måte.. jeg har ikke kapasitet til det, og når de trenger tjenestene så får vi kreftkontakter og da... de behøver ikke å ha noe møte med meg på forhånd, de skal skjermes for alt for mange mennesker som skal hjem til de eller de må komme på møter, og da er det liten tvil om hva de trenger. Jeg sitter da og er en på en måte saksbehandler istedenfor å måtte følge de opp i det daglige da, for da er behovet litt større.»

Her kan man tolke at koordinatoren ikke arbeider i direkte pasientkontakt, men heller overser forløpene, og kobler av og på aktører der det trengs. Koordinatorspektet ved funksjonen er viktig. Koordinatoren er i en delt stilling der den andre delen av stillingen er saksbehandler. Av Bouckaert (2010) kan en kanskje dermed plassere koordinatoren både i en hierarkisk og en nettverks posisjon hva angår koordineringsmekanismer, fordi den har blitt tildelt et større fokus på koordinering i sitt mandat gjennom sin saksbehandlerstilling.

Stillingens brede og fleksible rolle skapte utfordringer i starten, da en fikk spørsmål

«I forhold til for eksempel kursvirksomhet, tilbud, og å kunne eventuelt drifte alt mulig rart å følge opp frivillige, så det å sette noen streker for hvor går grensen og hva gjør vi, og faktisk ikke kunne si ja til alt, men prøve å ramme det inn, for hvis ikke så blir det veldig utydelig»

På spørsmål om hva rammene innebærer konkret, er det vanskelig å svare. Koordinering på alle nivå - interne og eksterne, private og offentlige, «tradisjonelle og utradisjonelle» tjenester og aktører. Pasientgruppene som inngikk i funksjonen var fra alle faser. Et kjennetegn som kan trekkes ut hos koordinatoren, er fokus

«I forhold til det som går på friskliv, læring og mestringsaktiviteter - Vi har jo mye av det i forhold til pårørende- og mestringskurs, og kommunen er tydelig på hvordan det skal legges opp. Der er ikke bare kreftpasienter, der har vi jo alt, fordi om man har kreft eller alvorlig kols eller ALS eller andre type sykdommer så er det mye som er likt med det å stå i alvorlige og kroniske sykdommer. Det lar seg kombinere. Vi kan ikke være så diagnosespesifikke.»

Dette rehabiliteringsfokus skal tas i bruk fra start til en forhåpentligvis er tilbake i arbeid.

5.1.5.1 Autonomi

Koordinator 1 peker på at «Om vi skal ha mulighet til å øke opp den stillingen som vi har som er 50 prosent til en hel stilling, så vil de ha tall. Det nytter ikke å føle at jeg har mye å gjøre, vi må ha tall, og de må vite og se at dette er en tjeneste som blir brukt.»

Evaluering gjøres både leder og for egen del, men mest fordi:

«Plutselig kan vi risikere at de vil gjøre om på stillingen sånn som de gjør nå i nabokommunen her. Ja, skal de endre det til sånn at det ikke favner bare kreftpasienter? skal det være en for andre faggrupper andre pasientgrupper i tillegg? og klart da vil du jo si stopp»

Lipsky (2010) trekker frem bakkebyråkratenes ønske om å øke autonomi. Det kan være dette en ser eksempel på hos koordinator 1, da evaluering gjøres for å øke stillingsprosent og øke ressurser. En kan tolke at koordinator ønsker større transparens, og dermed øke innblikk i funksjon og rolle, eller at en ønsker en sterkere legitimitet eller forankring i tjeneste ved å operasjonalisere bruken av tjenesten.

Koordinator 2 har egenrapport i form av årsrapport. Den blir sendt til kommune og leder. Dette er et dokument som sier noe om hva som har blitt gjort i løpet av året.

Koordinator 3 dokumenterer arbeid via journalsystem som kommunens helsevesen bruker. Her kan andre i helsevesen få tilgang, og lese pasientens informasjon. Ingen annen

«overvåkning» foregår, det kommenteres: «Det er lite sånn konstruktive tilbakemeldinger. Lederen min vet ikke helt hva jeg gjør.»

Koordinator 4 sier om autonomi at «jeg har nok pinlig mye autonomi ja». Koordinator evaluerer eget arbeid, men påpeker tilknytning til kollegateam der en kan åpne for faglige diskusjoner, og der lederstøtte er tilgjengelig.

Koordinator 5 skulle ha rapporteringsverktøy, men dette ble sent klargjort. Nå rapporteres ingenting, da tjenesten nå var etablert. Poenget var dermed vekke.

For å kunne ta i bruk Lipsky (2010) sin teori, må koordinatorene ha nok rom mellom seg og sine ledere, ha nok autonomi, og stort nok rom til å kunne bruke skjønn. Koordinatorene arbeider i komplekse omgivelser, uten fasiter. Fravær av kontroll og oversikt fra ledere, gjør at bakkebyråkratene klart er i besittelse av makt og kontroll, men de kan samtidig føle seg fratatt makt og underlagt kontroll, da de ikke rår over ressurser direkte.

5.2 Samarbeidspartners forståelse av kreftkoordinatorer

Samarbeidspartnere ble spurt om hva de syns kjennetegner en kreftkoordinator. Jeg vil herfra henvise til samarbeidspartnere som hjemmesykepleier, ambulant yrkesutøver, team koordinator, kreft informant, og lindrende yrkesutøver.

Hjemmesykepleieren beskriver kreftkoordinatoren i sin kommune som en stor ressurs, en som hjelper med veiledning, psykisk gjennom refleksjon og fysisk mer direkte og praktisk.

Hjemmesykepleier: «Det skal være et supplerende tilbud til oss. Hun kan utfylle informasjon, trygge brukerne i mye større grad en vi kan, og kan komme inn som en ressurs, som kan gå inn i samtale, hjelpe de med å søke om pleiepenger, grunnstønad, det blir jo på en måte både sosionom og sjelesørger og psykiatrier sykepleier og alt på en gang. Vi forholder oss til hjelp bruker skal ha, men kan ikke alltid sette oss ned med samtaler som går på eksistensielle spørsmål og sanne ting.»

Hjemmesykepleieren anser kreftkoordinator sin rolle og funksjon som bundet opp mot sine egne tjenester, og ser på tilbudet som et supplerende tilbud for hjemmesykepleien.

Kreftkoordinator 2 trekker på samme måte frem sin tilknytning til hjemmesykepleien, og påpeker viktigheten av den. I lys av Morgan (1998) Kan en se at koordinatoren har bygget seg

opp maktbaser hva angår posisjonsmakt, og makt i form av kontroll av kunnskap, og kanskje også makt i form av evne til å mestre usikkerheter.

«Vi har hatt anledninger der det har vært vanskelige ting der vi ikke har nådd gjennom til sykehusleger... vi fikk ikke napp liksom - med å få inn pasient til totalvurdering. Da ble koordinator med på hjemmebesøk og sa det var nødvendig, og fikk solgt inn, overtalt sykehus, fordi hun er god. Hun har trygge relasjoner til de, når hun ber om noe så er det på en måte.. de tar det på alvor. Da må de på en måte. Ja... det teller liksom fem ganger mer enn om fem av oss vanlige sykepleiere i avdelingen henvender oss.»

I lys av dette kan en tolke at kaller hjemmesykepleieren et bindeledd/mellommann og advokat for hjemmetjenesten. En må tolke at koordinator har opparbeidet seg en formell autoritet, og en legitimitet da det påpekes at koordinators mening «betyr fem ganger så mye som en vanlig sykepleiers». Det pekes også mot at den kan ha opparbeidet seg en makt i forhold til beslutningsmyndighet Morgan (1998) da det beskrives mulighet for kreftkoordinator til å påvirke beslutningsprosesser. Den har også kontroll av grenser, fordi den kan brukes som bindeledd mellom hjemmesykepleie og sykehus. Det må også forstås at den har opparbeidet seg evne til å drive med meningsadministrasjon ovenfor andre aktører, da den evner å ta i bruk overbevisning som maktbase.

En må også legge til grunn at koordinatoren, kan møte utfordringer i møte med andre aktører enn hjemmetjenesten, da den tydelig setter seg selv og hjemmetjenesten opp som et team. Williams (2012) påpeker at en boundary spanner må fremstå som nøytral og rettferdig for å kunne agere mellom ulike aktører, og deres ulike agendaer effektivt.

Ambulant yrkesutøver har kontakt med ulike kreftkoordinatorer. Tre ulike koordinatorer summeres opp.

«I forhold til *kreftkoordinator 4*, har koordinator en sentral rolle. Det er en stor kommune, de har mange hjemmesykepleier distrikt med ulike funksjoner, så i * kommune har koordinatoren en god oversikt, og jeg har mye kontakt med henne når vi skal etablere samarbeid og bygge opp et apparat rundt pasient. Hun har god oversikt, og har god link til tjenestekontoret og inn til de ulike hjemmesykepleierdistriktene. I * kommune bruker jeg kreftkoordinator veldig mye, og har et svært godt samarbeid med henne.»

Samarbeidspartneren mener overblikk, informasjon om kommunale tjenester og nettverket gjør koordinator anvendelig. Koordinatoren brukes når nettverk skal etableres, og har dermed etter Williams (2012) «koordinatorens» evner, da den inngår i koordinering og organisering av samarbeid. Som koordineringsmekanisme kan man igjen trekke frem nettverk. En må tolke at myndighetsrollen til koordinator, inngår i å tilrettelegge nettverk, da hun brukes til dette (Bouckaert 2010 og Røiseland og Vabo 2016).

«... koordinator 5 er organisert annerledes. Kreftsykepleiertilbud er bra, jeg har mer direkte kontakt med dem, så de har på en måte den funksjonen som er nyttig for oss i dette teamet når vi skal etablere samarbeid rundt pasienten hjemme.»

Koordinator 5 sin funksjon anses som uanvendelig i forhold til ambulant yrkesutøvers behov og funksjon. Det pekes dessuten på at koordinatoren arbeider på et annet nivå, da den ikke har klinisk og direkte brukerkontakt. Andre tjenester forstås som mer formålstjenlig å bruke. Den siste koordinator som beskrives er fra en liten kommune, og er bundet opp mye brukerkontakt. Den arbeider ifølge ambulant yrkesutøver, svært likt som koordinator 3, og har nesten gått inn i en rolle som kreftsykepleier. Den arbeider utelukkende klinisk. Samarbeidet forstås som meget tett.

Team koordinatoren beskriver kreftkoordinator som en ansatt i kommunen, en som skal veilede helsepersonell og pasienter, og som skal finne frem i apparatet og ved å koble på instanser. Koordinator plasseres som en aktør som skal drive både intern og ekstern koordinering.

Kreftinformanten ser på kreftkoordinator som en person pasienter og pårørende kan ringe til, som kan svare på spørsmål om bruker ikke vet hvor de skal gå. Koordinatoren skal kunne brukes gjennom hele forløpet. Det uttrykkes at ulike koordinatører gjør ting på ulike måter, og at de har ulike fokus og engasjement.

«Noen er veldig tilknyttet barnefamilier. Jeg opplevde en gang å få en telefon fra en pasient som hadde tatt kontakt med koordinator fordi hun skulle behandles i Oslo, og hadde mange spørsmål og følte hun ikke fikk noe svar. Da hadde hun selv tatt kontakt med koordinator i

den kommunen hun bodde i, men hun opplevde at hun ble avvist, at dette var tilbud mest rettet mot barnefamilier.»

Kreftinformanten plasserer kreftkoordinatorerne som en informasjonskanal for pasienter og pårørende. Her er det pasientkontakt som ses på som viktigste funksjon.

Lindrende yrkesutøver uttrykker at: «I mitt hode har jeg alltid tenkt sånn at kreftkoordinator er kjempeviktig I diagnosefase, at de får informasjon om noen har en nyoppdaget - og hva som finnes av tilbud i forhold til dem som er syk, også i forhold til familien, tenker på barn, tenker på alle disse tingene - ikke sant? sånn praktisk sånn som sosionom. Hva trenger de? det er dyrt å bli syk, hva finnes av økonomiske rettigheter i forhold til bank? altså alt dette som ikke vi har sjans til å hjelpe de med.»

Den lindrende yrkesutøveren ønsker til kreftkoordinatoren hva angår områder det burde fokuseres mer på, blant annet ønskes det at koordinatorene skal være mer konkret i sitt arbeid, da inntrykket er at:

«Det er altfor mye sånt i helsevesenet i det hele tatt mener jeg, det blir så mye sånn: å stakkars deg, å ja det er forferdelig å ha kreft, ikke sant?» og «Mange ganger de har hatt en samtale, og det er helt greit, den samtalen er viktig, men når du har hatt den samtalen så tror jeg det er viktig å tenke: Hvem kontakter vi nå for å jobbe med dette videre?» og «Jeg har fått tilbakemeldinger noen ganger at kreftkoordinator sier at: ja dere må bare ringe, og så sier de men hva er det vi skal ringe om? Ikke sant? Og så ringer de kanskje og så er det - som veldig mange sier, vi er ikke ute etter å bare prate. Vi er ute for konkrete råd hva gjør jeg i denne situasjonen?»

Det pekes på at det per dags dato kan være vanskelig for pasienter og helsepersonell å vite hva kreftkoordinatorerne skal brukes til konkret, og at det fra lindrende yrkesutøvers synspunkt ser ut til at mye av tiden går med på prat og snakk.

5.2.1 «De som faller mellom to stoler»

Brukergrupper med «spesielle behov» «de under spesielle omstendigheter», «svært hjelpetrengende» og lignende blir tatt opp fra både koordinatorenes, og samarbeidspartneres side.

Koordinator 1 Uttrykker at brukerne av tjenestene ofte ikke trenger ergo eller fysio eller andre tjenester, men at «Ting tuster i vei liksom.. denne tjenesten.. den skal liksom være litt sånn buffer for de som faller litt mellom bakker og vær?»

Koordinator 3 ønsker ikke å bli en «hovedkontakt» for sine brukere, men at det i noen tilfeller hender, spesielt for de som er veldig alene, og har mye behov. Det påpekes at sen informering om tilbud / sen igangsettelse av tilbudet, kan være medvirkende til at mange av brukerne av tilbudet har komplekse behov og omstendigheter. «Jeg syns jeg ser ofte at - det er først når de har - sliter mentalt med situasjonen, det er kanskje da jeg får en henvendelse fra fastlegen. Først da, og det er litt dumt jeg kunne tenke meg at de kunne komme tidligere.»

Kreftkoordinator 4 er også innom temaet, men med en ny vri. «Vi får henvisninger vet du at pasient får ikke henvisning til psykolog, og så får den henvisning til kreftkoordinator istedenfor, men da er det noe med å være sin rolle bevisst. Å være tydelig på at jeg er ingen psykolog, men vi kan ta en samtale og det er veldig mye som kan løses ved å sette seg ned å prate. Jeg har jo en del sånne samtaler, kanskje trekantsamtaler med parforhold og sånn.. En del ganger langt utenfor kompetansefeltet mitt med tanke på dette med terapi eller sånn, så jeg er tydelig på at dette her er ikke noe terapeutisk, men jeg kan være tilstede.» En får også henvendelser der de «ikke har noen andre å henvende seg til».

Lipsky (2010) Påpeker at det er urealistisk å ha tilstrekkelig kunnskap på alle felt, og at bakkebyråkrater kan iverksette uhensiktsmessige handlingsmåter i slike situasjoner. Koordinator 4 påpeker at en må være sin rolle og kompetanse bevisst i møte med slikt.

Kreftkoordinatorene trekker disse gruppene frem, i det som forstås som et forsøk belyse at funksjonen tar for seg de spesielle, individuelle behovene hos pasienter, der andre tjenester ikke har den samme muligheten. Enkelte samarbeidspartnere påpeker at de «spesielle gruppene» kanskje er en målgruppe kreftkoordinatorene kan ta for seg mer, og tildeler slike grupper en spesiell plass i kreftkoordinatorenes funksjon. Hos noen forstås funksjonen til koordinator i forhold til disse gruppen som den aller viktigste, og mest hensiktsmessige.

Ambulant yrkesutøver forteller at «Så er det jo det med Oslo. De behandler jo spesielle kreftformer der, og da når de behandles der, og oppholder seg her så er det vell kanskje litt

sånn at noen kan falle litt gjennom to stoler da, og da er det jo kreftkoordinatorerne som faktisk vet om de.»

Kreftinformanten forteller at kreftkoordinatorerne «kan være viktige for de som ikke har mye nettverk, som har kanskje et komplisert forløp, der behandling gis et annet sted enn der de bor. Det ser vi hos pasienter som får behandling i Oslo og bor * og der leger ikke er tilgjengelig for spørsmål og sånt..» På spørsmål om kreftkoordinatorerne er viktige for andre aktører, er svaret «Det vil jeg si, men kanskje spesielt viktig for pasienter som ikke har behov for hjemmesykepleiere eller andre tjenester i kommunen, men fortsatt har behov for å få svar på ting de lurer på.»

5.2.2 Uklare og tvetydige roller og funksjoner

Under intervjuene kom det på ulike måter frem hos et flertall av intervjuobjekter at rollen til kreftkoordinatorerne fremstår som utydelig. Alle koordinatorerne bortsett fra koordinator 2, og et flertall av samarbeidspartnerne påpekte dette som en utfordring.

Koordinator 1 mener ulike aktører ikke har forstått at koordinator skal fungere som en «forlenget arm, der de ikke kanskje har den samme kapasiteten, eller muligheten å følge opp.»

Koordinator 3 sier rollen og funksjon er uklar fordi den er fleksibel og tilpasset den enkelte. At koordinator fremdeles blir bedt om å delta på informasjonsmøter, er tegn på at flere ikke har forstått funksjonen og rollen:

«Jeg tror nok at flere er litt sånn «hva kan vi egentlig bruke deg til da?» Det er mange som er litt sånn, og det er jo litt utfordrende for jeg vil jo gjerne komme inn tidlig, sånn at når hjemmesykepleie for eksempel allerede er inne, så vil jeg jo gjerne at de skal gjøre mye av jobben selv egentlig.»

På spørsmål om det trengs klargjøring og tydeliggjøring, er svaret at rollen er diffus, grunnet «potetrollen» som er å gjøre litt av alt, at en utfra kapasiteten må vurdere arbeidet per dag, og at om det er andre tilgjengelig, så brukes dem, fordi «de svakeste som har minst tjenester er vell de som jeg prøver å stille mest opp for, og de som har barnefamilier. Det er liksom litt prioritering.»

Jeg spør om koordinator syns rollen fremstår som diffus for henne selv, der koordinator svarer «Jepp. Jeg vet hva jeg gjør, men samtidig så er det litt sånn.. jeg er nok ikke konsekvent.»

Noen trenger råd og veiledning, noen trenger kontakt med nav og søknader, noen trenger hjelp med mye, noen trenger hjelp med lite. Ulike oppgaver gjør det vanskelig å være konsekvent, og det gjør også at «det litt vanskelig å helt konkret kunne vise de rammene for andre, også fordi jeg gjør ofte en vurdering i situasjonen.»

Koordinator 4 problematiserer også en av bakgrunnene til at rollen hos noen samarbeidspartnere fremstår uklar.

«Det har blitt så klart for meg at det er forskjell på kreft og palliasjon, og så klarer ikke kommunen å ha tanken - to tanker i hode samtidig, det ble full forvirring med kreftkoordinator, kreftsykepleier, kontaktsykepleier for kreftpasienter, kreftkontakt...»

Forvirringen mellom disse første til usikkerhet for pasient og sykehus, som ikke visste hvem de samarbeidet med. Et annet poeng, var at de ulike aktørene har ulike utdanninger, noe aktører ikke viste «og det.. som i hugget fagperson så syns jeg det er litt feil da, at vi sender ut en pasient og den møter den og den kompetansen, og så er det ikke det.»

Teamkoordinatoren peker på det samme som koordinator 4, og at bruk av elektroniske meldinger gjør at sykehuset er usikker på hvem en egentlig samhandler med.

«Alle her er vell på en måte involvert på en eller annen måte, men jeg vet ikke helt om alle skjønner hva - liksom er det den eller er det den eller hvordan blir det? Vi sender liksom en melding til kommunen, så det blir litt ubevisst da... Mange har kanskje en spesiell oppfattelse som dreier seg om deler av funksjonen, noen vet nok ikke hvordan de passer inn i det store og det hele»

Dette kan skape problemer for koordinatoren som ønsker å skape sømløse, helhetlige tjenester gjennom koordinering. Som Williams (2012) påpeker, kreves det felles mål, mening, tillitsbygging, og så videre for å skape nettverk og samhandling. Dette er vanskelig å oppnå når aktørene ikke vet hvem de kommuniserer med.

Kreftinformanten peker på at ulike kommuner løser problemstillinger ulikt, og at de har ulike funksjoner. Dette skaper, ifølge aktøren en usikkerhet i møte med koordinator, fordi en aldri kan vite sikkert hvilke områder som ligger innenfor den enkelte kreftkoordinatorens funksjon. Det legges frem

«... At i en mindre kommune med en familie som jeg kjenner til.. der får de ukentlige samtaler med kreftkoordinator, men kreftkoordinator her har ikke kapasitet til å løse den oppgaven på den måten. Jeg tror hvis jeg skulle si en svakhet i hele opplegget så er det det at det ikke er tydelig nok kanskje.. hva er rammene?»

Det er flere som også påpeker at denne ulikheten og den lokale tilpasningen i noen tilfeller kan være medvirkende for at ulike aktører i helsesektoren har et rotete inntrykk av kreftkoordinatorens rolle og funksjon, og at dette kan skape forvirring.

Den lindrende yrkesutøveren gir uttrykk for ulike problemstillinger i forhold til kreftkoordinator. Rolle og funksjon, tilstedeværelse i ulike faser i pasientforløp, profesjonalitet i møte med bruker, og rolle- og funksjonsforvirring trekkes frem. Det stilles også spørsmål i forhold til funksjonen og om det kan oppstå situasjoner der bruker får for store forhåpninger i forhold til det som kan utrettes grunnet uklarhet eller utydelige skiller.

«En del kreftkoordinatorene går ut å lover så mye, og så blir de andre rundt skuffet for de ser - jammen du sa jo jeg kunne ha samtaler med deg? og så begynner de å stramme inn. Så det er noe med at de må definere sine oppgaver, setter sine grenser akkurat som oss.»

Det påpekes at det trengs en oppklaring av ulike element – i forhold til ansvarsfordeling:

«Hva er vårt, hva er ditt, hvor henvender dere dere? Litt sånn oppklarende»

Og i forhold til roller, trengs gjennomtenkning både fra samarbeidspartnere og kreftkoordinatorens side, angående når, hvordan, og hvorfor koordinator skal inn i bildet:

«Jeg har snakket med * sykehjem og da er det nesten sånn hver gang: Men skal vi ikke kontakte kreftkoordinatoren? Og jeg tenker: Men hva er det du tenker at kreftkoordinatoren skal hjelpe med? Nå igjen? Skal den fly rundt her nå? Hvorfor det? ... Så kommer kanskje kreftkoordinatoren og snakker en gang, men hva så? for det har blitt sånn, ja men vi snakker med kreftkoordinator. Flott, med nyoppdagede diagnoser ... Jeg blir sånn - Hvorfor? Og så

blir alle sånn? «Ee?» Nei men det er jo kreftkoordinator? Og så har de tenkt: Endelig en knagg de kan henge noe på, ikke sant? Uten å tenke gjennom men hva er den rollen? Og da må vedkommende kunne definere sin rolle mye tydeligere, og konkretisere hva er ditt bidrag her? Og så tror jeg faktisk noen ganger sånn som vi må- at de må gå gjennom - vet du hva her har vi ikke noen rolle?»

Dette stemmer overens med det flere samarbeidspartnere peker på: at tvetydighet og uklarhet i rollen til kreftkoordinatorerne er problematisk. Det pekes på et behov for klare skiller, og bedre, tydeligere ansvarsfordeling og ansvarsområder.

5.2.3 Samarbeidspartnerne sine forslag til funksjon og rolle

Ved spørsmål om hva kreftkoordinator var, valgte flere av samarbeidspartnerne å trekke frem hva de *ønsket* av kreftkoordinator skulle være.

Den lindrende yrkesutøveren uttaler seg slik: «... Det var brosjyrer overalt med hva de kunne bidra med, og når vi begynte å se på de brosjyrene var det alt fra A til Å. De kunne gjøre alt fra diagnosetidspunkt til de er død, ikke sant? Ett flyvende virrvarr av ting tang. Jeg synes det er en kritikk til kreftforeningen at ikke de lå mer føringer for hva skal en kreftkoordinators rolle være.. Det er akkurat som at du jobber i en jobb og sier jeg kan hjelpe deg med alt! Det kan du ikke i en 50% eller 100% stilling med mange tusen rundt, de må heve seg litt over, og så må de se det litt ovenfra og ned. Konkrete ting som de må veiledes på når det er kaos i hodet, da er det vår jobb å hjelpe dem å sortere ting som egentlig skulle vært sortert lenge før de kom i våre ruller om du skjønner.. Jeg tror, det er noe med KOORDINERING jeg tror jo det ligger i navnet det med å KOORDINERE i et system, veilede dem.»

Samarbeidspartnerne mener beskrivelse for funksjon er vid, det påpekes at en innskrenking og konkretisering av funksjon og roller er foretrukket. Videre kommer hver enkelt samarbeidspartner med ulike forslag til hvordan kreftkoordinatorerne alternativt kunne organisert seg, sett fra deres perspektiv. En kan etter Morgan (1998) sin logikk peke på at aktørene kreftkoordinatorerne møter, i tilfeller der kreftkoordinator utviser et uklart, uferdig, og eventuelt foranderlig syn på egen rolle og funksjon, åpner for at aktørene kan drive meningsadministrasjon, gjennom å be koordinator handle for å spesifisere sin funksjon, på en måte som fremmer deres interesser. Etter Goffman (1992) sin logikk, kan en dessuten, ved

uklare roller, i større grad danne seg forventninger til kreftkoordinatorerne, som bygger egne forutbestemmelser, heller enn kreftkoordinatorernes forståelse av seg selv, og sine roller, eller eventuelt hva som er hensiktsmessige roller og funksjoner i forhold til kommunens behov.

Kreftinformanten uttaler at et godt utbygd nettverk med ressurspsykepleiere og lindrende team eksisterer, og er godt forankret. Det foreslås derfor andre fokus enn palliativ og lindrende da

«..Det er en overvekt av kreftkoordinatorer med den bakgrunnen som ikke har den onkologiske biten. Hvis de helst vil inn i livets slutt fase så tenker jeg at det kan være en årsak til at det blir forvirring.»

Det uttales at det blir overlappende, unødvendige funksjoner plasser her. Isteden burde koordinatorerne ha en rolle hos

«til ny diagnostiserte, de som bor i en kommune eller landsdel som behandles en annen plass, de med sjeldnere former for kreft, og de med lite nettverk og støtteapparat rundt seg, og så har de en viktig rolle knyttet til de som er ferdigbehandlet og skal ut i livet. Jeg tenker der burde de ha fokus» I tillegg ses koordinator som nøkkelperson for pakkeforløp hjem.

Her vurderes det at kreftkoordinator legger sin funksjon på steder det ikke trengs, og samarbeidspartner har dermed valgt ut et nytt område der kreftkoordinator burde fokusere. Et fenomen som er veldig utpreget er at 4 / 5 av samarbeidspartnerne trekker frem lindrende fase, og ønsker at kreftkoordinatorerne skal velge seg et annet fokusområde enn dette.

Den lindrende yrkesutøveren uttaler at «Jeg tenker: jo lenger ut i et forløp de (bruker) kommer, når du begynner å bli dårligere, så tenker jeg: da må vi tenke veldig nøye gjennom, hvilke kokker trengs da? For det blir mange ganger alt for mange kokker og hvem har ansvar for hva?».

5.3 Drøfting – Kreftkoordinatorenes rolle og funksjon

Samarbeidspartners syn på hva kreftkoordinatoren er

Hjemmesykepleieren har kun samarbeid med en koordinator, og forteller om inntrykket av denne ene. Denne forstås som hjemmetjenestens ressurs, den skal gjøre det som de ikke har tid til – trygge brukere, fikse stønader, informere om rettigheter. Den fungerer også som en person som kan nå ut til aktører om hjemmesykepleien ikke kommer gjennom. Den skal være sosionom, sjelesørger og psykiatrier.

Ambulant yrkesutøver beskriver tre kommuner, to samarbeid er bra, en der samarbeid er mindre bra. De med sentrale roller har god oversikt og mulighet til å etablere samarbeid mellom aktør og kommunale tjenester. Funksjonsplassering er av betydning, de kan ENTEN jobbe overordnet, slik at en får en god oversikt og gode nettverk, ELLER på et mikronivå, med klinisk arbeid rettet mot aktuell pasient. Begge deler gjør koordinator anvendelig, så lenge de også har oversikt og god link til hjemmetjeneste og øvrige i sykepleiertjeneste.

Teamkoordinator anser kreftkoordinator som i en veiledersrolle. Kreftinformant mener pårørende kan ringe kreftkoordinator, og koordinator skal veilede brukere. De har ulike fokus og engasjement, men alle er direkte og pasientnær i arbeidet sitt. Lindrende yrkesutøver har inntrykk av at det er mye snakk, prat og empatiske tilnærminger, og for lite konkrete tiltak. Inntrykket er at kreftkoordinatorene tar for seg for mye, og at abstrakte rammer gir abstrakt arbeidsmåte. De flyr litt rundt og tar for seg litt av alt, og dette fører til at funksjonen blir vid, altomfattende, og at den kan danne et urealistisk bilde hva kreftkoordinatoren kan bidra med.

De fleste samarbeidspartnere har et inntrykk av at koordinatorens viktigste funksjon er i samhandling med pasient. Den ambulante yrkesutøveren er den eneste som forteller at en aktivt tar i bruk kreftkoordinator i lys av dens koordinerende funksjoner. En kan da legge til grunn at kreftkoordinatorer som ønsker å koordinere og delegere brukere mellom tjenester, kan møte motstand på dette.

Kreftkoordinatorens betraktninger om hva kreftkoordinatorens rolle og funksjon er

Som vi nå har sett er informantene er like, og ulike. Koordinator 1 orienterer seg rundt veiledning og rådgivning i form av samtaler og støtte for pasientene. Denne koordinatoren legger seg på et pasientorientert nivå. Barn som pårørende prioriteres. Koordinator 2 arbeider

på et individnivå, men også koordinerende, i form av en «hånd til hånd koordinering», som kan forstås som en tverrgående koordinering på et mikronivå. Koordinatoren inngår både i koordinerings- og brukerorientert rolle, men den følger bruker (fysisk) gjennom hele forløpet. Koordinator 3 plasserer seg på både et individ, og et makronivå. Den vil helst ha en overordnet relasjon til bruker, og hjelpe dem gjennom systemet og delegere dem, grunnet lite ressurser som ikke tillater direkte pasientkontakt med alle. Det påpekes at utvikling av tilbud i kommune er ønskelig, men må prioriteres vekk fremfor pasientkontakt.

Koordinator 4 orienterer seg både på mikro og makronivå, har pasientkontakt, men er også en forkjemper for å utvide og bygge opp tilbud. Systemforståelse anses som viktig, og det å arbeide i hele forløpet fremfor bare i lindrende / palliativ fase ses på som viktig. Et øye utover har gitt inntrykk av at palliasjonsfeltet er godt ivaretatt. Mål om å arbeide gjennom andre er lagt til grunn. Koordinator 5 trekker frem individtilpasning og fleksibilitet i stilling som viktig for å oppnå individtilpasning. En ønsker likeverdige kommunale tilbud, og har en bredere målgruppe. Friskliv og mestring fremheves. Arbeid mot pasienter gjøres ved å delegere dem til ulike tjenester. Det fokuseres på at samtaler og direkte pasientkontakt skal gjennomføres av de tjenestegruppene som er naturlig nær pasientene, eksempelvis at barn som pårørende kan ha samtaler med helsesøster på en skole fremfor å komme til et unaturlig kontormiljø hos kreftkoordinator. Basert på dette har jeg nå «døpt» de ulike kreftkoordinatorene:

<p>Organisert under forvaltning og koordinering.</p> <p>Hovednivå: Individnivå</p>	<p>Koordinator 1: Lytteren</p> <p>Stor kommune</p> <p>Lindrende enhet</p>	<p>Forholdte seg til bruker, direkte i møte, eller indirekte via telefon. Samtalepartner som hovedrolle. Hovedfokus mot barn og utdanningsinstitusjoner som samarbeidspartner.</p> <p>Erfaring: 5 år.</p>
<p>Organisert under innovasjon og forvaltning.</p> <p>Hovednivå: Individnivå</p>	<p>Koordinator 2: Den familiære</p> <p>Liten kommune</p> <p>Lindrende enhet</p>	<p>Delt stilling kreftkoordinator / lindrende koordinator. Forholdt seg til direkte, tett til bruker, hånd til hånd koordinering, fungerte også som sykepleier i felt - symptomlindring.</p> <p>Erfaring: 3 år.</p>
<p>Organisert under koordinerende enhet</p> <p>Hovednivå: Individnivå</p>	<p>Koordinator 3: Den pasientorienterte</p> <p>Stor kommune</p> <p>Poliklinisk, ontologisk, lindrende enhet</p>	<p>Jobbet for det meste med brukere. Oppga oversikt og utvikling av kommunale tjenester som mål, men ressursmangel tillot det ikke. Koordinering på et høyere nivå, så mye delegering som mulig.</p> <p>Erfaring: 5 år.</p>
<p>Tjenestekontor for helse og velferd</p> <p>Hovednivå: Individ / Makronivå</p>	<p>Koordinator 4: Den fagorienterte</p> <p>Stor kommune</p> <p>Administrativ utdanning</p>	<p>Ikke være den som hjelper, men sørge for å finne frem til hjelpere, arbeid aktivt mot kommunalkreftomsorg utvikling, og å øke kompetanse i kommune. Spiller folk gode.</p> <p>Erfaring: 8 år.</p>
<p>Tjenestekontor for helse, sosial og omsorgstjenester / Koordinerende enhet</p> <p>Hovednivå: Makronivå</p>	<p>Koordinator 5: hjemmebaserte tjenester koordinatoren</p> <p>Mellomstor kommune</p> <p>Kommunale tjenester</p>	<p>Delt stilling kreftkoordinator / saksbehandler. Arbeidet for det meste som «portør», overordnet, gjerne uten å møte med bruker direkte. Viktig å få behandling til brukere i brukernes naturlige miljø.</p> <p>Erfaring: 8 år.</p>

Koordinatorenes mål er todelt, og omhandler mål på systemnivå, og på brukernivå.

Kreftforeningen listet opp koordinerende, tilretteleggende og tilgjengelige roller, med

funksjoner som angikk samordning av tilbud og tjenester, og å bedre rutiner og systemer i kommunene.

I likhet med overordnede strategier var alle informantene opptatt av brukerorienterte, individuelle, og tilrettelagte tjenester. Også tilgjengelighet var viktig å oppnå for kreftkoordinatorerne. Koordinerende funksjoner ble forsøkt oppnådd hos en kreftkoordinator, og oppnådd hos de resterende 4. Noen utførte koordinerende funksjoner på et mikronivå, andre på et makronivå. Bedring av rutiner i kommuner ble aktivt arbeidet mot hos 2 kreftkoordinatorer. De resterende koordinatorerne utførte enkeltvis utviklingstiltak, eksempelvis i form av å delta i prosjektgrupper eller ved å tidligere ha opprettet møtepunkt for pasienter. Ingenting fast eller rutinemessig.

I forhold til kreftkoordinatorer og forebyggende effekter, uttaler Kreftkoordinator 5 at «høy kompetanse i første møte gir en god kartlegging, avklaring og tiltak som gjør at det staffer opp under folk sin mestring og utsetter kommunale tjenester.. dette med å få hjelp på et lavere nivå når det gjaldt psykiatri var vell så nyttig når man venter på å komme inn i spesialist helsetjenesten.» En kan altså legge til grunn at noen kreftkoordinatorers tilbud kan resultere i forebyggende effekter i kommunal regi.

På en annen side, kan en tenke seg at en koordinerende kreftkoordinator kan føre til merforbruk av tjenester om en koordinerer ut mye, og setter flere tjenester i gang. Om en legger dette til grunn, kan en likevel argumentere for at tidligere kontakt med tjenester kan virke forebyggende for pasientens del. En må uansett konkludere med at forebygging av tjenester kanskje tar plass.

Empirien viser at å være kreftkoordinator ikke er en ensartet praksis, og at rollen og funksjonen kan variere. Flere årsaker kan ligge til grunn for forskjellene, blant annet:

- Lokal tilpasning i funksjon pålagt kreftkoordinator fra kommunenes side
- Størrelsen på kommune
- Tilbud som allerede eksisterer i kommunen
- Forankring, bekjentskaper og nettverk i kommunen
- Kreftkoordinatorernes bakgrunn
- Kreftkoordinatorernes preferanser og evner

Lokal tilpasning

Kreftkoordinatorne ble gitt brede stillingsbeskrivelser fra kreftforeningen, ifølge flere kreftkoordinatorer og kreftforeningen var dette fordi hver kommune skulle ha mulighet til å tilrettelegge stillingen. To av kreftkoordinatorne jeg har intervjuet har hatt delte stillinger. Kreftkoordinator 2 var kreftkoordinator / lindrende koordinator, en kan legge til grunn at den pasientnære ekstrafunksjon har vært delaktig for kreftkoordinatorens pasientnære arbeidsmåte og ressursbruk. På motsatt side er kreftkoordinator 5 kreftkoordinator / saksbehandler. Dette har sannsynligvis hatt betydning når den systemorienterte arbeidsmåten har som har vokst frem hos denne koordinatoren.

Størrelse på kommunene

Størrelsen på kommunene har mye å si. Store kommuner må planlegge ressursbruken sin, og vi ser eksempler der store kommuner må prioritere vekk enkelte funksjoner. Det er nærliggende å tro at systemarbeid burde legge beslag på mer av kreftkoordinators arbeidstid i større kommuner, mens pasient- og pårørendearbeid utgjør en større andel i mindre kommuner. Empirien fremlagt viser at dette ikke alltid skjer. Eksempelvis velger kreftkoordinator 1 (stor kommune) vekk en koordineringsfunksjoner i sin yrkesutøvelse, og kreftkoordinator 3 (stor kommune) velger vekk arbeid rettet mot systemutvikling.

Tilbud som allerede eksisterer

En kan legge til grunn at de allerede eksisterende tilbudene i kreftomsorgen i kommunene legger retningslinjer for koordinatorenes funksjon og rolle, om en har lagt til grunn at koordinatorene «har et øye» åpent. I eksempelvis en mindre kommune med lite kreftsykepleiere i hjemmetjenesten, kan en kreftkoordinator prioritere pasientrettet arbeid. I en større kommune med fler kreftsykepleiere, vil en kreftkoordinator kanskje ha mulighet til å prioritere mer tid til fagutvikling eller systemarbeid.

Forankring og bekjenskaper i kommunen

De ulike informantene er på forskjellige steder i sin forankrings prosess, og i nettverksbyggingen sin. Noen bruker mye tid på synliggjøring og markedsføring, og peker på at dette er nødvendig for å opprettholde en fast strøm av pasienter og brukere, andre forklarer funksjonen og rollen som en integrert del av det kommunale tjenestetilbudet, og har oppnådd en «levedyktig posisjon» uten å måtte drive «brannslukning». Flere koordinatorene trekker frem at de ikke hadde noen bekjenskaper i kommunene når de var ny i stillingene, og dette

medførte vanskeligheter for dem, og for noen utgjør dette fremdeles vanskeligheter. Det trekkes frem at kreftkoordinator som har klart å bygge opp en klar rolle og funksjon, slik at aktører rundt vet hva som kan forventes og ikke, har en sterkere kredibilitet og forankring bundet til seg. Disse kan arbeide mer effektivt ut mot brukerne sine.

Kreftkoordinatorernes bakgrunn, og deres preferanser

Hos en aktør så autonome som disse, må en legge til grunn at bakgrunner og preferanser kan ha en stor effekt når kriterier for rolle og funksjonsutviklingen skal legges til grunn.

Kreftkoordinatorernes sykepleierbakgrunn

Under intervjuene var det tidvis utfordrende å få konkrete svar på spørsmål angående koordinerende arbeid. Koordinering ble gjennomført, men konkretisering var vanskelig å fremdrive. Det kan tyde på at koordinering tar sted, men gjerne ubevisst, at en ikke har reflektert over hva en faktisk gjør. Koordinator 4 trekker frem det er mulig at sykepleiere ikke er så veldig godt utdannet i forhold til koordineringstankegangen, og at det gjerne skjer ubevisst. Empirien viser at de to koordinatorerne som har valgt å innta systemperspektiv er kreftkoordinator 4 og 5. Koordinator 4 trekker frem «AHA» opplevelse i forhold til organisasjons tenkning grunnet sin utdanning, og koordinator 5 har blitt plassert i en rolle som kreftkoordinator / saksbehandler, og har med bakgrunn i dette måtte forholde seg til et høyere nivå, men har og måttet «jobbe i flere sammenhenger ut mot andre aktører, og så jeg har et stort nettverk i forhold til å gå inn og på tvers av alle sektorer og etater». Disse har altså et annet grunnlag enn de resterende koordinatorerne, og har måttet forholde seg til system før de gikk inn i koordinatorrollen.

En kan undre seg på om sykepleierutdanningen og en sykepleierbakgrunn har lagt føringer hos kreftkoordinatorerne i funksjons og rolle oppbygningen i forhold til at en identifiserer seg som en som arbeider direkte, klinisk med bruker, og for bruker. Om en legger dette til grunn, vil en kunne tenke seg med bakgrunn i Goffman (1992) at kreftkoordinatorerne ønsker å anses som empatisk, menneskenær, og som en person som skal arbeide for brukeren først.

Empirien viser at de to koordinatorerne som prioriterer systemnivå i form av tjenesteutvikling, nettverk og så videre, samtidig legger klare rammer for hvordan pasientorienteringen må prioriteres i arbeidet:

Koordinator 4 uttrykker et behov for å distansere seg for slik tenkning: «.. Jeg passer på å sortere hva er et offentlig anliggende, og hva er et privat anliggende, så en ikke går inn å tror en skal frelse vedkommende fordi de har kreft.. Det er igjen systemforståelsen»

Koordinatorerne påpeker at det er absolutt nødvendig å gå vekk fra slik tenkning i arbeidet som kreftkoordinator, om en skal kunne arbeide på det «riktige nivået».

Koordinator 5 uttrykker at «du må se koordinator i sammenheng med alt annet i kommunen, det tror jeg er noe av det som gjør at en får det til. Fokus på å danne nettverk, i tillegg når en ser det på tide å trekke inn andre... Det er farlig er det å tro at en eier pasientene og ikke skal gi de fra seg, og det er hvert fall - om noen skal starte opp og tro at man skal sitte med de over lang tid alene å tenke at man skal ordne alt..»

Sykehus trekkes frem, fordi det er ifølge koordinator stor overgang fra å komme «fra en avdeling der man er veldig vant med å ha pasienter over tid og man blir veldig primær.. ja den måten å tenke på må man legge litt fra seg.. for dette her er å dele og ta inn og ut etter pasientens behov.»

Hellesø, Larsen, Obstfelder & Olsvold (2016) argumenterer i sin debattartikkel at sykepleien forskyves fra det pasientnære, til det mer organisatoriske, og at dette må gjenspeiles i sykepleiernes utdanningsforløp. De trekker frem sykepleiers betydning for pasienten, utover det direkte pasientnære arbeidet (s.58). Empirien peker mot at 3 / 5 kreftkoordinatorer har valgt vekk systemrettet arbeid. I 2 tilfeller begrunnes det med at en mangel på ressurser gjør at prioriteringer må gjøres, og at pasientrettet arbeid blir prioriteten. Disse to kreftkoordinatorerne kommer fra større kommuner. En kan kanskje legge til grunn at dette forekommer med bakgrunn i utdanning, preferanse og evner, da «Sykepleierfaget er dypt forankret i omsorgsetikkens normative beskrivelser av forholdet mellom omsorgsutøver og omsorgsmottaker og i perspektiver hentet fra fenomenologisk filosofi» (Hellesø et al, 2016, s.58). Det kan altså være tilfelle at koordinatorerne har valgt å forholde seg til det man allerede kjenner, og det man er opplært til, fremfor å tenke i andre retninger.

Empirien viser også at det kan være farlig med koordinatorer som utelukkende legger til grunn egne preferanser i utarbeiding av sin rolle og funksjon. Kreftinformanten informerer blant annet om et tilfelle der en kreftkoordinator ikke kunne hjelpe en pasient, med bakgrunn i

at tjenesten kun var orientert rundt barnefamilier, og brukeren møtte dermed avvisning. Et slikt møte med brukere, vil gjerne ikke kunne resultere i et godt tilbud for folk flest.

Nedprioritert systemarbeid

At 3 / 5 kreftkoordinatorer velger å arbeide på et mikronivå, passer overens med det som fremgikk av de kommunale informasjonssidene, som viste at 9 / 22 kommuner jobbet på et mikronivå. Det passer også overens med tidligere forskning, som Lie et al (2019) peker på. Her fremkommer at kreftkoordinatorer har hatt en utvikling i pasientfokusert arbeid, mens systemorientert arbeid ble tilsidesatt, og ansett som utfordrende å utføre.

Spørsmålet er hvordan kreftkoordinators ressursene kan gi best mulig ressursutnyttelse, når satt opp mot de lokale utfordringene i hver enkelt kommune. Om kommunene er så små at det er ressurser til at en kan ta imot en etter en på kontoret, er kanskje en pasientnær og mikroorientert funksjon og rolle veien å gå. Eksempelvis slik kreftkoordinator 2 har lagt opp sin rolle og funksjon. I andre tilfeller i større kommuner, må en kanskje legge til grunn at koordinatoren må arbeide i systemene, slik at ikke ressurser blir «spist opp» av individuelle samtaler, slik som en kanskje kan vurdere at kreftkoordinator 1 blir et eksempel på. Det å komme i en posisjon hvor en kan jobbe i ulike sektorer, og gjennom delegering nå ut til flere individer kan være en utfordring, men vi ser i to tilfeller at kreftkoordinatorer har valgt å være proaktive, oppnådd slike stillinger, kanskje fordi de har erfaringer med slikt.

En kan lure på om et økt fokus på kursing og kompetanseutvikling rettet mot nye kreftkoordinatorer, og deres «dobbeltkompetanse» kunne bidratt til å heve blikket i utviklingsfasen av rollen og funksjonene. Hellesø et al (2016) påpeker at sykepleiere trenger kunnskap om virkemåten til de moderne helseorganisasjoner og styringsstrukturene som legger rammer for deres arbeid. Det trengs for å skape forståelse for dilemmaene som kan oppstå når sykepleiefaglige idealer møter organisatoriske krav som produktivitets og effektivitetskrav. Det orienteres rundt at beslutninger og prioriteringer må tas på organisasjonens premisser. Uttrykket «dobbeltkompetanse» er at kombinasjonen av klinisk og organisatorisk kompetanse stadig blir viktigere. (s.58)

Koordinatorene sin særskilte funksjon

Det blir tematisert fra flere koordinatorer at deres fleksible, vide og brede stillingsbeskrivelse ble tildelt dem for at kommuner skulle kunne tilpasse dem lokalt, og fordi at de skulle jobbe

utenfor de tradisjonelle tjenestene. Et resultat av dette, er at det har blitt mulig for kreftkoordinatorerne å verne over brukergrupper som ikke blir tatt inn i varmen av andre tjenester. Blant annet «de som faller mellom» tjenester eksempelvis:

1. Dem som er diagnostisert og venter på behandling
2. Dem som venter på å bli «dårlig nok» til å få tjenester
3. Dem som er ferdig i behandling, men som ikke er «tilbake til normalen»
4. Pårørende, før, etter og under pasientforløp.

Arbeid med og mot disse gruppene gjør at funksjonen til kreftkoordinatorerne i den grad de arbeider mot disse gruppene, kan regnes som originale, eller kvalitativt nytt som kreftforeningen ønsket, og tar for seg brukergrupper som ingen andre tar for seg. En kan dermed se at kreftkoordinatorerne har «gravd seg ut» sin egen brukergruppe i lys av dette.

5.3.1 Drøfting - Koordinatorernes største utfordring: Uklare, tvetydige roller og funksjoner

Både kreftkoordinatorer og samarbeidspartnere peker mot et behov for å gjøre rollen og funksjonen til koordinatorerne mer tydelig. Koordinator 1 uttaler at samarbeidspartnere kunne tatt i bruk tilbudet mer, og at de kanskje ikke ser den «forlengede kapasiteten» kreftkoordinatorerne sitter med, i form av at de kan ta for seg de som «faller mellom to stoler». Koordinator 3 mener det er forståelig om samarbeidspartnere mener rollen er uklar, fordi den er fleksibel og tilpasset den enkelte, og rollen er diffus. Koordinatoren syns selv også at den er utydelig. Koordinator 4 har gjort store grep for å hindre uklarheter, og drar frem at pasienter og aktører ofte ikke vet hvem de hadde snakket med, og at det har oppstått problemer med at en ikke har vist hvilken fagkompetanse en har møtt, noe som ble ansett som svært problematisk.

Rolleavklaringsproblematikken er ikke ny. Vattekar (2015) undersøkte kreftkoordinatorerne i 2015, og skriver at mange kreftkoordinatorer mente rollen var tydelig, men at de jobbet kontinuerlig med å forme kreftkoordinatorrollen i sin kommune. Det ble fremlagt at en måtte påberegne tid til å forme rollen, og at det var nødvendig med rolleavklaringer (Vattekar, 2015, s. 5).

Teamkoordinatoren trekker, som koordinator 4, frem at elektroniske meldinger gjør samhandling «ubevisst», slik at de ikke helt vet hvem de snakker med. Dette gir store utfordringer, spesielt om kreftkoordinatorerne skal danne seg nettverk, der felles forståelse, mål, mening og tillitt (Williams, 2012). Kreftinformanten peker på at ulike funksjoner hos koordinatorerne skaper usikkerhet, fordi en ikke vet hvilke områder de ulike koordinatorerne kan bidra på, og hva en kan forvente av kreftkoordinatorerne som samarbeidspartnere.

Den lindrende yrkesutøveren mener at uklare roller fører til forvirring hos pasient og andre aktører, at store og brede beskrivelser av rollen kan føre til forhåpninger og skuffelser hos pasient, og at en ikke kan ta for seg alt, slik enkelte påstår, ifølge lindrende yrkesutøver. Det pekes på at kreftkoordinatorerne også må skille bedre mellom private og profesjonelle relasjoner.

Uklarheter og splittede funksjoner fra start

Fordi at kommunene har ulik størrelse, ulike utfordringer og ulik organisering, kan en ikke sette som mål at alle kreftkoordinatorer skal jobbe likt. Det er kanskje heller ikke rart at rollene er vage, og tar for seg så mange ulike ting. Fra et perspektiv kan en peke på at det er nødvendig, for å følge de overordnede målsettingene og forventningen til kreftkoordinatorerne.

Ulike «hovedfunksjoner» er tildelt kreftkoordinatorerne opp gjennom. Eksempelvis skulle koordinatorerne sikre god oppfølging av barn og unge som pårørende, og sikre tilstrekkelig tilrettelegging fra skole og andre institusjoner i samarbeid (Helsedirektoratet, 2015, s.38). I 2018 er det også tilføyd at en utnevnt instans skal arbeide palliativt, eventuelt i samhandling med kreftkoordinator (Helsedirektoratet, 2018, s.40). En kan stille spørsmål ved om dette er en endring som kreftkoordinatorerne har ført med seg «bottom – up» via politikken de har ført inn i arbeidet sitt (Lipsky, 2010) eller om oppstod en forståelse på toppen om at koordinatorerne skulle arbeide spesielt her. En må heller ikke glemme at forebyggende arbeid er et av hovedmålene for samhandlingsreformen, som også er gjeldende for kreftkoordinatorerne.

I ulike artikler, evalueringer, og andre informasjonssider om kreftkoordinatorer, er det også tydelig at de ulike forskerne har hatt sine egne forståelser for hva kreftkoordinatoren gjør. Eksempelvis Melby et al (2017) trekker kreftkoordinatoren frem likestilt med koordinator for alvorlig syke eller døende, og tildeler dermed slike funksjoner til koordinatoren. Det påpekes at en slik koordinator eller en kreftkoordinator er oppnevnt i mange kommuner (s.13). Dette

er til tross for at kreftforeningen gjennom Vattekar (2015) påpeker at en ønsker at kreftkoordinatorerne skal arbeide med alle deler av pasientforløpet, også dem med kurative behandlingsmål (s.23), og at en ønsker at kreftkoordinatoren skulle bidra til noe kvalitativt nytt i kommunene, og ikke fungere som en videreføring av eksisterende stillinger og funksjoner (Fürst & Høverstad, 2017, s.9).

De ulike målene fra et makronivå gjør at kreftkoordinatorernes overordnede mål er spredt utover, og en kan gjerne argumentere for at det kan være utfordrende for et menneske å favne alle målene. En må da legge til grunn at kreftkoordinatorerne fra hver enkelt kommune må tilpasse seg i forhold til elementene nevnt ovenfor, og finne en arbeidsmåte som fungerer for den enkelte. De uavklarte og ulike rollene må derfor sies å ha startet på toppen, og kan vanskelig hindres med formuleringene som har blitt presentert. For å oppnå en avklart og tydelig rolle hos kreftkoordinatorerne, må en først legge til grunn en tydelig og avklart formulering angående hva hovedmålene til kreftkoordinatoren skal være, og gjerne tilby en eller ulike fremgangsmåter for å nå målene, eller eventuelt gi en opplæring slik at kreftkoordinatorerne selv kan vite hvordan målene skal nås.

En kan også legge til grunn at koordinatorerne med uklare roller og funksjoner gir mindre assosiasjoner andre yrkesutøvere kan legge til grunn i sin meningsdannelse rundt hva kreftkoordinatorerne skal gjøre. Etter Goffman (1992) sin logikk, vil da samarbeidspartnerne kunne danne seg forventninger til koordinatorerne som bygger på egne forutbestemmelser og bakgrunn, heller en hva som er hensiktsmessig fra kreftkoordinatorernes ståsted, som en gjerne i første rekke burde prioritert. Morgan (1998) sine maktbaser kan dessuten spille inn, eksempelvis er det mulig at samarbeidspartnere ser uavklarte roller, og ser dette som en mulighet til å drive en meningsadministrasjon rettet mot kreftkoordinatorerne. Det vil være naturlig at en fra en samarbeidspartners perspektiv ønsker en aktør inn som kan arbeide på en måte som fremmer samarbeidspartnerens interesser.

Hvem er ansvarlig for utarbeiding av rolle og funksjon?

Når det kommer til kreftkoordinatorerne har vi ulike faktorer som påvirker deres rolle og funksjonsutvikling. En kan spørre seg hvordan det var tiltenkt at funksjonen skulle bli til.

Når det kommer til koordinatorrollers organisering generelt, er hovedbildet at nasjonale myndigheter har overlatt avgjørelser om plassering og konkret utforming hos helseforetak og kommuner (Vik & Aarseth, 2019, s.130). Ifølge Fürst & Høverstad (2017) var det også dette

som var tanken for kreftkoordinatorerne. Kommunene skulle selv finne den mest hensiktsmessige organisatoriske plasseringen for kreftkoordinatorerne, da det var tenkt at stillingen skulle bidra til noe nytt i de ulike kommunene. Koordinatorerne skulle også ha en friere stilling, fordi de skulle jobbe bredere enn andre omsorgstjenester (s.29)

«Kommunen skal sørge for en relevant organisatorisk plassering som gir kreftkoordinatoren handlingsrom og legitimitet til å jobbe tverrsektorielt, ha god oversikt over tilbud og tjenester samt sørge for gode rutiner for at stillingen blir kjent og brukt.» (Fürst & Høverstad, 2017, s.29)

Kommunene skulle også overse at kreftkoordinatorerne ikke utførte oppgaver som overlapper med andre helse og omsorgstjenester sine oppgaver. Empirien viser at 2 av kreftkoordinatorerne hadde rammer rundt hvordan funksjonen og rollen skulle bygges opp i form av en stillingsbeskrivelse eller i form av tidligere yrkesutøvere av stillingen, men at disse var vide. De 3 andre koordinatorerne påpeker at de hadde full frihet i utviklingen av stillingen. Ansvarer har da blitt flyttet fra kommunen, til individet selv.

Innledningsvis ble det påpekt at koordinering er et av de eldste problemene den offentlige sektoren møter på (Boucart et al, 2010, s.13). En kan derfor stille seg undrende til at så mange kreftkoordinatorer har blitt overlatt til seg selv i utviklingen og utformingen av sine roller og funksjoner. At en ønsker nye innovative stillinger som skal øke koordineringen og føre med seg sømløse tjenester er en god tanke, men det kan være utfordrende for et individ alene å skaffe seg en stor nok grad av oversikt og innsikt til å kunne plassere en funksjon og rolle på en slik måte at disse tingene oppnås.

Eline Røed – Bottenvann publiserte i 2016 et debattinnlegg der sikring av riktig bruk av psykologressurser i kommunene ble diskutert, og der en legger ut som hvordan en kommune psykolog skulle tilrettelegge sin rolle og funksjon.

En av de avgjørende suksesskriteriene som legges frem, var at ledelse la til rette for god tidsbruk, planlegging og forming av stillingsinnhold før en påbegynte kliniske oppgaver. Uten dette, er det fare for at tilbudet blir litt mens en går, på styrten, og basert på de tilfeldige etterspørslene i startperiode, heller enn analysering og behovsvurdering. Viktigheten av en overordnet vurdering av behov og kartlegging av kommunen fra mikro, til makronivå påpekes. «Tar man utgangspunkt i kommunens umiddelbare ønsker, som gjerne er et

lavterskeltilbud på helsestasjonen, psykologens egne faginteresser, eller tilbud og tiltak som andre kommuner tilbyr, kan det fort bli tilfeldig bruk av statlige tilskuddsmidler.» (Bottenvann, 2016). En mangel på oversikt over tjenester, kan ha gjort at enkelte koordinatorene har valgt å hoppe til et pallierende / lindrende felt, til tross for at det, ifølge samarbeidspartnere ikke trengs ressurser på dette feltet.

5.3.2 Drøfting - Samarbeidspartnernes forslag til kreftkoordinatorer

Et element 4/5 samarbeidspartnere velger å ta opp, er at det i deres oppfatning, er mange kreftkoordinatorer som velger å plassere seg i lindrende og palliative pasientforløp. Den lindrende yrkesutøveren forteller at den kan se for seg andre, mer hensiktsmessige plasseringer av funksjonen fordi lindrende omsorg allerede har nok ressurser. Et fokus tidligere i forløpet er ifølge lindrende yrkesutøver mer hensiktsmessig. Det påpekes at klarheter i rollen ville gjort et eventuelt samarbeid om lindrende pasienter enklere – hva er vårt, ditt, alle sitt ansvar. Det pekes på et behov for klare skiller, og bedre, tydeligere ansvarsfordeling og ansvarsområder, fremfor en som «flyr rundt overalt og gjør alt mulig».

Kreftinformanten har også et ønske om å få kreftkoordinatoren vekk fra lindrende fase, og peker på at en overvekt av koordinatorene vil inn i denne fasen fremfor den onkologiske fasen. Nøkkelrollen deres må bli dem med spesielle behov eller nydiagnostiserte. Ambulant yrkesutøver forteller at en av de viktigste funksjonene til kreftkoordinator er at de fanger opp dem som ingen andre fanger opp. Dette påpeker også kreftinformanten.

En mulig forklaring på hvorfor en har et så sterkt ønske om å få kreftkoordinatoren ut av lindrende og palliative faser, kan være fordi fasene har nok ressurser, og fordi kreftkoordinatorer må gå mer analytisk i gang for å forme en funksjon og rolle som ikke er overlappende med andre funksjoner.

På en annen side, kan det tolkes som at det har oppstått en mostand i forhold til innføringen av kreftkoordinatorer sine funksjoner. Kreftkoordinatorer trekker de «spesielle» brukergruppene frem, og setter lys på at deres funksjon tar for seg de spesielle og individuelle behovene hos pasienter, noe andre tjenester kanskje ikke har den samme muligheten til å gjøre. Fra samarbeidspartnernes side, kan det virke som at en trekker frem den brukergruppen ingen andre har noe med å gjøre, for å «tildele» kreftkoordinatorer en spesiell funksjon og en brukergruppe som ikke favnes av andre kommunale tjenester, eller for å «fjerne» dem fra

egne funksjoner. Den kan tolkes at det har oppstått noen overlappende funksjoner, og at dette «overtrampet» kan ha blitt tolket negativt av yrkesutøvere fra lindrende eller palliative enheter. Motstand ved innføring av nye stillinger oppstår gjerne. Om en følger Morgan (1998) sine maktbaser, kan noen potensielle grunner være av at samarbeidspartnere ønsker politisk kontroll over sin del av området. De ønsker gjerne også en kontroll over sine grenser, og kontroll over sin brukergruppe, og kontroll over de strukturelle faktorene som regler, rammer, målsettinger, strukturer innenfor sin organisasjon og ovenfor sin brukergruppe.

Williams (2012) påpeker også at det kan oppstå sensitive situasjoner, spesielt i miljøer der maktrelasjoner er viktige. Her kan det oppstå konkurranse om makt, som omhandler de ulike partenes «turf» eller område. «Turf» omhandler aktørenes aktiviteter og ressurser som den enkelte har «rett» til å bruke og å utøve, eksempelvis profesjonell ekspertise. Samarbeid krever gjerne et skifte i konfigurasjonen av disse «turfene», som for noen kan bli sett på som direkte truende, eller der en forholder seg mistenksom (s.45). En effektiv boundary spanner burde være fri for overnevnte tanker, og se samarbeidsarenaer som mulighetsbringende, fremfor hemmende og begrensende.

Dette samsvarer også med Lie et al (2019) sin undersøkelse, som forklarer at kreftkoordinatorer opplevde en uvilje fra aktører angående å endre eksisterende nettverk, og allerede eksisterende rutiner og strukturer. Dessuten fant en at profesjoner oppførte seg beskyttende ovenfor egne felt (s. 350)

Dette kan være medvirkende for at så mange samarbeidspartnere ønsker koordinatoren vekk fra palliativ / lindrende pasientforløp. Det er mulig enkelte av yrkesutøverne mener én spesiell profesjonell ekspertise skal foreta seg arbeid på området, eller at en vurderer at kreftkoordinator ikke har en funksjon på området. Dette er kanskje ekstra sannsynlig, da det uttales at «jo lenger ut i et forløp de (pasient) kommer, når du begynner å bli dårligere, så tenker jeg da må vi tenke veldig nøye gjennom hvilke kokker trengs da?»

Williams (2012) påpeker også at «grensene» en «boundary spanner» må krysse er ustabile, og at krysning av grensene er en «krig som venter på å skje», med bakgrunn i at ulike dilemma presenterer seg, som angår hvem og hva som tilhører hver side av grensen, og at krysning av grensene fører med seg fordeler og ulemper, for alle partier. (s.32) En kan tolke at samarbeidspartnere i mange tilfeller ikke ser fordelene ved å åpne sine grenser for kreftkoordinatorene helt enda.

5.4 Drøfting – Koordinatoren i spenningsfeltet mellom samhandlingspartnere og pasienter

For at teorien til Lipsky skal være relevant, må en først stadfeste autonomi og rom for skjønn. I kapittel om autonomi så vi at det var mye av det. Koordinator 3 påpeker at «Lederen min vet ikke helt hva jeg gjør», koordinator 4 peker på «pinlig mye autonomi», og koordinator 5 har ikke noen form for evaluering i det hele tatt. Det må legges til grunn at det generelt er lite overordnet kontroll, og at det er stor avstand fra koordinatorene til ledere.

Dette gjør at bakkebyråkratene har mulighet til å sette «dagsorden» og å skape politikk rundt sin egen yrkesutøvelse. Dette er mulig, fordi kreftkoordinatorer kan utøve store mengder skjønn for det første grunnet autonomien de er tildelt, grunnet frihet fra overordnede oversikt og autoritet, og fordi det er en kreftkoordinator per kommune. At det er få som arbeider som kreftkoordinator, gjør at hver enkelt kreftkoordinator får mulighet til å bedømme hver sak med bakgrunn i egen faglighet og skjønnsutøvelse. At få arbeider som kreftkoordinator, gjør at deres yrkesutøvelse gjerne også har mindre sannsynlighet for å bli «sjekket».

Alt dette åpner for at kreftkoordinatorer klar har mulighet til å lage sin egen politikk, på det som Lipsky kaller for «uønskede eller uventede måter». Det påpekes at handlingene og beslutningene til slike yrkesutøvere ikke alltid vil være i samsvar med retningslinjer. Det kan til og med ende med beslutninger som motstrider retningslinjer, intensjoner eller mål.

Koordinator 1, 2 og i noen grad 3 har valgt å forholde seg borger – orientert, selv om kommune 1 og 3 er fra større kommuner. En kan lure på om dette valget har blitt tatt med bakgrunn i koordinatorens egen bakgrunn, evner eller preferanser fremfor en systematisk analyse med konklusjon om at dette var beste alternativet.

Utfordringene bakkebyråkratene kan støtte på er ifølge Lipsky (2010):

- Mangelfulle ressurser
- En økende etterspørsel etter tjenestene
- Vage eller konfliktfylte organisasjonsforventninger
- Utfordringer i forhold til å måle utfall av ytelser

Empirien viser at koordinatorene møter på samtlige av disse utfordringene. Målene til kreftkoordinatorene er grunnleggende motstridende. På en side skal de jobbe med brukerorienterte element, på den andre siden skal en jobbe med kommunal kreftomsorg og sømløse tjenester. Målene krever ulike arbeidsmåter. Konfliktfylte mål oppstår karakteristisk blant annet grunnet klient sentrerte mål som kommer i konflikt med organisasjons orienterte mål, eller grunnet at bakkebyråkratens mål og rolle – forventninger blir kommunisert via multiple referansegrupper (Lipsky, 2010, s.41) Begge deler er tilfelle for kreftkoordinatorene.

En koordinator trekker frem en «dårlig samvittighet» ovenfor et valg om å prioritere brukerorienterte funksjoner, da det ønskes at oppfyllelse av alle mål kunne gjennomføres, men tidsmangelen gjør ikke dette mulig, noe som kan gjøre at kreftkoordinatoren sitter igjen i en presset situasjon. Likedan, oppstod det hos koordinator 1 uenig med målsettinger på organisatorisk nivå, og koordinator 1 så seg nødt til å omjustere sin funksjon og rolle, og tilside sette enkelte element for å kunne fungere i rollen og funksjonen, og for ikke å bruke av tjenestene for høye forventninger.

Koordinator 1 og 3 påpeker spesielt mangelen på ressurser, og har sett seg nødt til å tilside sette deler av funksjonen grunnet dette. En økning i etterspørselen av tjenester har ikke blitt påpekt konkret, foruten av kreftkoordinator 5 som påpeker at markedsføring av sin funksjon ikke lenger er nødvendig, fordi det er «nok å ta av.» Enkelte koordinatører driver fremdeles med markedsføring i stor grad for å hindre «dødtid».

Organisasjonsforventningene til kreftkoordinatorene kan si å være svært brede og vage. En må konkludere med at dette har vært avgjørende for at samarbeidspartnere, og de fleste kreftkoordinatorene selv påpeker at deres rolle og funksjon er svært ulike, og i noen tilfeller vage og uklare, noe som eventuelt kan ha skapt store utfordringer, og som gjerne videre vil skape utfordringer.

Det er et faktum at kreftkoordinatorene har problemer med å konkret måle utfallet av tjenestene som tilbys. Kreftkoordinator 1 påpeker at rapportering og evaluering av eget arbeid gjennomføres, blant annet med bakgrunn i at en ønsker flere tall som viser at arbeidet som gjennomføres er av verdi, og for å vise at en faktisk har mye å gjøre i rollen. Koordinator 4 påpeker at det nok er mulighet til at kreftkoordinatorene har en forebyggende effekt. Mangelen på klarhet, den tvetydige målsettingen, og dermed ulike funksjonene satt for

arbeidet gjør operasjonalisering vanskelig. Det påpekes av samtlige koordinatorene at det på et eller annet tidspunkt har foregått telling av nye brukere av tjenesten, men at dette ikke i realiteten viser kompleksiteten, eller resultatene av arbeidet.

Lipsky (2010) peker også på ulike måter kreftkoordinatorene kan motvirke utfordringene en møter. Disse inkluderer utvikling av egne rutiner i møte med begrensede ressurser og motstridende mål. Rutinene kan ligge på siden av de godkjente rutineene, og kan ende opp med å bli organisasjonens faktiske praksis på området. De ulike atferdene utvist i møte med utfordringer inkluderer:

- Rasjonering av tjenester som tilbys
- Å utøve kontroll over brukere slik at de skal samarbeide med prosedyrene
- Å forsøke å bevare sine ressurser
- Håndtering av konsekvenser av rutinisert praksis

Empirien viser til at fler av disse metodene blir brukt i noen grad. Rasjonering av tjenester gjennomføres av alle koordinatorene. Det skjønnsvurderes i hvilke tilfeller koordinatorene må bruke ekstra tid. Hver enkelt koordinator trekker frem ulike elementer de velger å fokusere på, som også kan gi noen indikasjoner å hvordan de prioriterer. Eksempelvis:

«De svakeste som har minst tjenester er vell de som jeg prøver å stille mest opp for. Og de som har barnefamilier. Det er liksom på en litt sånn prioritering.. Jeg tenker jo spesielt når det er alvorlig syke så prioriterer jeg jo – hvis jeg har mye å gjøre en periode så prioriterer jeg de som er enten enslige eller ikke har tjenester eller barnefamilier hvis jeg må velge vekk noen.»

Basert på koordinatorenes fokuser, kan en kanskje si at Koordinator 1 prioriterer barn som pårørende. Koordinator 2 prioriterer pasienter med lindrende behov, koordinator 3 prioriterer barnefamilier eller brukere med generelt lite ressurser. Koordinator 5 vil kanskje prioritere saker der en kan promotere et rehabiliterings- eller mestringsfokus. Rasjonering gjøres også av koordinator 1 på en slik måte at en gjerne vil tilby en samtale ansikt til ansikt, for så å prøve å gå over til telefon eksempelvis. Måten tjenestene er utformet på, gjenspeiler også prioriteringer som har måtte blitt tatt. Koordinator 4 og 5 eksempelvis har kanskje ikke like mye pasientkontakt som de resterende koordinatorene, med mindre det vurderes at dette er nødvendig. Generelt må en kunne konkludere med at delegering hos alle kreftkoordinatorene

aktivt, spesielt i de tilfeller der en kan vurdere at brukeren ikke har store behov, eller kanskje behov som ikke passer overens med koordinatorens «spesialiteter».

En må konkludere med at kreftkoordinatorerne som bakkebyråkrater har gjort seg prioriteringer med intensjoner som i høy grad handler om å tilfredsstille brukerne og borgerne de skal serve. Når ting har måttet prioriteres vekk, har mange kreftkoordinatorer valgt å prioritere vekk eksempelvis tjenesteutvikling fremfor borgertilfredsstillelse. En velger å prioritere ansikt til ansikt brukermøter, fremfor mange andre ting slik det legges frem i empirien. Generelt ser man at prioriteringer er nødvendig å foreta. Koordinator 3 trekker eksempelvis frem at det er nødvendig å tydeliggjøre at andre tjenester finnes, og at om en skal hjelpe mest mulig, så må man velge ut dem som trenger det mest, selv om dette er vanskelig.

En kan stille spørsmål ved om rutinene og simplifiseringene som blir gjort alt i alt har en større positiv effekt enn ikke, men det kan ikke konkluderes med noe. Det en kan konkludere med, er at kreftkoordinatorernes rolle og funksjoner er plassert i miljøer med ulike spenningsfelt og utfordringer, som skaper kompliserte arbeidsmiljø for yrkesutøverne. Koordinatorerne må kontinuerlig prøve å balansere helsedirektoratets, og andre føringer, sykepleierforbundets promotering av sykepleiere med allsidige potensialer, og hva en i praksis, som en enkelt kreftkoordinator kan sette ut i drift.

6.0 Kreftkoordinatorerne på tvers av helsesektoren

Kreftkoordinatorernes nettverk har forsøkt blitt belyst. De ulike informantene tar for seg samhandling på ulike måter.

6.1 Kreftkoordinatorernes samarbeidsflater og nettverk

Koordinator 1 er en meget aktiv markedsfører. Markedsføring gjøres for å opprette og vedlikeholde kontaktpunkter. Sykehus trekkes frem som viktig aktør, og nettverk som allerede er etablert via tidligere stillingsforhold på sykehus pekes på som viktig.

Markedsføring gjøres ved å dra fysisk til ulike institusjoner, og å møte på fagdager.

Samarbeid beskrives som bra, men koordinator skulle ønske at «jeg kunne lagt litt lenger fremme i pannen til folk. Det handler ikke om uvilje, det blir bare litt glemt.» Enkelte aktører

blir trukket frem der samarbeidet er litt dårligere enn ellers, grunnet at aktørene ikke har forstått funksjonen. Det påpekes at man må «vurdere hvor man skal legge inn ressurser, ikke alle kan samarbeides med». Av samarbeid, trekkes det frem at koordinator har vært aktivt ute for å opprette treffpunkt for tverrfaglig samarbeid, og at det vil opprettes dialog med de andre saksbehandlerne der.

Koordinator 2 forklarer at det kan være utfordrende å opprette samarbeid utenom de man i utgangspunktet allerede jobber med. En mangel på samarbeidsrelasjoner oppstår i dette tilfellet med bakgrunn i mangel på ressurser. En mangel på kapasitet, og at kreftkoordinatoren arbeider alene i en rolle som er krevende og som opptar all tid, gjør at det å være nytenkende og kreativ og å finne løsninger alene, eller i samarbeid med andre aktører kan bli krevende. «Det blir ofte lagt på hyllen fordi en kjenner at det ikke – en strekker ikke til der liksom, men det er variabelt. Jeg har jo et ønske om å gjøre det mer, men det ligger nok like mye på meg som på de andre. De gjør meg nok ikke en urett, jeg tror det er begge veier, og jeg har en – kunne synliggjort meg mer i kommunen ved å være med på ting.»

Koordinatoren forklarer at om en ikke har noe samarbeidserfaring kan det være vanskelig å begynne, og at man gjerne trekker med seg de man kjenner litt og har hatt samarbeid med fra før. Dette er både fra hennes, og fra andre aktørers side. På spørsmål om det forekommer kommunikasjon mellom kreftkoordinator og forløpskoordinator, er svaret at det har forekommet, men sjeldent. Det uttrykkes at det kan være lettere å samarbeide i situasjoner der en klarer å samle mange på et sted, med bakgrunn i at det vil være lettere å få ting i gang, og at ting ville gått kjapt for pasientens del.

På spørsmål om hvor tett de naturlige samarbeidsrelasjonene er, er svaret at «det varierer litt da, for jeg opplever jo at det noen ganger kan ta litt tid så om ikke jeg står på selv og pusher, så - det er jo fryktelig mange opptatte mennesker, så det er ikke så lett å komme gjennom på telefon alltid, og så sender man heller en mail eller internmelding og så tar ting litt tid da.» Sykehus, lindrende team og sosionom trekkes frem som viktige aktører. Det påpekes at disse aktørene er lett å få tak i, og at de kanskje strever vell så mye som koordinatoren selv med å få tak i andre aktører. Disse er altså på «samme bølgelengde».

Koordinator 3 peker på ulike aktører der samhandling og samarbeid foregår til vanlig, og der relasjonene er bra. Lindrende avdeling og hjemmesykepleien må forstås som

«hovedsamarbeidspartnere» grunnet et fokus på disse aktørene gjennom hele intervjuet. Ellers trekkes nav, helsestasjon, helsesykepleiere, og barneansvarlig frem. Et samarbeid trekkes spesielt frem som bra, der koordinator og aktøren sammen nå skal starte et nytt prosjekt for barn i kommunen. Det trekkes frem at forhold med fastlegene enkelte plasser kunne bedres, eller at de kunne vært flinkere å henvise eller ta kontakt med kreftkoordinator. Det trekkes frem teorier som går på at fastlegene ikke har nok informasjon om hva koordinatoren er, og kan brukes til.

Koordinator 4 «opplever et godt samarbeid, og jeg tror andre opplever samarbeid som uproblematisk egentlig. Det å ha fokus på saklighet og fag og være tydelig, direkte, passe meg vell for ja.. å gå.. altså om jeg må gå en omvei så sier jeg ikke noe stygt om noen andre for å si det sånn. Du må opprettholde gode relasjoner.»

Koordinator 5 samhandler med ulike aktører, både internt og eksternt, og ellers både horisontalt og vertikalt. Dette er nødvendig, blant annet fordi koordinatoren har en delstilling som saksbehandler, og gjennom denne funksjonen er ansvarlig for å plassere ulike kreftpasienter rundt om på ulike sengeposter, og enheter ellers. Ellers er koordinatoren aktivt søkende etter kontakter og nettverk som har tilbud brukerne av tjenesten kan ta nytte av, slik at nye kontakter hele tiden kan legges ved i kontaktlisten, og som en kan bruke til å «delegeringen» av brukerne.

6.2 Samarbeidspartnernes erfaringer med samarbeid

Hjemmesykepleieren fokuserer på samarbeidet mellom tjenesten og en spesifikk koordinator. Det pekes på at alle i gruppen er godt kjent med koordinatoren, og at koordinatoren er grei å ha, fordi en «har litt mer i verktøykassen», spesielt når en står fast. Hun forteller at samarbeid med kreftkoordinator er av en annen art enn andre samarbeid, fordi dette samarbeidet er mer altomfattende, og en slipper unna den formaliserte byråkratiske fremgangsmåten å ta kontakt med samarbeidspartnere på. Eksempelvis trengs det ingen henvisningsskjema, noe som trekkes frem som positivt.

Den ambulante yrkesutøveren karakteriserer samarbeidene mellom koordinatorene på sykehus og koordinatorene i kommunene som bra, både i forhold til oppstart av de ulike samarbeidene og oppfølging i de fleste sammenhenger. Dette gjelder både kreftkoordinatorene og

kreftsykepleierne, men det påpekes at aktørens tjeneste i mange tilfeller har mer kontakt med kreftsykepleierne i kommunene enn med kreftkoordinatorerne. Dette er begrunnet med at kreftkoordinatorerne i mange tilfeller er med i starten når et apparat skal etableres rundt en pasient, og at de deretter trekker seg ut, og at kreftsykepleierne eller kontaktsykepleierne blir mer relevant å samarbeide med. Informanten forteller at hun tror det er slik det skal fungere, og at det er mer naturlig å ha kontakt med de tjenestene som er tettere innpå de berørte, og at det er mest naturlig at kreft / kontaktsykepleierne inntar denne rollen. Det gjøres også et poeng ut av at samarbeid gjerne er tettere og mer naturlig hos de mindre kommunene, fordi kreftkoordinatorer fra disse kommunene gjerne «har en klinisk rolle og kommer veldig fort inn i bildet og på en måte overlater ikke alt til hjemmetjeneste, for de følger pasienter hele tiden». I de små kommunene er det altså gjerne kreftkoordinatorerne som har et av de tettste forholdene med de berørte.

Team koordinatoren opplever at kreftkoordinatorerne er ganske «på», og at de er ute å etterspør informasjon og samarbeid. Det påpekes at det ofte hender at kreftkoordinatoren tar initiativ etter at hjemmesykepleien allerede har hatt oppfølging, noe som ses på som negativt. Likevel trekkes kreftkoordinator frem som en positiv aktør som sitter i «skjæringspunktet». Generelt karakteriseres samarbeidsrelasjonen mellom team koordinatoren sin tjeneste og kreftkoordinatorerne som meget positivt i forhold til kreftkoordinatorer i de fleste kommuner. Det påpekes at det er store forskjeller, og at der samarbeidet er bra, kan det skyldes at de ulike partene «satser på hverandre», og at samarbeidet kan forstås som naturlig. Det pekes på at det i noen kommuner ikke oppstår så gode samarbeidsrelasjoner, mye grunnet at kreftkoordinatorens funksjon og den ambulante yrkesutøverens tjeneste ikke fyller hverandre ut i forhold til funksjoner og forventninger. Det trekkes frem at gode samarbeidsrelasjoner er nødvendig hos en dynamisk pasientgruppe.

Samarbeid med koordinator forstås tidvis som utfordrende, da det kan være vanskelig for aktøren å sanke opplysninger om hvor pasienten og kreftkoordinatoren er i en prosess. Dette begrunnes med at koordinatorene gjerne er i en veilederrolle, og at denne rollen kan fremstå som litt «abstrakt.. eller på en måte en sånn midt i mellom greie, og kanskje mer sånn sporadisk kontakt» som ikke nødvendigvis kommer frem noe sted når en pasient blir innlagt. Dermed trengs det «nøsting» for å få vite hva som er gjort, og for å få vite om det er en oppfølging på en pasient eller ikke. Dette kan ytterligere kompliseres i tilfeller der pasientene «kan være litt sånn: ja, jo jeg har jo en kreftkoordinator eller kreftsykepleie eller...»

6.2.1 Samarbeidspartnerne svarer: Er kreftkoordinatoren viktig? Bidrar den til en mer sømløs og integrert helsesektor?

Hjemmesykepleieren mente at koordinatoren var viktig for hjemmetjenesten, og at den var av viktighet for pasientene som kreftkoordinatoren arbeidet for. Spesielt viktig var koordinatoren for et sømløst arbeid, blant annet fordi koordinatoren hadde mulighet til å arbeide med pasient allerede før avreise fra sykehus, men også etter endt behandling. Koordinatorens arbeid med «spesielle brukergrupper» ble altså vektlagt. Kreftkoordinatorene bidro til mer helhet og integrering av helsesektoren når de har gode kontakter på sykehus, og i når de kjenner til leger som eksempelvis jobber på lindrende enhet. Dette tilfredsstilles av den lokale kreftkoordinatoren, slik at hun kan tas i bruk når «vi føler at vi stanger litt, kanskje i forhold til fastlege, når vi ikke får de på banen.» I slike tilfeller brukes koordinator til veiledning og hjelp, og dette bidrar til at helsesektoren kan oppleves som sømløst, blant annet fordi koordinatorens veiledning kan bes om når som helst, og uten formelle henvisningsmetoder. Ifølge hjemmesykepleieren, fører det til at «Brukerne føler seg ivaretatt på en mye bedre måte enn det hadde vært hvis kreftkoordinator var en egen tjeneste som måtte ha egen saksbehandling og eget henvisningsregime liksom.»

Team koordinatoren opplever at kreftkoordinatorene har en generell oversikt over det kommunale systemet, og at dette er fordelaktig for brukere av de kommunale tjenestene, både pasienter og andre aktører innenfor helsevesenet. Koordinatoren forstås som viktigere i noen kommuner enn i andre. «I de kommunene som har fungert og der de har kalt å hente ut oppgaver som er viktige, så opplever jeg at de er en naturlig samarbeidspartner, men i noen kommuner.. har de brukt koordinatoren veldig annerledes, de har kanskje ikke klart å definere oppgaven så godt, det har vært usikkerhet rundt hvordan man skal bruke dem, og ja. Det å få andre til å bruke dem da det kan være.. ja.. Det handler om satsingen på en rolle, og om den som har rollen. Hva skal jeg gjøre? Om det ikke er definert får man heller ikke markedsført, og det er jo viktig for samarbeidspartner å vite hva er denne personen? Hva skal jeg bruke den til? Hvilken forventning kan jeg stille til deg?»

Teamkoordinatoren mener kreftkoordinatorene fanger opp en del, i mange tilfeller i tidlige faser, og at dette bidrar til et tidlig bekjentskap med pasientene. De kan da tidlig danne seg inntrykk av hva som må suppleres med, og at dette bidrar til å gi et godt utgangspunkt når sykehus kommer inn i bildet. Kreftkoordinator bidrar også ved å trekke inn øvrige tjenester

som kontaktsykepleiere og slikt tidlig, så de bidrar til en mer integrert og sømløs tjeneste ved tidlig intervensjon og ved å tidlig danne et godt grunnarbeid.

Kreftinformanten mener kreftkoordinatoren er viktig for pasienter som ikke blir fulgt opp av andre instanser, gjerne etter endt forløp, eller de som ikke har andre tjenester når forløpet foregår. Altså for «de som faller gjennom to stoler». Den anses også som viktig i forhold til pasienter som trenger veiledning i ulike deler av forløpet.

Kreftinformanten vet ikke om kreftkoordinatorene har bidratt til mer integrerte eller helhetlige tjenester, fordi kommunene allerede hadde gode systemer i forhold til å ta kontakt med andre aktører om pasienter hadde behov for tjenester. Det konkluderes dermed med at ting ikke har blitt noe bedre, men at kreftkoordinatorene er fine å kunne ringe til i enkelte situasjoner. For pasienter som er så syk at de trenger tjenester, så er det rutiner på plass som legger føringer på hva som skal gjøres, og samarbeidene er da direkte mellom eksempelvis sykehus og hjemmetjenestene.

Den amulante yrkesutøveren svarer «ja – men det er jo et ja med litt sånn.. de er jo ikke avgjørende for samarbeid ut mot kommunene?» Det informeres om at kommunene allerede hadde et godt nettverk av dyktige sykepleiere ute i kommunene, og at det dermed ikke var avgjørende at kreftkoordinatorene ble opprettet. Et godt samarbeid og nettverk var altså allerede opprettet, men det påpekes at kreftkoordinatorene kanskje bidrar litt i kommunene, men ikke for samarbeid, eller som samarbeidspartner, men gjennom de andre funksjonene de har, eksempelvis gjennom sine lavterskeltilbud. Det påpekes at den amulante yrkesutøveren gjerne opplever at koordinatoren har vært involvert i ulike pasientforløp når pasientene kommer til den palliative fasen, men når pasienten har kommet til denne fasen - «da er ikke kreftkoordinator avgjørende for noe samarbeid, da har vi kontaktsykepleiere og hjemmetjeneste som vi er helt avhengige av.»

Den lindrende yrkesutøveren mener kreftkoordinatoren er viktig, spesielt i diagnosefasen av et pasientforløp, og det påpekes at det er spesielt viktig at koordinatoren er rettet mot å konkret hjelpe pasientene med praktiske ting i forløpet.

6.3 Drøfting – Kreftkoordinatorerne på tvers av helsesektoren, og som en boundary spanner

Empirien viser at ikke alle institusjoner og tjenester som driver med kreftpasienter tar i bruk kreftkoordinator i like stor grad. Måten rollen og funksjonen til den enkelte kreftkoordinator er satt opp på, inkludert det at ulike kreftkoordinatorer velger å «spesialisere seg» på enkelte emner, gjør at funksjonen og rollen ikke alltid samsvarer med de ulike tjenestenes funksjoner og roller. På den måten kan en kanskje si at kreftkoordinatorerne bidrar til økt «silotenkning».

Avstand mellom bruker og koordinator ser også ut til å ha litt å si for samarbeidspartnere. Koordinator med oversikt og overordnet arbeid foretrekkes, men små kommuner med koordinatorer brukes og, da grunnet koordinatorens kliniske arbeid. Det er nødvendig å finne riktig balansegang mellom mikro og makronivå. Eksempelvis trekkes det frem at koordinatorer som arbeider for overordnet, ifølge samarbeidspartnere kan miste «kontakten» med bakkearbeidere, eksempelvis kreftsykepleiere, slik at det blir lettere å ta direkte kontakt med kreftsykepleierne fremfor å gå gjennom koordinatoren.

Utfordringene med å forstå hva kreftkoordinatorerne skal gjøre setter sperrer for anvendeligheten, bruken og samarbeidet mellom kreftkoordinatorer og andre. Dette er et element som trekkes frem som kan vanskeliggjøre samarbeid. Et annet er at samarbeidspartnerne ikke har opplysninger om pasienter i forhold til kreftkoordinatorerne. Det trekkes frem at en ikke vet hvor de er i prosessene, at rollen er abstrakt, og en trenger å «nøste» for å få vite hva som er gjort. Dette kompliserer samarbeid, en kan vegre seg for å ta opp samarbeid grunnet at en må jobbe ekstra for å opprette et utgangspunkt.

Williams (2012) påpeker at hver individuell aktør har større eller mindre mulighet til å påvirke strukturen en arbeider innenfor. Det argumenteres for at hvert individ sin grad av engasjement er viktig, og at koordinerende aktiviteter avhenger av hvordan individet forstår hensikten oppgaven, men også hvordan de forstår seg selv, og rollen og funksjonen sin.

Med utgangspunkt i Williams (2012) kan en spørre seg om koordinatorerne arbeider utad med grunnlag i en funksjon, fremfor en etablert profesjon. Når en agerer som sykepleier har en rammer for arbeidet, som ikke er like fremtredende i rollen som koordinator. De koordinatorerne som oppnår fellesskap står sterkere, og med bakgrunn i dette velger kanskje

mange koordinatører å gå inn i samarbeid med bakgrunn i sin sykepleierbakgrunn, der pasientomsorg og koordinering med utgangspunkt i pasienten er kjernegrunnlag. Dermed blir den konkrete pasienten inngangen til tversektorielt arbeid, men dette stemmer ikke overens perspektivene en boundary spanner burde innta, ifølge Williams. Disse inkluderer å innta et oversiktssyn, helhetstenkning, struktur, og systemtenkning. En må generelt gå inn for å ta for seg det store bildet (2016, s.66). En kan dermed hevde at andre elementer fremstår som viktige, fremfor koordinering på det organisatoriske nivået.

Empirien peker på at spesielt koordinator 1, 2 og 3 har valgt å prioritere på en slik måte. Samarbeid, nettverk, og koordinering blir nedprioritert hos disse. En må dermed konkludere med at disse aktørene ikke kan anses som «reelle boundary spanner».

Samtidig kan en peke på at koordinatorne har spesielt bruk for sine individuelle kompetanser, da de har nødt til å kjempe for å grave seg ut en funksjon og en rolle, og videre kjempe for å opparbeide seg legitimitet og en forankret posisjon. Dette er kanskje bakgrunnen for kreftkoordinatorenes spesialiserte, og ulike faglige kompetanser. I empirien ser vi kreativ igangsettelse av egne styrker i form av:

- Å fungere som en ressurs, og støtte for brukeren ved å stille opp og bidra med støttende, og meningsfulle samtaler.
- Å tre ut av helsevesenet, være oppsøkende og direkte, klinisk i arbeid med brukere, og å møte dem der de er, i sitt eget miljø.
- Å bidra ved å gi konkret rådgivning angående kreftomsorgens muligheter og begrensninger, og å finne de riktige aktørene for de spesielle behovene.
- Å sette til livet en skaperentusiasme ved å bygge opp system, tilbud, nettverk for pasientens beste, og ta i bruk systemforståelse, og fordele ressurser analytisk.
- Å ta i bruk administrative styrker ved å finne gode tilbud for pasienten, og ved å styrke ressurser og mestring ved å finne tilbud til pasienten i pasientens naturlige omgivelser.

<p>Organisert under forvaltning og koordinering.</p> <p>Hovednivå: Individnivå</p>	<p>Koordinator 1: Lytteren</p> <p>Stor kommune Lindrende enhet</p>	<p>Forholdte seg til bruker, direkte i møte, eller indirekte via telefon. Samtalepartner som hovedrolle. Fokus mot barn og utdanningsinstitusjoner som samarbeidspartner. Erfaring: 5 år.</p>	<p>Kommuniserer med de naturlige partene en trenger kontakt med grunnet pasientforhold. Kontakten stopper ved primærhelsetjenesten.</p>
<p>Organisert under innovasjon og forvaltning.</p> <p>Hovednivå: Individnivå</p>	<p>Koordinator 2: Den familiære</p> <p>Liten kommune Lindrende enhet</p>	<p>Delt stilling kreftkoordinator / lindrende koordinator. Forholdt seg til direkte, tett til bruker, hånd til hånd koordinering, fungerte også som sykepleier i felt - symptomlindring. Erfaring: 3 år.</p>	<p>Fortolkeren: Har skapt mellommenneskelige bånd, basert på tillit. Har skapt en infrastruktur og et samarbeidede miljø med hjemmetjenesten.</p> <p>Fungerer som kommunikator, med bakgrunn i makt og tillitt gitt fra hjemmetjenesten. Gitt litt av egen «turf», har blitt en del av hjemmetjenesten.</p>
<p>Organisert under koordinerende enhet</p> <p>Hovednivå: Individnivå</p>	<p>Koordinator 3: Den pasientorienterte</p> <p>Stor kommune Poliklinisk, ontologisk, lindrende enhet</p>	<p>«Jobber meste med brukere.» Oppgave oversikt og utvikling av kommunale tjenester som mål, men ressursmangel tillot det ikke. Koordinering på et høyere nivå, så mye delegering som mulig. Erfaring: 5 år.</p>	<p>Kommuniserer med de naturlige partene en trenger kontakt med grunnet pasientforhold. Kontakten stopper ved primærhelsetjenesten.</p>
<p>Tjenestekontor for helse og velferd</p> <p>Hovednivå: Individ / Makronivå</p>	<p>Koordinator 4: Den fagorienterte</p> <p>Stor kommune</p> <p>Administrativ utdanning</p>	<p>Ikke være den som hjelper, men sørge for å finne frem til hjelpere, arbeid aktivt mot kommunalkreftomsorg utvikling, og å øke kompetanse i kommune. Spiller folk gode. Erfaring: 8 år.</p>	<p>Nettverkeren: Vedlikeholde relasjoner, overse interesser, forståelse for politikk, forhandlingsevne, overbevisning gjennom faglighet i møte med emnene.</p> <p>Koordinatoren: Relasjonsskaper, navigerer det kommunale landskap, bygger tverrgående nettverk, senter for informasjon Entreprenør</p>
<p>Tjenestekontor for helse, sosial og omsorgstjenester / Koordinerende enhet</p> <p>Hovednivå: Makronivå</p>	<p>Koordinator 5: Hjemmebaserte tjeneste koordinatoren</p> <p>Mellomstor kommune</p> <p>Kommunale tjenester</p>	<p>Delt stilling kreftkoordinator / saksbehandler. Arbeidet for det meste som «portør», overordnet, gjerne uten å møte med bruker direkte. Viktig å få behandling til brukere i brukernes naturlige miljø.</p> <p>Erfaring: 8 år.</p>	<p>Nettverkeren</p> <p>Koordinatoren: Navigerer det kommunale landskapet, bygger tverrgående nettverk, er senter for informasjon og kommunikasjon – må kontaktes av sykehus grunnet sin posisjon.</p>

Koordinator 4 og 5 fungerer som egne aktører i et dynamisk miljø, og tar avstand fra at rollen og funksjon skal bindes opp mot en spesifikk aktør, ved å være likeverdig mottakelig for alle samarbeid. Dette samsvarer med Williams (2012) som påpeker at boundary spanner burde innta en nøytral posisjon i møte med aktører, slik at den kan fungere godt i samarbeid med alle. Koordinator 2 har inngått i et samarbeid med hjemmetjenesten, og ser ut til å plassere store deler av rollen og funksjonen sin her. Det fremgår også at koordinatoren «kjemper kampene» til fordel for hjemmesykepleien.

Kommune 2 kan dermed ikke forstås som en reell boundary spanner, da den vil arbeide ut mot andre for å oppnå noe for en spesifikk part, og der de andre partene er klar over denne intensjonen. Likevel, kan en tilegne koordinatoren fra kommune 2 mange av egenskapene en må besitte for å fungere som «fortolker». Denne har skapt seg et åpent, tillitsfullt samarbeid med - spesielt en aktør. Her besitter koordinatoren også «turf» i form av ekspertise, men også i form av praktisk yrkesutøvelse. Hjemmetjenesten forteller blant annet om situasjoner der kreftkoordinatoren fysisk går hjem til pasienter og eksempelvis administrerer medisiner på vegne av hjemmetjeneste der det har oppstått kriser. Kreftkoordinatoren har dermed også mulighet til å «overta» enkelte oppgaver.

En kan kjenne igjen nettverkeren hos koordinator 4 og 5, fordi disse forklarer å ha en oversikt over forskjellige parter, og de beveger seg mellom disse. De skapes uformelle veier for pasienter gjennom sine nettverk, og de bruker nettverkene sine bevisst. De er på utkikk etter nye nettverksrelasjoner kontinuerlig, og vedlikeholder de nettverkene de oppretter.

Kreftkoordinator 4, må etter definisjonen forstås som en boundary spanner. Denne brukes klart som en boundary spanner, fordi aktører tar aktivt kontakt med den når nettverk og relasjoner skal opprettes ulike plasser. Denne har bygget seg opp en posisjon der en er anvendelig, i forhold til at en vet hvem og hvor en skal få tak i folk, og hvem som er best å bruke. Den har inntatt en overordnet, oversiktlig posisjon.

Den kan også forstås som å ha elementer av «entreprenøren» forbundet med seg, da det trekkes frem ulike innovative prosjekter som har blitt, og skal gjennomføres der kreftkoordinatoren er en av hovedaktørene. Skaperglede, og et behov for å bygge videre på, og utvikle tjenester forstås som viktig, og nødvendig.

En kan også tolke at koordinator 4 og 5 innehar egenskapene en koordinator ville besittet, da store deler av deres funksjon omhandler navigering innenfor det kommunale landskapet, og bygging av tverrgående nettverk. De er dessuten senter for informasjon grunnet posisjonen de har bygget seg opp, og fordi de brukes som kontaktpunkt.

Koordinatorerne er avhengige av sine individuelle kompetanser i forhold til å oppnå innflytelse og en anvendelig posisjon. De arbeider under vilkår som ikke understøtter eller fremmer muligheter til å arbeide koordinerende i samarbeid. Samarbeidspartnerne utviser varierende aksept ovenfor koordinatorerne, og i de fleste tilfeller forstås koordinatoren som lite viktig i forhold til tversektorielt arbeid, kanskje fordi de ikke har oppnådd anvendelig funksjon / rolle, eller nok legitimitet i forhold til disse. Ut fra dette må en stille spørsmålstegn ved om hver enkelt koordinator kan forstås som boundary spanner, utfra hvordan den spesifikke koordinatoren fungerer i arbeidet.

Samarbeidspartnerne tilegner koordinatoren en viktig rolle generelt, spesielt i forhold til pasientene og brukerne av tilbudet. De tildeler ikke koordinatorerne en stor rolle i det tversektorielle samarbeidet. Det som fremkommer, er at samarbeidspartnerne allerede hadde gode, velfungerende nettverksforbindelser seg imellom. Det at koordinatoren da har kommet inn, har ikke forbedret disse. Med bakgrunn i dette, kan en se en tydelig rolle og funksjon som ekstra viktig, for at aktører skal kunne se nytten, og dermed gi koordinatorerne innpass. Dette kan tyde på koordinatorerne ikke er en så suksessfull boundary spanner. Eksempelvis, i rollen som nettverker, skal boundary spanneren representere viktige bindinger mellom egen organisasjon og andre (2012, s.58). En kan konkludere med at koordinatorerne kanskje ikke har den makten og innflytelsen som Williams tilegner boundary spannerne.

Generelt må en konkludere med at koordinatorerne har bygget seg opp varierende posisjoner, som i varierende grad brukes i tversektorielt arbeid. Koordinator 1 – 3 vil kanskje ikke ha så store roller i tversektorielt arbeid, men det kan forstås at koordinator 4 og 5 har større roller her.

6.4 Drøfting - Koordinatorernes legitimitet, og deres handlingsrom for maktbruk

Koordinatorerne har måtte gå inn i en allerede etablert kommunekultur og skape et handlingsrom rundt seg. Williams (2012) påpeker at aktørers ulike evne til påvirkning av struktur. Vi har stadfestet at autonomi og mulighet til å utforme rolle og funksjon er stor hos de fleste.

I forhold til legitimitet, argumenteres det fra Koordinator 1 at rollen vil integreres og legitimeres mer med tiden. Det arbeides med å oppnå «håndfaste» bevis rundt tjenestens verdi, og det ytres at det er usikkerhet rundt stillingsforholdet, i forhold til om kommunen eksempelvis vil utvide den til å omfavne flere pasientgrupper.

Kreftkoordinator 2 har skaffet seg en sterk forankring, og en sterk legitimitet hos hjemmetjenesten. Denne koordinatoren har mulighet til å utøve innflytelse og sterk legitimitet innenfor et lite område, spesielt i forhold til hjemmesykepleien. Sterk tilknytninger til enheter på sykehuset trekkes også frem. Koordinatoren oppleves som et bindeledd, mellommann og advokat av hjemmetjenesten. Det må legges til grunn at koordinator 2 har oppnådd en formell autoritet (Morgan 1998), da koordinatorens mening «betyr fem ganger så mye som en vanlig sykepleiers». Det pekes også mot at den kan ha opparbeidet seg en makt i forhold til beslutningsmyndighet, da det beskrives mulighet for kreftkoordinator til å påvirke beslutningsprosesser. Den har også kontroll av grenser, fordi den kan brukes som bindeledd mellom hjemmesykepleie og sykehus. Det må også forstås at den har opparbeidet seg evne til å drive med meningsadministrasjon ovenfor andre aktører, da den evner å ta i bruk overbevisning som maktbase.

Koordinator 3 uttaler usikkerhet rundt egen maktbase. Det nevnes at en klart besitter en faglig legitimitet, og i lys av denne, en viss beslutningsmyndighet i møte med samarbeidspartnere. Det samarbeides ikke så mye utover, om en ser vekk fra de nettverksforbindelsene en naturlig vil bygge opp i primærhelsetjenestene.

Koordinator 4 uttaler at «Nettverk, gode, faglige argumenter, det er det som gjør meg trygg i samhandlingen tverrfaglig og i koordinatorrollen. Fagligheten. Det er derfor jeg tenker at det er viktig at det er fagpersoner altså som innehar den rollen. Fagpersoner med nok faglig

pondus innabords. Nettverk, fag, systemforståelse, og det å skjønne hvordan helsevesenet er bygd opp, hva som skal til for å samhandle, finansieringer... hvilke krav kan vi ha til dem, hva de kan forvente av deg... Lobbyering administrativt for å få * på dagsorden, jobbe politisk og komme med innspill, hva er det vi ser av behov, og hva har vi rammer til å gjøre.. Det er viktig.»

Det fremkommer altså generelt mange ulike teknikker koordinatoren bruker utad mot aktører. Nettverk og faglige argumenter forstås fra koordinatorens side som de sterkeste kortene. I møte med uvillige aktører, vil en god, faglig forståelse for emnet gi grunnlag til å stille «undrende spørsmål» som er «vanskelig å avfeie», slik at en utviser «berettiget respekt» og samtidig kan stille «tørre å stille spørsmål». Under intervjuet kommer det frem at kreftkoordinator 4 har jobbet politisk mot kommunalsjef, og at disse aktørene sammen har reorganisert kreftomsorgen i kommunen for å bedre den, blant annet ved at en ikke lengre vil ha problematikk med roller og funksjoner. Det uttales også at bruken av nettverk er viktig, og at konsensus, lojalitet, tillitt, og så videre er viktige faktorer som det arbeides med og mot. Koordinatoren har bygget seg en funksjon og en rolle som samarbeidspartnerne forstod som svært fruktbar, og har gjennom lobbyering, systemforståelse og relasjonsbygging, endt opp i en lederrolle, med oversikt over hele kreftfeltet i kommunen.

Det må legges til grunn at koordinatoren har tilegnet seg en stor grad av legitimitet og autoritet. Videre må det legges til grunn at ulike maktbaser kan tas i bruk i yrkesutøvelsen (Morgan 1998). Koordinator har dannet seg en formel autoritet, og den anses som en autoritet grunnet sin stilling. Videre tas organisasjonell kultur, og strukturelle endringer i brukes som en del av maktspelet. Beslutningsmyndighet og kontroll ligger til grunn, og skaffes gjennom faglig argumentasjon, kontroll over informasjon må dermed også legges til grunn, fordi koordinatoren besitter fagkunnskap som kan «vinne argumentet». Kontroll av usikkerhet kan gjerne også legges til grunn, på den måten at koordinatoren gjennom kunnskapsbasen sin kanskje i mange situasjoner besitter informasjon som kan hjelpe en gjennom ulike kriser.

I det store og det hele uttales det at koordinatoren føler å ha opparbeidet seg sterk legitimitet og integrering i sin kommune. Dette fremkommer også fra samarbeidspartnerne, som forteller at koordinator 4 oppleves som en viktig brikke i kreftomsorgen i kommunen. Koordinatoren må sies å bygge sin koordinering rundt nettverk som koordineringsmekanisme.

Koordinator 5 har opparbeidet seg en posisjonsmakt og en beslutningsmyndighet gjennom sin rolle som saksbehandler. Her gjennomføres det bevisste undersøkelser rundt om i miljøet etter eventuelle nettverksforbindelser som kan gi pasienter i tilbudet bedre tilbudsdekning, men koordinatoren må sies å arbeide med hierarki som hoved koordineringsmekanisme, da den er plassert i koordinerende tjenester, og blir tildelt funksjoner og ansvar med å «fordele» pasientene utover i ulike tjenester. Dette gjør at koordinatoren har blitt tildelt en formell legitimitet.

Kreftkoordinatorerne får tildelt store mål og forventninger. De må selv markedsføre funksjonen, og argumentere ovenfor samarbeidspartnere at funksjonen og autoriteten en besitter er legitim. Om en ønsker at kreftkoordinator skal være et hovedkontaktpunkt for kreftkoordinatorer, hadde det kanskje vært hensiktsmessig å tildele kreftkoordinatoren en legitim autoritet i forhold til dette, annet enn den autoriteten den selv må bygge opp. En legitimitet er tildelt kreftkoordinator, gjennom at forløpskoordinator i utgangspunkt skal sikre tett og løpende kontakt med involverte instanser, herunder kreftkoordinatoren (Helsedirektoratet, 2015, s.7). Videre er det også sykehuset som skal sikre at alle pasienter får informasjon om kreftkoordinator (Helsedirektoratet, 2015, s.8).

Om dette hadde blitt fulgt, ville koordinatorenes handlingsmuligheter og handlingsrom blitt større, fordi en sen påkobling av tjenestene fører med seg begrensninger. Ifølge koordinator 1 – 3 er det lite kontakt med forløpskoordinator. Koordinator 4 og 5 har mer kontakt med denne. De sistnevnte har gjerne bygget seg opp en posisjon på et høyere nivå, slik at hverdagslig kontakt med forløpskoordinator blir mer naturlig enn i de andre, fordi de har større mulighet til å koordinere ut kreftpasienter enn de resterende.

Informering fra sykehusets side gjøres i noen grad ifølge koordinator 1 – 3, og i større grad hos koordinator 4 – 5. Det at funksjons og rollesettingen overlates til koordinatorene alene, medfører gjerne uklare roller og funksjoner, om koordinatorene ikke alene klarer å plassere seg hensiktsmessig i systemet. I tilfeller der en ikke klarer å plassere rollen og funksjon på en måte som oppfattes som bra bruk av ressurser av samarbeidspartnere, kan samarbeidspartnere forstå koordinatorene som mindre legitime.

En kan konkludere med at det empiriske materialet peker mot at koordinatorrollen fremdeles ikke, på alle områder, har oppnådd en formalisert funksjon. Fra samarbeidspartnerens

synsvinkel, er det viktig at koordinatorene oppnår en mer tydelig formell posisjon, deriblant gjennom stillings og funksjonsbeskrivelser. Koordinatorene på sin side tar opp at bedre evalueringer kunne vært positivt, og at en slik synlighet vil kunne hjelpe til å legitimere rollen. En legitim og objektiv fremvisning av funksjoner ville gjerne gitt et klarere bilde ovenfor samarbeidspartnere, og disse ville ikke kunne sitte igjen med inntrykk som eksempelvis at «koordinatoren bare snakker, og handler ikke».

Fleksibiliteten innenfor rollen trekkes av koordinatorene frem som en positiv egenskap. Denne fleksibiliteten, kan på en annen side skade kreftkoordinatoren, da, som det sies, det kan være vanskelig å formulere og faktisk definere funksjonene når de innehar en så fleksibel rolle. Et ønske om en legitim, definert rolle, vil altså kunne stå i motsetning med den fleksible rollen.

Kreftkoordinatorene dermed anses å være i et spenningsfelt når det kommer til hva kreftkoordinatorene selv anser som sin funksjon og rolle, og det som samarbeidspartnere anser å være kreftkoordinatorenes rolle. Kreftkoordinatorene må finne en middelvei mellom det de anser som hensiktsmessig, og de forventningene de blir pålagt av samarbeidspartnere. Et for stort skille mellom faktisk utvist praksis, og samarbeidspartneres forventninger, kan føre til at kreftkoordinatorene mister innflytelse og legitimitet.

7.0 Avslutning

Kommunens ansvar og pasientallet øker, og det skal organiseres og utvikles tverrsektorielle og tverrfaglige samhandlingsmodeller. Dette medfører at kommunene må jobbe smartere og mer effektivt for å kunne hjelpe flere. Kreftkoordinatorerne må kanskje arbeide bedre med å forme tjenesteutviklingen og stillingsinnholdet sitt, om de i større grad ønsker å ta del i tverrsektoriell samhandling, og dermed kunne arbeide for mer sømløse tjenester, som jo var en av de største grunnene til opprettelse av koordinatorstillingene. Uten arbeid med tjenesteutviklingen, er det fare for at tilbudet blir til med bakgrunn i kommunens umiddelbare ønsker i form av lavterskeltilbud, egne faginteresser, eller tilbud eller tiltak som andre tilbyr, fremfor analyse og behovsvurdering. Dette kan medføre at bruken av statlige tilskuddsmidler blir litt tilfeldig brukt. Enkelte kreftkoordinatorerne må kanskje mobilisere ressursene sine vekk fra en direkte pasientkontakt, og mot en mer helhetlig og systemtenkning.

Hvordan kan en forstå kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid, på tvers av helsesektoren?

Kreftkoordinatorernes rolle og funksjon må forstås som bred, fleksibel og varierende, da ulike koordinatorerne har valgt å forme disse ulikt. Empirien viser til at lokal tilpasning, kommunestørrelse, allerede eksisterende tilbud i kommune, bakgrunn, preferanser og evner er elementer som kan ha ført til ulikheter i rolle og funksjonsutforming. Samarbeidet på tvers av helsesektoren må i likhet med funksjon og rolle forstås som varierende, fordi den bygger på den forståelsen koordinatorerne har av egen rolle og funksjon.

Utforming av stillingene gjør noen koordinatører mer anvendelig for aktører i kreftomsorgen enn andre. Oppgaven argumenterer for at enkelte koordinatører opererer i samhandling med bakgrunn i profesjonen sin, fremfor funksjonen sin, og at dette medfører samarbeid med bakgrunn i sykepleieres kjernegrnlag, der pasientomsorg og koordinering gjøres med utgangspunkt i pasienten. Dermed blir den konkrete pasienten inngangen til tverrsektorielt arbeid, fremfor et grunnlag som orienteres rundt oversiktssyn, helhetstenkning, struktur, og systemtenkning. En kan dermed hevde at andre elementer fremstår som viktige, fremfor koordinering på det organisatoriske nivået (Williams, 2012, s.66).

Samtidig kan en peke på at koordinatorerne har spesielt bruk for sine individuelle kompetanser, da de har nødt til å kjempe, og grave seg ut en funksjon og en rolle, og videre

kjempe for å opparbeide seg legitimitet og en forankret posisjon. Dette er kanskje bakgrunnen for kreftkoordinatorernes spesialiseringer. I empirien ser vi kreativ igangsettelse av egne styrker i form av:

- Å fungere som en ressurs, og støtte for brukeren ved å stille opp og bidra med støttende, og meningsfulle samtaler.
- Å tre ut av helsevesenet, og være oppsøkende, direkte, og klinisk i arbeid med brukere, og å møte dem der de er i sitt eget miljø.
- Å bidra ved å gi konkret rådgivning angående kreftomsorgens muligheter og begrensninger, og å finne de riktige aktørene for de spesielle behovene.
- Å sette til livet en skaperentusiasme ved å bygge opp system, tilbud, nettverk for pasientens beste, og ta i bruk systemforståelse, og fordele ressurser analytisk.
- Å ta i bruk administrative styrker ved å finne gode tilbud for pasienten, å fokusere på pasienters ressurs og mestring, og å finne tilbud til pasienten i pasientens naturlige omgivelser.

Koordinatorernes brede stillingsbeskrivelse lar dem jobbe utenfor de tradisjonelle tjenestene, og lar dem jobbe mot grupper som ingen andre tjenester tar for seg. Denne gruppen inkluderer:

- Dem som er diagnostisert og venter på behandling
- Dem som venter på å bli «dårlig nok» til å få tjenester
- Dem som er ferdig i behandling, men som ikke er «tilbake til normalen»
- Pårørende, før, etter og under pasientforløp.

Koordinatorerne har med bakgrunn i dette en funksjon som «forlengt arm» for alle tjenester som behandler kreftpasienter, og tar for seg en funksjon som ingen andre tjenester tar for seg, og kan dermed anses å være «kvalitativt nytt». Samarbeidspartnerne som anser kreftkoordinatorerne som viktige aktører, vektlegger spesielt disse funksjonene.

Koordinatorerne jobber i ulike spenningsfelt, og møter på utfordringer som

- Mangelfulle ressurser
- En økende etterspørsel etter tjenestene

- Vage eller konfliktfylte organisasjonsforventninger
- utfordringer i forhold til å måle utfall av ytelser

De har stor avstand mellom seg og lederrelasjoner, og har mye autonomi og mulighet til å utøve skjønn. De må derfor forstås som «policy makers» og kan utforme egne «politikker» rundt sin arbeidsutførelse. Dette bidrar til ulikheter i rollene og funksjonene, og de ulike koordinatorene har valgt å bygge opp rollen og funksjonen sin ulikt. Uklare og utydelige roller og funksjoner utgjør en svært stor utfordring i møte med samarbeidspartnere og samhandling. Oppgaven argumenterer for at koordinatorene kan forskyves ytterligere fra det pasientnære, til det mer organisatoriske.

Hvordan defineres rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren i offentlige dokumenter, utredninger og planer?

Konfliktfylte mål oppstår karakteristisk grunnet klientsentrerte mål som kommer i konflikt med organisasjonsorienterte mål, eller grunnet bakkebyråkratens mål og rolleforventninger blir kommunisert via multiple referansegrupper (Lipsky, 2010, s.41) Begge deler er tilfelle for kreftkoordinatorene.

Ulike intensjoner og funksjoner er tildelt kreftkoordinatorene opp gjennom. De som spesielt understrekes, er barn og unge som pårørende, at alle pasientforløp skal arbeides med, men spesielt palliative og lindrende forløp, samhandling, koordinering, og sømløshet på kryss av sektorer, og at forebyggende arbeid skal sikres og arbeides mot. Både brukerorienterte, og systemorienterte mål må altså oppfylles. Koordinatorenes varierende funksjoner og roller, må derfor forstås å ha startet «på toppen», og kan vanskelig hindres med formuleringene som har blitt presentert. For å oppnå en avklart og tydelig rolle hos kreftkoordinatorene, må en først legge til grunn en tydelig og avklart formulering angående hva hovedmålene til kreftkoordinatoren skal være.

Den konkrete utformingen av rollen og funksjonen til koordinatorene ble overlatt til kommunene, og kommunene overlot utformingen til hver enkelt koordinator, til tross for at koordinering kan anses som et av de eldste problemene den offentlige sektoren møter på (Boucart et al, 2010, s.13). Dette må anses som problematisk og utfordrende for individene som skal forme en funksjon og rolle som skal tilfredsstillende svært mange forventninger.

Hvordan erfarer kreftkoordinatorerne og deres samarbeidspartnere rollen og funksjonen til kreftkoordinatoren?

Kreftkoordinatorerne har ulike forståelser av seg selv. Dette grunner ut i at de ulike koordinatorerne svært varierende i sin utforming. Empirien viser at tre koordinatorer arbeider pasientnært og legger mindre vekt på systemtenkning i sin rolleutforming. Disse tre er både fra små og store kommuner. Samtlige av disse hadde bakgrunn som sykepleiere av ulike slag. To koordinatorer hadde mindre klinisk kontakt, men tar for seg kommunene sine gjennom nettverksskapelse, koordinering, utvikling av tilbud, og systemtenkning. Disse hadde også bakgrunn som sykepleier, men med tidligere stillinger hos arbeidsplasser med systemtenkning og nettverksbygging som viktige filosofier. .

De ulike rolle og funksjons utformingene baserer seg på ulike forståelser av hvilken tilnærming i forhold til bruker som er mest hensiktsmessig. Det varierer fra å innta en nær, direkte, tett og klinisk rolle, til en mer delegerende, overordnet veilederrolle. Enkelte mener pasientnærhet er en viktig faktor, andre mener at arbeid på avstand er greit, så lenge en sørger for å finne frem til riktig og god hjelp, ikke nødvendigvis gitt av en selv. De ulike koordinatorerne har også særegne felt de velger å fokusere mye på, dette varierer mellom hovedfokus på barn, lindrende omsorgssfokus, et fokus på å ha oversikt, fokus mot å utvikle og skape gode tjenester, og fokus mot å delegere og koordinere. Likheter ved koordinatorerne var at de alle ønsket å ivareta sine pasienter så godt som mulig.

Samarbeidspartnerne forstår kreftkoordinatorerne ulikt, da de vektlegger ulike deler av funksjonene til kreftkoordinatorerne. I 4 / 5 tilfeller utvises en oppfatning av at koordinatorerne arbeider klinisk og pasientnært. En kan forstå dette som at kreftkoordinatorer som ønsker å koordinere og delegere brukere mellom tjenester, kan møte motstand på dette.

Det er en enighet blant samarbeidspartnerne om at koordinatorerne burde revurdere og reorganisere sine funksjoner, slik at funksjonene stemmer overens med behovene i kommunene. Blant annet viser 4 / 5 samarbeidspartnere til et behov for å flytte koordinatorerne vekk fra palliative og lindrende pasientforløp, og et ønske om at koordinatorer tar for seg pasientforløp fra et tidlig stadium, eller at de tar for seg ny diagnostiserte, eller de med spesielle behov / forløp. En kreftkoordinator sier seg også enig med dette, da det påpekes at mange koordinatorer fokuserer palliativt og lindrende, og at kreftomsorg handler om mye mer enn dette.

Det er også enighet blant samarbeidspartnerne om at det trengs en oppklaring og tydeliggjøring av:

- Rolle og funksjon
 - Hvor har de, og hvor har de ikke en rolle?
- Ansvarsfordeling og ansvarsområder
 - Hva kan forventes av dem som samarbeidspartner?
- Transparens angående
 - Hva er privat og offentlig anliggende i koordinators syn?
 - Koordinators arbeid mot pasient – hva er gjort, hvor er de i prosessen?
 - Hva som er koordinators rammer?
 - Hvorfor er kommunene ulik, kan de fremdeles brukes likt?

En mangel på dette medfører utfordringer for aktuelle samarbeidspartnere og pasienter. En kan tolke at samarbeidspartnere i enkelte tilfeller ikke ser fordelene ved å åpne sine grenser for kreftkoordinatorer helt enda.

Det påpekes at det er store forskjeller, og at der samarbeidet er bra, kan det skyldes at de ulike partene «satser på hverandre», og at samarbeidet kan forstås som naturlig. Det pekes på at det i noen kommuner ikke oppstår gode samarbeidsrelasjoner, mye grunnet at kreftkoordinatorens funksjon og samarbeidspartners funksjoner ikke utfyller hverandre i forhold til funksjoner og forventninger.

Hva slags legitimitet har kreftkoordinatorer opparbeidet seg, og hva slags innflytelse har disse koordinatorene fått i helsetjenesten?

Kreftkoordinatorer forstås som viktige aktører grunnet deres samhandling med pasienter med «spesielle behovene», eller «de som faller mellom stoler». Koordinatorer som har hentet ut klare og tydelige funksjoner, og med oversikt og nettverk som samarbeidspartneren anser som hensiktsmessige forstås som mer legitime enn de som ikke har dette.

Kreftkoordinatorer som legger ressurser inn i tidlige faser av forløpet anses som mer legitime enn dem som fokuserer på palliative eller lindrende faser (til tross for at kreftstrategier anser palliative faser som en av kreftkoordinatorenes hovedfunksjoner). Kreftkoordinatorer anses som viktige generelt, men ikke når det kommer til tverrgående samarbeid. 3 / 5

samarbeidspartnere peker på at nettverk og tverrgående samarbeid allerede var bra, og at koordinatorene ikke har bidratt noe her.

Enkelte koordinatorene fra innsamlet empiri har oppnådd større forankring, legitimitet og handlingsrom til å utøve makt enn andre. Ikke alle samarbeidspartnere forstår koordinatorrollen og funksjonen som formalisert. Samarbeidspartnere mener tydeliggjøring av formell posisjon, deriblant stillings og funksjonsbeskrivelser er viktig. Koordinatorer tar frem rapportering og evaluering, og mener et økt fokus på transparens i forhold til dette kan øke legitimitet, og gi et klarere bilde av funksjon. Kreftkoordinatorenes ønske om en legitim, definert rolle, vil kunne stå i motsetning til den fleksible rollen. Koordinator må videre anses å stå i et spenningsfelt mellom kreftkoordinators forståelse av rollen og funksjonen, og samarbeidspartnerens forståelse av rolle og funksjon.

Kreftkoordinatorene må finne en middelvei mellom det de anser som hensiktsmessig, og de forventningene de blir pålagt av samarbeidspartnere. Et for stort skille mellom faktisk utvist praksis, og samarbeidspartneres forventninger, kan føre til at kreftkoordinatorene mister innflytelse og legitimitet.

8.0 Kilder

Bouckaert, G., Peters, B., & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations : Shifting patterns of public management* (Public sector organizations). Houndmills: Palgrave Macmillan.

Bukve, O. (2016). *Forstå, Forklare, Forandre : Om design av samfunnsvitenskapelige forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Chalari, A. (2009). *Approaches to the individual: The relationship between Internal and External Conversation*. Springer.

Clegg, S., Kornberg, M., & Pitsis, T. (2008). *Managing and organizations: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). Los angeles: Sage.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Deephouse, D.L., Bundy, J., Tost, L. P., & Suchman, M. R. (2013). Organizational legitimacy: Six key Questions. I Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. & Suddaby (Red.), *The SAGE handbook of Organizational institutionalism* (s.27 – 48). London: Sage

Folkehelseinstituttet. (2018, 20. desember). *Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge*. Hentet 20.april 2020 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>

Folkehelseinstituttet (2019, 16.april). *Litteratursøk*. Hentet 25.mai 2020 fra: <https://www.fhi.no/div/bibliotek/litteratursok/>

Funksjon. (u.å.). I Det Norske Akademis Ordbok. Hentet 21.april 2020 fra <https://naob.no/ordbok/funksjon>

Goffman, E., Risvik, K, Kjell. (1992). *vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg. Ed.). Oslo: Pax

Gröne, O., & Garcia – Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1, E21.

Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander, & L.I. Terum (Red.), Profesjonsstudier (s. 321-332). Oslo: Universitetsforlaget.

Hellesø, R., Larsen, L., Obstfelder, A., & Olsvold, N. (2016). Hva er sykepleie? *Sykepleien*, (8), 64-66.

Helsedirektoratet. (2012) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (Rapport/Helsedirektoratet). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonal handlingsplan for kreft 2015 – 2017*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. Nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2014*. (Prop. 1S (2013-2014)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/29910154b2e449db8b1aef5a39c5d85d/no/pdfs/prp201320140001hoddddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen - mot kreft Nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2015*. (Prop. 1S (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/122eabc9498048248289beec08f70b1f/no/pdfs/prp201420150001hoddddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. (Meld.St.nr. (2020-2023)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Ingemann, J. H. (2013). *Videnskabsteori: for økonomi, politik og forvaltning*. Samfundslitteratur.

Jordhøy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 19(18), 3884-3894.

Justesen, L. Og Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels forlag.

Kildekompasset. (2015, 11. mai). Vil du vite mer?. Hentet fra <http://kildekompaset.no/kildekritikk/offentlige-dokumenter/vil-du-vite-mer.aspx>

Kløvning. (2018, 04. oktober). Kreftkoordinator – en tydelig aktør i pårørendeomsorgen. Hentet 22. april fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/kreftkoordinator-en-tydelig-aktor-i-parorendeomsorgen-1>

Kooiman, J. (1993) *Modern governance: New government-society interactions*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Kreftforeningen. (2019). *Strategi 2020-2023*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/wp-content/uploads/2020/02/Kreftforeningens-strategi-2020-2023.pdf>

Kreftforeningen. (u.å). Kreftkoordinatorsatsingen. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/vi-pavirker/kreftkoordinatorsatsingen/>

Lie, N. E. K., Hauken, M. A., & Solvang, P. K. (2018). Providing Coordinated Cancer Care—A Qualitative Study of Norwegian Cancer Coordinators' Experiences of Their Role. *Cancer nursing, 41*(6), 463-472.

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.

Malterud, K. (2012) Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget

Melby, L., Das, A., Halvorsen, T., & Steihaug, S. (2017). Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology, 83*(2), 340-363.

Oslo economics. (2017). *Kreftkoordinator – trygg og effektiv kreftomsorg i kommunene*. Hentet fra https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Kreftkoordinator-2017_33.pdf

Petersen, M. N. (2016). *Når forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme: Perspektiver på forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet* (Doctoral dissertation, Aalborg Universitetsforlag).

Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Bristol: University Press.

Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International journal of integrated care, 11*(Special 10th Anniversary Edition).

Suchman, M, S.(1995). Managing legitimacy; strategic and institutional approaches. *Academy of management review, 20*(3), 572 – 575.

Steiro, A., Jeppesen, E., Kirkehei, I., Patrono, W., & Reinar, L. M. (2014). Effekt av koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene. *Rapport fra Kunnskapssenteret*.

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

Torjesen, D. O., Kvåle, G., & Kiland, C. (2016). The quest for promoting integrated care in the Scandinavian countries—Recent reforms, possibilities and problems. *Towards a comparative institutionalism: Forms, dynamics and logics across the organizational fields of health care and higher education. Research in the sociology of organizations*, 45, 195-213.

Tjora, A. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Tjora, A. (2018). *Viten skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm.

Vattekar, E. O. (2015). *Kreftkoordinatoratsningen. Hovedrapport 2014*. Hentet fra <https://docplayer.me/724750-Kreftkoordinatoratsningen.html>

Vik, E., & Aarseth, T. (2019). Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 119–143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch5>.

Weber, M. & Fivelstad, E. (red.) 2000, Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Weber, M. (1971) *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal.

Williams, P. (2012). *Collaboration in public policy and practice. Perspectives on boundary spanners*. Bristol: The policy press.

8.1 Kilder – Kreftkoordinatorer i Agder

Arendal kommune. (2018, 28. februar). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.arendal.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/legehjelp-og-vaksine/kreftkoordinator/>

Birkenes Kommune. (2020, 01. januar). Kreftkoordinator. Hentet fra

<http://www.birkenes.kommune.no/innhold/helse-og-velferd/kreftkoordinator/>

Bygland kommune. (2019, 10. mars). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.e-h.kommune.no/kreftkoordinator.404206.no.html>

Bykle. (2017, 3. august). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.bykle.kommune.no/?solr=1&cat=294954&find=kreftkoordinator&sortby=RD&wm=wr&fsec=&fromdate=&todate=&go=Søk>

Grimstad kommune. (2015, 25. november). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.grimstad.kommune.no/sok.aspx?soketekst=kreftkoordinator&MIId1=54>

Kristiansand kommune. (2019, 17. desember). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/helse-velferd-og-omsorg/helse/kreftkoordinator2/>

Kvinesdal kommune. (2019, 08. november). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.kvinesdal.kommune.no/?find=kreftkoordinator>

Lillesand kommune. (2019, 30. desember). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.lillesand.kommune.no/?find=kreftkoordinator>

Risør kommune. (2018, 26. september). Kreftkoordinator. Hentet fra

<https://www.risor.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/kreftkoordinator/>

Tvedestrand kommune. (2019, 12.september). Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.tvedestrand.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/kreft-og-lindrende-omsorg/kreftkoordinator/>

Valle kommune. (2017, 30. januar). Kreftkoordinator. Hentet fra <http://www.valle.kommune.no/index.php?find=kreftkoordinator&x=0&y=0>

Vennesla kommune. (2017, 29. august). Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.vennesla.kommune.no/index.php?find=kreftkoordinator&x=0&y=0>

8.2 Kilder – Kreftkoordinatorer i Vestfold og Telemark

Bamble kommune. (2018. 25. september). Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.bamble.kommune.no/helse-og-omsorg/arbeid-og-aktivitet/kreftomsorg/>

Færder kommune. (2017. 8. desember) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.færder.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/ergo-og-fysioterapeut-kreft-og-demenskoordinator/kreftkoordinator/>

Holmestrand kommune. (2019. 29. november) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://holmestrand.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-velferd/kreftkoordinator/>

Horten kommune. (2019. 1.juli) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.horten.kommune.no/omrader/helse-og-velferd/forebygging-og-folkehelse/kreftomsorg>

Larvik kommune. (2019. 9.oktober) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.larvik.kommune.no/helse-og-mestring/helsetjenester/kreftkoordinator/>

Nome kommune. (2019. 20.mars) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.nome.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester-i-nav/sjukeheim-og-hjemmetjenester/kreft-diabetes-kols/kreft-kontaktperson/>

Porsgrunn kommune. (2019. 8.november) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.porsgrunn.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/kreftkoordinator/>

Sandefjord kommune. (2019. 8.juli) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.sandefjord.kommune.no/globalassets/helse-sosial-og-omsorg/hso-dokumenter/hjemmetjenester/kreftteamet.pdf>

Skien kommune. (2019. 13. november) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.skien.kommune.no/skien-kommune/helse-og-velferd/tjenestekontoret/#heading-h2-5>

Tønsberg kommune. (2019. 9. august) Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.tonsberg.kommune.no/sok.aspx?soketekst=kreftkoordinator&MIId1=8>

Vinje kommune. (2019. 16.oktober). Kreftkoordinator. Hentet fra <https://www.vinje.kommune.no/kreftkoordinator.498903.nn.html>

9.0 Appendiks

9.1 Intervjuguide kreftkoordinator

- 1. Hva er en kreftkoordinator?
- 2. Hvordan var yrket å tre inn i når du først startet i arbeidet som kreftkoordinator?
- 3. Måtte du «markedsføre» deg?
- 4. Hva er en kreftkoordinators organisatoriske forankring?
- 5. Hva er kreftkoordinatorens samfunnsoppdrag/mandat?
- 6. Hva er en kreftkoordinators arbeidsoppgaver?
- 7. Hvordan går man frem for å løse arbeidsoppgavene? Hvordan møter man brukeren?
- 8. Hvordan opplever du forholdene / relasjonene med brukerne?
- 9. Er det plass til å utøve kreativitet i din stilling? / Har du mulighet til å utvise faglig skjønn på jobben?
- 10. Er det noe du vil trekke frem som positivt / negativt i ditt yrke?
- 11. Hvilke mål har du i din yrkesutøvelse?
- 12. Er det noen verdier du føler er viktige innenfor ditt yrke?
- 13. Har du mulighet til å konferere med kolleger før avgjørelser skal tas?
- 14. Hvordan får du tilbakemeldinger på ditt arbeid?
- 15. Tror du at ulike kreftkoordinatorer har en lokal tilpasning i rollen / funksjonen sin? / Har ulike kreftkoordinatorer egne måter å utføre arbeidsoppgavene på?
- 16. Hvem er dine samarbeidspartnere?
- 17. Hvordan opplever du forholdet med samarbeidspartnere?
- 18. Hvordan tilrettelegger dere samarbeid rundt pasient?
- 19. Hva tenker du er viktige egenskaper å besitte i samarbeid?
- 20. Hva foregår når du samarbeider med andre parter?
- 21. Føler du at du har oppnådd faglig legitimitet og forankring innenfor i ditt yrke?
- 22. Tror du dine samarbeidspartnere har en annerledes oppfattelse av din rolle og funksjon enn du har?

9.2 Intervjuguide samarbeidspartner

- 1. Hvor arbeider du?
- 2. Hva er en kreftkoordinator? / Hva er rollen og funksjonen til en kreftkoordinator?
- 3. Hva er kreftkoordinators arbeidsoppgaver / mandat?
- 4. Har du inngått i samarbeid med en eller flere kreftkoordinatorer?
- 5. Hvordan er dine erfaringer rundt samarbeid med kreftkoordinator?
- 6. Hva forventer en kreftkoordinator av deg i samarbeid? Hva forventer du av kreftkoordinatoren i samarbeid?
- 7. Hvordan tilrettelegger dere for pasient i samarbeid?
- 8. Hva tenker du er viktige egenskaper å besitte i samarbeid?
- 9. Er kreftkoordinatorrollen en viktig tverrfaglig samarbeidspartner?
- 10. Er det noe du vil trekke frem som positivt / negativt i forhold til kreftkoordinator yrket / rollen / funksjon, annet..
- 11. Tror du at ulike kreftkoordinatorer har en lokal tilpasning i rollen / funksjonen sin?
- 12. Har kreftkoordinatoren oppnådd faglig legitimitet og forankring innenfor i sitt yrke?

9.3 Samtykkeskjema for kreftkoordinator

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Når kreftkoordinatoren og deres samarbeidspartnere får en stemme”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på, og beskrive kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid på tvers av helsesektor. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgavens problemstilling er «Hvordan man kan forstå kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid på tvers av helsesektoren?» Målet er å samle inn informasjon fra seks ulike kreftkoordinatorer, samt vesentlige samarbeidspartnere, og bruke denne informasjonen til å besvare problemstillingen.

Studiet vil være av utforskende karakter der formålet er å gi forståelse og innsikt i kreftkoordinatoryrket. Jeg ønsker å oppnå en utdypende beskrivelse av kreftkoordinator yrket, og dens rolle og funksjon. Dette vil gjøres ved å hente inn informasjon om kreftkoordinators: mandat, organisatorisk forankring, organisatorisk nivå, samfunnsoppdrag, arbeidsoppgaver, arbeidsmåter, dens samarbeidsflater, nettverk, dens opplevelser og erfaringer som koordinator, samt en eller flere av samarbeidspartneres erfaringer/ holdninger / syn på kreftkoordinatoryrket, samt deres erfaringer / holdninger / syn på samarbeid med koordinator.

Det finnes få studier med beskrivelse og analyse av koordinatoren som empirisk fenomen sett ut fra koordinatorens erfaringer og oppfattelse av rollen og dens funksjon. Denne oppgaven vil kunne bidra med kunnskap til et underbelyst område ved å gi koordinatoren, samt dens samarbeidspartnere en stemme. Videre vil to teoretiske perspektiv sammen gi en ytterligere forståelse av emnet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder, campus Kristiansand, fakultet for samfunnsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju til sammen seks informanter, 3 informanter fra to ulike fylker, fra ulike kommuner, og om mulig seks samarbeidspartnere. Av de utvalgte fylkene fremkom et lite utvalg av kreftkoordinatorer. Av dette utvalget ble individer trukket ut basert på inklusjonskriterier. Kriterier inkluderte:

- Stilling forankret i kommunal sektor

- Høy stillingsprosent

- Lang arbeidserfaring

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju. Det vil ta deg ca. 45 minutter. I intervjuet vil jeg stille deg spørsmål som angår kreftkoordinator yrket, mer spesifikt spørsmål som angår:

- Beskrivelse av yrket, dens rolle og funksjon
- Yrkets mandat
- Yrkets organisatoriske forankring, organisatorisk nivå
- Samfunnsoppdrag
- Arbeidsoppgaver og arbeidsmåter
- Dine samarbeidsflater, nettverk i profesjonell sammenheng og rekkevidde i helsesektoren
- Dine opplevelser og erfaringer som koordinator, og i samarbeid.

Dine svar fra intervjuet blir registrert ved bruk av lydopptaker, samt notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Personopplysninger som blir bedt om inkluderer ditt navn ved signering av dette samtykkeskjemaet. Ditt navn vil ikke brukes i andre sammenhenger. Videre vil jeg be om navn på din arbeidskommune. Jeg har forøvrig bestemt å anonymisere kommunene, og vil dermed referere til intervjudeltakere som «kreftkoordinator fra kommune 1, 2, 3..»

- Jeg som student, samt min veileder ved Universitetet i Agder vil ha tilgang til opplysninger oppgitt under intervju.

- Lydopptaker vil lånes ved biblioteket i Universitetet i Agder, denne vil tilfredsstillende sikker lagring av data etter skolens standard. Audio som tas opp med denne vil slettes ved prosjektets avslutning 01/09/20. Lydopptakeren vil lagres sikkert gjennom prosjektperioden.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01/09/20. Personopplysninger som navn og lydopptak vil slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved student Sara Mathisen, telefon: 974 86 894, mail: Saramathisen@hotmail.com
- Universitetet i Agder ved veileder / prosjektansvarlig Dag Olaf Torjesen, telefon: 38 14 15 53 / 901 29 948, mail: dag.o.torjesen@uia.no
- Personvernombud ved Universitetet i Agder: Ina Danielsen telefon 38 14 21 40 / 452 54 401

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sara Mathisen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Når kreftkoordinator får en stemme», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta på intervju
- At anonymisert informasjon oppgitt av meg publiseres

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01/09/20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.4 Samtykkeskjema for samarbeidspartner

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Når kreftkoordinatoren og deres samarbeidspartnere får en stemme”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid på tvers av helsesektor. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgavens problemstilling er «Hvordan man kan forstå kreftkoordinatorens rolle og funksjon i samarbeid på tvers av helsesektoren?» Målet er å samle inn informasjon fra seks ulike kreftkoordinatorer, samt vesentlige samarbeidspartnere, og bruke denne informasjonen til å besvare problemstillingen.

Studiet vil være av utforskende karakter der formålet er å gi forståelse og innsikt i kreftkoordinatoryrket, den rolle, funksjon og dens samarbeidsrelasjoner. Dette vil gjøres ved å hente inn informasjon om kreftkoordinators: mandat, organisatorisk forankring / organisatorisk nivå, samfunnsoppdrag, arbeidsoppgaver, arbeidsmåter, dens samarbeidsflater, nettverk, dens erfaringer som koordinator, samt dens samarbeidspartneres holdninger til kreftkoordinatoryrket, og deres syn/ holdning / erfaringer i forhold til tverrfaglig samarbeid med kreftkoordinatorer.

Det finnes få studier med beskrivelse og analyse av koordinatoren som empirisk fenomen sett ut fra koordinatorens og dens samarbeidspartneres perspektiv og oppfattelse av rollen og dens funksjon. Denne oppgaven vil kunne bidra med kunnskap til et underbelyst område ved å gi koordinatoren, samt dens samarbeidspartnere en stemme. Videre vil to teoretiske perspektiv sammen gi en ytterligere forståelse av emnet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder, campus Kristiansand, fakultet for samfunnsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju seks kreftkoordinatorer fra to ulike fylker, fra ulike kommuner, og opptil seks samarbeidspartnere, gjerne samarbeidspartnere utpekt av ulike kreftkoordinatorer som samarbeidspartnere eller potensielle samarbeidspartnere.

Du får spørsmål om å delta på dette intervjuet med bakgrunn i at du er blitt utpekt av kreftkoordinator som potensiell / tidligere / nåværende samarbeidspartner, eller fordi din yrkesstilling kan ses på som en potensiell samarbeidspartner.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju. Det vil ta deg ca. 30 minutter. I intervjuet vil jeg stille deg spørsmål som angår dine syn/ holdninger / erfaringer i forhold til kreftkoordinator yrket og deres samarbeid / potensielle samarbeid, samt erfaringer/ syn / holdninger til kreftkoordinator yrket. Mer spesifikt spørsmål som angår:

- Ditt yrke (anonymisert)
- Dine samarbeid / potensielle samarbeid med kreftkoordinator, dine erfaringer rundt tverrfaglig samarbeid
- Dine tanker rundt kreftkoordinator yrket, dens rolle og funksjon
- Dine samarbeidsflater, nettverk i profesjonell sammenheng og rekkevidde i helsesektoren

Dine svar fra intervjuet blir registrert ved bruk av lydopptaker, samt notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Personopplysninger som blir bedt om inkluderer ditt navn ved signering av dette samtykkeskjemaet. Ditt navn vil ikke brukes i andre sammenhenger.

- Jeg som student, samt min veileder ved Universitetet i Agder vil ha tilgang til opplysninger oppgitt under intervju.
- Lydopptaker vil lånes ved biblioteket i Universitetet i Agder, denne vil tilfredsstillende sikker lagring av data etter skolens standard. Audio som tas opp med denne vil slettes ved prosjektets avslutning 01/09/20. Lydopptakeren vil lagres sikkert gjennom prosjektperioden.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01/09/20. Personopplysninger som navn og lydopptak vil slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved student Sara Mathisen, telefon: 974 86 894, mail: Saramathisen@hotmail.com
- Universitetet i Agder ved veileder / prosjektansvarlig Dag Olaf Torjesen, telefon: 38 14 15 53 / 901 29 948, mail: dag.o.torjesen@uia.no
- Personvernombud ved Universitetet i Agder: Ina Danielsen telefon 38 14 21 40 / 452 54 401
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sara Mathisen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Når kreftkoordinator får en stemme», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta på intervju
- At opplysninger oppgitt av meg publiseres

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01/09/20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.5 NSD godkjenning



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Når kreftkoordinatoren og dens samarbeidspartnere får en stemme

Referansenummer

992436

Registrert

17.01.2020 av Sara Wendela Tyldum Mathisen - swmath18@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Dag Olaf Torjesen, dag.o.torjesen@uia.no, tlf: 90129948

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sara Mathisen, Saramathisen@hotmail.com, tlf: 97486894

Prosjektperiode

01.11.2019 - 01.09.2020

Status

18.02.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

18.02.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 05.02.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med

personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 18.02.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

22.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 22.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18),

underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

9.6 Kreftkoordinatorenes informasjonssider og deres innhold

Agder

Kommune	Informasjon	Kilde
Arendal	Gi råd, støtte, veiledning. Koordinere, tilrettelegge hverdag. Informasjon om tilbud og tjenester. Samarbeider med ulike aktører. Oppfølging av barn og unge.	Arendal kommune, 2018.
Birkenes	Koordinere, tilrettelegge hverdag. Være tilgjengelig. Arbeide for gode rutiner i kommune. Samtalepartner, råd, veiledning. Samarbeid med ulike aktører. Følge opp i hjem, barn og unge. Koordinere tjenester. Oversikt over tilbud.	Birkenes kommune, 2020
Bykle, Evje og Hornnes, Bygland, Valle (En felles kreftkoordinator)	Koordinere og tilrettelegge hverdag. Kompetanseutvikling blant helsepersonell.	Bykle kommune, 2017 / Bygland kommune, 2019 / Valle kommune 2017 / Evje og Hornnes 2019.
Grimstad	Råd, veiledning om diagnose. Koordinere, tilrettelegge forhold til tjenester. Samtalepartner. Formidle kontakt med fastlege og lindrende aktører. Tilrettelegging for de som ønsker avslutning på liv hjemme. Oppfølging av barn og unge.	Grimstad kommune, 2015
Kristiansand	Støtte, råd, veiledning. Samtalepartner / støtteperson. Oversikt over relevante tilbud. Veiviser – tilbake til jobb. Samarbeid med aktører. Oppfølging, støtte av barn. Støttefunksjon ovenfor institusjoner der barn er aktører.	Kristiansand kommune, 2019

Kvinesdal	<p>Mer sammenhengende helsetjeneste.</p> <p>Hjelp i forhold til – diagnose, behandling, rehabilitering, lindring, omsorg ved livets slutt.</p>	Kvinesdal kommune, 2019
Lillesand	<p>Samtaler. Råd, veiledning. Koordinere, tilrettelegge hverdag. Samarbeide med aktører. Oppfølging av familie med barn. Oversikt over tilbud.</p>	Lillesand kommune, 2019
Risør	<p>Koordinere og tilrettelegge hverdag. Samordne tilbud og tjeneste rundt kreftpasient i kommune. Gode rutiner og system for kreftomsorg i kommune. Oversikt over tilbud. Informasjon, råd knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, palliasjon, omsorg ved livets slutt. Lett tilgjengelig.</p>	Risør kommune, 2018
Tvedestrand	<p>Råd, veiledning. Koordinere, tilrettelegge hverdag. Oversikt over tilbud. Samarbeid med aktører. Oppfølging av barn og unge.</p>	Tvedestrand kommune, 2019
Vennesla/Iveland	<p>Sammenhengende helsetjeneste. Informere, koordinere, tilrettelegge tilbud og tjenester. Gi råd, veiledning. Kartlegge behov, følge opp symptomlindrende behandling. Samtalepartner. Oppfølging i hjem. Oversikt over tilbud. Sikre oppfølging av barn og unge. Samarbeid med aktører. Jobbe tverrfaglig, gi råd og veiledning til relevante instanser.</p>	Vennesla kommune, 2017

Vestfold og Telemark

Kommune	Informasjon	Kilde
Bamble	Råd, veiledning. Oversikt over tilbud. Samarbeid med aktører. Fungere som bindeledd mellom sykehus – kommune. / Sammenhengende tilbud. Oppfølging for barn og unge.	Bamble kommune 2018
Færder	Informasjon, råd, veiledning. Informasjon knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, lindring, omsorg ved livets slutt. Hjemmebesøk for samtale / veiledning. Legge til rette hverdag. Kontakte andre aktører.	Færder kommune 2017
Holmestrand	Koordinere, tilrettelegge hverdag. Samordne tjenester og tilbud. Lett tilgjengelig. Bidra til gode rutiner i kommune. Opprette kontakt med andre aktører.	Holmestrand kommune 2019
Horten	Samtaler, støtte, oppfølging, henvisning. Veiledning, opplæring, tilrettelegging. Oversikt over tilbud, hjelpe pasient å finne frem til tilbud.	Horten kommune 2019
Larvik	Informasjon, råd, veiledning. Informasjon knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, lindring og omsorg ved livets slutt. Hjemmebesøk for samtale / veiledning. Legge til rette hverdag. Kontakte andre aktører. Ulike samarbeidspartnere.	Larvik kommune 2019
Nome	Koordinere, tilrettelegge hverdag. Lett tilgjengelig. Ressursperson. Råd, veiledning, informasjon. Oversikt over tilbud. Formidle kontakt med aktører. Sikre	Nome kommune 2019

	oppfølging av barn / unge. Støttesamtaler. Gode rutiner i kommune.	
Porsgrunn	Lett tilgjengelig. Råd, veiledning. Sammenheng i tjenester i kommunen. Oversikt over samarbeid med ulike aktører. Samarbeid med ulike aktører. Oppfølging av barn og unge. Samarbeid med ulike aktører i kommunehelsetjeneste. Bidra med gode rutiner i kommune.	Porsgrunn kommune 2019
Sandefjord	Samtale. Kartlegging av behov. Oversikt over tilbud. Symptomlindring. Henvise til tilbud. Tilrettelegging i hjemmet. Kostveiledning.	Sandefjord kommune 2019
Skien	Sammenhengende tjeneste i kommune og mellom institusjoner. Oppfølging for barn og unge. Råd, veiledning. Samarbeid med ulike aktører. Bistå med søknader.	Skien kommune 2019
Tønsberg	Informasjon, råd, veiledning knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering og lindring. Oversikt over tilbud. Samordne tjenester i kommune. Hjemmebesøk. Legge til rette i hverdag.	Tønsberg kommune 2019
Vinje	Tilrettelegge hverdag. Hjemmebesøk. Kartlegging. Samtale. Informasjon knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, lindring. Oversikt over tilbud og rettigheter. Samarbeid med ulike aktører.	Vinje kommune 2019