

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Stig Igland

Eit «svarteperspel» med brukarane som innsats ?

**Ein kvalitativ studie med fokus på spenningsfeltet
mellom brukarar, fagfolk, institusjonar, fag
og økonomi på rehabiliteringsfeltet**

**Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Vår 2014**

Stig Igland

Eit «svarteperspel» med brukarane som innsats ?

Ein kvalitativ studie med fokus på spenningsfeltet mellom brukarar, fagfolk, institusjonar, fag og økonomi på rehabiliteringsfeltet

**Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
2014**

Samandrag:

Rehabilitering som verksemdsområde kan forståast som eit mangfaldig tverrprofesjonelt, tverretatlig, komplekst og utfordrande fagleg kryssfelt. Denne kvalitative studien ser nærare på kva utfordringar fagpersonar på rehabiliteringsfeltet skildrar i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta. Målet er å kaste lys over kva som faktisk skjer i spenningsfeltet mellom brukarar, fagfolk, institusjonar, fag og økonomi på rehabiliteringsfeltet. Data er henta inn gjennom tre tverrfagleg samansette fokusgruppeintervju med til saman 19 fagpersonar frå private rehabiliteringsinstitusjonar, spesialist- og kommunehelsetenesta. Funna kan indikere at: valg av rehabiliteringsarena kan vere tilfeldig, det er behov for «mellomstasjonar» mellom første og andrelinjetenesta, fagpersonane etterlyser eit felles tankegods knytt til rehabilitering og økonomi kan sjå ut til å overstyre faglege vurderingar. Studien konkluderar med at: valg av rehabiliteringsarena bør bestemast ut frå funksjonsnivå framfor diagnose, det kan sjå ut til å vere behov for «mellomstasjonar» mellom første og andrelinjetenesta, ein fare ved å utvikle eit felles tankegods kan vere at ein misser den kimen til framdrift som ligg i at ein ser, og forstår «verda» frå ulike ståstadar og at aktørane på rehabiliteringsområdet bør ta eit felles ansvar slik at brukarane ikkje blir skadelidande på grunn av uklare ansvarsforhold.

Rehabilitation activity can be viewed as a diverse, interprofessional, interdepartmental, complex and challenging professional crossfield. This qualitative study looks into the challenges connected to the interaction and coordination between the primary and secondary health services as described by healthcare professionals. The purpose is to clarify what really happens in the crossfield between clients, professionals, institutions, profession and economy. Data is obtained through interviewing 19 participants from private rehabilitation institutions, primary and secondary health services, from three different interprofessional focus groups. Results indicate that: choice of rehabilitation arena can be random, that there is a need for rehabilitation institutions in between the primary and secondary health services, professionals call for a common rehabilitation philosophy and economy seems to overrule professional assessment. The study concludes that: choice of rehabilitation arena should preferably be determined by level of functioning rather than diagnosis, there seems to be a need for rehabilitation institutions in between primary and secondary health services, by developing a common rehabilitation philosophy healthcare professionals can lose the advantage of seeing and understanding the world from different perspectives, and that the professionals within the field of rehabilitation should take/share a common responsibility so that clients/users don't end up as casualties due to unclear responsibilities.

Emneord:

Rehabilitering, samhandling, tverretatlig samarbeid, tverrprofesjonelt samarbeid, tverrfagleg samarbeid, førstelinjeteneste, andrelinjeteneste og kryssfelt.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Oslo 2014

FØREORD

Dette mastergradsarbeidet avsluttar mi tid som student ved Høgskolen i Oslo og Akershus for denne gong. Eg vil nytte høvet til å takke alle informantene som bidrog til at studien kunne realiserast.

Takk til min særst dyktige veileidar Marte Feiring for konkrete og gode innspel. Men ikkje minst, Marte, takk for at du ikkje gav meg opp !

Eg vil gjerne og få takke Per Koren Solvang for god veiledning i starten av prosessen med mastergradsarbeidet.

*Til min livsledsagar Tove og dei fire borna våre, Vebjørn, Ingeborg, Sverre & Gunvor: **Takk for all støtte og avlastning i tide og utide. No er det endeleg over !***

Ei stor takk til min arbeidsgivar Helse Førde for god tilrettelegging undervegs i mastergradsarbeidet.

Takk går og til min gode kollega Martin Roland Hansen for gode diskusjonar og oppmuntrande ord undervegs. No har eg fullført. Då er det din tur å starte på masterstudiet i rehabilitering !

Eg er audmjuk og takksam overfor alle dei som på ulike måtar har hjelpt og støtta meg gjennom mastergradsarbeidet. Eg vil gjerne helse Dykk med Barack Obama sine ord:

«Yes, we can !»

*Stig Igland
Førde, mai 2014*

INNHALD

	Sidetal
Føreord	
KAPITTEL 1 INNLEIING	9
1.1 Rehabilitering – I eit organisatorisk og fagleg kryssfelt	9
1.2 Problemstilling	10
1.3 Sentrale begrep	11
1.4 Disposisjon	12
1.5 Bakgrunn for studien	13
1.5.1 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering	13
1.5.2 Samhandlingsreforma	14
1.5.3 Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015	15
1.5.4 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	15
1.5.5 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	15
1.5.6 Nokre sentrale poeng i lovtekstane	16
1.5.7 Førebuing til «Rehabiliteringsmeldinga»	17
1.5.8 Ansvars- og oppgavedeling	18
1.5.9 Lovpålagte samarbeidsavtalar	19
1.5.10 Riksrevisjonen: Rehabilitering i helsetenesta 2011-2012	20
1.5.11 Rehabilitering i kommunane	20
KAPITTEL 2 TEORI	22
2.1 Samhandlingsutfordringar	22
2.1.1 Samhandling/integrasjon	23
2.1.2 Samhandling – Nyttar det ?	26
2.2. Funksjonshemming, rehabilitering og samarbeid på tvers	27
2.2.1 Rehabilitering	29
2.2.2 Samarbeid på tvers	30
2.3. Janne Paulsen Breimo - Organisering av rehabiliteringsprosessar	31
2.3.1 Organiseringsverktøy - Funksjonar og dysfunksjonar	32
2.3.2 Innanfor, utanfor eller mellom	33
KAPITTEL 3 METODISK TILNÆRMING	35
3.1. Eigen ståstad	35
3.1.1 Korleis kan eg få svar på problemstillinga	36
3.2 Mellom teori og empiri	37
3.3 «Skal - skal ikkje» . . . - Val av informantar	37
3.3.1 Jakten på informantar	38
3.4 Stille før stormen	40
3.4.1 «Fra asken til ilden»	41
3.5. Analyse av datamaterialet	43
3.5.1 Systematisk tekstkondensering	43
3.5.2 Heilskapsinntrykk - frå villnis til tema	44
3.5.3 Meiningsberande einingar - frå tema til kodar	44

3.5.4	Kondensering - Frå kode til meining	44
3.5.5	Samanfatning – frå kondensering til skildringar og begrep	45
3.6	Reliabilitet, validitet og overføringsverdi	46
3.7	Etiske vurderingar	48
3.8	Frå metode til empiri	49

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV DATA 50

4.1	Bakgrunn og framstilling	50
4.2	Hovudintrykk	51
4.3	Framdrift	51
4.4	Funksjonsnivå, ikkje diagnose	52
4.5	Oppsummering, og vegen vidare	53
4.6	Samarbeidsutfordringar	54
4.7	For fort i svingane	55
4.8	«Tilfeldighetenes spill»	57
4.9	Uformelle kommunikasjonskanalar	58
4.10	Oppsummering, og vegen vidare	60
4.11	Andre strukturar – Nye aktørar	61
4.12	Kommersialisering	62
4.13	Oppsummering, og vegen vidare	62
4.14	Rehabiliterarar	63
4.15	Oppsummering, og vegen vidare	65
4.16	Kva fann eg	65
4.17	Avslutning	67

KAPITTEL 5 DISKUSJON 68

5.1	Rehabiliteringsarena bør bestemast ut frå funksjonsnivå, framfor diagnose	68
5.1.1	Oppsummering	74
5.2	Behov for «mellomstasjonar»	75
5.2.1	Oppsummering	78
5.3	Mangel på rehabiliterarar	79
5.3.1	Oppsummering	81
5.4	Økonomi overstyrer fag	82
5.4.1	Oppsummering	85

KAPITTEL 6 AVSLUTNING OG NYE PERSPEKTIV 87

6.1	Avslutning	87
6.2	Nye perspektiv	90

Litteraturliste

Figurar & vedlegg

Figurar

- Figur 1: Modell for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetenesten.
- Figur 2: Ulike integrasjonsformer.
- Figur 3: Effektive former for integrasjon for ulike grader av differensiering.
- Figur 4: Funksjonshemming – gap-modell: St.meld nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmede barrierer.

Vedlegg

Vedlegg

- Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS
- Vedlegg nr. 2 : Oppdatert førespurnad om deltaking i studentprosjekt (Til leiar): Også sendt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS
- Vedlegg nr. 3 : Oppdatert førespurnad om deltaking i studentprosjekt (Til potensielle deltakarar i studien). Også sendt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS
- Vedlegg nr. 4 : Spørsmål til refleksjon
- Vedlegg nr. 5 : Informert samtykke
- Vedlegg nr. 6 : Bakgrunnsinformasjon (Demografiske data)
- Vedlegg nr. 7 : Oversikt over Fagpersonane sin arbeidsstad, stilling/funksjon, grunn-, etter- og vidareutdanningar.

KAPITTEL 1 INNLEIING

1.1 Rehabilitering – I eit organisatorisk og fagleg kryssfelt.

Rehabilitering kan karakteriserast som eit mangfaldig begrep på eit komplekst verksemdsområde. Det kan vere ulike årsaker til dette. For det første har feltet hatt ulike navn gjennom historia, og begrepsbruken har variert fra land til land. Ekspertar på området har og definert, og nytta forskjellige ord om rehabiliteringsarbeid. Ei tredje delforklaring er knytt til politikarane og embetsverket sine freistningar på å definere begrepet. I tillegg er brukarane blitt aktive i den begrepsmessige diskursen (Feiring, Fauske og Throndsen, 1997, s. 17). Rehabilitering er eit spennande felt for organisasjonsstudiar på grunn av den tilsynelatande «lause organiseringa». Ho peikar på at aktørane og lokaliseringane er mange, og ikkje så lette å avgrense fordi dei består av både private og offentlege, statlege og kommunale organisasjonar (Breimo 2012, s. 58).

Rehabilitering blir utøvd på tvers av nivå uten at det føreligg felles problem-, løysingsforståing- eller begrepsbruk. Derfor er det vanskeleg å avgrense rehabilitering som eit verksemdsområde i helse- og sosialpolitikken (Fossestøl: Ifølge Sandvin 2012, s. 53). Begrepet fagleg kryssfelt kan vere ein nøkkel til å forstå rehabilitering (Solvang 2012, s. 66 – 67). Feiring (2013, s. 101) viser til Solvang, og seier at det blir utvikla ny kunnskap i kryssfeltet mellom fagområde som tidlegare var skillt frå kvarandre.

Rehabilitering er ikkje lenger noko som blir utøvd av spesielle aktørar i bestemte organisasjonar, men heller er det som skjer mellom ulike aktørar og organisasjonar (Sandvin 2012, s. 62). Begrepet ser ut til å vere i bevegelse frå å vere eit fagleg retta, til først og fremst å bli eit organisatorisk begrep. Rehabilitering på det helse- og sosialpolitiske området kan både vere den rehabiliteringa som faktisk føregår, dei intensjonar og verdiar som ein søker realisert på rehabiliteringsfeltet, og strategiane ein vel for å iverksette politikken (Sandvin 2012, s. 53).

Løysningar på rehabiliteringsfeltet sine utfordringar har ofte vore av organisatorisk karakter. Prinsipp og policy er utforma av styresmaktene, og freista implementert med vekslende hell. Organisatoriske reformer og innføring av ulike verkty er populære fordi dei gir eit skin av

handlekraft, fornying og innovasjon. Om resultatet er flatare strukturar eller meir hierarki er underorda, så lenge det skjer ei forandring (Paulsen Breimo 2012, s. 206-209).

Både Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) har fokus på at tenestene skal vere koördinerte og fungere på tvers etatar og einingar. I Stortingsmelding 47 (2008-2009), samhandlingsreforma, peikar styresmaktene på behovet for å klargjere kommunane og spesialisthelsetjenesta sine roller på rehabiliteringsfeltet. Veksten i helse- og omsorgstjenesta skal i hovudsak finne stad i kommunane. Gode og heilskaplege pasientforløp og overgangar mellom tenesteområder skal vere ei felles referanseramme for aktørane i helse- og omsorgstjenesta (s. 13-19).

I juni 2010 vedtok Stortinget ei ny helse- og omsorgstjenestelov. Dette var den eine av to lovendringar som ligg i botnen for samhandlingsreforma. Målet med reforma er mellom anna å betre samhandlinga mellom spesialist- og kommunehelsetjenesta. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (§ 3-4) slår fast at: *«Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet».*

I samband med reforma vedtok ein og endringar i spesialisthelsetjenestelovgivninga. I Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (§ 2-1 e) fikk det regionale helseforetaket: *«en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven».* Gjennom ordlyden i lovtekstane blir to forvaltningsnivå pålagt å samarbeide. Det er unikt, i alle fall i norsk samanheng. Eg blei nyfiken på kva konsekvensar dette faktisk ville kunne få på rehabiliteringsområdet. Det hadde vore spennande å finne ut korleis fagfolka som arbeidde nær brukarane skildra «samarbeidsrommet» mellom forvaltningsnivåa. Eg fann ut at det truleg var tryggast å spørre dei det galdt. Dette er bakgrunnen, og rammene for dette mastergradsarbeidet.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i tilnærminga over, tar denne studien tar mål av seg å vere med å sjå nærare på *kva utfordringar skildrar fagpersonar i arbeidet mellom første- og andrelinjetjenesta*

på rehabiliteringsfeltet. Målet er å kaste lys over kva som faktisk skjer i «grenselandet» mellom brukar, fagfolk og system på rehabiliteringsområdet.

Verda blir skildra gjennom augo til fagpersonar frå ulike yrkesgrupper og forvaltningsnivå i praksisfeltet. Empiriske data blir henta inn gjennom fokusgruppeintervju. Opplevelsane og erfaringane blir diskutert mot aktuelle teoretiske perspektiv, med tanke på konsekvensar for brukarane.

1.3 Sentrale begrep

Rehabilitering: *«Tidsavgrensa, planlagde prosesser med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».* St. meld nr. 21 (1998-99): Ansvar og meistring

Stortingsmeldinga blir og kalla «Rehabiliteringsmeldinga», og er historisk i kraft av at det var første gong at Stortinget behandla rehabilitering som eit samla verksemdsområde.

Definisjonen blir gjentatt i seinare offentlege føringar. Den er juridisk forankra i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011), og er nytta i Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015. Med bakgrunn i dette er denne definisjonen lagt til grunn for denne studien.

Stortingsmelding 47 (2008-2009): blir omtalt, og forstått som samhandlingsreforma.

Halvannalinjeteneste: er ein *«betegnelse som brukes om sykestuer, distriktsmedisinske sentre og forsterkede sykehjemsavdelinger, opprettet for å yte medisinsk behandling utover det kommunehelsetjenesten vanligvis er rustet til, men mindre omfattende og ressurskrevende enn sykehusbehandling»* (Store Medisinske Leksikon, 2014).

Tverrfagleg samarbeid: blir forstått synonymt med tverrprofesjonelt samarbeid, som er karakterisert av: at fleire yrkesgrupper arbeider tett saman, og tar felles avgjerder. Gjennom diskusjon og refleksjon utviklar ein meirkunnskap som er ei syntese av dei ulike fagpersonane sine bidrag. Deltakarane representerer det tverrfaglege teamet, og ikkje berre si eiga yrkesgruppe (Willumsen, 2009, s. 21).

Pasient/brukar: Innanfor rehabiliteringsfeltet er det ofte vanleg å omtale pasientar som brukarar. Eg har valt å bruke både pasient- og brukarbegrepet, sidan fagpersonane i studien nytta begge deler. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011, s. 308) peikar på at: *«Innen for helsetjenesten, spesielt spesialisthelsetjenesten, brukes ofte begrepet pasient, mens man innenfor kommunale omsorgstjenester oftere bruker begrepet bruker eller person».*

Funksjonshemma: Menneske som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrensa på grunn av gapet, eller misforholdet mellom personen si nedsette funksjonsevne og miljøet/samfunnet sine krav (NOU – «Fra bruker til borger», 2001:22).

Samarbeid: er ei form for integrasjon med høg grad av horisontal, og lav vertikal grad av integrering. Denne arbeidsforma kan finnast i ulike nettverk. Eksistensen og integreringa er tufta på viljen til å arbeide saman. Døme kan vere grenseoverskridande grupper, eller team (Axelson og Axelson, 2009, s. 14).

Samhandling: er ei kompleks integrasjonsform med høg grad av både vertikal og horisontal integrering. Den bygger på ei hierarkisk samordning som blir kombinert med eit frivillig nettverkssamarbeid. Døme kan vere at byråkratiet gir visse rammer og fullmakter for eit grenseoverskridande profesjonelt samarbeid (Axelson og Axelson, 2009, s. 14).

1.4 Disposisjon

I kapittel 2, teorikapitlet, introduserar eg først grunnleggande begrep og sammenhangar som kan leggst til grunn for kunne å forstå og analysere samhandling mellom organisasjonar, fagpersonar/faggrupper og sektorar. Deretter ser eg nærare på rehabilitering som begrep og prosess. Sidan rehabilitering kan forståast som ein samansett prosess, gjer eg greie for tverrfagleg samarbeid (Jfr. Kap. 1.2). Avslutningsvis presenterer eg nokon av funna i ein studie som skildrar det å vere del av ein tverrfagleg, og tverretatleg rehabiliteringsprosess. Dette er tenkt å tydeliggjere nokre av dei organisatoriske utfordringane på feltet.

Når eg kjem til del tre, metodekapitlet, gjer eg greie for kva vurderingar, metodiske val, og strategiar eg har lagt til grunn for dei empiriske undersøkingane.

I det fjerde kapitlet presenterer eg empiriske data frå dei tre fokusgruppeintervja.

Kapittel 5 er det teoretiske analysekapitlet. Her diskuterer eg nærare fire av funna i studien. Eg ser det fagpersonane skildrar i forhold til dei teoretiske bidraga eg presenterte i kapittel 2. Den raude tråden gjennom diskusjonskapittelet, er kva dette kan bety for brukarane.

Når eg kjem til det siste kapitlet, kapittel 7, freistar eg å svare på den overordna problemstillinga. Deretter skisserer eg kort kva perspektiv kan dette opne for, før eg avrundar mastergradsarbeidet med nokre tankar knytt til framtidens utfordringar.

1.5 Bakgrunn for studien

I den resterande delen av dette kapitlet, gjere greie for relevant bakgrunnsinformasjon for studien. Eg har valgt å trekke fram nokre dømer på offentlige dokument, lovverk og kartleggingar som belyser utfordringar og nasjonale føringar med relevans for rehabiliteringsfeltet.

1.5.1 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) gir uttrykk for at rehabilitering ikkje har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesta som dei overordna helse- og velferdspolitiske måla tilseier. Det overordna målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Strategien er eit viktig fundament for dagens rehabiliteringspolitikk. Den understrekar at det må settast inn tilstrekkelege ressursar på rehabiliteringsområdet, brukermedverknaden må styrkast, og den faglege kvaliteten ivaretakast. Tenestene må koórdinerast betre, og kommunale, statlege og private tilbod må sjåast i samanheng slik at tenestetilboda blir heilskaplege og samanhangande (Helsedirektoratet, 2007-2008, s.5-7).

Mange vil hevde at intensjonen om å styrke rehabiliteringstenestene ikkje har blitt fulgt opp hverken lokalt eller sentralt. Ei årsak kan vere at innhaldet i verksemdsområdet rehabilitering ikkje er konkretisert i tilstrekkeleg grad (Bredland, Linge og Vik, 2011, s. 17).

Helsedirektoratet (2011) seier at kalenderåret 2011 kan forståast som ei stafettveksling mellom Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. Den nasjonale strategien definerte ti utviklingsområde. Fleire av dei

mest sentrale elementa er vidareført og forsterka som målsettingar i samhandlingsreforma (Helsedirektoratet, 2007-2008, s. 5-7).

1.5.2 Samhandlingsreforma

«Slagordet» for samhandlingsreforma (2009, s. 13-16) er «rett behandling – på rett sted – til rett tid». Styresmaktene formulerte tre hovudutfordringar, og vurderte fem hovudgrep:

Hovudutfordringar:

- 1) Fragmenterte tenester.
- 2) For liten innsats for å begrense og førebygge sjukdom.
- 3) Demografisk utvikling og endring i sykdomsbiletet gir utfordringar som vil kunne true samfunnets økonomiske bereevne

Hovudgrep:

- 1) Klarare pasientrolle.
- 2) Ny framtidig kommunerolle.
- 3) Etablering av økonomiske insentiv.
- 4) Utvikle spesialisthelsetjenesta slik at den i større grad kan nytte sin spesialiserte kompetanse.
- 5) Tilrettelegge for tydeligare prioriteringar (Meld. St. 47 (2008-2009) (2009, s. 13-16)

Kommunane skal ha eit tydelegare ansvar for rehabilitering. Det handlar både om tilstrekkelige ressursar, fagleg breidde og kvalitet. Lokalmedisinske senter og kommunesamarbeid kan vere døme på slike tiltak. Det blir sentralt å avklare kva som skal vere kommunehelsetjenesta og spesialisthelsetjenesta sitt ansvar. Lovverket knytt til betre koördinering gjennom individuelle planar, retten til koördinator og koördinerande eining for habilitering og rehabilitering er forsterka og tydeleggjort. Det må framskaffast data om tilbod og behov for rehabilitering, og å utvikle gode kvalitetsmål for resultatata i rehabiliteringsprosessar (Helsedirektoratet, 2007-2008, s. 5-7).

Bredland, Linge og Vik (2011, s. 7 og 18) gir uttrykk for at verdigrunnlaget i samhandlingsreforma ser ut til å ha mykje felles med grunnleggande rehabiliteringstankegang. Kommunane skal sørge for ei heilskapleg tilnærming med førebygging, tidlig intervensjon og meistring, slik at ein i størst mogleg grad kan møte utfordringane på beste effektive omsorgsnivå - «BEON – Prinsippet» (Meld. St. 47 (2008-2009) 2009, s. 15). Tverrsektoriell og tverrfagleg samhandling blir trekt fram som ein sentral strategi i høve til dei utfordringane helsetenesta står framfor (Bredland, Linge og Vik, 2011, s.18).

1.5.3 Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 gir uttrykk for at mange menneske som kan ha behov for rehabilitering opplever brot og svikt i «flyten» både i det einskilde tenestemråde, og mellom dei ulike forvaltningsnivåa. Styresmaktene slår derfor eit slag for at rehabiliteringsprosessen må planleggast og gjennomførast med utgangspunkt i den einskilde sine behov, og med aktiv brukarmedverknad (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2010, s. 68).

1.5.4 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Spesialisthelsetenesta sitt ansvar for rehabilitering er nedfelt i kapittel 2 i lov om spesialisthelsetjenester. Her er ikkje rehabilitering konkretisert, men kravet blir utdjupa i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskrifta har som føremål å sikre at personar som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Målet er og å styrke samhandlinga mellom tenesteytarane og etatar på eit forvaltningsnivå, eller på tvers av nivåa. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, kapittel 5). Spesialisthelsetenestelova §§ 2.5slår fast at helseforetaket så snart som mogleg skal varsle kommunen når ein ser behov for utarbeiding av individuell plan som omfattar tenester både frå spesialisthelsetjenesta og kommunen, og å medvirke i kommunen sitt arbeid med planen.

1.5.5 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunane sitt ansvar for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i kapittel 3 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Ansvaret er gitt som eit overordna «sørge-for-ansvar»

for menneske som oppheld seg i kommunen. I oversikta over tenester ein har plikt å tilby er sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering tatt med. Ein intensjon i lovteksten er å bidra til at ressursane blir utnytta best mogleg, sikre samhandling og gjere tenestetilboda tilgjengelege for brukarane. Tilbodet skal tilpassast den einskilde sine behov, og tilretteleggast med respekt, integritet og verde (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011: Kapittel 1). Lova formulerer og krav til kommunane i høve til individuell plan, koordinator og koordinerande eining (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011: Kapittel 7).

Kommunane skal samarbeide med fylkeskommunane, dei regionale helseføretaka og staten. Slik vil ein freiste å sikre at den einskilde får eit heilskapleg og koordinerert tilbod, og tilgang på tilstrekkeleg fagkompetanse i tenestene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011: Kapittel 3).

1.5.6 Nokre sentrale poeng i lovtekstane

På habiliterings- og rehabiliteringsfeltet finnast det to lovpålagte ordningar knytt til samhandling. Etablering av koordinerande eining handlar om samhandlingsstrukturar på systemnivå, medan individuell plan er verktøy for samhandling på individnivå. Felles for begge er at dei skal omfatte alle brukargrupper, uavhengig av alder, diagnose og kjønn.

Både Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) har fokus på at tenestene skal vere koordinererte og fungere på tvers etatar og einingar. Samordningsverktøyet individuell plan kan vere ein reiskap for å sikre koordinererte rehabiliteringstenester. Planen kan motvirke at arbeidet manglar forankring slik at ingen har totaloversikt. I Helse- og omsorgstjenestelova (§ 7.1) blir det presisert at kommunen skal sørge for at det blir utarbeidd ein individuell plan for menneske med behov for langvarige og koordinererte tenester når vedkommande har behov for bistand frå begge forvaltningsnivåa. Kommunen har ansvar for at planarbeidet blir koordinerert. Spesialisthelsetenestelova og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (§§ 16 og 18) slår fast at helseføretaket så snart som mogleg skal varsle kommunen når ein ser behov for utarbeiding av individuell plan, og å medvirke i kommunen sitt arbeid med planen.

Helsepersonellova § 4 slår fast at helsepersonell snarast skal gi melding om pasientar/brukarar med behov for individuell plan og koordinator. Lova pålegg helsepersonell å delta i arbeidet med individuell plan. Kommunen skal tilby koordinator som mellom anna skal sørge for naudsynt oppfølging, sikre samordning og framdrift i arbeidet (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7.2) (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21).

Det er og viktig å merke seg at det nye lovverket seier at menneske med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester har rett på å få oppnevnt koordinator og i institusjonar i spesialisthelsetenesta (Spesialisthelsetjenestelova § 2-5a og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 22). Dette gjeld uavhengig av om vedkommande ynskjer individuell plan.

Både kommunen og spesialisthelsetenesta skal ha ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemda. Eininga skal ha eit overordna ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorar. (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7.1) (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6).

Koordinerande eining i kommunen kan forståast som spesialisthelsetjenesta si «adresse» til den einskilde kommune. I praksis kan dette til dømes innebere at ein ved overføring skal ta kontakt med den koordinerande eininga i kommunen for å etablere kontakt, og sikre vidare oppfølging.

1.5.7 Førebuing til «Rehabiliteringsmeldinga»

I samband med førebuinga til utarbeidinga av «Rehabiliteringsmeldinga», gjorde Feiring, Fauske, og Throndsen ei kartlegging av rehabiliteringstenestene i kommunane. Dei såg mellom anna på kva faggrupper som deltok, samarbeid mellom fagpersonar, brukarmedverknad og planlegging av hab- og rehabiliteringsverksemda.

Ulike fagpersonar syntes å ha ulik forståing av rehabiliteringsbegrepet. Halvparten skiller mellom rehabilitering og medisinsk rehabilitering. 4 av 10 er kjende med skilnaden mellom rehabilitering og habilitering. Vel ein tredjedel differensierer mellom rehabilitering og


behandling. 48 % skiller mellom rehabilitering og pleie. 86 % er samde i at rehabilitering må være planlagt, målretta, og tverrfagleg. 69 % meiner at det bør vere ein tidsavgrensa prosess (Feiring, Fauske, og Throndsen, 1997, s.7 og 17-21).

Kommunar med eige rehabiliteringsteam gir uttrykk for å arbeide mest målretta. Her drøftar ein brukaren sine individuelle målsettingar og delmål. Individretta tiltak blir både koórdinert, og evaluert. Ein arbeider med planlegging av verksemda på overordna nivå. Behovet for eigne rehabiliteringsteam synes å vere mindre i små kommunar. Forholda der er meir oversiktlege, og ein opplever det meir føremålsteneleg med ein fast møteplass der ein drøftar aktuelle rehabiliteringssaker. Dei gir uttrykk for at ein gjerne vil vidareutvikle det «tverrfaglege samarbeidet (Feiring, Fauske, og Throndsen, 1997, s. 8 og 42 - 46).

Ein femtedel av kommunane har ein overordna rehabiliteringsplan. 15 % av desse er politisk handsama og vedtekne. I 20 % av kommunane deltek brukarane aktivt i planarbeidet (Feiring, Fauske, og Throndsen, 1997, s. 8 og 53-55). I høve til samarbeid mellom forvaltningsnivåa i konkrete brukarsaker, viser studien at dette skjer i etter behov (Feiring, Fauske, og Throndsen, 1997, s. 9 og 61-62). Ein gir uttrykk for at at faste møter mellom kommunane og sjukehusa, truleg ville ført til betre samarbeidsrutiner (Feiring, Fauske, og Throndsen, 1997, s. 63). Det ser ut til å vere samanheng mellom organisert teamarbeid, politiske planar og brukarmedverknad. Fagfolka ser ut til å vere mest nøgde med rehabiliteringsverksemda i kommunar med høg grad av organisering, god planlegging og aktiv brukarmedverknad (Feiring, Fauske, og Throndsen, 1997, s. 9 og 75-84).

1.5.8 Ansvars- og oppgavedeling

Både Samhandlingsreforma og den Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) peikar på behovet for auka fokus på rehabiliteringsfeltet. Helsedirektoratet fikk derfor i 2011 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å sette ned, og leie ei arbeidsgruppe som skulle utgreie ansvars- og arbeidsfordelinga på området. Arbeidsgruppa peikar på at kommunane sitt ansvar på rehabiliteringsfeltet ville bli større, men konkluderar med at det er vanskeleg å seie noko eintydig om ansvars- og oppgavefordelinga mellom forvaltningsnivåa. Dei utarbeidde ein modell (Helsedirektoratet, 2012, side 7-8) som kan nyttast når ein skal reflektere over kven som skal få sitt rehabiliteringstilbod kvar:

Kommune		Spesialisthelseteneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø ?		Behov for spesialisert kompetanse ?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging ?		Behov for kompleksitet ?
Behov for tverrsektoriell samhandling ?	Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i sosialt og i samfunnet.	Behov for intensitet ?

Figur 1:Modell for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetenesten.

Spesialisering indikerer behov for bistand frå miljø med relevant spesialisert fagkompetanse. Graden av kompleksitet viser til tal faggrupper som blir involvert, og mangfaldet i brukaren sine utfordringar. Intensitet tilseier at tiltaka blir gjennomført ofte i eit begrensa tidsrom.

Modellen gir to val. Enten får brukaren tenester berre frå kommunen, eller så deltar både spesialisthelsetenesta og kommunen. Ved behov for spesialisert kompetanse, høg grad av kompleksitet eller intensiv oppfølging tippar vektskåla i retning spesialisthelsetenesta. Ved behov for kompetanse knytt til moglege alternative løysingar og begrensningar i nærmiljøet, langvarig og koórdinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling, vil hovdansvaret ligge til kommunesida. Arbeidsgruppa tilrår at kommunar og spesialisthelsetenesta samarbeider om å skildre og kvalitetssikre standardiserte pasientforløp (Helsedirektoratet, 2012, 7-8).

1.5.9 Lovpålagte samarbeidsavtalar

Både helse- og omsorgstjenestelova og spesialisthelsetjenestelova stiller krav til samarbeidsavtalar mellom kommunane og spesialisthelsetjenesta. Mellom anna skal ein i avtalane skildre retningslinjer for samarbeid knytt til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester. Den nasjonale veiledaren for lovpålagte samarbeidsavtalar (2011, s. 17-18) konkretiserar mellom anna samarbeidet mellom dei koórdinerande einingane i

kommunane og helseføretaka, ambulant verksemd, arbeid med individuelle planar og hjelpemiddelformidling. Helsedirektoratet har sendt ut «Ansvarsavklaringsrapporten» til alle kommunar, regionale helseføretak og helseføretak til bruk i utarbeidinga av lovpålagte samarbeidsavtalar.

1.5.10 Riksrevisjonen: Rehabilitering i helsetenesta 2011-2012

Ei kartlegging i regi av Riksrevisjonen, Dokument 3:11 (2011-2012), viser at kommunane i begrensa grad kan tilby tilrettelagte rehabiliteringstenester til yngre, og at ein stor del av kommunane har utfordringar i høve til å kunne tilby opptrening knytt til språk/tale, kognitive funksjonar og trening i daglege aktivitetar. 80% av kommunane meiner at spesialisthelsetjenesta manglar kunnskap om kva tenester dei tilbyr. Fleire rehabiliteringseiningar i helseføretaka erfarer at kommunane manglar kompetanse, og/eller kapasitet til å følge opp tiltak som blir anbefalt frå spesialisthelsetjenesta (Riksrevisjonen, 2012, s. 9-13).

Individuell plan blir opplevd som et godt samordningsinstrument, men berre 17 prosent av deltakarane i brukarundersøkinga oppgir å ha fått eit slikt planverktøy. Kommunane er gjennom Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 (2012) pålagt å ha ei koördinerande eining for habilitering og rehabilitering. Kravet blei første gong formulert i forskrifta i 2001, men ein femtedel av kommunane har likevel ikke oppretta ein slik funksjon (Riksrevisjonen, 2012, s. 11).

Helsedirektoratet manglar informasjon om rehabilitering i kommunane. Direktoratet får begrensa og oppstykkja informasjon gjennom KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) og IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Mangelen på gode måleindikatorar gjer det vanskeleg å vurdere om kravet til styrking av kapasiteten er innfridd når det gjeld spesialist- og kommunehelsetenesta (Riksrevisjonen, 2012, s. 12).

1.5.11 Rehabilitering i kommunane

Konsulentselskapet Rambøll gjennomførte i 2011 ei undersøking om rehabilitering i 10 utvalgte kommunar etter oppdrag frå Helsedirektoratet. Majoriteten av kommunane hadde organisert rehabiliteringstilbodet internt i egen kommune. Eit fåtal oppgir at dei kjøper

tenester eksternt. Fysio- og ergoterapeutar er ein del av det samla rehabiliteringstilbodet i dei fleste kommunane. Ni av ti kommunar oppgir å ha eigne rehabiliteringsplassar enten i egen kommune, eller gjennom interkommunalt samarbeid. Tal rehabiliteringsplassar avheng av kommunestorleik og økonomi (Helsedirektoratet, 2011, s.1).

I høve til rehabilitering i heimen og ambulant verksemd, oppgir tre av kommunane at dei har ambulante team. Fleire driv oppsøkande verksemd og rehabilitering i heimen, men dei vil ikkje karakterisere aktiviteten som del av eit ambulant team. Eit fleirtal oppgir at koórdinerande eining for habilitering og rehabilitering er ansvarlege, eller delansvarlege for å ha oversikt over rehabiliteringstilbod og behov. Men det er variasjonar når det gjeld kva oversikt dei faktisk har (Helsedirektoratet, 2011, s.1).

Ni av dei ti kommunane nyttar individuell plan aktivt i arbeidet med å tilby rehabiliteringstenester. Kommunen som er utan ei fungerande koórdinerende eining, oppgir at individuell plan sjeldan blir nytta. Fleire påpeikar at innanfor einskilde tjenesteområde er tilgangen på potensielle koördinatorar mangelfull. Små kommunar ser ut til å ha betre oversikt over tilbod og behov, men manglar ofte fagfolk og kompetanse for å kunne tilby et breitt spekter av rehabiliteringstenester. Store kommunar har lettare tilgang til kompetanse, men har utfordringar når det gjeld å ha oversikt. Døme kan vere innafor områder som arbeid med individuell plan og ansvarsgrupper (Helsedirektoratet, 2011, s.1-2).

Kommunane skildrar at dei har eit godt samarbeid med spesialisthelsetjenesta, men det er store skilnadar i høve til korleis ein samarbeider. Seks av kommunane viser til at dei har formelle samarbeidsavtalar og faste møtepunkt. Dei andre kommunane skildrar kontakten som i større grad å vere knytt til einskildsaker. Dei som har størst grad av rutiner og formalisert samarbeid med instansar i spesialisthelsetenesta, synes og å vere dei som er mest tilfredse med sitt eige tilbod (Helsedirektoratet, 2011, s.1-2).

KAPITTEL 2 TEORI

Innleiingsvis i dette kapitlet introduserar eg grunnleggande begrep og sammenhangar som kan leggest til grunn for kunne å forstå og analysere samhandling mellom organisasjonar, fagpersonar/faggrupper og sektorar. Vidare ser eg på begrepet funksjonshemming. Funksjonshemming kan forståast ulikt ut frå konteksten. Det kan medføre forskjellige oppfatningar av kva mål og tiltak som kan tene brukarane best, og såleis virke inn på samhandlinga.

Vidare ser eg nærare på rehabilitering som begrep og prosess. Målet er å gi ei auka fagleg innsikt i høve til forståinga, og tilnærminga til brukarar med behov for rehabiliteringstenester. Fagpersonar si forståing av rehabiliteringsbegrepet, kan influere på praksis og samarbeid. Rehabilitering kan forståast som ein samansett prosess som gjer det vanskeleg å sjå heilskapen frå ein ståstad. Derfor forutset rehabiliteringsprosessar ei tverrfagleg tilnærming. I dette kapitlet gjer eg derfor kort greie for nokre teoretiske bidrag som kastar lys over dette fenomenet. Avslutningsvis løftar eg fram nokon av funna i ein studie som skildrar korleis brukarar og deira nærpersonar sine opplevingar og erfaringar i det å vere del av ein tverrfagleg, og tverretatleg rehabiliteringsprosess. Dette er tenkt å tydeleggjere nokre av dei organisatoriske utfordringane på rehabiliteringsfeltet.

2.1 Samhandlingsutfordringar

Samhandling er blitt et viktig begrep i utviklinga av det moderne velferdssamfunnet. Velferdstenestene er blitt meir og meir spesialiserte. I tillegg til offentlege instansar, deltek stadig fleire i tenesteproduksjonen. Døme kan vere frivillige- eller ideelle organisasjonar, og private verksemdar.

Auka profesjonalisering har medført at fleire yrkesgrupper er engasjerte. Ein konsekvens kan vere ei fragmentering ved at menneske med samansette behov ikkje blir møtt med ei heilskapleg tilnærming, unødig dobbeltarbeid og risiko for å kunne «dette mellom fleire stolar», og/eller at ein blir verande i ein runddans mellom ulike instansar og aktørar (Axelson og Axelson, 2009, s. 11).

2.1.1 Samhandling/integrasjon

I litteraturen finn ein ulike og motstridande definisjonar av begrepet samhandling og nærliggande begrep. Døme på dette kan vere samordning og samarbeid. Mange forskarar vel derfor å legge til grunn det overordna begrepet integrasjon, som inneber at ulike aktørar eller aktivitetar blir knytt saman til ein større heilskap. Det overordna målet om auka integrasjon har vore å motvirke fragmenteringa, sikre betre tilgjenge og legge til rette for kontinuitet i velferdssystema. Ein vil forbetre kvaliteten i velferdsproduksjonen ved at fleire bidreg med kompletterande ressursar, kunnskap og kompetanse. Ein har og forventningar om ei betre økonomisk og fagleg effektiv utnytting av ressursane (Axelson og Axelson, 2009, s. 12-13). Eit døme kan vere interkommunale legevakttenester og interkommunale rehabiliteringsplassar som blir nytta fleksibelt.

Institusjonell økonomisk teori legg til grunn to grunnleggande mekanismar for å få til integrasjon. Anten i ein hierarkisk organisasjon, eller gjennom konkurransen i ein marknad (Williamson 1975: Ifølge Axelson og Axelson 2009, s. 13). Hjelp av nettverk kan vere ein tredje måte å få til integrasjon. I eit nettverk skjer integrering horisontalt gjennom eit frivillig samarbeid mellom dei ulike aktørane. Vertikal integrering finn vi i hierarkisk oppbygde organisasjonar. Gjennom å kombinere ulike innslag av vertikal- og horisontal integrering kan ein identifisere fire ulike former for integrasjon (Thompson et al 1991: Ifølge Axelson og Axelson 2009, s. 14).

		Horisontal integrering	
		-	+
Vertikal integrering	+	Samordning	Samhandling
	-	Kontaktstyring	Samarbeid

Figur 2: Ulike integrasjonsformer

Kontraktstyring: Denne forma for integrasjon har ei lav grad av både vertikal- og horisontal integrering. Dette inneber nesten fråver av integrasjon. I staden skjer arbeidsfordelinga

gjennom kontraktar, som til dømes kan vere resultat av konkurranseforhold mellom ulike aktørar på ein marknad (Saltman 1994:Ifølge Axelson og Axelson 2009, s. 14). Eit døme kan være private rehabiliteringsinstitusjonar.

Samordning: Denne integrasjonsforma har ei høg grad av vertikal integrering og ei lav grad av horisontal integrering. Denne forma finn vi i hierarkiske oppbygde organisasjonar. Avgjerder om integrering blir fatta høgt i hierarkiet, og implementerast seinare på lavare nivå. Døme kan vere byråkratiske mekanismar for styring og kontroll (Pugh & Hickson (1976). Meyer (1985): Ifølge Axelson og Axelson, 2009, s. 14). På rehabiliteringsområdet kan ein sjå føre seg rammeavtalar/delavtalar mellom kommunar og helseføretak som eksempel på samordning.

Samarbeid: Dette er ei form for integrasjon med høg grad av horisontal, og lav vertikal grad av integrering. Denne forma kan vi finne i ulike nettverk. Eksistensen og integreringa er tufta på viljen til å arbeide saman (Alter og Hage (1993) og Øvretveit (1993): Ifølge Axelson og Axelson, 2009, s. 14). Døme kan vere grenseoverskridande grupper eller team som til dømes eit nettverk for fagpersonar som er interesserte i nevrologiske lidingar.

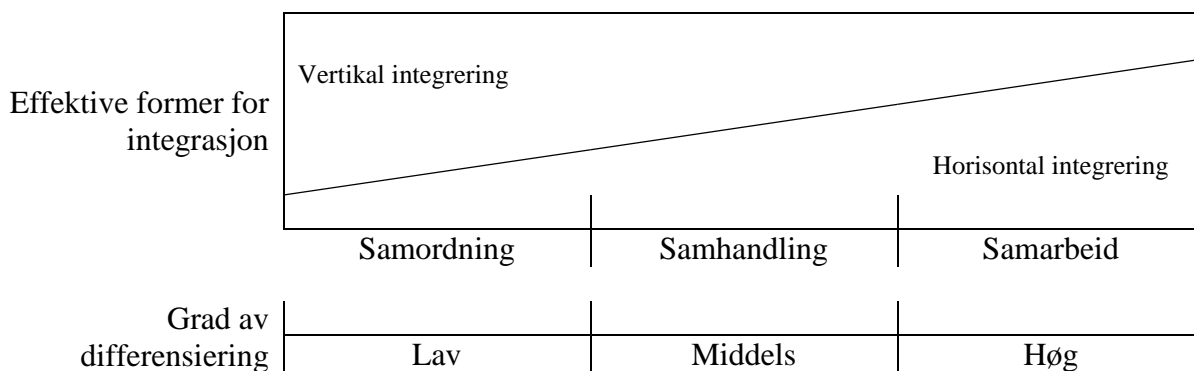
Samhandling: Dette er ei meir kompleks integrasjonsform med høg grad av både vertikal og horisontal integrering. Denne typen integrasjon bygger på ei hierarkisk samordning som blir kombinert med eit frivillig nettverkssamarbeid (Galbraith (1977). Mintzberg (1993):Ifølge Axelson og Axelson 2009, s. 14). Eit eksempel kan vere at byråkratiet gir visse rammer og fullmakter for eit grenseoverskridende profesjonelt samarbeid som til dømes når ergoterapeuten frå Avdeling for Barnehabilitering på sjukehuset deltar i ei ansvarsgruppe i kommunen. Begrepet samhandling blir ofte nytta som ein samlebetekning for ulike kombinasjonar av samarbeid og samhandling. Ved intersektoriell samhandling har ein ikkje eit felles hierarki for leing og styring. Då er det vanskeleg å få til ei vertikal integrering av verksemda. Då gjer ein seg i staden nytte av andre integrasjonsmekanismar som til dømes styringsgrupper eller rapporteringssystem (Axelson og Axelson, 2009, s. 15).

Intersektorielt samarbeid: er den mest komplekse forma for samhandling. Den inkluderar både ein interorganisatorisk- og ein interprofesjonell dimensjon. Om frivillige organisasjonar og/eller private verksemdar og deltar, så aukar kompleksiteten. Samarbeidet føregår då mellom organisasjonar med heilt forskjellige spelereglar, og ulike finansieringsformer.

(Axelson og Axelson, 2009, s. 14). Døme kan vere brukarsaker der kommunen, ein privat rehabiliteringsinstitusjon og sspesialisthelsetenesta samarbeider i rehabiliteringsprosessen.

Med unnatak av kontraktstyring som forutset ein fungerande marknad, så kan dei andre integrasjonsformene vere effektive måtar å integrere velferdstjenester. Det finnast visse marknadsinnslag i dei fleste velferdssystem, men desse er begrensa og produksjonen av velferdstenester, og skjer i dei fleste land gjennom samordning, samarbeid eller samhandling mellom ulike offentlege instansar (Axelson og Axelson, 2009, s. 15).

Effektiviteten ved ulike integrasjonsformer kjem an på graden av differensiering eller ulikskap mellom ulike organisasjonar, profesjonar og verksemder. Dette kan skuldast ei strukturell eller funksjonell differensiering av arbeidsoppgåver, men det kan og handle om skilnadar i kultur, haldningar og oppførsel. Differensieringa heng saman med graden av kompleksitet i omgivnadane. Døme kan vere behovet for, eller etterspurnaden etter velferdstenester hos befolkninga. Ifølge teorien om «situasjonstilpassing» kan ei lav grad av differensiering hovudsakeleg handterast gjennom vertikal integrering. Høgare grader av differensiering krev større innslag av horisontal integrering (Lawrence og Lorsch (1967):Ifølge Axelson og Axelson, 2009, s. 15).



Figur 3: Effektive former for integrasjon for ulike grader av differensiering.

Av figuren framgår det at samordning kan vere ei effektiv form for integrasjon når det er ei lav grad av differensiering mellom organisasjonar, profesjonar eller verksemder. Samarbeid kan vere ei effektiv integrasjonsform når det er høg grad av differensiering. Samhandling kan forståast som ein kombinasjon av samordning og samarbeid. Det kan vere effektivt i mange

situasjonar, men fram for alt ved ei relativ høg grad av differensiering som krev både vertikal- og horisontal integrering (Axelson og Axelson, 2009, s. 16).

Det kan vere utfordrande å få til god samhandling mellom styresmaktene og organisasjonane i velferdssamfunnet. Å lukkast krev store investeringar i tid og energi både for å etablere samhandlinga, og ikkje minst for å halde den i live. Derfor kan samhandling komme til å «koste ein del» før den byrjar å løne seg. Samfunnsvitskapelig forskning på ulike velferdsområder har indentifisert ulike hindringar knytt til samhandling. Det kan handle om strukturelle hindringar i organisasjonane som samhandlar, eller i samfunnet. Utfordringane kan og vere relatert til kulturelle skilnadar mellom organisasjonar. Det kan finnast mange strukturelle hindringar knytt til samhandling. Eit døme kan vere ulike regelsystem med lover og forordningar som representantar for styresmaktene har fått ansvar for å handheve. Andre eksempel kan vere utforminga av finansieringssystem med ulike budsjett og ansvarsområde, administrative grenser i, og mellom ulike organisasjonar og tenesteorgan, samt førekomsten av ulike informasjonssystem og databasar (Axelson og Axelson, 2009, s.22).

Det kan og finnast og kulturelle hindringar. Desse heng ofte delvis saman med dei strukturelle begrensningane. Regelsystema fører ofte til ulike måtar å sjå pasientane, eller brukarane på. Dette kan bli forsterka av skilnadar i til dømes utdanningsbakgrunn. I sin tur kan dette føre til samarbeidsutfordringar mellom organisasjonar. Det kan og vere ulikskapar mellom profesjonelle og organisatoriske strukturar som til dømes ulik språkbruk, forskjellige haldningar og vurderingar (Axelson og Axelson, 2009, s. 23).

Ei anna utfordring kan vere «territorial oppførsel». Dette er ikkje uvanlig i organisasjonar, og framfor alt hos sjefar som er ansvarlege for eit avgrensa verksemdsområde. Samhandling mellom organisasjonar utfordrar ofte desse avgrensningane og fører til at leiarane med stor kraft forsvorar sitt territorium. Dette førekjem ikkje berre hos leiarane, men og hos profesjonelle grupper som forsvorar sine yrkesroller, kunnskapar og tilnærming mot kvarandre (Bate 2000:Ifølge Axelson og Axelson 2009, s. 23).

2.1.2 Samhandling – Nyttar det ?

Mange forskarar gir uttrykk for at det er utfordrande å lukkast med samhandling på dei fleste verksemdsområder. Forskningsrapportar skildrar oftast vanskar, hindringar og risikoar knytt

til samhandling. Dei engelske forskararane Huxham og Vangen (2005) konkluderer derfor med at det ikke finnast klare fordelar med samhandling. Dei seier at om ein har eit valg, så bør samhandling unngåast (Axelson og Axelson, 2009, s. 24).

Samhandling kan ha positiv effekt på dei tilsette sitt engasjement og kompetanseutvikling, men at det kan vere meir vanskelig å sjå direkte forbetringar i tenestene til brukarane. Det har vore vanskeleg å identifisere positive økonomiske effektar av samhandlinga, men ein tar atterhald sidan dei fleste evalueringar er føretatt etter relativt kort tid. Det gjenstår derfor å sjå nærare på dei meir langsiktige effektane (Hultberg 2005:Ifølge Axelson og Axelson, 2009, s. 23).

Statlege etatar og større kommunale einingar er ofte organisert som matriseorganisasjonar. Ein kombinerer då linje- og prosjektorganisasjonstankegang. Oppbygginga er ofte brukt av verksemdar med skiftande oppgåver, eller i større prosjekt der ressursar og oppgåver kryssar kvarandre. Funksjonar er organisert horisontalt, medan einingar eller divisjonar med leiarar på ulike nivå følger vertikale linjer. Styringslinja går vanlegvis gjennom avdelingane, medan den faglige utviklinga ligg i funksjonane. Eit døme kan vere eit helseføretak der støttfunksjonar og ulike medisinske fagområder er organisert i klinikkar/divisjonar, medan pasientar med eit samansett sjukdomsbilete krev involvering på tvers av formelle hierarkiske strukturar.

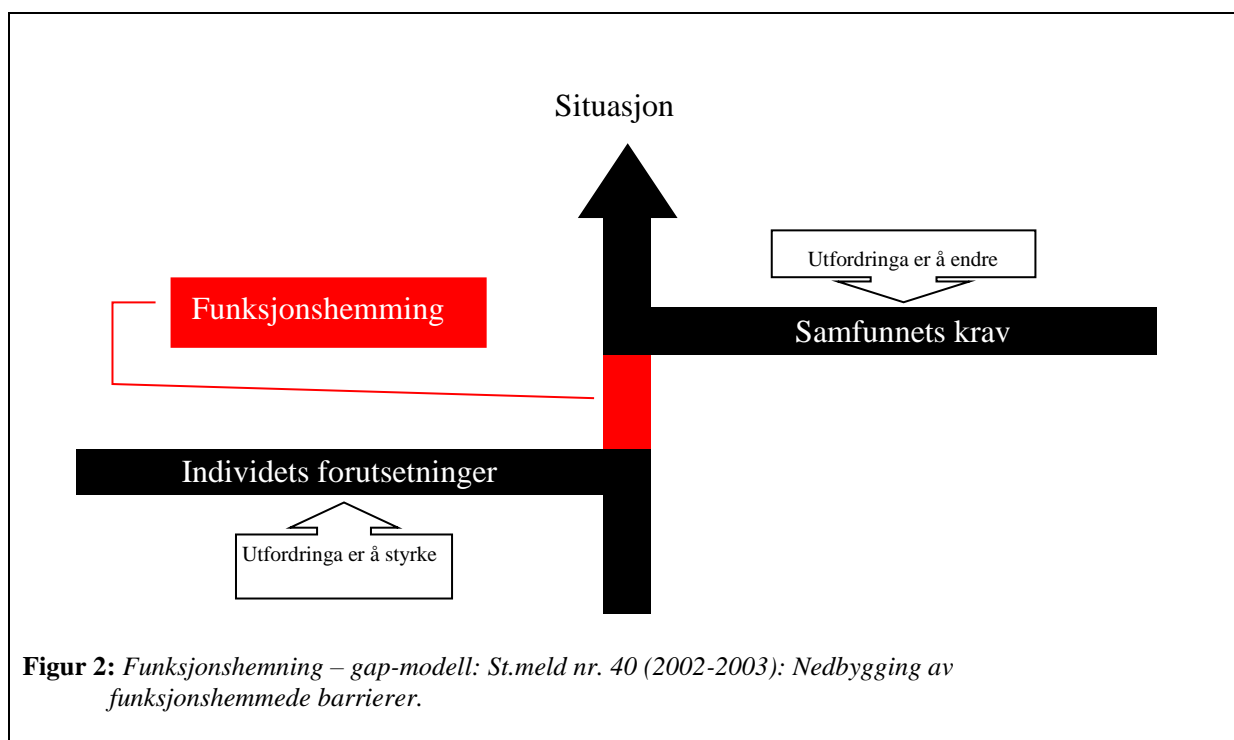
Den andre dimensjonen kan då vere ein prosjektorganisasjon som er etablert for å ivareta ei bestemt, tidsbegrensa oppgåve eller ein regional struktur som løyser faste oppgåver for organisasjonen på regionalt nivå. Dei tilsette der vil som regel og vere ein del av verksemda sin linjeorganisasjon. Ei slik organisasjonsform kan innebere motstridande krav og forventningar til medarbeidarane som kan komme til å oppleve lojalitetskonfliktar. Samhandlinga kan og medføre nye organisatoriske grenser, til dømes gjennom samanslåing av verksemdar. Det kan i neste omgang skape behov for ytterlegare samhandling for eksempel utvikling av nye samhandlingsorgan og samarbeidsformer. Det kan kan igjen medføre ei ny form for byråkrati (Allen, 1975:Ifølge Axelson og Axelson, 2009, s. 24).

2.2. Funksjonshemming, rehabilitering og samarbeid på tvers

Funksjonshemming oppstår når det er eit misforhold mellom individet sine føresetnader og omgivnadane si utforming eller krav til funksjon (St.meld nr. 40 (2002-2003), s. 9 – 10).

Menneske med redusert funksjonsevne kan seiast å leve i spenningsfeltet mellom ei medisinsk og ei sosial forståing av funksjonshemming. Tradisjonane symboliserar ulike forklaringsmodellar. Den medisinske modellen fokuserer på individuelle forhold, definerer normalitet, og peikar på at problemet ligg hos einskildindividet. Representantar for den sosiale modellen hevdar det er ikkje individet sitt funksjonsnivå, men sosiale og fysiske barrierar på grunn av manglande samfunnsmessig tilrettelegging på viktige livsarenaer som skaper sosial utestenging (Grue 2004, s. 113 - 115). Dei to tilnærmingane kan forståast som motpolar.

Verken den medisinske- eller sosiale modellen kan truleg forklare funksjonshemma sine utfordringar aleine. St.meld nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmede barrierer omtalar eit kompromiss mellom dei to forståingane av funksjonshemming, ei relasjonell tilnærming. Ein tar utgangspunkt i forholdet mellom individets funksjonsevne, og dei krav som dei fysiske og sosiale omgivnadane stiller på ulike livsarenaer. Perspektivet blir illustrert ved «Gap – modellen». Funksjonshemminga blir synleggjort i gapet mellom individet sine føresetnader, og krava frå samfunnet:



Modellen skil mellom individets funksjonsnivå og vanskar med å utføre visse aktivitetar, og relasjonen mellom individa og det miljøet/samfunnet dei lever i. Det ikkje er snakk om rett eller feil, men om ulike perspektiv. Funksjonshemming fortonar seg forskjellig, avhengig av

kva perspektiv ein ser det frå. Mange fenomen finnast på fleire nivå samstundes. Spørsmålet er kva ein vil forstå, og kva politiske konsekvensar det gir (Tøssebro 2010, s. 32-33).

Solvang og Slettebø (2012, s. 18) ser rehabilitering i relasjonelt perspektiv. Dei peikar på at rehabiliteringsbegrepet inkluderer eit knippe av sosiale-, psykologiske- og biologiske prosessar der ein minste fellesnevnar er ein skade med ein påfølgande prosess der den nye situasjonen må taklast. Prosessen dreiar seg både om individet sine ressursar og om det potensialet som ligg i endring og tilrettelegging av dei sosiale- og fysiske omgivnadane (Solvang og Slettebø, 2012, s. 18).

2.2.1 Rehabilitering.

Rehabilitering er ein praksis i skjeringspunktet mellom teori og refleksjon. Det dreiar seg om faktakunnskap, haldningar og praktisk dugleik som kjem til uttrykk gjennom aktive handlingar Feiring (2013, s. 83). Det femnar breitt, engasjerer mange ulike faggrupper og har grensesnitt og mot ikkje-medisinske spesialitetar som til dømes sosialt arbeid, psykologi og pedagogikk. Det kan vere store individuelle skilnadar i funksjonsnivå hos menneske med same grunnliding/diagnose. Rehabilitering rammar inn mange livsområde, og kan involvere eit vidt spekter av ulike helse- og sosialfaglige aktørar (Solvang og Slettebø, 2012, s. 18).

Rehabilitering er eit tverrfagleg arbeidsfelt der ulike faggrupper og etatar arbeider saman ut frå ei felles målsetting, brukarane sine mål. Samstundes gjer ein seg nytte av sin eigen fagspesifikke kunnskap. Ingen faggrupper kan kreve eineretten til rehabiliteringskunnskap (Normann mfl. 2008, s. 74 – 81). Hammel (2006, s. 5) legg vekt på at ein bør legge til grunn eit tankesett som gjensidig styrkar kvarandre. Ho utfordrar makthierarki der profesjonelle set sine egne antakelsar, perspektiv og kunnskap først, slik at dei overser og ignorerer synspunkta til funksjonshemma, andre forskarar og teoretikarar.

Rehabilitering kan forståast som ein prosess. Når fleire aktørar samarbeider om ulike tiltak på ein planlagt måte kan det definerast som rehabiliteringstiltak. Rehabilitering forutset ein plan for den einskilde brukar, ein sentral og aktiv brukar, og konkrete målsettingar for samarbeidet (St. meld. 21, 1998-1999, s. 10). Rehabiliteringsbegrepet inkluderar eit knippe av sosiale-, psykologiske- og biologiske prosessar der en minste fellesnevnar er ein skade med ein

påfølgande prosess som der den nye situasjonen må taklast. Prosessen dreiar seg både om individet sine ressursar og om det potensialet som ligg i endring og tilrettelegging av dei sosiale- og fysiske omgivnadane (Solvang og Slettebø, 2012, s. 18).

Fokuset på individuelle behov krev at rehabiliteringsprosessen må tilpassast kvar ny brukar. Ein vil ofte veksle mellom behov for assistanse frå ulike fagpersonar. Det kan vere med å reise spørsmålet om rehabilitering kan definerast som eit eige fag (Normann m.fl 2008, s. 80). Eit fag kjenneteiknast ofte av eit område med meir einsarta kunnskapsgrunnlag.

Samordninga av fagpersonane sin profesjonelle innsats er sentral. Ein legg vekt på brukermedverknad slik at den det gjeld sjølv skal «sitte i førarsetet». Kravet om at rehabilitering skal være tidsavgrensa er tidvis blitt trekt i tvil, sidan mange opplever dette som ein livslang prosess (Solvang og Slettebø, 2012, s. 16).

2.2.2 Samarbeid på tvers.

Samhandling på tvers av organisatoriske grenser kan vere viktig i rehabiliteringsprosessar når ein freistar å tenke og arbeide heilskapleg med lange planleggingshorisontar. Kanskje skal den det gjeld snart «gjenoppta livet sitt» med eit heilt anna funksjonsnivå enn det vedkommande hadde for kort tid sidan.

Fleire begrep kan beskrive samarbeid mellom dei ulike faggruppene i helsevesenet. Reeves mfl. (2010) og Goldmann mfl. (2009) påpekar at internasjonalt ser det ikkje ut til å vere nokon eintydig bruk av begrepa tverrprofesjonelt- og tverrfagleg samarbeid (Ifølge: Haugland og Solvang (2012, s. 253 - 255). Tverrfaglig samarbeid kan grense imot fleirprofesjonelt- og transprofesjonelt samarbeid. Fleirprofesjonelt samarbeid er ei mindre tett arbeidsform enn tverrfaglig samarbeid sidan fagpersonane arbeider sjølvstendig med felles oppgåver, uten at dei ulike faggruppene sine kunnskapsgrunnlag blir bundne saman. Arbeidsoppgåvene er i fokus, ikkje samarbeidet. Transprofesjonelt samarbeid er derimot ei mykje meir integrert og gjennomgripande arbeidsform. Dei profesjonelle kan overta oppgåver frå kvarandre. Ein fare kan vere at oppgåve- og ansvarsfordelinga kan bli meir utydeleg. Spissformulert kan ein frykte at dei ulike fagpersonane utviklar meir samanfallande kunnskapsbasar trass i forskjellige utdanningsbakgrunn (Haugland og Solvang 2012, s. 254).

Tverrprofesjonelt samarbeid tar opp i seg både profesjonskulturen og profesjonsidentiteten si betydning i samarbeidet (Højholdt 2013, s. 56). Begrepet ligg tett opp til interprofessional collaboration, som indikerer ein tett interaksjon og samansmelting av idéar og aktivitetar mellom ulike samarbeidspartnarar. Sinclair (2009, s. 1196) seier at:

Effective interprofessional collaboration is defined as a process of communication and decision making that enables the separate and shared knowledge and skills of health care providers to synergistically influence the client/patient care provided.

Begrepa som skildrar samarbeid mellom forskjellige faggrupper i helsevesenet har mange fellestrekk, og blir ofte brukt synonymt. For «den menige helsearbeidarar» trur eg at begrepet «tverrfagleg samarbeid» er kjent, og vil kunne stimulere til mange assosiasjonar. Eg vil derfor legge til grunn denne benevnelsen når eg omtalar dette fenomenet i det vidare mastergradsarbeidet.

2.3 Janne Paulsen Breimo - Organisering av rehabiliteringsprosessar

Ein studie av nyare dato har undersøkt tenestemottakarar og deira pårørande sine erfaringar med å vere i ein rehabiliteringsprosess. Det kjem til uttrykk der at forslag til løysingar på rehabiliteringsfeltet sine utfordringar ofte har vore av organisatorisk karakter (Paulsen Breimo 2012, s. 194-195). Prinsipp og policy er utforma av styresmaktene, og freista implementert med vekslende hell. Organisatoriske reformer og innføring av ulike verkty er populære fordi dei gir eit skin av handlekraft, fornying og innovasjon. Om resultatet er flatare strukturar eller meir hierarki er underorda, så lenge det skjer ei forandring (Paulsen Breimo 2012, s. 206-209).

Tenesteytarane er stort sett nøgde med korleis samarbeid og samordning fungerer i sin kommune. Når ein derimot spør dei konkret om kva dei gjer i høve til den spesifikke prosessen, blir svara fort annleis. Då fortel dei om alt arbeidet som faktisk må gjerast for å sikre at prosessane til ei viss grad heng nokonlunde saman (Paulsen Breimo 2012, s. 206)

Brukarane og deira pårørande gir uttrykk for at dei opplever det å vere i ein rehabiliteringsprosess som ei overbelastning av arbeid og ansvar. Dei skildrar alle forhandlingane med ulike tenesteytarar og instansar som utmattande. Mange er usikre på kva

som er mål og meining med prosessen, og om det som blir gjort samsvarar med det dei opplever som måla (Paulsen Breimo 2012, s. 194).

Kvardagsslivet blir fragmentert, oppstykkja og styrt av at dei må forhalde seg til at dei er i ein rehabiliteringsprosess. Møter og avtalar fyller mykje av dagane. Dei individuelle erfaringane kan oppsummerast som eit misforhold mellom kvardagslivets utfordringar og systemstrukturane. «Systemiske forhold» begrensar eller bestemmer korleis dei kan leve liva sine, og korleis dei kan disponere tida. Dette påverkar korleis dei opplever nytten av å vere i ein rehabiliteringsprosess. Det paradoksale med rehabilitering som verksemdsområde er nettopp at ei heilskapleg tilnærming, og medfører ein aukande kompleksitet (Paulsen Breimo 2012, s. 194).

Brukarane opplever stadige endringar i organisasjonsstrukturar og i dei ”kategoriane” av tenester dei må forhalde seg til. Systemets behov for å kategorisere gjer kvardagsslivet meir komplisert. Brukarane og deira pårørande opplever at deira behov ikkje alltid passer til dei etablerte kategoriane. Dette fører i beste fall til meir arbeid for både tenestemottakarane og tenesteytarane. I verste fall kan det føre til at ein faktisk ikkje får noko tilbod (Paulsen Breimo 2012, s. 195).

Tendensen til eit sterkere fokus på ei ansvarleggjering av mottakarane, fører til at meir arbeid og ansvar blir lagt over på dei som nyttar tenestetilbodet. Dette ser ut til å vere ein generell velferdspolitisk trend i heile den vestlige verda. Aukande standardisering kan vere ei medverkande forklaring på kvifor tenestemottakarane opplever at prosessane manglar plan og retning. Standardisering kan føre til at individuelle mål kjem i andre rekke (Paulsen Breimo 2012, s. 195).

2.3.1 Organiseringsverktøy - Funksjonar og dysfunksjonar

Kompleksiteten må handterast for å skape oversikt. Organiseringsverktøy som til dømes individuell plan, koördinerande eining, personlig koordinator og brukarstyrt personleg assistanse er innført på rehabiliteringsområdet (Paulsen Breimo 2012, s. 196 - 198). Målet er å betre koördineringa og avhjelpe nokon av dei utfordringane ein står over for. Men dei ulike ordningane fungerer ikkje alltid i tråd med intensjonen. I staden for skreddarsydde brukarstyrte tenester blir tenesteytinga meir standardisert, samstundes som ansvaret for

organiseringa i stadig større grad blir lagt på tenestemottakaren. Verktya blir snarare ein reiskap for systemet, enn for brukaren. Ei forklaring kan ligge i at ordningane blir påtvunge tenesteapparatet som freistar å utnytte dei best mogleg, i pakt med den logikken systemet er underlagt. Tenesteytarane må bruke mykje tid på å orientere seg i et system i stadig forandring (Paulsen Breimo 2012, s. 198).

2.3.2 Innanfor, utanfor eller mellom

Kunnskap om tjenestetilbodet er ikkje alltid like lett tilgjengeleg. Det er ulikt kor mykje den einskilde kan "få ut av" ein rehabiliteringsprosess. Nokon har større sjanse for å lukkast i ein rehabiliteringsprosess enn andre. Ein må vite kvar og korleis ein skal legge fram saka si, for å nå fram i systemet. Å snakke slik at tenesteytarane forstår dei, ser ut til å vere eit kriterium for suksess. Nokon har stor innflytelse i kraft av si stilling, medan andre har makt i kraft av til dømes personlege ressursar (Paulsen Breimo 2012, s. 202).

Brukarane må forhalde seg til dei tilbakemeldingane dei får, enten det er vedtak, avslag på søknader, lover og regelverk, eller de ulike planene som blir laga for dei. Mange opplever dette som overveldande og utmattande. Maktperspektivet blir synlig sidan tenesteytarane vanligvis har større kjennskap til desse reguleringane enn brukarane. Det synes ofte tilfeldig om personar i ein rehabiliteringsprosess får høyre om tenester dei har krav på (Paulsen Breimo 2012, s. 203 - 206).

Standardiseringa begrensar tenesteytarane sitt handlingsrom i høve til å finne gode praktiske løysingar mellom systemet si kategorisering, og brukarane sine individuelle behov.

Avgjerdsler blir i stadig større grad tatt av personar som ikkje har direkte kontakt med den som skal motta tenestene. Det blir viktigare å følge prosedyrar, enn å ta avgjerdsler tufta på den einskilde si unike livsverd. Dei som arbeider nærast brukarane, freistar derfor å mjuke opp dei systemiske trekka for å få kategoriane til å passe dei individuelle behova. Paulsen Breimo (2012 s. 198 - 199) kallar dette «meklande strukturar».

Ein ser at nokon lettare "får plass" i dei kategoriane som er definert av systemet. Det er og skilnad på kategoriane når det gjeld i kva grad dei lar seg manipulere eller forskyve. Slik kan ein tenke seg at nokon brukarar og deira tenestebehov befinn seg mellom kategoriar som ikke

er mottakelege for mekling. Dei som fell innanfor kategoriar som enkelt lar seg manipulere eller forskyve, har større sjanse for å lukkast (Paulsen Breimo 2012, s. 203-206).

På mange måtar kan ein seie at innføringa av ulike virkemiddel skapar friksjonar mellom kvardagslivets kompleksitet og institusjonelle styringsrelasjonar. I staden for å sikre individuelt tilpassa tenester, innfører ein stadig nye organisatoriske verkty. Behovet for forenkling er merkbar. Truleg ville det vere meir føremålsteneleg å skape eit større medvit hos aktørane om korleis organisering kan gjerast i praksis (Paulsen Breimo 2012, s. 206-209).

Det blir stadig flere kategoriar å forhalde seg til. Nokon pårørande erkjenner at dei er glade for at dei har ein viss kjennskap til systemet før deira nærpersonar blei sjuke. Om dei ikke hadde gjort det, er dei overtydde om at prosessen hadde blitt heilt annleis (Paulsen Breimo 2012, s. 204).

3. METODISK TILNÆRMING

Gjennom mastergradsarbeidet tar eg mål av meg å utvikle ny kunnskap om kva utfordringar fagpersonar skildrar i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet. I dette kapitlet vil eg gjere greie for dei vurderingar, metodiske val, og strategiar eg har lagt til grunn i studien.

Problemformuleringa bygger på forskaren sine førestillingar om fenomenet som skal studerast, egne erfaringar og tidlegare forskning. Jacobsen (2000, s. 51) seier at ei problemstilling bør vere «*spennande, enkel og fruktbar*». Eg tenker at problemformuleringa mi kan vere spennande i kraft av at eg på førehand ikkje visste kva eg vil finne. Enkel i kraft av at den er klar høve til kva eg vil freiste å sjå nærare på. Fruktbar fordi det kan vere mogleg å undersøke den empirisk, og at den kan vere med å skape ny kunnskap.

3.1. Eigen ståstad

Ingen kan seiast å vere heilt objektiv. Eg har både egne erfaringar frå fagfeltet, og tankar om samanhengar som eg gjerne ville teste ut. Som forskar må ein freiste å vere medviten og reflektere kring si eiga førforståing, slik at ein kan opptre mest mogleg sakleg og upartisk. Olsson og Sørensen (2003, s. 67) slår fast: ”*Redgjørelse for forforståelsen er et kvalitetskrav, og forskeren må opplyse om personlige erfaringer som har vært viktige og relevante for prosjektet*”. Ei slik klargjering vil kunne styrke truverdet i studien.

Vi ser med vilje, eller kanskje aller helst umedvite, vekk frå dei opplysningane som ikkje passar inn. Kjelstadli (1992, s. 138) spør om teoriar er bur eller nøklar, og seier: ”*Når du velger én lyskaster, blir feltene utafor lyskjeglen desto mørkere*”. Som du ropar i skogen, får du svar. Ein potensiell fare ved min kjennskap til, og engasjementet for rehabiliteringsfeltet, kan vere at eg blir blenda av mine egne erfaringar og tankar.

Ved å reflektere kring si eiga forforståing kan ein førebygge at ein seinare forvekslar det ein visste frå før, med det ein trur ein har funne. Gjennom meir enn 15 år som leiar på ulike nivå ved ulike einingar i spesialisthelsetenesta, har eg vore opptatt av korleis overføring av menneske med rehabiliteringsbehov skjer mellom ulike forvaltingsnivå.

Eg har prøvd å vere medviten i høve til å møte forskingsfeltet med eit «ope sinn». Eg vil legge vekt på at kunnskapsproduksjonen mest mogleg skal ha sitt utspring hos informantane. Fokus på førforståinga har vore med gjennom heile forskningsprosessen. Litt forenkla kan ein seie: Problemet er ikkje det eg er klar over, men det eg ikkje er klar over.

3.1.1 Korleis kan eg få svar på problemstillinga

Eg måtte tenke nøye gjennom korleis eg best mogleg kunne innhente data som kunne kaste lys over fenomenet eg gjerne ville undersøke. Grønmo (2004, s. 27) seier at vitenskaplege metodar uttrykker korleis ein kan framskaffe kunnskap, utvikle teoriar og sikre at dei oppfyller krava til vitenskapleg kvalitet og relevans. Metodane viser den konkrete framgangsmåten for gjennomføringa.

Målet var å skildre og forstå den verda som informantane representerte. Eg leita derfor etter eigna metodar for å kunne fange deira erfaringar, opplevingar og meiningar. Etter ei nøye vurdering blei fokusgruppeintervju valgt som datainnsamlingsmetode. Ein fordel ved fokusgruppeintervju kan vere at informantane i større grad enn ved individuelle intervju kan velge kva spørsmål dei ønsker å besvare, og når dei vel å trekke seg tilbake. For informantane i studien, innebar deltakinga å delta i eit fokusgruppeintervju med til saman 4 – 9 fagpersonar. Metoden kan ha potensiale for å få fram ulike erfaringar og synspunkt, samstundes som ein kunne stimulere til kunnskapsproduksjon gjennom samhandling, erfaringsutveksling, meiningsbrytning og felles refleksjon. Eg håpa at dynamikken mellom deltakarane kunne stimulere og opne for innsikter, fortellingar og erfaringar av ein annan karakter enn eg ville fått ved individualintervju med dei samme personane. Kanskje kunne dei saman produsere meir komplekse data, slik at «1 + 1 blei 3».

Fleire forhold talar for bruk av fokusgruppemetodikk, men det finnast og motargument. Halkier (2010, s. 13 - 14) peikar til dømes på at atypiske individuelle praksisar eller forståingar, kan bli underrapportert i fokusgrupper på grunn av sosial kontroll i gruppa.

Eg vurderte om fokusgruppeintervjua kunne gjennomførast pr. telefon/videokonferanse, men forkasta dette ut frå at utbyttet truleg ville bli større om deltakarane var fysisk til stades. Då ville eg mellom anna lettare kunne fange den ikkje – verbale kommunikasjonen, og observere

om deltakarane kjenner seg utilpass, ikkje forstår, er uinteresserte eller til og med snakkar usant. Ein bakdel kunne vere at eg truleg ville kunne rekruttere fleire deltakarar om dei til dømes slapp reisetida, men kunne delta aktivt frå sin eigen arbeidsplass.

3.2 Mellom teori og empiri

Grønmo (2004 s. 36) påpeikar at ein nyttar ulike metodar om ein bevegar seg frå empiri til teori, eller omvendt. Ut frå teoriar kan ein formulere problemstillingar for empirisk undersøking. Ein føresetnad er at det føreligg eit relevant teoretisk grunnlag for fenomen som skal studerast. Eg vil i dette mastergradsarbeidet legge til grunn dei teoretiske resonnementa som eg har presentert i kapittel 2. Dette er teoriar. Eg vil freiste å operasjonaliere begrepa, og gi dei ei teoretisk meining. Slik har eg knytta dei til ein teoretisk basiskunnskap. Resultata av dei empiriske undersøkingane blir drøfta i høve til dei teoretiske perspektiva. Målet er å utvikle ny teori. Idéalet er å kunne gå i djupna, og å formulere ein heilskapleg analyse som kan stå på egne føter.

3.3 «Skal - skal ikkje» . . . - Val av innformantar

Gruppediskusjonar kan gi ny kunnskap. Malterud (2012, s. 42) viser til Patton (2002, s. 230) som poengterer at eit strategisk utvalg bør prioritere informasjonssterke deltakarar som best mogleg kan bidra til å kaste lys over problemstillinga. For fokusgrupper dreiar dette seg om både det samla utvalget av deltakarar, og korleis deltakarane blir fordelt i dei ulike gruppene. For å kaste lys over problemstillinga, fann eg ut at det var mest føremålstenleg å spørre dei det galdt. Kanskje ville informantane sjå det som positivt å bli vurdert som «ekspertar» på sine egne erfaringar, arbeids- og kompetanseområder.

Å velge kven eg skulle invitere, reiste mange spørsmål. Ville det vere forskjell på kva fagfolka seier eller trur at dei gjer, og deira reelle handlingar i praksis ? Kunne dei usmika fortelle om samhandlingsutfordringar om det var andre kollegaer, fagfolk og representantar frå brukarane til stades ? Ville dei berre seie det dei trudde at dei andre ville høyre, eller overdrive for å gjere inntrykk på, eller overtyde dei andre deltakarane om sine synspunkt ?

Og kva med brukarane ? Er det berre brukarane som er kompetante til å målbere sine behov ?

Ville dei tørre oppriktig å dele sine opplevingar med fagfolk til stades ? Frykta dei sanksjonar dersom dei møtte fagpersonar som dei kanskje seinare var avhengige av ? Var det mogleg å forske på rehabiliteringsfeltet uten å høyre røystene frå brukarane ? Var ikkje det brot på grunnleggande rehabiliteringsideologi ? Kom eg i så fall til å bli mistenkt for å ikkje tenke at brukarperspektivet var viktig, men at fagfolka visste best ? Burde eg invitert til ei fokusgruppe med berre brukarar, eller supplert med einskildintervju ?

Eg såg relevante argument både for og mot brukarrepresentasjon. Dei er jo ekspertar på sin eigen situasjon og egne opplevsar. Men at det berre er brukarane som heilt ut kan formidle sine egne opplevsar, betyr kanskje ikkje alltid at det alltid er dei som best sine ser egne behov. Å ta med brukarane kunne potensielt vere både ein styrke og ein veikskap. Etter drøfting med veileidar, kollegaer som arbeider i feltet, og sist men ikkje minst etter ha gått mange runder med meg sjølv, bestemte eg meg under tvil for å ikkje invitere brukararrepresentantar med i studien.

3.3.1 Jakten på informantar

Eg valgte meg ut eit fylke med eit helseføretak som hadde fleire ulike sjukehus og regionar. Det blei naturleg å arrangere eit fokusgruppeintervju i «nedslagsfeltet» til kvar av dei tre sjukehusa. Geografi blei såleis styrande for sammansettinga av fokusgruppene. Eg ville invitere fagpersonar frå ulike forvaltningsnivå, og kontakta leiarar i helse- og sosialsektoren, ifrå kommunehelsetenesta, ein privat rehabiliteringsinstitusjon og dei tre sjukehusa.

Førespurnaden om deltaking i studien blei sendt leiarar ved aktuelle einingar med ønske om at dei formidla dette vidare til potensielle fagpersonar i sine organisasjonar (Vedlegg nr. 2). Eg ba dei presisere til dei aktuelle deltakarane at det var frivillig om dei ville vere med i studien, og at det ikkje på nokon måte ville få konsekvensar for deira forhold til arbeidsgjevar om ein ikkje ønskte å delta. Målet var å få 4 – 7 informantar til kvar fokusgruppeintervju.

Malterud (2012, s. 20) peikar på at ein bør tilstrebe at deltakarane er framande for kvarandre, men har mange gjensidige fellestrekk. Ut frå forholdsvis «små lokale forhold», kunne eg berre til ei viss grad klare å imøtekomme dette prinsippet. Eg inviterte frå ulike organisasjonar i både første- og andrelinjetenesta, men rekna med at nokon av deltakarane kjende kvarandre

frå før. Likevel håpa eg å sikre både homogenitet og variasjon både innan kvar gruppe og mellom samtlege deltakarar.

Homogenitet for at samhandlinga i gruppa skulle kunne gjenkjenne og auke assosiasjonseffekten, framfor å stimulere til spenningsfylt konkurranse. Variasjon for å få ei god breidde i erfaringar og synspunkt i høve problemstillinga eg ville freiste å kaste lys over. Det er mangfaldet i erfaringane som kan skape nyansar i empiriske data, og som i analysen gjer det mogleg å utvikle nye og relevante skildringar av fenomenet ein undersøker.

For potensielt å kunne ha mulighet til å få tilgang til informantar som av «beredskapsmessige omsyn» ikkje kunne forlate arbeidsstaden, bestemte eg meg for fysisk å arrangere fokusgruppeintervjua i, eller i tilknytning til dei tre sjukehusa. Dette ville kanskje kunne medføre at nokon fikk ei kjensle av å «spele på bortebane», men eg vurderte at det å nytte «nøytral grunn», kanskje samla sett ville kunne føre til færre informantar.

At fokusgruppene blei arrangert ved sjukehusa, ville medføre reisetid på inntil ein time for nokre av deltakarane. Eg dekkja kostnadane knytt til sjølve reisa, men dei måtte møte på sjukehusa til eit på førehand fastsett tidspunkt. Dette kan vere både tidkrevande og utfordrande å få til i ein travel kvardag, og eg ser eg ikkje vekk frå at dette ha vore medvirkande til at representantar frå nokre av dei inviterte kommunane ikkje hadde høve til å delta.

Då rekrutteringa av informantar skjedde gjennom leiarane i dei ulike organisasjonane, var eg prisgitt kven, frå kva yrkesgruppe, om og eventuelt kor mange som hadde tid, lyst og anledning til å vere med. Det meldte seg til saman 19 deltakarar fordelt på dei tre fokusgruppeintervjua. Ingen av gruppene hadde lik representasjon mellom første- og andrelinjetenesta. Dette kan potensielt vere både ein styrke og ein veikskap. Kanskje ville informantane kjenne seg tryggare i selskap med nokon dei kjende til frå før. Eller kanskje ein heller ville snakke endå friare om det ikkje var kollegaer til stades.

For deltakarane frå den private rehabiliteringsinstitusjonen var det av geografiske årsaker mest naturleg å vere til stades i det samme fokusgruppeintervjuet. Frå ein kommune kom det tre representantar. Ein av desse uttrykte ønske om å vere observatør då ho nyleg var tilbake etter ein lengre permisjon. Vedkommande tok ikkje ordet i løpet av fokusgruppeintervjuet. Sidan ho var fysisk til stades, finn eg det naturleg å rekne henne med mellom deltakarane i

studien. I praksis var det då 18 aktive informantar, og ein observatør fordelt på dei tre fokusgruppene. Storleiken varierte frå 4 i den minste, til 9 deltakarar i den største, når eg og tel med «observatøren». Ei breiare oversikt over samansetting av fokusgruppene og bakgrunnsinformasjon ligg ved som eige vedlegg (nr. 7).

3.4 Stille før stormen

Johannessen og Olaisen (1995, s. 18) seier at spørsmålsprosessen er ”*drivkraften i enhver tilnærming, uansett hvilken metode man velger å benytte, eller hvilke aspekter ved fenomenet man undersøker.*” God kjennskap til feltet kjem til nytte når ein skal velje ut temaområder, og formulere spørsmål ein meiner er relevante i høve til problemstillinga.

Ved at eg har kjennskap til og erfaring frå feltet, kunne eg nytte førkunnskapen til å stille både interessante og kritiske spørsmål til informantane. Det kan vere positivt i forhold til å kunne gjere relevante funn, og generere rike data. Bakgrunnen og interessefeltet mitt kan potensielt vere både ein styrke og ein veikskap i alle fasar av forskningsprosjektet.

Eg utarbeidde ein rettleiande intervjuguide der verken spørsmål eller svaralternativ var fastsett på førehand. Det blei formulert fem hovudtemaområder med tilhøyrande underspørsmål. Spørsmåla var utforma på ein slik måte at eg håpa at dei skulle innleie og understøtte dialogar, utløyse diskusjonar, forhandlingar og refleksjonar mellom deltakarane (Jfr. Vedlegg nr. 3).

Jakobsen (2011, s. 13 - 14) seier at det er viktig at moderator og deltakarane i fokusgruppa på førehand er samde om kva som er grensene for diskusjonen. Så blir det moderator sitt ansvar å skille mellom det essensielle («need to know»), det estetiske (nice to know), og unngå tema som fell utanfor desse kategoriane. For å «ramme inn» kva som kunne vere aktuelt å samtale om, sendte eg om lag ei veke før ut ei oversikt med dei fem temaområda.

Slik kunne informantane reflektere over fokusområda på førehand. Seinare under fokusgruppeintervjua gav fleire av informantane uoppfordra uttrykk for at spørsmåla dei fikk tilsendt var relevante. Ein sa at eg hadde «truffe spikaren på hovudet». Det gjorde meg tryggare på at eg truleg eit stykke på veg hadde klart å rette merksemda dit eg ønskte.

I tillegg til at eg trudde at eg kunne få meir gjennomtenkte svar ved å sende ut oversikta over temaområda på førehand, så handlar det og om respekt for informantane i kraft av at dei kunne førebu seg. Bakdelen kan kanskje vere at ein potensielt kan misse dei meir spontane innspela ved at deltakarane heller vektlegg temaområda dei har førebudd seg særskilt på.

Eg gjorde i brevet og merksam på at dei av deltakarane som ville dele eventuelle stikkord dei hadde notert før og under fokusgruppeintervjuet med meg, var velkomne til det. Nokre av informantane la att notata sine. Ein informant la att 8 «maskinskrivne» sider. Desse notata gav rike data, og blei aktivt nytta i analysen som eit supplement til datamaterialet frå lydopptaka.

3.4.1 "Fra asken til ilden"

Det var med skrekkblanda fryd eg troppa opp til første fokusgruppeintervju. Ville dei dukke opp ? Ein ting er å planlegge fokusgruppeintervju, og rekruttere deltakarar. Noko anna er å befinne seg i rom med meir eller mindre ukjende menneske og freiste å få dei til å diskutere med liv og lyst kring eit tema som eg har bestemt.

Eg la vekt på å skape eit godt klima, og opna i invitasjonen opp for at alle var velkomne til å komme litt før intervjuet skulle starte. Då serverte eg kaffi/te, frukt og eit enkelt måltid. Ein del nytta seg av tilbodet. Dei som kom tidlegare fyllte då ut den skriftlige samtykkeerklæring, og skjema for bakgrunnsinformasjon/demografiske data (Vedlegg nr. 5 og 6).

Som «co moderator» hadde eg invitert med ein kollega med mastergradskompetanse, og lang fartstid på rehabiliteringsfeltet. Eg kjende fort at dette innebar ein styrke både i kraft av at han var i stand til å kunne identifisere seg med informantane si livsverd, og kunne vere med å sikre at flest mogleg av spørsmålsområda i intervjuguiden blei berørt.

I starten av fokusgruppene presenterte eg føremålet med studien og «spelereglane» for gruppa. Vi blei samde om at «det som blei sagt i gruppa, blei verande i gruppa». Vekta blei lagt på at i dag var eg her for å lære noko av dei. Eg nytta eg to digitale stemmeopptakarar for å sikre og dokumentere lydopptaka.

Fokusgruppeintervjua starta med at alle kort presenterte seg, og sa litt om bakgrunnen sin. Eg nytta intervjuguiden som rettesnor, men la stor vekt på å lytte slik at interaksjonen og

dialogen først og fremst skulle vere mellom deltakarane. Mi rolle var å sjå til at dialogen i hovudsak kretsar kring det som var dagens tematikk, men og å vere open for nye viktige perspektiv som eg ikkje hadde forutsett. Resultatet ved kvalitative metodar avheng av korleis den som utfører undersøkinga klarer å bruke seg sjølv som metodisk verkty. Halkier (2010, s. 56) seier at moderatoren si rolle er å vere ein profesjonell lyttar ,og spørre på ein måte som balanserar mellom innleving og distanse. Wibeck (2010, s. 11) kallar moderator samtaleleiar.

Uerfaren som eg var, merka eg raskt at det å skulle lytte, notere, sikre at alle punkta i intervjuguide blei berørt og å vere fullt mentalt til stades samstundes, var krevande. Eg freista å vere merksam på mitt «ikkje – verbale uttrykk». Til dømes signaliserte eg ved å nikke til informantane, at det dei gav uttrykk for var verdifullt. Eg nytta intervjuguiden som rettesnor, noterte lite og konsentrerte meg om å lytte, og eventuelt stille oppklarande spørsmål. Etter som fokusgruppeintervjuet skreid fram senka skuldrane i trygg forvissing om at dei digitale stemmeopptakarane ville fange opp alt som blei sagt, slik at materialet seinare kunne bli gjennomgått frå mange kantar. Sommarfuglane i magen landa ein etter ein. Vi var i gang !

Alle fokusgruppeintervjua varte om lag ein og ein halv time. Eg hadde lova informantane denne tidsramma, og la derfor vekt på å runde av intervjua når tida nærma seg. Som avslutning i kvar fokusgruppe opna eg for at informantane kunne ta opp tema, tankar eller refleksjonar som vi ikkje hadde rørt ved, eller moment som dei ville utdjupe. Fleire gjorde seg nytte av dette. For å kunne fange meiningsinnhaldet og utvikle spørsmåla, skreiv eg saman med co – moderator umiddelbart etter avslutta intervju ned hovudpunkt som informantane var opptatt av, og saman reflekterte vi kring sjølve gjennomføringa.

Grønmo (2004, s. 89) kallar det eit metningspunkt når ein ikkje lenger får vesentleg informasjon som er relevant i høve til problemstillinga. Malterud (2011, s. 110) gir uttrykk for at ein skal vere godt nøgd om ein lukkast med å opne nokre dører til eit nytt felt ved å finne relevante døme som bidrar til nytenking. Ho seier at det er viktigare å spørre om ein har nok data til å kaste lys over problemstillinga, enn at ein har vore innom alt som kan seiast om den.

Eg fikk rike data allereie i den første fokusgruppa. Med unnatak av interessante erfaringar knytt til private tilbydarar på rehabiliteringsfeltet, så opplevde eg at deltakarane i dei to siste gruppene var opptatt av dei samme forholda som i den første. Ei medvirkande årsak kan vere

at det i den første gruppa var heile 9 deltakarar. Dette var og det fokusgruppeintervjuet der det var færrest informantar frå sjukehusa til stades.

Dei tre fokusgruppeintervjua blei gjennomført i løpet av ein periode på 8 dagar i august 2013. I ettertid ser eg at det truleg ville vore føremålsteneleg å sette av lengre tid mellom dei. Då kunne eg i større grad nytta erfaringane frå den eine gruppa til å gjere det neste intervjuet endå meir fokusert, revidere intervjustrategiane og tematiske tyngdepunkt. Mellom anna ser eg at ein i fokusgruppeintervjua i liten grad har reflektert kring kronikarar, eller menneske med komplekse rehabiliteringsbehov sin bruk av rehabiliteringstilbod i sjukehusa. Søkelyset var i stor grad på nyleg oppstått sjukdom og skadar, og overføring frå sjukehus til kommunane.

3.5. Analyse av datamaterialet

Analyseprosessen startar med datainnsamlinga, og held fram til resultatet ligg føre. At analysen startar tidleg er nærast uunngåeleg. Den som samlar inn kan vanskeleg la vere å reflektere kring det ein ser og høyrer. Analyse av kvalitative data kan skje på mange måtar. Føremålet med analysen er få fram nye skildringar, begrep eller teoretiske modellar. Malterud (2011, s. 86) understrekar at det er viktig å løfte fram, og gi prioritet til empiriske data som kan fortelle noko nytt, og som kan stimulere til nye refleksjonar.

3.5.1 Systematisk tekstkondensering

Analysearbeidet skal bygge bru mellom rådata og resultat. Ut frå problemstillinga stiller vi spørsmål til datamaterialet. Svara er mønster og kjenneteikn som ein gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Andre forskarar med erfaring frå fokusgrupper anbefalte meg å nytte Malterud sin modell for systematisk tekstkondensering.

Malterud (2011, s. 91 – 112) viser til at analysemetoden Systematic Text Condensation – STC er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analysemetode, men understrekar at modellen ho skisserer er modifisert av henne. Framgangsmåten skisserer ei prosedyre i fleire trinn. Ein slik systematisk gjennomgang av materialet saman med den teoretiske referanseramma kan vere med å kvalitetssikre at det blir gjort overvegingar om relevans, validitet og refleksivitet.

Malterud (2011, s. 91) seier at intersubjektivitet i analysen vil seie at ein ikkje berre gjennomfører prosessen, men at ein og skildrar den. Andre skal kunne følge den vegen ein har gått, anerkjenne systematikken undervegs, og forstå konklusjonane. Eg vil vidare kort gjere greie for stega i prosessen, og knyte dei konkret til korleis eg gjennomførte analysearbeidet.

3.5.2 Heilskapsinntrykk - frå villnis til tema

Dei digitale stemmeopptaka blei ordrett transkribert, og utskrifta kontrollert mot lydopptaket. Dette utgjorde vel 55 sider skriftleg tekst med enkel linjeavstand. Første trinn er å bli kjent med materialet i fugleperspektiv. Eg ivaretok dette ved å lese nøye gjennom uten å streke under, eller notere. Undervegs freista eg å halde mi eiga førforståing og teoretiske referanseramme i bakgrunnen. Malterud (2011, s. 99) seier ein må spørre seg kva førebelse tema ein kan skimte i teksten. Eg formulerte eg sju førebelse hovudkategoriar. Kvar fikk ei samlebenemning som skulle freiste å femne over meiningsinnhaldet.

3.5.3 Meiningsberande einingar - frå tema til kodar

Andre steg er å organisere teksten i meiningsberande einingar. Forskaren må skape ei forståing av teksten, slik at utskrifta kan bearbeidast vidare. Rådata representerer eit utgangspunkt. Ut frå desse vel ein ut tekstelement med potensiell kunnskapskraft Malterud (2011, s. 92). Eg bestemte meg for å bearbeide materialet vidare i elektronisk form på datamaskina.

Først las eg gjennom råmaterialet, og markerte kronologisk teksten med ulike fargekodar ut frå kvar dei ulike tekstbolkane såg ut til å høyre heime. Meiningseningar kunne tidvis passe under fleire tema. Eg markerte dei med fleire fargar, medan eg noterte i parentes kva andre tema det og kunne tilhøyre. Det var stadig bevegelse mellom transkripsjonane og det dekontekstualiserte materialet. Framleis var det mykje att av analysen, men vidareutvikling av hovud- og undertema var ein pågåande prosess gjennom heile arbeidet.

3.5.4 Kondensering - Frå kode til meining

Tredje trinn i analysen er abstraksjon av kunnskapen i kodegruppene. Malterud (2011, s. 104-107) kallar dette kondensering. Ut frå perspektivet forskaren vel å lese materialet frå, skal dei

einskilde kodegruppene arbeidast grundig gjennom, og materialet sorterast i undergrupper. Eg nytta «klippe- og limefunksjonane» på datamaskina for å «fysisk samle» teksten i egne dokument for den einskilde kategori. Undertema utgjorde subgrupper i kategoriane. Dette kan sjåast på som ei form for koding. Kodane er eit organiseringsprinsipp, og ikkje eit mål.

I denne fasen arbeidde eg med å formulere meiningseningane meir konsist, og i mitt eige språk. Eg stilte spørsmålet: «*kva handlar dette om*», skreiv stikkord og las igjen. Sakte men sikkert «spissa» eg teksten til ei meir fortetta skildring. Samanfattainga innebar ei form for abstraksjon. Prosessen var tidkrevande, men eg opplevde å få god oversikt over materialet. Tal hovudkategoriar blei redusert frå sju til fire.

Malterud påpeikar at forskaren mellom anna må ta stilling til variasjonsbreidde og fellestrekk når ein skal velge fokus for analyseprosessen. Ein kan studere både variasjon og fellestrekk, men ho tilrår at det ikkje vert gjort samstundes (Malterud 2011, s. 92). Det var lite meiningsbryting mellom deltakarane. Eg opplevde at dei i stor grad var opptatt av det same, men frå ulike ståstar. På grunnlag av dette valgte eg å ta utgangspunkt i fellestrekk i den vidare analysen.

Så utarbeidde eg kondensat. Dette er arbeidsnotat som skal nyttast som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i det fjerde og siste trinnet. Malterud gir uttrykk for at kondensatet skal gjenfortelle og samanfatta innhaldet, fortrinnsvis ved hjelp av deltakarane sine egne ord og begrep frå dei meiningsberande einingane (Malterud 2011 s. 106). Reint praktisk nærma eg meg dette ved å velge ut, og sette saman meiningsberande einingar som eg opplevde som rike og uttrykksfulle.

3.5.5 Samanfattaing – frå kondesering til skildringar og begrep

I det fjerde og siste steget er hovudutfordringa å samanfatta viktige tema i teksten til ein heilskap. Malterud kallar dette rekontekstualisering (Malterud 2011 s. 107). Bitane skal settast saman igjen slik at dei utgjer gjenfortellingar som kan legge grunnlag for nye skildringar, eller begrep som kan delast med andre. Dei meiningsfortetta skildringane frå trinn tre blei henta fram att.

Kodegruppene skal samanfattast på ein måte som er lojal mot informantane sine røyster, gir innsikt og vekker tillit. Undervegs la eg vekt på å halde kontakten med datamaterialet, og utrykke meg klart. Eg gikk jevnleg tilbake og leste meiningseiningar. Sitat som kasta lys over det som var omtalt i teksten blei løfta fram. Med basis i dei kondenserte tekstane og dei utvalgte sitata, utarbeidde eg ein analytisk tekst for kvar kodegruppe. Resultata blei kvalitetssikra mot transkripsjonane, og dei analyserte fokusgruppeintervjua. Eg oppdaga at eg trengde ei presisering frå ein av informantane, og tok kontakt ved å sende ei melding til vedkommande sin mobiltelefon. Svaret kom raskt, og var avklarande i høve spørsmålet mitt.

Den samla analytiske teksten representerer resultata i studien. Eg har i studien freista å validere funna opp mot den samanhengen dei var henta ut frå, både gjennom krysslesing og ved å leite etter data som motsa funna. Malterud understrekar at ein må vurdere om resultata framleis gir gyldige skildringar av den samanhengen dei opphaveleg var henta frå. Dei «førebelse resultata» blei drøfta med veildar, før dei vart «formulert endeleg». Eg valgte å presentere historiene på tvers, og i hovudsak gjenfortelle gjennomgåande trekk.

I følge Malterud (2011 s. 109) endar det fjerde analysetrinnet ut i å validere resultata imot teori på området. Desse blir presentert i neste kapittel. I diskusjonskapittelet (Kapittel 5) utdjupar eg forståinga av funna i studien i lys av relevant teori på feltet.

3.6 Reliabilitet, validitet og overføringsverdi

Begrepa validitet, reliabilitet og generalisering blir nytta til å vurdere datakvaliteten. Kvale (1997, s. 158) kallar begrepa ”*en hellig, vitenskaplig treenighet*”. Reliabiliteten seier noko om kor påliteleg datamaterialet er, og refererar til kor nøyaktige dei ulike operasjonane i forskingsprosessen har vore. Som forskar har eg freista å reflektere over korleis eg kan unngå å påvirke informantane. Eg la føringar for aktuelle tema, men kunnskapsproduksjonen skjedde i stor grad i interaksjonen mellom fagpersonane i fokusgruppene.

Reliabiliteten er utrykk for i kva grad variasjonar i datamaterialet skuldast trekk ved undersøkingssopplegget, eller datainnsamlinga (Grønmo 2004, s. 220). Eg har freista å beskrive arbeidet med studien på ein slik måte at andre lett kan etterprøve det. Dersom undersøkingssopplegget og datainnsamlinga gir truverdige data, er det høg grad av reliabilitet.

I kva grad ein studerer det ein har sagt at ein vil studere, kallar vi validitet. Validiteten (gyldigheten) er høg om undersøkingsopplegget og innsamla data er relevante i høve til problemstillinga. Malterud (2012, s. 31) presiserer at eit godt strategisk utvalg av deltakarar og gruppesamansetnad kan styrke validiteten i empiriske data.

Grønmo (2004, s. 235) skiller mellom aktør- og kollegavalidering. I studien har eg nytta begge deler for å sjekke ut at dataane mine er gyldige. Samhandlinga i fokusgruppa der informantane diskuterte og reflekterte saman, kan vere døme på aktørvalidering. Refleksjon og meiningsbryting saman med veileidar og co moderator har vore til stor nytte.

Validiteten er tilfredstillande om data er gode og treffande i høve til intensjonen med studien. Wibeck (2010, s. 144) spør om ein heller burde kalla termen validitet for «truverd». Ho peikar på at ein potensiell fare i fokusgruppetudier kan vere at informantane ikkje seier det dei egentleg tenker. Dette er eit poeng som det er vanskeleg for meg å svare objektivt på, men eg opplevde deltakarane som både engasjerte og ærlege. Ein av informantane sa til meg etter intervjuet at: *«det var deilig endeleg å få snakke med nokon som veit kva rehabilitering er»*.

Malterud (2012 s, 132) seier at i ein fokusgruppetudie er det avgjerande for den interne validiteten at deltakarane og forskaren har ei felles forståing av kva spørsmål diskusjonen skal freiste å gi svar på. For å legge til rette for dette, sendte eg ut hovudspørsmåla i intervjuguiden på førehand. Eg freista likevel viktig vere open for at informantane sine erfaringar kunne skape nye spørsmål, som var vel så relevante som dei opprinnelege.

I kvalitativ forskning er validitet overordna reliabilitet. Dersom validiteten er god, er og resultatet påliteleg. Halkier (2010, s. 128) seier at tidlegare innebar pålitelighet at ein annan forskar skulle kunne føreta den samme produksjonen og bearbeidinga og få dei samme resultata. I kvalitative studiar er ikkje dette noko mål i seg sjølv, seier ho, sidan forskaren brukar seg sjølv som subjekt for å produsere kvalitative data. Det handlar i dag om å gjere prosessen med produksjon og bearbeiding av data eksplisitt og gjennomskueleg for andre slik at ein kan vurdere om det er gjort eit ordentleg stykke handverk. I lys av dette har eg i dette kapittelet prøvd å skildre alle ledda i forskningsprosessen etter beste evne.

Ein må spørje om kunnskapen ein har komme fram til også kan vere gyldig for andre. Kva kan ein studie med 18 informantar egentleg seie om det vidtfemnande rehabiliteringsfeltet ?

Desto meir presis problemstillinga er, jo meir sannsynleg vil det vere at funna kan ha betydning i andre samanhengar. Eit relevant utvalg av deltakarar, aukar sjansane for at diskusjonane har presentert erfaringar som andre kan lære av. Ein grundig teoretisk diskusjon kan styrke overføringsverdien ved at den blir sett inn i ein større samanheng.

Det var ikkje tilfeldig kva spørsmål eg stilte. Ved hjelp av mi erfaring og kunnskapar om rehabiliteringsfeltet, trur eg at eg har klart å plukke ut nokre nøkkelspørsmål. Yrkesgrupper som sosionom og logoped blei ikkje representert mellom informantane. Eg undrar meg over om dette var tilfeldig. Kanskje om det var slik at dei ikkje blei vurdert, eller såg på seg sjølve som sentrale aktørar i høve til temaet eg ville undersøke. Kanskje ville deltaking frå desse kunne reise nye perspektiv ? Ein av informantane nevner til dømes støtte-/treningskontaktar og den kommunale vaktmeisteren som viktige aktørar i rehabiliteringsprosessar. Eg måtte innsjå at uansett kven som deltok i studien, så ville det truleg vere andre som og potensielt kunne ha verdifulle bidrag og innspel.

Ut frå slik eg har valgt å vektlegge innhaldet i datamaterialet, så er erfaringane frå nokre av informantane hyppigare trekt fram enn andre. Ifølge Malterud (2011, s. 109) så er det ikkje noko uvanleg, eller problematisk at einskildinformantar gir særleg rike bidrag. Ho påpeikar at ein må ta med dette i betraktninga når ein seinare skal vurdere overføringsverdien. Når eg presenterer data, så er alle dei aktive 18 informantane sitert, eller knytt til ulikt meiningsinnhald. I lys av dette opplever eg at alle deltakarane har bidratt til resultatet.

Wibeck (2010, s. 148) nyanserer mellom begrepa generalisering og overførbarhet, Medan det ved generalisering er forskaren som drar konklusjonane, må den som får resultata sjølv avgjere kva overføringsverdi resultata har i andre samanhengar. Slik eg ser det, kan studien vere med å gi nyttige innspel til både brukarar, fagpersonar og leiarar på ulike tenesteområder.

3.7 Ethiske vurderingar

Å snakke med andre menneske og utforske deira system- og livsverd, handlar om noko meir enn å innhente data. Det har og ei moralsk side. Kvale (1997, s. 66 - 70) peikar på det informerte samtykket, konfidensialitet og konsekvensar som tre viktige etiske reglar for forskning på menneske. Han understrekar at ein må ta omsyn til desse gjennom heile forskningsprosessen.

Det informerte samtykket vil seie at informanten, så langt det lar seg gjere, får god informasjon om undersøkinga og eventuelle bakdelar ved deltakinga. Informantane fekk både skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet, og korleis data skulle nyttast vidare. Det blei understreka at det var frivillig å delta, og at ein kunne trekke seg når som helst fram til mastergradsarbeidet blei levert. Alle informantane skreiv under ei samtykkeerklæring før fokusgruppeintervjuet.

3.8 Frå metode til empiri

Eg har no gjort greie for kva vurderingar, metodiske val og strategiar som ligg til grunn for studien. I neste kapittel presenterer eg fokusgruppene og funn i empiriske data. Målet med studien er at funna kan nyttast til å abstruere ny teori om kva utfordringar fagpersonar skildrar i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet, som potensielt er gyldig andre stader, og til andre tider. I det neste kapitlet, vil eg presentere dei dataene eg fann i den empiriske undersøkinga.

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV DATA

4.1 Bakgrunn og framstilling

Studien er gjort i Sogn og Fjordane. For å kunne forstå og sjå funna i ein breiare samanheng, er det føremålsteneleg å skildre tilhøva litt nærare. Fylket har i dag vel 100 000 innbyggjarar, fordelt på 26 kommunar. Mange små kommunar kan medføre særskilde utfordringar når ein skal lage eit godt helsetenestetilbod til innbyggjarane. Busetnaden er spredt, med få urbane stader. Dei topografiske tilhøva kan medføre lange og tidkrevjande reiseavstandar.

Kommunikasjonane kan vere både avgrensa, og opplevast som tungvinte. Befolkninga er eldre enn landsgjennomsnittet, og gjennomsnittsalderen er forventa å auke.

Gjennom tre fokusgruppeintervju har 18 fagpersonar i felleskap delt sine erfaringar og refleksjonar i høve til kva utfordringar dei opplever i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsområdet. Eg vil i dette kapitlet gjere greie for funna frå dei empiriske undersøkingane.

Datamaterialet synte ikkje vesentlege skilnadar mellom sjukehusområda. Deltakarane var i stor grad opptatt av dei same emna. Eg har derfor valgt å presentere resultatane på tvers av fokusgruppeintervjua. Ulike data kan knytast til fleire forsknings spørsmål. Eg tolkar dette som eit uttrykk for at det empiriske materialet heng saman, og kan forståast som ein heilskap. For å sette meiningsinnhaldet i samanheng viser eg til stilling/funksjon, og kva type organisasjon informantane har sitt daglege virke. Slik har eg prøvd å skape ei heilskapleg ramme rundt dei opprinnelege intervjusituasjonane, analysen og sluttproduktet.

For å fremje nærleiken til datamaterialet, vil sitat og meiningsinnhald bli knytt til aktuell fokusgruppe og fagperson. Fokusgruppene blir holdt frå kvarandre med: (Fg1), (Fg2) og/eller (Fg3). For å skille mellom, og relatere synspunkta til den einskilde fagperson, nyttar eg ein eigen bokstavkode. Døme kan vere «Fg2: K» (Vedlegg 7).

For freiste å gjere funna meir levande, har eg formidla mi forståing av erfaringar og opplevingar i ein kombinasjon mellom direkte sitat, og gjenfortelling med egne ord. Hovudvekta ligg på meiningsinnhaldet. Sitata er gjengitt så ordrett som mogleg. Talespråket er prøvd framstilt som godt skriftleg språk, og ikledd nynorsk språkdrakt.

4.2 Hovudinstrykk

Overordna kan datamaterialet kan oppsummerast i at fagfolka i studien skildrar realiseringa av samhandlingsreforma som krevande. Tilbodet i spesialisthelsetenesta ser ut til å bli bygd ned før kommunehelsetenesta er sett i stand til å overta oppgåvene. Fagpersonane peikar på at kravet om effektivisering medfører at pasientane skal skrivast raskare ut frå sjukehusa, og at kommunane skal ta over meir ansvar. Det ser ut til å vere tilfeldig kven, og kvar ein får tilbod om rehabilitering. I denne gråsona, ser og kommersielle aktørar ser og ut til å gjere sitt inntog i helsetenesta. Fagpersonane peikar på at motivet ser ut til å vere pengar, og at kvaliteten kan vere varierende.

Kommunikasjonen mellom fagfolka ser ofte ut til å skje utenom dei formelle kanalane, og heller mellom fagpersonar som kjenner kvarandre frå før, eller som har samarbeidd tidlegare. Fysio- og ergoterapeutar ser ut til å bli sett på som nøkkelpersonar for å sikre brukarane rehabilitering.

Fagpersonane i kommunane opplever å møte stadig meir komplekse problemstillingar, som kanskje ikkje er utgreia i tilstrekkeleg grad. Dei manglar både kapasitet og kompetanse, og opplever å ikkje vere godt nok førebudde. Fagpersonane gir strekar under at dette aktualiserar behovet for eit tenestenivå mellom dagens tradisjonelle strukturar. Dei poengterer betydninga av å utvikle ei felles tankesett på tvers av fag- og kompetanseområder om ein skal lukkast i samarbeidet både internt i eigen organisasjon, og mellom forvaltningsnivåa.

4.3 Framdrift

Kapittelet er bygd opp i fem delar. Under første hovudoverskrifta «Funksjonsnivå, ikkje diagnose», delar fagpersonane sine erfaringar i høve til kven som bør få rehabiliteringstilbod kvar. Under tittelen «Samarbeidsutfordringar» skildrar dei samarbeidet internt i, og mellom sjukehusa. Dei fortel engasjert om praksiskvardagen i spenningfeltet mellom første- og andrelinjetenesta, rehabiliteringsarbeidet i kommunane, og relasjonane til ulike samarbeidspartnarar som private rehabiliteringsinstitusjonar, og kommersielle interesser.

Under fana «Andre strukturar – Nye aktørar» skildrar dei korleis dei opplever at utviklinga i helsetenesta genererer behov for andre løysingar, og nye strukturar mellom dei tradisjonelle sjukehus- og kommunehelsetenestemiljøa. Dei peikar og på kommersielle interesser som ein ny samarbeidspartnar i kommunane. Bak overskrifta «Rehabiliterarar» gøymer det seg ein draum om korleis ein ressursperson på rehabiliteringsfeltet kan vere i framtida. Saman reflekterer dei over kva rehabilitering eigentleg er. Avslutningsvis blir funna i studien oppsummert i seks hovudkategoriar.

4.4 Funksjonsnivå, ikkje diagnose

Spesialistlegen som og arbeider ved eit av dei større universitetssjukehusa i Skandinavia, etterlyser nasjonale retningslinjer for kven som skal få tilbod om rehabilitering, og på kva nivå. Så langt han kjenner til, finnast ikkje dette i nokon av dei to landa (Fg3: N). Ein annan spesialistlege som har delt stilling mellom sjukeheim og privat rehabiliteringsinstitusjon, gir uttrykk for at spesialisthelsetenesta mellom anna skal formidle kunnskapen sin gjennom veiledningsplikta si til førstelinjetenesta (Fg1: F). Fysio- og ergoterapileiaren i kommunen støttar henne, og understrekar at spesialisthelsetenesta har ansvar for å gi fagpersonane ute i kommunane råd og veiledning både i forhold til system og einskildpasientar: «*Og der er det meir å gå på !*» (Fg1: E).

Ho tenker at i hovudsak har kommunane ansvar for det som kan definerast som enklare rehabilitering, sidan ein der har færre yrkesgrupper. Ergoterapeuten i kommunen seier at ho forstår det slik at førstelinjetenesta skal sørge for at alt fungerer i kvardagslivet (Fg3: O). Den kommunale fysioterapeuten vil gjerne dra fram at NAV, Hjelpemiddelcentralen, vaktmeisteren, støtte- og treningskontaktar og sist men ikkje minst pårørande og «nærpersonar» er viktige støttespelarar (Fg1: A). Fysioterapeuten frå sjukehuset peikar på faren for generalisering: «*Kvart tilfelle må vurderast for seg. Vekta må leggast på funksjonsnivå, ikkje diagnose*» (Fg2: J).

Både den kommunale fysio- og ergoterapileiaren , og fysioterapeuten i kommunen viser til spesialisthelsetenesta sitt ansvar for behandlingshjelpemiddelordninga, ambulant verksemd og deltaking i oppstart av individuelle planar (Fg1: A og E). Dei gir uttrykk for at den spesialiserte rehabiliteringa skal, og må ligge til spesialisthelsetenesta. Då tenker dei i hovudsak på «nye saker» som til dømes traumatiske hjerneskadar, ferske hjerneslag og

ryggmargsskadar. Då er det ofte behov for kartlegging frå spesialiserte yrkesgrupper som til dømes nevropsykolog, synspedagog og logoped.

Representantane frå kommunehelsetenesta fortel at dei sjeldan etterspør rehabiliteringstilbod i sjukehusa for brukarar som ikkje nyleg har fått akutte forverringar. Skulle dei likevel gjere det, er indikasjonen oftast eit ønske om intensiv trening, eller behov for særskilt kompetanse (Fg1: A, D, E og F, Fg2: L, og F3: O). Fysioterapeuten i sjukehus gjer merksam på at kodeverket har eigne kriterier, og at minst 6 yrkesgrupper må vere involvert for å utløyse taksten for kompleks rehabilitering. Enkel rehabilitering krev 4 yrkesgrupper (Fg2: J).

På den private rehabiliteringsinstitusjonen er fokuset på ressursar, auka sosial deltaking og betra fysisk funksjon. Den leiande sjukepleiaren der, seier at dei har avtale med det regionale helseføretaket i høve til kva type behandlingstilbod dei skal gi, og til kven (Fg1: H). Det er oftast fastlegane som tilviser. Søknadane blir vurdert i den regionale vurderingseininga. Dei bestemmer kven som skal få tilbod kvar. Sjukehusa kan søke sine pasientar direkte. Då kjem dei mykje raskare til, men likevel sender dei erfaringsmessig få søknadar.

Ho opplever at dei andre deltakarane i fokusgruppa skildrar brukarar med lavare funksjonsnivå enn dei er vande med». Ergoterapeuten som arbeider saman med henne, poengterer at dei har begrensa kapasitet i høve til å kunne tilby plass til fleire med behov for særskilt assistanse samstundes. Men, seier ho: «*Vi ser jo at det truleg vil komme ei dreining til svakare, og dårlegare fungerande pasientar*» (Fg1: I).

4.5 Oppsummering, og vegen vidare

Fagpersonane er samde om at ansvaret for komplekse og nyleg oppståtte rehabiliteringsbehov med behov for særskilt kompetanse, bør ligge til spesialisthelsetenesta. Kommunane har ansvar for den enklare rehabiliteringa. Tilbodet i den private rehabiliteringsinstitusjonen er langt på veg regulert gjennom anbudsutlysing frå det regionale helseføretaket som kjøper tenestene. Slik har spesialisthelsetenesta stor påverknad i høve til kva type tilbod dei skal gi, og til kven. Dei understrekar at ein i einskildsaker må gjere ei heilskapleg vurdering med vekt på funksjonsnivå, ikkje diagnose.

Så langt har fagpersonane fortalt om korleis arbeidsdelinga er, eller kanskje korleis dei skulle ønske at den var. I den vidare presentasjonen får vi høyre meir om korleis dei opplever samspelet, både innad i egne organisasjonar, og forvaltningsnivåa i mellom.

4.6 Samarbeidsutfordringar

Fleire av fagpersonane frå sjukehusa gir uttrykk for at dei opplever utfordringar i det interne samarbeidet mellom dei ulike sjukehusa i helseføretaket. Det kan vere vanskeleg å få plass på dei meir spesialiserte fagavdelingane. Dialogen er ikkje optimal. Dei får sjelden tilbakemeldingar i høve til korleis det går med dei som blir sendt vidare: *«Men vi har jo fått tilbakemeldingar frå pasientar og pårørande om at dei kanskje ikkje har fått den rehabiliteringa dei hadde forventa»* (Fg2: M og J, og Fg3: N, Q, R, P og S).

Sjukepleiaren fortel om då ho var nyutdanna (Fg1: G): *«Då var pasienten i fokus. No er det pengane som gjeld !»*. Ho fortel om omorganiseringar og samanslåingar av forskjellige einingar med store, og til dels ulike fagfelt. Ho opplevde at dei hadde ei godt fungerande avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering: *«Men i 2009 vart vi slått saman med revmatologen og nevrologen. Då begynte det å bli kompekst. Er du sjukepleiar, så tenker dei at du kan jobbe med alt. Du er litt slik som poteta»*. Ho opplever at rehabilitering er eit stort og utfordrande felt:

Eg jobba med det i mange, mange år før eg egentleg forstod skikkelig kva det gikk ut på» «Desto meir kompleks og samansett problemstillinga er, desto viktigare er det at vi veit kva vi jobbar med. Det kan du ikkje klare om du skal rullere mellom revmatologi, nevrologi og rehabilitering som er kjempestore fagfelt.

Ho undrar seg over at den spesialiserte rehabiliteringsavdelinga etter samanslåinga berre ser ut til å bruke berre 6 – 7 sengeplassar. Før var det rift om dei 11 plassane på avdelinga. Spesialistlegen fortel at ein manglar nokon faggrupper ved sjukehuset (Fg3: N). Då har ein behov for å overflytte pasientane til eit større sjukehus i det samme føretaket. Han har fleire gonger opplevd at menneske med hjerneslag kan komme seint i gang med rehabiliteringa: *«Det tar for lang tid. Tidlig rehabilitering viktig. For meg er det ikkje dag 10»*. *Veldig trist å sjå at dei blir liggande 10-14 dagar før dei får vurdering av logoped»*.

Han seier at målretta rehabiliteringsarbeid må starte allereie inne på sjukehuset (Fg3: N). Det hjelp ikkje at fysio- og ergoterapeutane er innom ein liten halvtime. Fokuset må vere der heile tida: *«Stå opp. Et frukost. Gå til toalettet. Senga er det farlegaste på heile sjukehuset !»*. Han utdjupar: *«Eg har sett toppidrettsutøvarar. Om dei vil kan dei gå på hendene ut i matsalen. Men, nei då ! Dei ligg i senga og et. Så sovnar dei. Folk som trenar 3 – 4 timar om dagen. Då er dei institusjonalisert»*.

Ergoterapeuten på sjukehuset fortel at dei freistar å arrangere tverrfaglege samarbeidsmøte med pasient og eventuelt pårørande. Då er det som regel fysio- og ergoterapeutane som kallar inn: *«Vi har vel ikkje definert oss som koordinatorar, men lagar eit dokument der det står kva som skal gjerast og kven som har ansvaret. Mål og plan for pasienten !»* (Fg3: S).

4.7 For fort i svingane

Sjukepleiarane ved fleire medisinske avdelingar i sjukehusa fortel at dei etter samhandlingsreforma ringer kommunehelsetenesta dei første 24 timane etter innlegging for å melde frå om at pasienten er innlagt. Slik vil ein sikre at kommunehelsetenesta er førebudd når tida for overføring er inne. Dei nyttar då høvet til og å melde frå om rehabiliteringsbehov (Fg2: K og Fg3: Q og R). Ofte snakkar dei med pasientane, og eventuelt pårørande for å prøve å finne ut korleis heimen er tilrettelagt. Det er ikkje alltid ein kan komme heim. Då tar dei kontakt med kommunen. Nokre gonger kan ergoterapeuten gjere heimebesøk, for å vurdere kva som trengst for at brukaren skal kunne utskrivast.

Sjukepleiaren i sjukehus gir uttrykk for at: *«Utviklinga i fylket for rehabilitering er «ei katastrofe for pasientane»* (Fg1: G). Ho fortel at før kalla dei inn fagfolk frå kommuane til hospitering. Tok kontakt veldig tidleg, og prøvde å overføre kunnskapen. Slik jobba ein i fellesskap: *«Det er klart at sånne ting dessverre er ei saga blott etter kvart»*. Ho tenker ofte på det når ho deltar i prosjekt i regi av det regionale helseføretaket: *«Du har berre lyst å Veldig bra på papiret. Men så veit vi at det ikkje er slik det er i praksis»*.

Fysio- og ergoterapileiaren i kommunen kjenner seg att forandringa etter samanslåingane. *«Alle dei gode samarbeidsmøta vi hadde før og dei gode tverrfaglige utskrivingsmøta er tilnærma vekke»*. Ho fortel at dei no får tilbake rehabiliteringspasientar med det dei opplever som *«ganske komplekse problemstillingar»* (Fg1: E). Fysioterapeuten i nabokommunen, fortel

at dei ofte sjølv må ta ansvar for kartlegginga (Fg1: A): *«Det blir gjerne eit korttidsopphald på sjukeheimen. Så kjeftar vi på sjukehuset for feilaktige opplysningar, og for at dei ikkje har sikra ein god oppstart av rehabiliteringsprosessen».*

Sjukepleiaren i kommunen gjenkjenner biletet som blir teikna. Etter å ha gjort vurderingsbesøk hos brukaren, registrerer ho at personalet i sjukehusavdelinga og representantane frå kommunen vurderer funksjonsnivået ulikt (Fg1: C). Då kjem det ofte fram at det er brukarane sjølv som ønsker seg inn på sjukeheimen. Dei er usikre, og trur ikkje dei vil klare seg i heimen. Då er det lett for dei tilsette på sjukehuset å søke plass på institusjon.

Trass i samansette utfordringar, så er pasientane kanskje berre innlagt i sjukehuset i ei veke, påpeikar fysio- og ergoterapileiaren i kommunen (Fg1: E). Verst er det om sommaren, og i høgtidene, seier ho. Då kan pasientane bli utskrivne ei lita veke etter eit hjerneslag sjølv med omfattande utfall, kognitive vanskar, svelgparese og andre kompliserte problemstillingar: *«Plutseleg er dei der! Og vi lurar på: Kva er dette ? Kvifor er dei ikkje skikkelig kartlagt ?»* Ho utdjuar og fortel vidare:

Det blei eit lite utskrivingsmøte. Dei sa pasienten berre hadde motoriske utfall. Han hadde svelgparese. Fikk ikkje i seg mat, og aspirerte. Historia endte ikkje godt. Han fikk ein aspirasjonspneumoni, og døydde etter relativt kort tid. Eg trur det blei laga avviksmelding . . .

Fysioterapeuten frå kommunen opplever at dei få gongane ein har klart å etablere tidleg samarbeid med sjukehuset så får ein eit mykje bedre resultat (Fg1: A). Han huskar tilbake til rundt årtusenskiftet då ein samarbeidde med den spesialiserte rehabiliteringsavdelinga på sjukehuset. Då arrangerte ein tverrfaglege samarbeidsmøte med pårørande, brukaren og dei aktuelle faggruppene tidleg i rehabiliteringsprosessen: *«Gode overføringar er trygt for både brukarar og pårørande, men og for oss som arbeider i kommunen. Det får vi berre til unntaksvis i dag».*

Fysio- og ergoterapileiaren i kommunen opplever at mange ikkje får plass på dei private rehabiliteringsinstitusjonane på grunn av hjelpebehovet: *«Dei hadde «trengt å komme ut frå sin eigen kvardag. Det kan låse seg i heimetenestene, så dei skulle fått eit tilbod dei og»* (Fg1: E). Fysioterapeuten i kommunen er samd, og seier: *«Komme vekk frå oss som terapeutar og hjelpepersonell. Sjå på ting med andre auge. Det er det behov for».* (Fg1: D).

Ergoterapeuten ved den private rehabiliteringsinstitusjonen fortel at ho opplever at dei ofte får søknadar når det er begynt å «køyre seg fast» mellom brukar, pårørande og representantane frå hjelpeapparatet i kommunen. Då freistar dei å sjå om ein kan komme vidare. Eininga har eit uttalt ønske om å halde fram med å tilby spesialisert rehabilitering, slik at dei kan halde fram med å vere ein del av spesialisthelsetenesta. Fysioterapeuten i kommunen fortel at ein dei siste åra har mista tilgang til fleire private senter, fordi dei ikkje har fått fornya avtalane sine med dei regionale helseføretaka (Fg1: A). Han påpeikar at desse er viktige for å kunne gi spesialisert rehabilitering som kommunen ikkje klarer på eiga hand. Døme kan vere dei som treng livsmeistring, eller intensiv tidsavgrensa oppfølging av ulike årsaker.

Fysioterapeuten i sjukehus skryt av samarbeidet dei har hatt med ein rehabiliteringsinstitusjon i eit anna fylke (Fg2: J). Ofte kan det vere slik at når ein har fått eit tverrfagleg tilbod, så kan ein lettare slå seg til ro med at «rehabiliteringspotensialet er tatt ut: *«Alle har nok ikkje kommt seg så voldsomt, men dei er utreda skikkeleg. Folk har sett kva det handlar om. Ein har for eksempel forstått alle dei usynlege utfalla hos ein slagpasient. Det har mykje å bety !»*.

Fysioterapeuten på sjukehuset fortel at ein nokre gonger knapt har fått helst på pasienten før han blir utskriven: *«Då blir eg litt fortvila»* (Fg2: J). Fysioterapeuten i kommunen opplever og at pasientane kjem raskt ut. Ein skal ta imot uansett kva tilbod ein kan gi. Ho fortel at dei ikkje alltid klarar å stable eit tilfredstillande tilbod på føtene, men at det viktigaste er å sleppe å betale for ferdigbehandla pasientar. Fokuset har dreia vekk frå sjølve rehabiliteringa: *«Vi tek imot. Så begynner vi å samle trådane. Vi har ikkje det apparatet som skal til i vår kommune»* (Fg1: D).

4.8 «Tilfeldighetenes spill»

Den erfarne fysioterapeuten frå kommunen, seier at i dei mindre kompliserte sakene opplever han sjelden at samarbeidsprosessen startar før brukaren er kommt til kommunen. Ofte kjem ein ikkje i gang før etter fleire dagar på institusjon, eller i eigen heim: *«Den korte liggetida i sjukehusa er «den største hemsken» i samarbeidet mellom første- og andrelinjetenesta»*. Han har hovudansvar for å sørge for tverrfagleg og tverretatleg deltaking og koordinerer: *«Eg opplever at det blir lagt mykje ansvar på fysio- og ergoterapeutar. Dei er ofte «motorane» på rehabiliteringsfeltet»*. Men han understrekar at rehabilitering er tverrfagleg, og ikkje kan utførast av ei, eller to yrkesgrupper aleine (Fg1: A).

For å utdjupe fortel han om ei kvinne på 80 år med blødning i pons («hjernebrua»). I akuttfasen hadde ho lammingar i eine kroppshalvdelen, og redusert taleevne. 10 dagar etter innlegging får han melding om at taleevna er tilnærma normalisert. På sjukehuset har ei tverrfagleg vurdering konkludert med at ho: *«ikkje er ein rehabiliteringspasient, men at det kan vere behov for oppfølging av fysioterapeut»*. Mindre enn 14 dagar etter innlegging blir ho utskriven til sjukeheimen. Trass i sommarferieavvikling og det fysioterapeuten omtalar som «dystre prognosar», blir ho prioritert av fysio- og ergoterapitenesta .

Kartlegginga på sjukehuset har vore mangelfull, og ein må sette av mykje tid til dette i starten. Kvinna har jamn framgang utover hausten. Etter nokre månadar bur ho i omsorgsbustad. Er sjølvstendig i forflytning. Går aleine med rollator. Lagar sin eigen mat, og ivaretar dagleg stell med litt tilrettelegging. Ho går i terapibasseng kvar veke i følge med treningskontakt. Ellers har ho mykje besøk av vener og familie, og gir uttrykk for at ho trivest godt.

Det var litt tilfeldig at ho blei så høgt prioritert. Fysioterapeuten spør kva funksjonsnivået ville vore om ikkje «tilfeldighetenes spill» hadde tala til hennar fordel, og svarar sjølv: *«Varig bebruar på sjukeheim med unødvendig stort hjelpebehov, og redusert livskvalitet ?»* (Fg1: A). Ergoterapeuten i kommunen fortel at dei i «hennar kommune» prøver å arrangere både heimebesøk og tverrfagleg målmøte første veka på rehabiliteringsavdelinga (Fg2: L). Om det er føremålstenleg, så har ein både undervegs- og utskrivingsmøte. Ein kontaktar heimetenesta for å planlegge overføringa i høve bustad, og vidare tilbod i heimen.

4.9 Uformelle kommunikasjonskanalar

Ingen av fagpersonane i fokusgruppene er kjent med innhaldet i den lovpålagte samarbeidsavtalen knytt til langvarige og koördinerte tenester som er utarbeidd i samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta i føretaksområdet. Dei viser til at den koördinerande eininga i kommunane sjelden blir kontakta (Fg1: A, D og E, Fg2: L og Fg3: O). Ergoterapeuten i kommunen fortel at då ho starta i funksjonen som konsulent for rehabilitering og ergoterapi, så sende ho brev til sjukehusa med ønske om samarbeid ved utskriving, eller behov for koordinator: *«Eg har fått nokre få telefonar i årenes løp. Dei kan nok tellast på to hender. Eg er så lei system som ikkje fungerer, at eg orkar ikkje jobbe meir med det»* (Fg3: O).

Ergoterapeuten på den private rehabiliteringsinstitusjonen seier at når ho kontaktar kommunane på vegne av brukarar ho tenker ville hatt nytte av individuell plan, så opplever ho ofte at dei ikkje ser kvifor dei skal involvere seg. Dei assosierer bruken av individuell plan meir med multifunksjonsproblem. Sjølv om ein er fysisk sjølvhjelpen, må ein kanskje likevel forhalde seg til mange aktørar over lang tid. Då kan ein ha god nytte av ein slik plan (Fg1: I).

Fysioteraputen i kommunen viser til eit møte han var på ved sjukehuset dagen før (Fg1: A). Han seier at eit sentralt spørsmål som blei trekt fram var kommunikasjonen mellom nivåa. Sjukepleiarar kontaktar sjukepleiarar, fysioterapeutane kontaktar fysioterapeutar, ergoterapeutar kontaktar fysioterapeutar eller ergoterapeutar, lege kontaktar legar i kommunen. Ergoterapeuten på sjukehuset har en samme erfaringa: *«Det oppstår ofte uformelle kontaktlinjer og relasjonar med folk som kjenner kvarandre, eller har samarbeidd tidlegare»* (Fg3: S). Fysioterapeuten frå kommunen kjenner seg godt att: *«Vi manglar nokon kommunikasjonslinjer. Det er ingen, eller veldig dårlig samordning av overføringskunnskapen»* (Fg1: A).

Han opplever at sjukehusa har mest fokus på *«fortast mogleg ut»*. *Då tar dei hardt i ! Dei meiner at alle må innom sjukeheimen slik at dei er sikra oppfølging før ein blir sendt heim. Då har dei «sin eigen rygg klar»*. Sidan årsskiftet har han følgt nøye med. Sjukehuset har tilrådd at samtlege skulle innom sjukeheimen: *«Ingen av dei er der no. Dette er oppgåande personar som utmerka godt hadde klart seg heime»*. Ein må ikkje lage ein modell der alle skal følge same linje, åtvarar han. Han ser at utfordringane delvis og er kommunen si skuld, sidan dei ikkje greier å etablere klare nok retningslinjer for kven som skal ta imot informasjonen.

Fysio- og ergoterapileiaren i kommunen støttar kollegaen sin, og seier at ein må halde fram å presisere kven som bestemmer. *«Dei på sjukehuset har ikkje noko med kva vi gjer vidare. Det er vårt bord å bestemme kva som er best for pasienten»* (Fg1: E). «Ein må akseptere den «nye tida», seier fysioteraputen i kommunen. Det krev god kommunikasjon: *«Vi må få nødvendige opplysningar og riktige vurderingar i så god tid som mogleg. Då kan vi førebu oss. Kartlegginga må vere adekvat og deltaljert. Ikkje berre synsing»* (Fg1: A).

Ergoterapeuten i kommunen informerer om at ein no har rett til ein koordinator inne på sjukehusa (Fg3: O). Ho fortel at ho har bedt om det til ei jente på 10 - 11 år med ei samansett

funksjonshemming. «No er det lagt større vekt på koordinator enn individuell plan. Så no må vi dysse ned den planen, og heller løfte fram koördinatoren». Sjukepleiaren frå kommunen seier at ho og som helsepersonell har god nytte av ein kontaktperson i sjukehusa: «Må eg snakke med 4 ulike, så kan det fort bli fire ulike vurderingar. Dialogen er kjempegod når eg berre har ein å forhalde meg til» (Fg1: C).

Moderne kommunikasjonsverktøy kan opne for andre løysingar. Spesialistlegen fortel om eit prosjekt knytt til arbeidsretta rehabilitering med utskrivingsamtalar pr. videokonferanse (Fg1: F). Slik kommuniserar fastlegen og ein representant frå NAV, og brukaren saman med legen frå rehabiliteringsinstitusjonen. «Dette er framtida», seier ho engasjert: «Planlagt riktig: Veldig effektivt!» Ho ser føre seg at slik kan representantar frå sjukehusa, kommunane, rehabiliteringsinstitusjonane, og offentlege instansar ha målretta dialog etter kvart som rehabiliteringsprosessane skrid fram, og tar form.

4.10 Oppsummering, og vegen vidare

Fagpersonane i studien har løfta fram mange utfordringar. Oppsummert kan ein seie at samarbeidet mellom sjukehusa blir ikkje alltid opplevd som tilfredstillande. Ved dei mindre sjukehusa har ein redusert tilgang på logoped, nevropsykolog og synspedagog. Tida det tar å få plass på spesialavdelingane kan forsinke rehabiliteringsprosessen. Behovet for hjelp kan vere til hinder for å få innvilga søknaden hos den private rehabiliteringsinstitusjonen.

Pasientane blir skrivne ut frå sjukehusa tidlegare enn før. Kartlegginga kan vere mangelfull, og problemstillingane ser ut til å vere meir komplekse. På grunn av ordninga med betaling for utskrivingsklare pasientar, opplever ein i kommunane at det viktige blir å ta i mot pasienten, framfor å ha fokus på det faglege innhaldet i tilbodet. Då blir det gjerne vidare rehabilitering i institusjon, framfor å komme tilbake til eigen heim.

Fagfolka i studien skildrar at det har utvikla seg uformelle kommunikasjonslinjer på «kryss og tvers» mellom forvaltningsnivåa. Dei koördinerande einingane i kommunane blir sjelden kontakta. I staden etablerer fagpersonane dialog med representantar frå si eiga yrkesgruppe i den samarbeidande organisasjonen. Fagpersonane viser til at moderne kommunikasjonsverktøy kan opne for andre måtar å kvalitetssikre informasjonsoverføringa i framtida.

Manglande kartlegging og planlegging, kan medføre utskrivning til sjukeheim i staden for til eige heimemiljø. Tidleg samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta ser ut til å kunne vere ein suksessfaktor for å sikre gode gode veksingar i utskrivingsprosessane.

4.11 Andre strukturar – Nye aktørar

Mangel på kvalifisert kompetanse kan gi utfordringar. Sjukepleiaren og ergoterapeuten i sjukehuset fortel om menneske med hjerneslag som treng bistand frå logoped etter utskrivning (Fg3: N, Q og S). Om kommunen ikkje har det ein treng, eller klarar å skaffe kyndig hjelp, kan vedkommande risikere å stå uten tilbod: *«Dei klarar ikkje å uttrykke seg. Sit der heilt oppgitt. Det har vi fleire eksempel på. Det er små kommunar. Ein har ikkje alle tilboda. Det er veldig trist».*

«Eg opplever at vi ikkje er klare for samhandlingsreforma. Vi er ikkje klare til å møtast på midten enno», seier ergoterapeuten i kommunen (Fg2: L). Fysioterapeuten i kommunen opplyser at for å møte utfordringane frå samhandlingsreforma, så er «kommunen hans» inne i ein prosess der ein no skal flytte fokuset frå *«arbeid i rehabiliteringsteam, til samling i rehabiliteringseining».* Han fortel at dei, og 11 andre kommunar deltar i eit prosjekt som skal utgreie ei felles rehabiliteringssatsing. Han trur at samarbeid mellom kommunar kan vere eit framtidretta virkemiddel: *«I framtida kan rehabilitering godt vere eit område der vi må viske vekk nokon kommunegrenser for å kunne samarbeide om felles utfordringar»* (Fg1: A).

Han gir uttrykk for at etablering av eit lokalmedisinsk senter kan vere føremålstenleg. Då kan kommunane starte førebuinga. Dei opplysningane ein får ved overføringa, vil truleg vere meir relevante enn dei ein ofte får frå sjukehusa i dag. På spørsmål om kven som burde eige eit slikt senter svarar han klokkeklart: *«Det må forankrast med kommunane som eigarar. Alt anna vil vere feil !»* (Fg1: A).

Sjukepleiaren frå sjukehuset ser og behovet for nye framtidretta løysingar. Ho gir uttrykk for at ho kunne ønskt seg at rehabiliteringsavdelinga blei lokalisert utanfor sjukehuset, men likevel så nær fysisk at ein hadde god tilgang til naudsynt medisinsk assistanse og kompetanse: *«For dei har jo gjerne svelgparese, og vi må få sjekka hurtig om dei har fått ein lungebetennelse. Det må vere kjapt å køyre dei til røntgen* (Fg1: G).

4.12 Kommersialisering

Men utfordringane ligg ikkje berre i gråsona mellom første- og andrelinjetenesta. Den kommunale ergoterapeuten rettar merksemda mot eit nytt fenomen i kommunen sin. Ein har engasjert private føretak for å gi tilbod til minst tre personar. Kommunen er forholdsvis liten, og det er redusert tilgang på kvalifisert hjelpepersonell. Tenestebehovet til dei aktuelle brukarane er så omfattande at det er vanskeleg for kommunen å drifte tilbodet på eiga hand. Derfor har dei engasjert private tilbydarar (Fg3: O). Ergoterapeuten fortel om ei bratt læringskurve:

Eg skreiv eg rett og slett ei bekymringsmelding til min leiar. Trur det er veldig tilfeldig kva desse føretaka kan og vil. Kva kompetanse dei har. Kva dei har rutiner på, og kva slags folk dei får tak i. Det handlar berre om pengar, pengar, pengar !

Ho understrekar at det er kommunen som sit med ansvaret: *«Det er flaut at dei ikkje tar det. Det er uholdbart med så dårleg bemanning. Så dårlege rutinar. Foreldre som blir meir og meir paniske, og treng psykiatrisk hjelp»*. Ho skildrar stor «gjennomtrekk» av personale. Til slutt tok ho kontakt med Fylkesmannen for å få hjelp. Etter ei tid sa selskapet opp sjølv. No er det er nytt firma på plass, så no går det betre: *«Men at det skulle ta eitt år før det skjedde nokon ting. Det er galskap ! I ein rehabiliteringsfase med mange ballar i lufta»*.

4.13 Oppsummering, og vegen vidare

Fagfolka opplever at utviklinga i helsetenesta har generert behov for andre løysingar, og nye strukturar. Dei gir uttrykk for at framtidige rehabiliteringstilbod med fordel etablerast som «mellomstasjonar», utanfor dei tradisjonelle sjukehus- og kommunehelsetenestemiljøa. Det kan og sjå ut som at føretak med økonomiske motiv, og gjer sitt inntog i helsetenesta. Ein fagperson fortel og om eit nytt fenomen i sin kommune. På grunn av manglande kompetanse og personalressursar, engasjerer kommunen kommersielle aktørar. Kvaliteten på tilbodet kan sjå ut til å vere varierende.

Når presentasjonen no bevegar seg mot slutten, diskuterer informantane kva rehabilitering egentleg er, og reflekterer over kva fagpersonar dei ønsker seg på rehabiliteringsfeltet i framtida.

4.14 Rehabiliterarar

Fysioteraputen i kommunen seier at rehabilitering er eit ord som ofte blir litt misforstått, og kanskje misbrukt. Alle legg ikkje det samme i ordet. «*Derfor slit eg i vår kommune når vi skal samarbeide rundt rehabilitering*». Ho trur at ei medvirkande årsak kan vere at ein gjennom ulike grunnutdanningar er opplært til forskjellige tilnærmingar til arbeidet (Fg1: D).

Fysioteraputen i nabokommunen viser til den tverrfaglege vidareutdanninga i rehabilitering som han deltok på for mange år sidan. Han seier at for han står det å gi tilbake tidlegare verdighet veldig sentralt i rehabiliteringsarbeidet: «*Det ordet skulle eg ønske blei plassert midt på bordet, og så jobba vi utfrå det !*». Slik trur han at ein kunne sikre brukarperspektivet. Han poengterar at den store utfordringa faktisk er å få det til. Ikkje nødvendigvis tilbake til det gamle livet, men tilbake der ein høyrer til. Han drøymmer om at dei ulike faggruppene hadde integrert «*gi tilbake tidlegare verdighet*» i daglege arbeidet. Då blir det viktig å dra inn pårørende, og ikkje minst vener. Då hadde ein truleg fått mindre overkøyring, og betre resultat (Fg1: A):

Vi skal ikkje avgjere kva som er viktig. Kanskje det viktig å komme seg i kyrkja. Tilbake til brigdeklubben, eller tilbake til ei gruppe der ein høyrde til tidlegare. Den sosiale tilhøyrsla er avgjerande for at ein skal vekse. Det er jo det som på ein måte ber oss fram alle saman

Spesialistlegen presiserer at når det er knappe ressursar, så må ein prioritere. Ho understrekar at ein må vise at rehabilitering er viktig. Då ho arbeidde på rehabiliteringsavdelinga på sjukehuset snakka dei på andre avdelingar om at: «*Pasientane kjem inn i rullestol, og spaserar ut att*». Ho understrekar at faget og feltet må bli synleg: «*Det er viktig !*» (Fg1: F).

Fysioterapeuten opplever at fokuset i fagmiljøa i kommunen har blitt for snevre (Fg1: A). Vi har sjukepleiarar, fysioterapeutar, pedagogar, logoped, og vi har fagpersonar i teknisk etat. Alle samarbeider, men vi manglar rehabiliterarar ! Vi har ikkje ein felles rehabiliteringstankegang. Sjukepleiaren ser pleie og omsorg. Fysioterapeuten tenker behandling. Legen fokuserer på teknisk tilrettelegging i medisinsk behandling. Alle må ha rehabiliteringstankegangen «under huda» i møtet med brukarane, om ein skal få gode prosessar, understrekar han.

Kunsten er å omstille seg frå rollene ein har, til å bli rehabiliterarar. Det er noko anna, seier han: *«Det å hjelpe. Gje nødvendig støtte til å hjelpe brukaren og pårørande utan på ein måte å ta over styringa»*. Skal ein vere rehabiliterar så, treng ein mykje meir tid til kvar einskild brukar. *«Ein kan kan ikkje stå med stoppeklokka og seie at no har vi så og så lang tid »*.

Han understrekar at dei ulike faggruppene i kommunen samarbeider godt. Samstundes har han ei sterk kjensle av at mange tenker at dette tar rehabiliteringskoördinatoren seg av, eller at det dei gjer sjølv på sitt område er fullgodt: *«Fleirfagligheten lever sterkt vidare»*, seier han. Han usikker på om det bør vere ei eiga utdanning for å bli ein rehabiliterar: *«Fagidentiteten skin nok gjennom uansett. Det vil bli vanskeleg å få kommunane til å tilsette rehabiliterarar, men eg undrast kvifor den tverrfaglege vidareutdanninga i rehabilitering blei lagt ned»*.

Men rehabiliterarar finnast. For å illustrere dette reflekterer han rundt ei suksesshistorie frå då dei nyleg samarbeidde med spinaleininga på regionsjukehuset. Dei samansette problemstillingane medførte at mange ulike yrkesgrupper var involvert. Ein kunne arbeide tverrfagleg, og med lange planleggingshorisontar: *«Der er alle rehabiliterarar. Det var i alle fall mitt inntrykk»*. Han fortel om ein alvorleg og komplisert skade. Tverrsnittslesjon. Lammelsar. Mange medisinske utfordringar, og nesten eit år innlegging i sjukehus: *«Den brukaren har vi lært veldig mykje av. Ho seier til oss»: «Eg vil gjere tinga sjølv. De skal berre vere der slik at eg føler meg trygg, og gje meg nødvendig støtte når eg treng det»*. *«Ho er ein mønsterbrukar som lærer opp fagpersonane»*, seier han og held fram:

Brukaren bestemmer seg så for at ho skal på stølen vinterstid. Ho legg sjølv planane for korleis dette skal gjennomførast. Røde Kors Hjelpekorps stiller med snøscooter og slede. Saman med ektefellen ber dei henne opp trappa til stølshuset. Ho overnattar der.

«Men det er vanskeleg å få nok tid i rehabiliteringsprosessar fordi økonomien styrer oss», understrekar han. Han reiser spørsmålet om ein er sterke nok til å halde den faglege fana høgast. Tør ein overprøve kommuneleiinga, og krava til effektivitet og inntening? (Fg1: A). Sjukepleiaren frå sjukehuset peikar på at for å få aksept, så må forståinga av kva rehabilitering er, vere forankra i leiinga: *«Om du ikkje forstår det, og ikkje har den tankegangen så er løpet kjørt»*. *Ressursane blir tatt frå det som kan vente. Kanskje kan rehabiliteringspasientane få trenast litt dagen etter »* (Fg1: G).

4.15 Oppsummering, og vegen vidare

Fagpersonane i studien er samde om at ein kan forstå rehabilitering ulikt. Ei medverkande årsak kan vere at grunn utdanningane har forskjellige tilnærmingar. Fagfolka peikar på at forståinga kan vere ulik både internt i, og mellom menneska i ulike organisasjonar. Ein samarbeider, men ein har ikkje ei felles overordna forståing.

Det blir peika på at ein manglar eit felles tankegods som er heva over det fagspesifikke. Fagpersonane tar til orde for at rehabilitering kan vere synonymt med å gi tilbake tidlegare verdighet. Fagfeltet krev ei anna tilnærming enn «tradisjonell medisinsk tenkning» der mykje kan teljast, vegast og målast. Fagpersonane legg vekt på at ein må få fram resultata av vellukka rehabiliteringsprosessar. Dei peikar på at god leiarforankring er avgjerande for å lukkast med å etablere gode rammer for rehabiliteringsarbeidet.

4.16 Kva fann eg

Eg har i dette kapitlet presentert informantane, gjort greie for funna frå dei empiriske undersøkingane. I det empiriske materialet teikna det seg seks hovudkategoriar:

Rehabiliteringsarena bør bestemmast ut frå funksjonsnivå, framfor diagnose.

Om den einskilde bør få sitt i tilbod ved ein privat rehabiliteringsinstitusjon, i kommunen eller i spesialisthelsetenesta, må bestemmast ut frå funksjonsnivå, ikkje diagnose. Tidsrom etter oppstått sjukdom/skade, forventa rehabiliteringspotensiale, og behov for særskilt hjelp og kompetanse kan vere kriterium for kven som får rehabiliteringstilbod kvar. Funna i studien peikar mot at arbeids- og ansvarsfordelinga er uklår, slik at det kan sjå ut til å vere tilfeldig både kven som får tilbod om rehabilitering, på kva nivå, og med kva kvalitet.

Økonomi overstyrer fag.

Fagpersonane skildrar økonomisk motiverte omorganiseringar og samanslåingar av forskjellige einingar med store, og til dels ulike fagfelt. Det er blitt kortare liggetid i sjukhusa. På grunn av ordninga med betaling for utskrivingsklare pasientar opplever ein i førstelinjetenesta at det viktigaste blir å ta i mot, sjølv om ein ikkje har eit fagleg

tilfredstillande tilbod på plass. Kommersielle aktørar ser ut til å gjere sitt inntog i helsetenesta. Fagpersonane peikar på at motivet ser ut til å vere økonomisk profitt, og at kvaliteten kan vere varierende.

Fysio- og ergoterapeutar ser ut til å vere «motorar».

Fysio- og ergoterapeutar ser ut til å bli sett på som nøkkelpersonar for å sikre brukarane rehabilitering. I tillegg til å vere sentrale i det praktiske rehabiliteringsarbeidet på begge forvaltningsnivåa, ser dei ut til å spele ei sentral rolle i førebuing, og overføring av brukarar mellom sjukehus og kommune.

Kommunikasjonen skjer gjennom uformelle kanalar.

Koórdinerande eining blir sjeldan blir kontakta. Kommunikasjonen skjer ofte utenom dei formelle kanalane, og heller mellom fagpersonar som kjenner kvarandre frå før, eller som har samarbeidd tidlegare.

Behov for «mellomstasjonar».

Den korte liggetida i sjukehusa utløyser behov for «alternative løysingar». For å få gjort ei god kartlegging og sikker overføring til rett nivå i kommunehelsetenesta kan ei løysing vere «mellomstasjonar» mellom første og andrelinjetenesta. Dei anbefalar at desse må vere i regi av einskildkommunar, eller ved at fleire kommunar går saman. Dette kan vere ei mellombels løysing før brukaren reiser tilbake til eigen heim, til omsorgsbustad eller institusjon.

Mangel på rehabiliterarar.

Ein ser føre seg at representantane frå dei forskjellige yrkesgruppene utviklar eit felles tankegodt som strekk seg utover det som vanlegvis ligg til den aktuelle faggruppa sitt fag- og kompetanseområde.

4.17 Avslutning

Eg har i dette kapitlet gjort greie for funna frå dei empiriske undersøkingane. Ulike fagfolk har frå sine ståadar, og gjennom interaksjon i tre fokusgruppeintervju skildra noko av det dei opplever som utfordringane i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet. Eg vil i det vidare mastergradsarbeidet diskutere funna og problemstillinga i lys av dei teoretiske bidraga eg presenterte i kapittel 2.

KAPITTEL 5 DISKUSJON

Eg ser i denne studien på kva utfordringar fagpersonar skildrar i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet. 19 fagpersonar fordelt på tre tverrfagleg samansette fokusgruppeintervju har kvar frå sine ståstarar vore med og kasta lys over temaet.

Eg har valgt å diskutere nærare fire av hovudfunna som blei presentert i forrige kapittel:

- Rehabiliteringsarena bør bestemmast ut frå funksjonsnivå, framfor diagnose
- Behov for «mellomstasjonar»
- Mangel på rehabiliterarar
- Økonomi overstyrer fag

«Rehabiliteringsarena bør bestemmast ut frå funksjonsnivå, framfor diagnose» knyter seg til utfordringar relatert til brukarane som treng tilpassa tenester. «Behov for mellomstasjonar» kan seiast å omhandle «trekk ved systemet» på institusjonsnivå. «Mangel på rehabiliterarar» knyter seg til fagfolka på rehabiliteringsfeltet som syr saman dei tverrfaglege tilboda til brukarane, og til sist «Økonomi overstyrer fag» som handlar om trekk ved «systemet», og som direkte og indirekte påvirkar dei andre hovudutfordringane.

Diskusjonen bygger på dei teoretiske bidraga eg presenterte i kapittel 2. Når eg diskuterer funna er føremålet å kaste lys over kva kan dette bety for brukarane. Dette vil vere den raude tråden gjennom diskusjonskapittelet. Kapittelet er bygd opp med eit delkapittel med tilhøyrande oppsummering til kvart av hovudfunna som er skissert over.

5.1 Rehabiliteringsarena bør bestemmast ut frå funksjonsnivå, framfor diagnose

Det kan sjå ut som at fagpersonane frå både første- og andrelinjetenesta i denne studien har erfaringar som kan vere uttrykk for eit manglande pasientfokus i helsetenesta når dei fortel om redusert liggetid i sjukehusa, haltande kartleggingar, skortande hospiteringsordningar og manglande tverrfaglege samarbeidsmøter. At ein vurderar rehabiliteringsprosessar forskjellig, kan bidra til større risiko for mistydingar, manglande samsvar og kontinuitet i rehabiliteringstiltaka. Ein av fagpersonane frå spesialisthelsetenesta går så langt som å omtale utviklinga på rehabiliteringsfeltet for «ei katastrofe» når ho skildrar nedbygginga av tilbodet i den spesialiserte rehabiliteringsavdelinga. Breimo og Sandvin (2009, s. 182) viser til at

behovet for samordning i velferdsstaten har vore eit politisk tema dei siste 40 åra. Dei viser til at det har skjedd ei endring til kven samordningsdiskursen blir ført på vegne av, frå ein referanse til befolkninga som heilskap, via meir spesifikke brukargrupper til einskildindivid. Dei seier at dette kan vere uttrykk for ei tiltakande individualisering (Breimo og Sandvin 2009, s. 182). Trass i det individuelle fokuset, kan vere tilfeldig om brukarane får vite kva tenester dei kan ha krav på, og at nokon av dei har større sjanse for å lukkast i rehabiliteringsprosessen enn andre. Ein må vite kvar og korleis ein skal legge fram saka si, for å nå fram i systemet (Paulsen Breimo 2012, s. 202). Kanskje kan dette perspektivet gi assosiasjonar til fagpersonen frå kommunehelstenesta som i denne studien fortel om ei kvinne med blødning i hjernebrua, som ved eit «slumpetreff» møtte fagpersonar i kommunen som «valgte å satse på henne». Det er ikkje vanskeleg å førestille seg seg korleis framtida kunne sett ut uten aktiv og målretta rehabilitering. Når fleire faggrupper deltok i kartlegginga og vurderinga, så skulle ein kanskje tru at nokon ville kunne sjå rehabiliteringspotensialet. Spissformulert så kan ein spørre om det kan vere slik at når heile det tverrfaglege teamet har ansvar, så risikerer ein at ingen tar ansvar ? Korleis ville fagpersonane reagert om brukaren, eller hennar nærpersonar forlangte eit vidare rehabiliteringstilbod ? Det kan vere vanskeleg å vurdere rehabiliteringspotensialet. Men det kan vere på sin plass å spørre kven som skal sikre rettane til brukarane som av ulike årsaker ikkje kan «tale si eiga sak», om ikkje dei som forvaltar fellesskapets ressursar fungerer som brukarane sine talsmenn ? Løftar ein blikket til «systemnivå», så kan det vere freistande å undre seg om kvinna til og med kunne vere offer for det Romøren (2011, s. 85) omtalar som «*eit maktspel mellom to ulikeverdige partar*». Han meiner å sjå at helseføretak ser ut til å sette likskapsteikn mellom «samhandling», og det å bli kvitt oppgåver. Samstundes vil dei forhandle med kommunane om å overta dei. Dei lovpålagte samarbeidsavtalane kan vere formelle uttrykk for slike diskusjonar. Den nasjonale veiledaren for lovpålagte samarbeidsavtalar (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 17-23) konkretiserar mellom anna samarbeidet mellom dei koórdinerande einingane i kommunane og helseføretaka, ambulant verksemd, arbeid med individuelle planar og hjelpemiddelformidling. Romøren (2011 s. 85) hevdar at ein står verken overfor samhandling, eller ny oppgåvefordeling, men ein situasjon der helsevesenet sine sterkaste organisasjonar utnyttar eit system som er sett i rørsle gjennom samhandlingsreforma, til eigen fordel. I lys av dette er det interessant å konstatere at ingen av fagpersonane i denne studien kjende til innhaldet i samarbeidsavtalen som skulle omhandle rehabilitering i sitt geografiske område.

Fagpersonane i min studie gir uttrykk for at arbeids- og ansvarsfordelinga mellom første- og andrelinjetenesta delvis er uklar, og peikar på at det synes å vere ulike forståingar av kva rehabilitering er, både i eigne og i samarbeidande organisasjonar. Dei tar til orde for at ei medvirkande årsak kan vere at dei forskjellige grunnutdanningane kan vere tufta på forskjellige tilnærmingar. Kanskje kan dette vere uttrykk for dei kulturelle skilnadane mellom organisasjonar som Axelson og Axelson 2009, s. 23) viser til i. Dei nevner mellom anna døme som ulik språkbruk, forskjellige haldningar, vurderingar og utdannings- og erfaringsbakgrunn. Fagpersonane i studien min hevdar at det kan sjå ut til å vere tilfeldig både kven som får tilbod om rehabilitering, på kva nivå, og med kva kvalitet. Det kan vere grunn til å spørre om ein sjukehusa i for stor grad fokuserer på dei reint medisinske forholda og ikkje ser kvar brukaren skal fungere i lys av det samla funksjonsnivået, eller ikkje tar ansvar for heilskapen. Men kven sitt ansvar er det å sjå heilskapen? Sett frå spesialisthelsetenesta sin ståstad så vil ein kanskje seie at det ligg hos kommunen, sidan det er der brukaren lever og bur.

Fagpersonane i denne studien skildrar at fagfolka både i sjukehusa, og i kommunane nokre gongar kan vurdere både rehabiliteringspotensiale, funksjonsnivå og hjelpebehov forskjellig. At ein vurderar rehabiliteringsprosessar forskjellig, kan bidra til større risiko for mistydingar, manglande samsvar og kontinuitet i tiltaka. At dei som samarbeider har ulike syn på brukaren, snakkar forskjellig «språk», og ikkje gjer dei samme vurderingane kan vere døme på kulturelt betinga hindringar for samhandlinga. Til dømes nyttar ein som oftast ordet pasient i sjukehus, medan ein i førstelinjetenesta kanskje heller føretrekk begrepet brukar. For mange vil truleg dei to begrepa gi ulike assosiasjonar. Ein av fagpersonane frå kommunehelsetenesta i studien min viste til at sjukehuset tilrådde at samtlege skulle innom sjukeheimen, men understrekar at ingen av dei er der no. Dette kan vere uttrykk for korleis oppfatninga av kva rehabilitering er, kan vere med å påvirke valget av rehabiliteringsarena. Medan ein i sjukehusa har mest fokus på dei konkrete medisinske problemstillingane, skal ein i førstelinjetenesta ha fokus på at brukarane skal fungere best mogleg i sitt eige nærmiljø, yte heilskapelege tenester og tilpasse omgivingane til funksjonsnivået. Fokus bør rettast mot både den einskilde si funksjonsevne, og krava omgivingane stiller på ulike livsarenaer. Fagpersonane i denne studien tar til orde for at dei medisinske diagnosane aleine ikkje må vere styrande for om ein skal få rehabiliteringstilbod ved private rehabiliteringsinstitusjonar, i kommunane eller i spesialisthelsetenesta. Dei framhevar at ein heller må vektlegge funksjonsnivå, graden av kompleksitet, tidsrom etter sjukdom/skade, forventna rehabiliteringspotensiale, og behov for særskilt hjelp og kompetanse ved valg av «rett rehabiliteringsarena». Synspunkta til fagpersonane samsvarar med tilrådingane frå arbeidsgruppa som konkluderte med at det er

vanskeleg å seie noko eintydig om ansvars- og oppgavefordelinga mellom forvaltningsnivåa, og vektla at ei heilskapsvurdering med brukaren i fokus måtte leggest til grunn (Helsedirektoratet 2012, s. 7). Tilnærminga til fagfolka kan og tenkast vere uttrykk for at ein ser at dei alle dei ulike omsyna møtast «til forhandling» i det Solvang (2012, s. 66 – 67) kallar eit fagleg kryssfelt når han seier at det blir utvikla ny kunnskap i kryssfeltet mellom fagområde som tidlegare var skillt frå kvarandre. Ein kan forstå at det kan vere utfordrande når ein ser på kartlegginga i samband med førebuinga til utarbeiding av Stortingsmelding 21 (1998). Kartlegginga synte at tenestemottakarane hadde begrensa innverknad i høve til valg og utforming av tiltaka, og at ein mangla metodar for praktisk realisering av medverknad. Det blei vist til mangelfull systematikk og heilskapstenking. Det skorta på oversikt, plan og kontinuitet både i tilbodet som heilskap, og for den einskilde. Samarbeidet mellom forvaltningsnivå, sektorar og faggrupper framsto som fråverande, eller tilfeldig (Feiring, Fauske, og Throndsen 1997, s. 42-62). «Rehabiliteringsmeldinga» (1998-1999) 1999, s. 12-14) konkluderte med at for liten brukarmedverknad, uklare ansvarsforhold og manglande heilskapstenking, lav status, kompetanse og prestisje i høve til rehabiliteringsarbeid, medførte manglande effektivitet på rehabiliteringsområdet. Når fagpersonane frå både første- og andrelinjetenesta i denne studien fortel om ulike forståingar av kva rehabilitering er, både i eigne og i samarbeidande organisasjonar, redusert liggetid i sjukehusa, haltande kartleggingar, skortande hospiteringsordningar og manglande tverrfaglege samarbeidsmøter, så kan ein undre seg i kva grad samarbeidet på rehabiliteringsområdet har betra seg sidan den gong. Fagfolka sine skildringar kan kanskje vere ein praktisk konsekvens av den omtalte «manglande effektiviteten» på rehabiliteringsområdet. Området der fagpersonane i denne studien har sitt daglege virke, er karakterisert av mange og, små kommunar. I lys av dette må kunne seiast å vere samsvar mellom deira skildringar av sine daglegdagse utfordringar, i førearbeida til stortingsmeldinga og resultatata i kartlegginga til Rambøll (2011, s. 7–12) som viser at områder med små kommunar, slik som i denne studien, ofte manglar fagfolk og kompetanse for å kunne tilby et breiare spekter av rehabiliteringstenester.

I studien min viser fagpersonane i sjukehusa til ordninga med innsatsstyrt finansiering i spesialisthelstenesta, og seier at det må vere minst 6 forskjellige faggrupper involvert i rehabiliteringsarbeidet med og rundt pasienten for å utløyse taksten for kompleks rehabilitering. Enkel rehabilitering krev 4 yrkesgrupper (Helsedirektoratet 2014, s. 39). Det kan vere grunn til å spørre seg om det kan vere slik at ein kan risikere å ikkje få tilbod om rehabilitering dersom ein ikkje oppfyller kriteria. Eit døme kan vere ein person som har behov

for konkret spesialisert bistand på eit forholdsviss avgrensa område. Den motoriske funksjonen er god, ein nyleg oppstått global afasi (vanskar både med uttrykke seg, og sjølv å forstå) etter hjerneslag gjer livet særskilt krevande. Ein kan sjå føre seg at fagfolka på sjukehuset tenker at vedkommande «berre» treng hjelp frå logoped og ergoterapeut. Då fell ein kanskje utanfor takstsystemet, slik at sjukehuset «ikkje får betalt». Då kan det vere lett å tenke seg at dei ber kommunehelsetenesta om å ta ansvar for den vidare rehabiliteringsprosessen. Men i små kommunar har ein nokon gongar tilgang til verken logoped, eller ergoterapeut. Medan fagpersonane på sjukehuset i stor grad kanskje ser dei avgrensa konkrete medisinske problemstillingane, ville kanskje ein representant frå førstelinjetenesta i større grad sjå dei utfordringane brukaren ville kunne møte når ein skal fungere i eigen heim og nærmiljø. Dette kan gi assosiasjonar til eit «system» som er bygd opp og organisert etter kroppsdelar og organspesifikke medisinske diagnoser, som skal samarbeide med eit anna «system» som skal vektlegge heilskapleg tenking på alle livsarenaer. Då kan det vere utfordrande å finne ei felles plattform for samarbeid. Men den tilsynelatande mangelen på rett til rehabilitering knytt til spesifikke diagnosegrupper, og den subjektive individuelle vurderinga av kvar «rehabiliteringssak», kan kanskje vere med å undergrave at den einskilde faktisk får eit relevant rehabiliteringstilbod ? Det kan vere grunn for å spørre om uklare tildelingskriterium kan vere med å forklare gråsonene knytt til for eksempel manglande status, og opprusting av rehabiliteringsområdet. Dette reiser igjen spørsmål om retten til rehabilitering heller burde knytast til medisinske diagnoser. Det høyrer ut utfordrande ut, men ved ei diagnosespesifikk tilnærming ville ein truleg lettare kunne få innpass i arbeidet med standardiserte pasientforløp, og heilskaplege behandlingsskjedar. Det er grunn til å tru at det kanskje kan føre til at fleire enn i dag får tilbod, men at det kanskje ikkje blir så individuelt tilpassa som det ellers kunne ha vore. Studien til Paulsen Breimo (2012, s. 195) imøtegår dette gir uttrykk for at standardisering kan føre til at individuelle mål kjem i andre rekke, og at systemet sine behov for kategorisering gjer kvardagslivet meir komplisert for brukarane. Hammell (2006, s. 59) seier at ei medisinsk tilnærming er utilstrekkeleg for å ivareta medisinen sitt sosiale ansvar då den ignorerer menneskelege erfaringar, ser på kropp og sjel som adskilt, og berre ser eit bestemt kulturelt perspektiv. Høyem (2008, s. 32) kritiserer perspektivet for at det bidrar til at funksjonshemma blir definert og karakterisert ut frå sine «avvik», noko som kan føre til segregering og utstøying frå felleskapet. Grue (2004, s. 103-104) hevdar at medisinarane sin sentrale posisjon reflekterer ei for ensidig vektlegging av kliniske diagnoser. Forståinga kan føre til eit lite heilskapleg, og begrensande perspektiv. For å kunne forstå funksjonshemming, treng ein meir enn medisinske fakta. Legar kan risikere å fungere som «portvakter» i høve til

støtteordningar og ytingar til funksjonshemma. Dei blir såleis aktørar i en prosess som samla sett kan forsterke medikaliseringa (retten til å definere kva som er sjukdom), eller sjukeleggjing av funksjonshemma. Slik kan dei bidra til å oppretthalde den medisinske forståinga si sentrale rolle på områder som ligg utanfor det medisinske fagfeltet. Dette står i kontrast til fagpersonane i studien min som formidlar at fokuset må vere på funksjon og ha ei individuell heilskapleg tverrfagleg tilnærming. Rehabilitering er i ferd med å bli eit tverrprofesjonelt felt. Frå i stor grad å fokusere på gjenopprettinga av kroppslege funksjonar, til no å legge vekt på deltaking, livskvalitet og realisering av brukarane sine mål. Hansen og Sandvin (2003, s. 33) seier at dette representerar ei utfordring for legestanden sin dominerande posisjon. Dei spør seg korleis dette kan komme til å påvirke rehabiliteringsområdet med omsyn til rekruttering av legar, politisk prestisje og prioriteringar. Vil legar vere interesserte i arbeide på eit fagområde som ikkje fokuserer på medisinske diagnosar ? Sidan rehabilitering allereie har lav status i medisinske fagmiljø, kan ei slik utvikling føre til ei ytterlegare marginalisering. Men Lian (2012, s. 27-52) peikar på at den «Den medisinske gullalderen» er på hell. I mange år har helsetenesta vore prega av framgang ved at ein har klart å kurere stadig nye sjukdommar. Ho opplever at helsevesenet i mindre grad ser ut til å vere tilpassa «morgendagens utfordringar», der ein møter sjukdommar som ikkje så lett lar seg forklare, eller kurere. Dette vil kreve endringar i førestillingane om kva helsevesenet faktisk kan få til, og korleis helsevesenet bør organiserast. Ho peikar på at mange av lidningane som aukar mest, er plager som moderne medisin ikkje kan kurere. Som døme på dette nevner ho mellom anna kroniske smerter og kronisk utmattingsyndrom/myalgisk encefalopati (ME). I tillegg begrensar gjerne dei medisinske behandlingalternativa seg i beste fall til symptomlindring (Lian 2012, s. 48). Feiring og Solvang (2013, s. 77) viser til den relasjonelle modellen, som er ein variant av den skandinaviske forståinga av funksjonshemming som «bygger bru» mellom ei medisinsk- og sosial tilnærming ved at ein der ein tar utgangspunkt i forholdet mellom individets funksjonsevne, og dei krav som dei fysiske og sosiale omgivingane stiller på ulike livsarenaer. Perspektivet oppstod som følge av krtikk mot den medisinske modellen. Den relasjonelle tilnærminga kan assosierast med å vere i det faglege kryssfeltet det blir utvikla ny kunnskap mellom fagområde som tidlegare var skilt frå kvarandre (Solvang 2012, s. 66 – 67. Feiring 2013, s. 101). Rehabilitering er uttrykk for individuelle prosessar, og ikkje ein eksakt vitenskap. Faget kan heller forståast som eit tankesett, og ein arbeidsmåte. At den konkrete tilnærminga kan vere ulik for forskjellige brukarar gjer at inga «rehabiliteringssak er lik». Slik blir det skapt ny kunnskap som er unik for dei det gjeld, ut frå den konteksten dei befinn seg i.

Truleg kan ei relasjonell tilnærming, og fokus på funksjonsnivå vere ein vel så fruktbar måte å nærme seg spørsmåla om kva kriterium som bør leggest til grunn for valg av rehabiliteringsarena. Fagpersonane i studien min peikar på samordningsinstrumenta individuell plan og retten til koordinator som verkty for å løfte blikket, og vektlegge det som måtte vere viktig for brukarane uavhengig av medisinske diagnosar, på tvers av forvaltningsnivå.

5.1.1 Oppsummering

Fagpersonar frå både første- og andrelinjetenesta i denne studien har erfaringar som kan vere uttrykk for eit manglande pasientfokus i helsetenesta når dei fortel om redusert liggetid i sjukehusa, haltande kartleggingar, skortande hospiteringsordningar og manglande tverrfaglege samarbeidsmøter.

Fagpersonane i studien gir uttrykk for at arbeids- og ansvarsfordelinga mellom første- og andrelinjetenesta delvis er uklar, og peikar på at det synes å vere ulike forståingar av kva rehabilitering er, både i eigne og i samarbeidande organisasjonar. Dei hevdar at det kan vere tilfeldig både kven som får tilbod om rehabilitering, på kva nivå, og med kva kvalitet. Det kan vere grunn til å spørre om ein sjukehusa i for stor grad fokuserer på dei reint medisinske forholda. Kanskje ein ikkje ser kvar brukaren skal fungere i lys av det samla funksjonsnivået, eller ikkje vil ta ansvar for heilskapen. Samstundes ser ikkje førstelinjetenesta ut til å ha verken kapasitet eller kompetanse til å overta oppgåvene. Oppfatninga av kva rehabilitering er eller bør vere, kan vere med å påvirke valget av rehabiliteringsarena. Fagpersonane både i første- og andrelinjetenesta i denne studien tar til orde for at dei medisinske diagnosane aleine ikkje må vere styrande for om ein skal få rehabiliteringstilbod ved private rehabiliteringsinstitusjonar, i kommunane eller i spesialisthelsetenesta. Dei framhevar at ein heller må vektlegge funksjonsnivå, graden av kompleksitet, tidsrom etter sjukdom/skade, forventa rehabiliteringspotensiale, og behov for særskilt hjelp og kompetanse ved valg av «rett rehabiliteringsarena».

I studien min viser fagpersonane i sjukehusa til ordninga med innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetenesta. Om ein fell utanfor takstsystemet får ikkje sjukehuset betalt anna enn gjennom den generelle rammefinansieringa. Det kan vere grunn til å spørre seg om det kan vere slik at ein kan risikere å ikkje få tilbod om rehabilitering dersom ein ikkje oppfyller

kriteria. Men den tilsynelatande manglen på rett til rehabilitering knytt til spesifikke diagnosegrupper, og den subjektive individuelle vurderinga av kvar «rehabiliteringssak», kan kanskje vere med å undergrave at den einskilde faktisk får eit relevant rehabiliteringstilbod ? Dette reiser igjen spørsmål om retten til rehabilitering heller burde knytast til medisinske diagnosar. Men Lian (2012, s. 27-52) peikar på at den «Den medisinske gullalderen» er på hell. Rehabilitering er i ferd med å bli eit tverrprofesjonelt felt. Frå i stor grad å fokusere på gjenopprettinga av kroppslege funksjonar, til no å legge vekt på deltaking, livskvalitet og realisering av brukarane sine mål. Hansen og Sandvin (2003, s. 33) seier at dette representerar ei utfordring for legestanden sin dominerande posisjon. Sidan rehabilitering allereie har lav status i medisinske fagmiljø, kan ei slik utvikling føre til ei ytterlegare marginalisering. Truleg kan ei relasjonell tilnærming, og fokus på funksjonsnivå vere ein vel så fruktbar måte å nærme seg spørsmåla om kva kriterium som bør leggest til grunn for valg av rehabiliteringsarena. Fagpersonane i studien min peikar på samordningsinstrumenta individuell plan og retten til koordinator som verkty for å løfte blikket, og vektlegge det som måtte vere viktig for brukarane uavhengig av medisinske diagnosar, på tvers av forvaltningsnivå.

5.2 Behov for «mellomstasjonar»

Fagfolka i studien opplever at stadig kortare liggetid i sjukehusa, og få utskrivingar direkte frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar, utløyser behov for «alternative løysingar». Dei peikar på behovet for nye strukturar i kraft av «mellomstasjonar» i grenselandet mellom første og andrelinjetenesta. Dei ser føre seg at her kan ein få gjort gode kartleggingar, og sikre overføringane til rett nivå i kommunehelsetenesta. Det er grunn til at tru at behovet for nye strukturar, er ein praktisk konsekvens av samhandlingsreforma. Utviklinga reiser som fagpersonane påpeikar, spørsmål knytt til arbeidsdelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Overgangane mellom sjukehus og kommune i rehabiliteringsprosessar krev ofte eit intersektorielt samarbeid. Dette blir omtalt som den mest komplekse forma for samhandling sidan den inkluderar både ein interorganisatorisk- og ein interprofesjonell dimensjon (Axelson og Axelson 2009, s. 14). Samarbeidet utspelar seg mellom organisasjonar med ulike spelereglar, og forskjellige. Det vil vere naturleg å spørre seg om korleis ulikskapane i aktørane si tilnærming til brukarane kan påvirke rehabiliteringstilbodet i lys av at dette er den mest komplekse forma for samhandling. Bredland, Linge og Vik (2011, s. 7 og 18) gir uttrykk for at verdigrunnlaget i samhandlingsreforma ser ut til å ha mykje felles med grunnleggande rehabiliteringstankegang. Sandvin (2012, s. 63) seier at det kan sjå ut som at

samhandlingsreforma har auka fokuset på, og tilslutninga til hovudelementa i den rådande rehabiliteringspolitikken. Solvang (2012, s. 67) gir uttrykk for at rehabiliteringsområdet er eit felt som konstant er i forhandling i eit kryssfelt av ulike krefter. Han poengterar at dette opnar for å sjå rehabilitering som eit fagfelt i bevegelse. Kanskje er det akkurat kjensla av å vere i rørsle fagpersonane i studien opplever når dei skildrar at tilbodet i spesialisthelsetenesta ser ut til å bli bygd ned før kommunehelsetenesta er sett i stand til å fylle tomrommet. Ut frå det fagpersonane i denne studien fortel, så ser heller ikkje dei private rehabiliteringsinstitusjonane i særleg grad ut til å bli nytta som «mellomstasjonar» ved utskrivning frå sjukehus.

Kommunane får ansvar for ei gråsone dei ikkje er rusta til å kunne ivareta verken kapasitets- eller kompetansemessig. Dette kan vere uttrykk for at arbeids- og ansvarsfordelinga er i endring, uten at det er etablert tilstrekkeleg fungerande nye strukturar. Ein må skille mellom samhandling og oppgåvefordeling Romøren (2011, s. 84). Oppgåvefordeling er ein del av rammevilkåra for samhandlinga, men er ikkje i seg sjølv samhandling. Endra oppgåvefordeling kan betre, eller forverre vilkåra for samhandling. Han viser til at dei struktur- og finansieringsreformene som følger med samhandlingsreforma kan føre til nettopp det. Romøren (2011, s. 84) gir uttrykk for at at samhandlingsreforma seglar begrepsmessig under falsk flagg. Han peikar på at det er ei oppgåvefordelingsreform, og at den såleis burde hatt eit meir dekkande navn. Fagfolka i studien merkar gjennom sitt daglege arbeid at det kunne vore føremålstenleg med utskrivning til ein «mellomstasjon» for å kvalitetssikre overføringa til rett nivå i kommunehelsetenesta. Dette er i tråd med intensjonane frå styresmaktene som uttrykker at det kan synes som om at avstanden mellom sjukehusbehandling og det kommunale tilbodet er blitt for høg, og at det med fordel kunne vore eit nivå i mellom (Stortingsmelding 47 (2008-2009) 2009, s. 59-63). Et kjerneelement i løysingsforslaga til styresmaktene er etablering av lokalmedisinske senter som skal fungere som kommunale døgntilbod, som alternativ til innlegging i sjukehus. Dei peikar særskilt på rehabilitering som eit område som kan bidra til å redusere skillet mellom sjukehus og kommunar, og sikre meir heilskaplege rehabiliteringstjenester». I området der studien er gjennomført ser omsorgsbustadar og sjukeheimar eit stykke på veg ut til å ivareta desse funksjonane i dag. Dersom brukarane kunne fortsett med rehabiliteringa i eit lokalmedisinsk senter, kunne ein til dømes i mellomtida sørge for å få på plass naudsynte hjelpemiddel og tilrettlagt bustaden. I den eine fokusgruppa der temaet blei inngåande drøfta, gav fagpersonane uttrykk for at «halvannalinje-rehabilitering» ved eit lokalmedisinsk senter, eigd og drifta av einskildkommunar, eller gjennom interkommunale samarbeid kunne vore ei framtidretta løysing. Men det finnast og kritiske røyster. Romøren (2011, s. 85-86) hevdar at

samhandlingsreforma skisserer løysningar som vil kunne kaste helse- og omsorgstenesta ut i organisatoriske og økonomiske eksperiment med usikkert resultat. For å underbygge synspunktet, løftar han mellom anna fram forslaget om etablering av lokalmedisinske senter. Han stiller spørsmål om i kva grad behandling og utgreiing i kommunane er rimelegare enn i sjukehusa. Om ein ser på dei gruppene det kan vere aktuelt å flytte frå sjukehus til kommunar, vil ein truleg sjå at kostnadane ligg under gjennomsnittstalet for sjukehuspasientar. Skal dei få behandling med same kvalitet i kommunane, vil det truleg bli meir kostbart enn gjennomsnittet for bebuarar ved sjukeheimane. Erfaringsmessig er lønnskostnadar ein stor utgiftspost i helsetenesta. Skal ein redusere kostnadar, er ofte det mest effektive å redusere bemanninga. Truleg sparar ein mest på å ta vekk dei med høgast formell kompetanse, men då kan det bli utfordrande å oppretthalde kvaliteten på utgreiing og behandling. Romøren (2011, s. 86) spør om det er faglege og økonomiske argument som talar for at sjukehusdrift bør differensierast og desentraliserast i ein spesialisert, og ein mindre spesialisert del? I så fall bør ein først bør drøfte løysingar der dette skjer innanfor spesialisthelsetenesta, i staden for å splitte funksjonane på to ulike forvaltningsnivå. Han argumenterer for at spesialsithelsetenesta bør ha ansvaret for lokalmedisinske senter. Det kan gi eit meir likeverdig tilbod i heile landet, og vere ryddigare forvaltningsmessig: «*En slipper sammenblandingen av samhandlingsreform og kommunestrukturdebatt, og en unngår interkommunale løsninger. Disse kan som kjent være både tungvinte, udemokratiske og konfliktskapende*». (Romøren 2011, s. 86)

Det kan vere vanskeleg politisk å realisere målsettingane på rehabiliteringsfeltet gjennom tradisjonell hierarkisk styring. Det blir behov for å utvikle nye måtar å organisere tenestene. Alle har behov for tenester frå kommunane. Nokon har behov for tenester både i kommunane, og spesialisthelsetjenesta. Samhandlingsreforma legg vekt på både førebygging og etablering av nye tenester i kommunane. Ikkje berre skal innbyggjarane kunne få eit kvalifisert og tilstrekkeleg medisinsk tilbod i kommunen, før, i staden for, eller etter sjukehusbehandling, men ein skal og førebygge funksjonsfall (Fossestøl 2009, s. 41 - 45). Fossestøl har peika på at samstyring langt på veg er kunnskapssamfunnet si styringsform. Røiseland og Vabo (2012, s. 21) definerer samstyring som «*den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening*». Ifølge Fossestøl (2009, s. 55) opnar samstyring for å nærme seg styringsutfordringar «i dialog med tjenesteytarane, ved å søke å gripe inn i deira problem- og løysningsforståingar, og å få dei til å sjå eigen innsats i lys av andre». Det kan vere dette spenningsfeltet fagpersonane i denne studien skildrar.

Feiring (2013, s. 83) peikar på at samstyring er ei kompleks form for samvirke som omfattar både samordning (forstått som vertikale integrasjonsformer), samarbeid (basert på horisontal integrering) og kontraktstyring (inspirert av private føretak). Ho forstår begrepa «samvirke» og «samhandle» som tilnærma synonyme, og legg til at norske politikarar og andre aktørar nyttar ordet samhandling om denne forma for felles handling. Samstyring kan føre til nye blandingsformer mellom offentleg- og privat tenesteproduksjon (Feiring 2013, s. 99 – 100). Eit døme på dette kan vere fagpersonen i denne studien som fortel at hennar kommune, med vekslande hell, har kjøpt tenester frå private aktørar fordi dei sjølv ikkje hadde tilstrekkeleg kompetanse. At kommersielle interesser gjer sitt inntog i kommunehelsetenesta kan kanskje og sjåast som eit uttrykk for eit behov som kan ha oppstått når kommunane skal overta stadig meir komplekse oppgåver. Sandvin (2012, s. 52 - 64) peikar på at dei konkrete verktya knytt til iverksetting av den nye rehabiliteringspolitikken på både system- og individnivå, er dominert av organisatoriske virkemiddel. Han gir uttrykk for at rehabilitering ser ut til å vere i rørsle frå å vere fagleg retta, til først og fremst å bli eit organisatorisk begrep (Sandvin 2012s. 62). Det kan vere dette fagpersonane i denne studien opplever når dei fortel at samhandlingsreforma er iverksett, uten at praksisfeltet er blitt sett i stand til å ivareta oppgåvene ein ser ut til å ha fått tildelt.

5.2.1 Oppsummering

Fagfolka i denne studien skildrar at tilbodet i spesialisthelsetenesta ser ut til å bli bygd ned før kommunehelsetenesta er sett i stand til å fylle tomrommet. Dei opplever at det blir stadig kortare liggetid i sjukehusa, og få utskrivningar direkte frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar. At kommersielle interesser gjer sitt inntog i kommunehelsetenesta kan kanskje og sjåast som eit uttrykk for eit behov som kan ha oppstått når kommunane skal overta stadig meir komplekse oppgåver. Dette utløyser behov for «alternative løysingar». Dei peikar på behovet for nye strukturar i kraft av «mellomstasjonar» i grenselandet mellom første og andrelinjetenesta, eigd og drifta av einskildkommunar, eller gjennom interkommunalt samarbeid, som ei mogleg løysing. Dette er i tråd med føringar frå styresmaktene som uttrykker at det kan synes som om at avstanden mellom sjukehusbehandling og det kommunale tilbodet er blitt for høg, og at det med fordel kunne vore eit nivå i mellom (Stortingsmelding 47 (2008-2009)2009, s. 59). Men det finnast og kritiske røyster. Det er naturleg å stille spørsmål om i kva grad behandling og utgreiing i kommunane er rimelegare enn i sjukehusa. Skal brukarane få tilbod med same kvalitet i kommunane, vil det truleg bli

meir kostbart enn gjennomsnittet for bebuarar ved dagens sjukeheimar. Romøren (2011, s. 86) spør om det finnast argument som talar for at sjukehusdrift bør differensierast og desentraliserast i ein spesialisert og ein mindre spesialisert del, så bør ein kanskje søke å finne løysingar uten å splitte funksjonane på to ulike forvaltningsnivå.

Det kan vere vanskeleg politisk å realisere målsettingane på rehabiliteringsfeltet gjennom tradisjonell hierarkisk styring. Det blir behov for å utvikle nye måtar å organisere tenestene. Samhandlingsreforma legg vekt på både førebygging og etablering av nye tenester i kommunane. Samstyring kan føre til nye blandingsformer mellom offentleg- og privat tenesteproduksjon (Feiring 2013, s. 99 – 100). Det kan vere dette spenningsfeltet fagpersonane frå kommunehelsetenesta i denne studien skildrar når dei no skal vere med på realiseringa av samhandlingsreforma. Sandvin (2012, s. 52 - 64) peikar på at dei konkrete verktya knytt til iverksetting av den nye rehabiliteringspolitikken på både system- og individnivå, er dominert av organisatoriske virkemiddel. Han gir uttrykk for at rehabilitering ser ut til å vere i rørsle frå å vere fagleg retta, til først og fremst å bli eit organisatorisk begrep (Sandvin 2012 s. 62). Det kan vere dette fagpersonane i studien min opplever når dei fortel at samhandlingsreforma er iverksett, uten at praksisfeltet er blitt sett i stand til å ivareta oppgåvene ein ser ut til å ha fått ansvar for.

5.3 Mangel på rehabiliterarar

Fagpersonane i denne studien gir uttrykk for at det er behov for at representantar frå ulike yrkesgrupper utviklar eit felles tankegodt som strekk seg utover det som vanlegvis ligg til den aktuelle faggruppa sitt fag- og kompetanseområde. Dei tenker truleg då at ein vektlegg heilskapleg tenking, og tar utgangspunkt i brukarane sine ressursar. Å arbeide med komplekse rehabiliteringsprosessar er krevande. Mange yrkesgrupper kan vere engasjerte i arbeidet i og kring brukaren. Ein fare då kan vere ei fragmentering slik at menneske med samansette behov ikkje blir møtt med ei heilskapleg tilnærming, unødige dobbeltarbeid og risiko for å kunne «ramle mellom fleire stolar», og/eller at bli verande i ein runddans mellom ulike instansar og aktørar (Axelson og Axelson 2009, s. 11). Kanskje aukar sjansane for ei meir fruktbar samhandling med brukarane i fokus dersom dei ulike aktørane i større grad opplever at ein spelar på samme lag, og ikkje blir sett opp mot kvarandre. Fagpersonane i studien min løftar fram individuell plan som døme på eit eigna samordningsinstrument, men seier at fagfolk i forskjellige organisasjonar har ulik forståing av kven som kan ha nytte av slike planar. Dei

peikar på at det truleg vil vere føremålstenleg å organisere tenestene kring brukarane sine samla behov. Då trengst ein annan kompetanse enn den ein finn i dagens spesialiserte helseteneste. Det kan synes utfordrande å definere eit felles tverrprofesjonelt mål, eller verdibase for rehabiliteringsarbeid på tvers av profesjonsgrenser slik fagpersonane i studien ser føre seg. Men det er grunn til å tru at fagpersonar på rehabiliteringsfeltet, uavhengig av yrkesgruppe, i utgangspunktet har nokre felles tanke- og verdisett på tvers av fag og forvaltningsnivå. Truleg kan desse verdisetta knytast til brukarane sine rehabiliteringsprosessar. Ein kan sjå føre seg at dei kan møtast i det som tidlegare er omtala som eit fagleg kryssfelt, der Feiring (2013, s. 101) viser til Solvang, og seier at det her blir utvikla ny kunnskap i mellom fagområder som tidlegare var skillt frå kvarandre. Ein forhandlar for å finne ei felles plattform. Kanskje kan ein sjå føre seg at fagpersonane i studien kallar det ønska resultat for «Rehabiliterarar». Skal ein sikre brukarane gode og målretta tenester, kan kanskje ein farbar veg kan vere å freiste å integrere rehabiliteringstankegang som ein del av alle tenester. Det er kanskje dette fagpersonane i studien ser føre seg at ein kanskje kan førebygge, når dei uttrykker at ein treng rehabiliterar. Men dette er heller ikkje uproblematisk. Sandvin (2012, s. 63) peikar på at for mange kommunar kan det representere eit dilemma i kraft av at rehabilitering blir vanskeleg å synleggjere både som ansvarsområde, og i budsjettsamanhang. Då kan ein lettare forsvare til dømes egne rehabiliteringseiningar, eller amulante rehabiliteringsteam. Dei er synlege i budsjetta, og ein kan både måle resultat, og stille dei til ansvar.

I vår tid ser det tradisjonelle rehabiliteringskonseptet ut til å vere under press frå fleire kantar. Ovanfrå ser ein politiske institusjonar som krev betre, og fleire rehabiliteringstenester med bruk av mindre ressursar. Internt ser ein profesjonskampar der stadig fleire faggrupper kjempar mot kvarandre for sin del av rehabiliteringsmarknaden. Det ser ut til å vere ein veksande entusiasme for rehabilitering i ulike profesjonar. Dette kan vere uttrykk for interne prosessar med kursending mot ei meir heilskapleg tilnærming, og eit behov for å konsolidere og utvide egne profesjonelle territorium (Hansen og Sandvin, 2003, s. 36). På utsida merkar ein presset frå sterke brukarorganisasjonar som vil frigjere seg frå undertrykkande kategorisering frå profesjonelle som «veit best» (Hansen og Sandvin, 2003, s. 28). Om brukarane hadde fått bestemme, så hadde ein truleg ikkje hatt ulike forvaltningsnivå, eller profesjonar som vernar om sine områder. Brukarane vil helst møte nokon som kan, og vil hjelpe dei vidare med akkurat deira utfordringar. Kanskje ønsker dei seg rehabiliterarar ? Kva om alle hadde vore rehabiliterarar ? Då hadde dei som trengte rehabiliteringstenester truleg

fått tilbod på rett nivå, og med god kvalitet sidan forskjellige fagpersonar vurderte rehabiliteringspotensiale, funksjonsnivå og hjelpebehov likt. Ingen ville blitt skrivne ut frå sjukehusa før eit tilfredstillande tilbod var på plass i kommunen, eller at ein hadde vore så heldig å ha fått plass ved ein privat rehabiliteringsinstitusjon. Truleg hadde ulike representantar frå ulike yrkesgrupper arbeidd godt på tvers av forvaltningsnivå saman med brukarane i høve til utarbeiding av individuelle planar. Ein fare om alle skulle «vere like» kan vere at ein misser den kimen til framdrift som ligg i at ein ser, og forstår verda frå ulike ståstadar. Ny innsikt kan skapast i vekslinga mellom fagkunnskap og erfaringar. Når fagpersonane i studien ønsker seg «rehabiliterarar» frå alle faggrupper, kan ein sjå føre seg ein fare i kraft av at «alle blir for like». Truleg er ulikskap er meir effektiv faktor om ein vil generere framdrift og utvikling. I samspel mellom fagpersonar med forskjellig tilnærming kan ein skape ei heilskapleg ramme kring den aktuelle rehabiliteringssaka. Ein går ikkje berre i ring, men lærer gjennom å utvide erfaringsflata gjennom ei holistisk tilnærming, og ein tverrfagleg arbeidsmetodikk. Det inneber at aktørane ikkje må vere for like, ha element av overlappende kunnskap, men og kunne bidra med sin unike kunnskap. Slik kan ein skape ny innsikt ved å tolke, forstå og sjå dei ulike erfaringsbidraga i lys av kvarandre.

5.3.1 Oppsummering

Ein potensiell fare ved at mange yrkesgrupper er engasjerte i arbeidet med og kring brukarane, kan vere fragmentering slik at menneske med samansette behov ikkje blir møtt med ei heilskapleg tilnærming, unødige dobbeltarbeid og risiko for å kunne «ramle mellom fleire stolar», og/eller at ein blir verande i ein runddans mellom ulike instansar og aktørar (Axelson og Axelson 2009, s. 11). Fagpersonane i denne studien gir uttrykk for at det er behov for at representantar frå ulike yrkesgrupper utviklar eit felles tankegods som strekk seg utover det som vanlegvis ligg til den aktuelle faggruppa sitt fag- og kompetanseområde. Det kan synes utfordrande å definere eit felles tverrprofesjonelt mål, eller verdibase for rehabiliteringsarbeid på tvers av profesjonsgrensar, men det er grunn til å tru at fagpersonar på rehabiliteringsfeltet, uavhengig av yrkesgruppe, i utgangspunktet har nokre felles tanke- og verdiset på tvers av fag og forvaltningsnivå. Truleg kan desse verdisetta knytast til brukarane sine rehabiliteringsprosessar. Fagpersonane i studien min løftar fram individuell plan som døme på eit eigna samordningsinstrument, men seier at fagfolk i forskjellige organisasjonar har ulik forståing av kven som kan ha nytte av slike planar. Dei peikar på at det truleg vil vere føremålstenleg å organisere tenestene kring brukarane sine samla behov. Då trengst ein annan

kompetanse enn den ein finn i dagens spesialiserte helseteneste. Ein farbar veg kan kanskje vere å freiste å integrere rehabiliteringstankegang som ein del av alle tenester. Det er kanskje dette fagpersonane i studien ser føre seg at ein kanskje kan førebygge, når dei uttrykker at ein treng rehabiliterar. Men dette er heller ikkje uproblematisk. Sandvin (2012, s. 63) peikar på at for mange kommunar kan det representere eit dilemma i kraft av at rehabilitering blir vanskeleg å synleggjere både som ansvarsområde, og i budsjettsamanhang.

Det ser ut til å vere ein veksande entusiasme for rehabilitering i ulike profesjonar. Dette kan vere uttrykk for interne prosessar med kursendring mot ei meir heilskapleg tilnærming, og eit behov for å konsolidere og utvide eigne profesjonelle territorium (Hansen og Sandvin, 2003, s. 36). Om brukarane hadde fått bestemme, så hadde ein truleg ikkje hatt forskjellige forvaltningsnivå, eller profesjonar som verna om sine områder. Når fagpersonane i studien ønsker seg «rehabiliterarar», kan ein sjå føre seg at det kan representere ein fare i kraft av at «alle blir for like». Truleg er ulikskap er meir effektiv faktor om ein vil generere framdrift og utvikling.

5.4 Økonomi overstyrer fag

Ut frå det fagfolk frå spesialisthelsetenesta i denne studien fortel, så ser andrelinjetenesta ut til å bygge ned rehabiliteringstilboda sine før andre aktørar er sett i stand til å overta. Fagpersonane i denne studien med arbeidsstad i sjukehusa erfarar at økonomiske forhold ser ut til å bli tillagt meir vekt enn å gi brukarane tilfredstillande rehabiliteringstilbod. Sjukehusa slår saman einingar med store, og til dels ulike fagfelt. Liggetida går ned, og antal rehabiliteringsplassar blir redusert. Når ein i sjukehusa ser at brukarane har fått naudsynt hjelp i høve til dei medisinske diagnosane, kjem dei ofte raskt i kategorien «utskrivingsklare». Ein av fagpersonane i denne studien som arbeider i sjukehus, seier at ho nokre gonger knapt har fått helst på pasienten før vedkommande blir utskrivne. Fagpersonane i denne studien set utviklinga i samanheng med ordninga knytt til dagbøter for utskrivningsklare pasientar som blei innført i samband med samhandlingsreforma. Målet var å etablere økonomiske insentiv som understøtta rett oppgaveløysing, grunnlag for gode pasienttilbod og kostnadseffektive løysingar. Fagpersonane i førstelinjetenesta i denne studien skildrar at denne ordninga legg sterke føringar for dei. Det viktigaste blir å ta i mot, sjølv om ein ikkje har eit fagleg tilfredstillande tilbod på plass. Dei fortel at fokuset har dreia vekk frå sjølv rehabiliteringa. Tidleg utskriving fører til at det gjerne blir vidare rehabilitering i institusjon, framfor å

komme tilbake til eigen heim. For brukarane kan konsekvensane bli fragmenterte, eller manglande tenester slik Paulsen Breimo skildrar i sin studie (2012, s. 203-206). Men kva så med den einskilde fagperson sitt ansvar ? Kan ein sjå vekk frå eigen praksis, og legge skulda for manglande rehabiliteringstilbod til «systemet». Har ein ikkje ei moralsk forpliktig til å sørge for at brukarane får eit kvalitativt godt tilbod ? Burde ikkje til dømes ein sjukepleiar i kraft av koordinator på ei rehabiliteringseining i sjukehus avvente utskrivingsprosessen når ein ser at pårørande og kommunen ikkje har eit godt nok mottaksapparat på plass ? Kva seier ulike yrkesgrupper sine yrkesetiske retningslinjer om den einskilde fagperson sitt ansvar ? Sjølv om det kan vere krevande å stå imot press frå ulike samarbeidspartnarar, kan ein i alle fall starte med å reflektere over eigen praksis.

Saman med samhandlingsreforma blei ordninga med kommunal medfinansiering for somatiske helsetenester innført. I praksis betyr dette at kommunane delvis må betale for sjukehusenester til sine innbyggjarar. Om dei ikkje kan ta imot utskrivningsklare pasientar, må dei betale for det vidare sjukehusopphaldet. Romøren (2011, s. 85) drar særleg fram at dette kan få utilsikta konsekvensar. Til dømes kan legar ved den kommunale legevakta, eller på sjukeheimen kunne kjenne press frå sin eigen organisasjon i retning av å ta økonomiske omsyn når ein vurderer innlegging i sjukehus. Då kan ein kan kanskje stille spørsmål om det fagleg forsvarlege alltid blir sett i første rekke. For brukarane kan dette i verste fall medføre at vesentlege forhold blir feiltolka, eller oversett. Ein skulle tru at ordninga med kommunal medfinansiering skulle kunne stimulere til auka satsing på førebygging og rehabilitering, men slik fagpersonane i denne studien skildrar det kan det sjå ut som at kommunane framleis i liten grad ser ut til å ha økonomiske insentiv for å drive aktiv rehabilitering. Frå ein «økonomisk ståstad», opplever dei kanskje at det er rimelegare med pleie- og omsorgstenester, i alle fall på kort sikt. Det er truleg vanskelegare å måle kva konsekvensar manglande heilskapleg rehabilitering får, i forhold til for eksempel fysisk opptrening etter eit beinbrot. Fagfolka frå førstelinjetenesta i denne studien gir uttrykk for at det stadig blir vanskelegare å få rehabiliteringstilbod til innbyggjarane. Dei peikar på at ein ikkje lenger kan søke om plassar ved fleire private rehabiliteringsinstitusjonar sidan desse har redusert drifta, fordi dei ikkje lenger har avtalar med dei regionale helseføretaka. På grunn av manglande kapasitet og kompetanse, ser og aktørar med økonomiske interesser ut til å ha fått innpass i kommunehelsetenesta.

Kommunane, sjukehusa og dei private rehabiliteringsinstitusjonane vil delvis vere regulert av ulike regelsystem i høve lover og forordningar. Dei har ulike finansieringssystem, budsjett og ansvarsområde. Dei administrative grensene i, og mellom ulike organisasjonar og tenesteorgan vil vere forskjellige. Ein nyttar ulike informasjonssystem og databasar som kun i begrensa grad kommuniserar. I tillegg til rammeoverføringar, får sjukehusa betalt for antal behandla pasientar. Tanken er at dette skal stimulere til rask og effektiv behandling. Ein slik måte å leie offentlege institusjonar er kjent som New Public Management. Logikken er tufta på eit ønske om at også offentlig sektor delvis skal regulerast av marknadstenking. Hansen og Sandvin (2003, s. 30-31) understrekar at menneske med samansette utfordringar truleg vil lide under dette, sidan rehabiliteringsarbeid ofte kan vere ein kompleks og tidkrevande prosess. Det er grunn til å tru at det er element av dette fagpersonane i denne studien ser att i sin arbeidskvardag når dei skildrar at økonomi overstyrer fag. Det kan vere grunn til å stille spørsmål om dagens finansieringssystem i tilstrekkeleg grad innehar økonomiske insentiv som inspirerar og stimulerar til satsing på rehabiliteringsområdet. Men det er grunn til å tru at økonomiske insentiv knytt til eige ansvarsområde er ei medverkande årsak til den stadig kortare liggetida i sjukehusa, og den manglande prioriteringa av rehabilitering i kommunehelsetenesta. Feiring (2013, s. 100) seier at samstyring og inneber sjølvstyring ved at fagfolk blir tilsett i administrative stillingar med sterk budsjettkontroll over eige fagfelt. Ho ser på dette som ein ny styringslogikk som freistar å blande forvaltning og tenesteformidling på nye måtar. Det kan vere grunn til å spørre om i kva grad einskildrepresentantar med ansvar for eit avgrensa verksemdsområde ser, og har interesse for det som fell på sida av sitt eige arbeidsområde og budsjett. Samhandling mellom organisasjonar utfordrar ofte desse avgrensningane. Kanskje blir ein mest opptatt av å forsvare «sitt eige territorium». «Territorial oppførsel» kan ein sjå både hos leiarar, men og hos profesjonelle grupper som forsvargar sine yrkesroller, kunnskapar og tilnærming mot kvarandre. Tiltak på ein stad i «systemet», kan få utilsikta konsekvensar heilt annan stad. Slik fagpersonane i min studie skildrar det, kan brukarane som ikkje får eit tilfredstillande rehabiliteringstilbod, bli «offera». Kanskje er det dette Paulsen Breimo (2012, s. 195) viser til når ho understrekar at avgjerdsler i stadig større grad blir tatt av dei som ikkje har direkte kontakt med brukarane. Dersom ein kjem i dei kategoriane som ikkje er definert av systemet, kan ein i verste fall stå utan noko tilbod. Er det dette fagpersonane i studien skildrar når dei fortel at private rehabiliteringsinstitusjonar berre kan gi tilbod samstundes til eit begrensa tal menneske med meir enn moderate hjelpebehov? Kva då med dei som skal skrivast ut frå sjukehuset fordi dei er ferdigbehandla, men som treng for mykje assistanse til å få plass på den private

rehabiliteringsinstitusjonane ? I tillegg manglar heimkommunen kanskje både kapasitet og kompetanse. Ein har kanskje heller ikkje nokon medisinske diagnosar som gir rett til rehabilitering «å slå i bordet med». Samstundes veit ein at dei regionale helseføretaka som er ein «stor kunde» ved mange av dei private rehabiliteringsinstitusjonane, kunne endra sine kravspesifikasjonar i anbudsutlysingane i høve hjelpebehov og komplekse utfordringar. Ein kan få assosiasjonar til at det føregår eit svarteperspel, framfor at alle gode krefter spelar på lag. Dei minst ressurssterke kan risikere å bli taparane. Er vi vitne til det Romøren (2011, s. 86-87) advarte mot då samhandlingsreforma skisserte at spesialisthelsetjenesta skulle utviklast i spesialisert retning ? Han hevda at ei slik utvikling kunne få utilsikta konsekvensar i kraft av at spesialist- og kommunehelsetenesta kunne drive lengre frå kvarandre. Maktbalansen kunne bli ytterlegare skeiv, og svekke vilkåra for god samhandling. Ein modell der sjukehusa får ansvar for behandlings- og rehabiliteringskjeden heilt fram til kommunehelsetenesta sine kjerneoppgåver, ville kunne føre til at første- og andrelinjetenesta i enda større grad ville kunne vere i stand til å snakke same språk (Romøren 2011, s. 86-87). Romøren seier at det er vanleg at reformer ikkje helit når sine mål, og at det oppstår utilsikta verknadar. Det viktigaste kriteriet på at ei reform er nyttig er ikkje at den når sine mål, men at ein lærer av den. Han etterlyser allereie kva som skal erstatte samhandlingsreforma (Romøren 2014).

5.4.1 Oppsummering

Fagfolka frå spesialisthelsetenesta i denne studien fortel at andrelinjetenesta ser ut til å bygge ned rehabiliteringstilboda sine, før andre aktørar er sett i stand til å overta. Dei erfarar at økonomiske forhold ser ut til å bli tillagt meir vekt enn å gi brukarane eit tilfredstillande rehabiliteringstilbod. Fagpersonane i førstelinjetenesta i denne studien skildrar at ordninga dagbøter for utskrivningsklare pasientar legg sterke føringar. Det viktigaste blir å ta i mot, sjølv om ein ikkje har eit fagleg tilfredstillande tilbod på plass. Tidleg utskrivning fører til at det gjerne blir vidare rehabilitering i institusjon, framfor å komme tilbake til eigen heim. For brukarane kan konsekvensane bli fragmenterte, eller manglande tenester

Ein skulle tru at ordninga med kommunal medfinansiering for somatiske helsetenester ville stimulere til auka satsing på førebygging og rehabilitering. Men slik fagpersonane frå førstelinjetenesta i denne studien skildrar det, kan det sjå ut som at kommunane framleis i liten grad ser ut til å ha økonomiske insentiv for å drive aktiv rehabilitering. Frå ein «økonomisk ståstad», opplever dei kanskje at det er rimelegare med pleie- og

omsorgstenester, i alle fall på kort sikt. Ordninga med kommunal medfinansiering ser og potensielt ut til å kunne få utilsikta konsekvensar. Tilsette i kommunesektoren kan kjenne press frå sin eigen organisasjon i retning av å sette økonomiske omsyn framfor dei faglege. For brukarane kan dette i verste fall medføre at vesentlege forhold blir feiltolka, eller oversett. Fagfolka frå førstelinjetenesta i denne studien gir og uttrykk for at det stadig blir vanskelegare å få rehabiliteringstilbod til innbyggjarane. Dei peikar på at ein ikkje lenger kan søke om plassar ved fleire private rehabiliteringsinstitusjonar, og at aktørar med økonomiske interesser overtar oppgåver som kommunehelsetenesta ikkje sjølv har kapasitet og/eller kompetanse til sjølv å ivareta.

Rehabiliteringsarbeid kan ofte vere ein kompleks og tidkrevande prosess. Det er grunn til å tru at menneske med samansette utfordringar ikkje vil profitere på at offentleg sektor delvis skal regulerast av marknadstenking. Økonomiske insentiv knytt til eige ansvarsområde er truleg ei medverkande årsak til den stadig kortare liggetida i sjukehusa, og den manglande prioriteringa av rehabilitering i kommunehelsetenesta. Ein kan spørre seg om i kva grad einskildrepresentantar med ansvar for eit avgrensa verksemdsområde ser, og har interesse for det som fell på sida av sitt eige arbeidsområde og budsjett. Slik fagpersonane i min studie skildrar det, kan brukarane som ikkje får eit tilfredstillande rehabiliteringstilbod, bli «offer». Det kan derfor vere grunn til å stille spørsmål om dagens finansieringssystem i tilstrekkeleg grad innehar økonomiske insentiv som inspirerar og stimulerar til satsing på rehabiliteringsområdet. Ein kan få assosiasjonar til at det føregår eit svarteperspel, framfor at alle gode krefter spelar på lag. Dei minst ressurssterke kan risikere å bli taparane. Kanskje ein modell der sjukehusa får ansvar for behandlings- og rehabiliteringskjeden heilt fram til kommunehelsetenesta sine kjerneoppgåver, ville kunne føre til at aktørane på rehabiliteringsområdet i endå større grad ville kunne vere i stand til å løyse dei utfordringane fagfolka i denne studien skildrar.

KAPITTEL 6 AVSLUTNING OG NYE PERSPEKTIV

6.1 Avslutning

Eg har i denne studien stillt spørsmål om kva utfordringar fagpersonar skildrar i arbeidet mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet. Fire av områda fagfolka peikar på er diskutert nærare: «Rehabiliteringsarena bør bestemast ut frå funksjonsnivå, framfor diagnose», «Behov for mellomstasjonar», «Mangel på rehabiliterarar» og til sist «Økonomi overstyrer fag». Eg vil no kort summere oppsummere funna i studien min, og sjå dei lys av anna forskning.

Fagpersonane i denne studien gir uttrykk for at dei opplever at tilbodet i spesialisthelsetenesta ser ut til å bli bygd ned før kommunehelsetenesta er sett i stand til å overta oppgåvene. Dei peikar på at krava om effektivisering medfører at pasientane skal skrivast raskare ut frå sjukehusa, og at kommunane skal ta over meir ansvar. Fagpersonane i kommunane opplever å møte stadig meir komplekse problemstillingar, som kanskje ikkje er utgreia i tilstrekkeleg grad. Dei manglar både kapasitet og kompetanse, og opplever å ikkje vere godt nok førebudde. Det ser ut til å bli tilfeldig kven som får, og kvar ein får tilbod om rehabilitering. Skildringane kan synes å harmonere med Rambøll si kartlegging som er presentert i kapittel 1, som viser at områder med små kommunar, slik som i denne studien, ofte manglar fagfolk og kompetanse for å kunne tilby et breiare spekter av rehabiliteringstenester.

Det er grunn til å spørre om den tilsynelatande manglen på rettar knytt til spesifikke diagnosegrupper, og den subjektive vurderinga av behov og rehabiliteringspotensiale, kan undergrave at den einskilde faktisk får eit tilfredstillande rehabiliteringstilbod? Det reiser spørsmål om retten til rehabilitering heller burde knytast til medisinske diagnoser. Men fagpersonane i studien framhevar at ein heller må vektlegge funksjonsnivå, graden av kompleksitet, tidsrom etter sjukdom/skade, forventa rehabiliteringspotensiale, og behov for særskilt hjelp og kompetanse ved valg av «rehabiliteringsarena». Synspunkta ser ut til å vere i tråd med den nasjonale arbeidsgruppa som utgreidde ansvars- og arbeidsfordelinga på rehabiliteringsområdet, som og la vekt på ei individuell tilnærming (Helsedirektoratet 2012, S. 5-10).

For å få gjort ei god kartlegging og sikker overføring til rett nivå i kommunehelsetenesta peikar fagpersonane i studien min på at ei løysing kan vere å etablere «mellomstasjonar» mellom første og andrelinjetenesta i regi av einskildkommunar, eller ved at fleire kommunar går saman. Kartlegginga til Rambøll (2011, s. 7–12) viser at majoriteten av kommunane har organisert rehabiliteringstilboda internt i eigen kommune. Interkommunalt samarbeid på dette området vil truleg derfor representere ei ny erfaring for mange kommunar.

Gjennom samhandlingsreforma ser oppgåver ut til å bli flytta frå sjukehusa til kommunane uten at ressursane føl med. Om ikkje kommunehelsetenesta får tilført friske midlar, må dei omprioritere mellom eksisterande ressursar for å kunne ivareta nye oppgåver. Konsekvensane kan vere slik fagpersonane fortel, at det blir tilfeldig kven som får tilbod om rehabilitering. Dette kan sjåast i samanheng med Riksrevisjonen si kartlegging som er omtalt i kapittel 1, der det går fram at 80 % av kommunane meiner at spesialisthelsetjenesta manglar kunnskap om kva tenester dei faktisk kan tilby. Fleire rehabiliteringseiningar i helseføretaka erfarar at kommunane manglar kompetanse, og/eller kapasitet til å følge opp anbefalte tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Som i Feiring, Fauske og Throndsen (1997) sin studie som det er referert til i Kapittel 1, gir og fagfolka i denne studien uttrykk for at fagfolk nokre gongar kan vurdere både rehabiliteringspotensiale, funksjonsnivå og hjelpebehov forskjellig både internt i egne einingar, og i høve til representantar frå samarbeidande organisasjonar. Då kan det vere utfordrande å finne ei felles plattform for samarbeid. For mottakarane av tenestene kan konsekvensane potensielt bli fragmenterte, eller manglande tilbod.

Rehabiliteringsfeltet ser ut til å bevege seg i retning av meir samordning og samarbeid, eit sterkare administrativt fokus, og samstyring med mange aktørar involvert. Feltet ser ut til å vere i rørsle frå å vere fagleg retta, til å bli eit organisatorisk begrep. Sett i lys av Feiring, Fauske og Throndsen sin studie, kan det sterke fokuset på organisering vere med å sette faget på dagsorden, då fagfolka ser ut til å vere mest nøgde med rehabiliteringsverksemda i kommunar med høg grad av organisering, god planlegging og aktiv brukarmedverknad.

Ein kan spørre om samhandlingsreforma bryt med den vanlege forståinga av ordet samhandling i helsetenesta, som inneber å sikre eit best mogleg resultat for den einskilde. Ein innfører stadig nye overordna verkty. Fagpersonane i denne studien løftar fram individuell

plan som døme, og seier at ein i ulike organisasjonar har ulik forståing av kven som kan ha nytte av individuelle planar. Dette kan vere med å forklare Riksrevisjonen si undersøking som syner at individuell plan blir opplevd som et godt samordningsinstrument, men likevel blir relativt lite brukt (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Spissformulert kan ein stille spørsmål om styresmaktene gjennom innføringa av stadig nye overordna organisatoriske verkty, medvite unngår diskusjonen i høve til om rehabiliteringsfeltet kanskje heller burde tilførast «friske midlar og ledige hender».

Den auka profesjonaliseringa gjer at fleire yrkesgrupper er engasjerte. Ein konsekvens kan vere fragmentering slik at menneske med samansette behov ikkje blir møtt med ei heilskapleg tilnærming, unødig dobbeltarbeid og risiko for å kunne «ramle mellom fleire stolar», og/eller at bli verande i ein runddans mellom ulike instansar og aktørar. Fagpersonane i min studie gir uttrykk for at det er behov for å utvikle eit felles tankegods som strekk seg utover det som vanlegvis ligg til den aktuelle faggruppa sitt fag- og kompetanseområde. Ein fare kan vere at ein då kan misse kimen til framdrift som ligg i at ein ser, og forstår verda frå ulike ståadar.

Fagpersonane i denne studien fortel at på grunn av ordninga med betaling for utskrivingsklare pasientar, opplever ein i førstelinjetenesta at det viktigaste blir å ta i mot, sjølv om ein ikkje har eit fagleg tilfredstillande tilbod på plass. Tidleg utskrivning fører til at det gjerne blir vidare rehabilitering i institusjon, framfor å komme tilbake til eigen heim. Dei private rehabiliteringsinstitusjonane ser og i liten grad ut til å bli nytta direkte ved utskrivningar frå sjukehus. I tillegg ser kommersielle aktørar ser og ut til å gjere sitt inntog i helsetenesta. Fagpersonane i denne studien peikar på at motivet ser ut til å vere pengar, og at kvaliteten kan vere varierende.

Om ein ser på gruppene det kan vere aktuelt å flytte frå sjukehus til kommunar, vil ein truleg sjå at kostnadane ligg under gjennomsnittstalet for sjukehuspasientar. Skal dei få tilbod med same kvalitet i kommunane, vil det truleg bli meir kostbart enn gjennomsnittet for bebuarar ved dagens sjukeheimar. I lys av den nevnte kartlegginga frå Riksrevisjonen kan det vere grunn til å spørre om kvaliteten kan bli like god i kommune- som i spesialisthelsetenesta.

Skal ein sikre brukarane gode og målretta tenester, kan kanskje ein farbar veg kan vere å freiste å integrere rehabiliteringstankegang som ein del av alle tenester. Men dette er heller ikkje uproblematisk. Det kan representere eit dilemma i kraft av at rehabilitering blir

vanskeleg å synleggjere både som ansvarsområde, og i budsjettsamanhang. Om brukarane hadde fått bestemme, så hadde ein truleg ikkje hatt ulike forvaltningsnivå, eller profesjonar som vernar om sine områder. Brukarane vil helst møte nokon som kan, og vil hjelpe dei vidare med akkurat deira utfordringar. Slik rehabiliteringsfeltet framstår i dag, kan ein få assosiasjonar til at det føregår eit svarteperspel, framfor at alle gode krefter spelar på lag. Dei minst ressurssterke kan risikere å bli taparane. Området der denne studien er gjort, har mange og små kommunar, lange avstandar og mangel på kvalifiserte fagfolk. I distriktsnorge ville det truleg vore føremålstenleg at spesialisthelsetenesta tok ansvar for rehabiliteringstilboda heilt fram til kommunehelsetenesta sine kjerneoppgåver. Det ville truleg kunne føre til at aktørane på rehabiliteringsområdet i endå større grad blei i stand til å løyse dei utfordringane fagfolka i denne studien skildrar.

6.2 Nye perspektiv

Med bakgrunn i funna i studien kan det vere fleire område der det, etter mitt syn, kunne vore føremålstenleg å gjere vidare forskningsarbeid:

- Kva tenester bør «mellomstasjonar» på rehabiliteringsområdet innehalde. Kven bør drifte dei, og korleis ?
- Korleis kan ein rekruttere, utvikle og halde på faglig dyktige yrkesutøvarar på rehabiliteringsfeltet ?
- Korleis få til individuelle, målorienterte, planlagte og tverrprofesjonelle rehabiliteringstenester i distriktsnorge ?
- Kva har samhandlingsreforma faktisk bidratt med på rehabiliteringsområdet ?

Litteraturliste:

- Axelsson, R og Axelsson, S. B. (2009): *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bredland, E., Linge, Oddrun, A, Vik, Kjersti (2011): *Det handler om verdighet og deltakelse – Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Breimo, J.P. (2012): «*Bundet av bistand*» - *En institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser*. PhD i sosiologi Nr 5. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Breimo, J., Sandvin, J.I., Tøssebro, J (red). (2009): *Funksjonshemming - Politikk - hverdagsliv og arbeidsliv. Samordning som diskurs - En analyse av samordningsbegreper brukt i offentlige politiske tekster, med særlig vekt på politikk for funksjonshemmede Funksjonshemming: politikk, hverdagsliv og arbeidsliv* (s. 179 - 193). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Everett, L.E. og Furseth, I.: (2012): *Masteroppgaven – Hvordan begynne og – fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Feiring, M., Fauske, H., & Throndsen, A. (1997). *Rehabilitering i kommunene. En kartleggingsundersøkelse*. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Feiring, M. I: Melby, L. (red), & Tjora, A. (2013): *Samhandling for helse – Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Feiring, M., og Solvang, P. K. (2013). *Rehabilitering – mellom medisin og samfunnsfag. En feltanalytisk skisse*. Praktiske Grunde, 7(1-2).
- Fossestøl, K. (2009). *Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring av velferdsstatlig tjenesteyting*. Sosiologi i dag, 39(1), 37-62.
- Grue, L. (2004): *Funksjonshemmet er bare et ord*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Grønmo, S. (2004): *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gutenbrunner, C.et.al. (2011): *Whitebook on physical and rehabilitation medicine in Europe*. Section of Physical and Rehabilitation Medicine.
- Halkier, B. (2010): *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugland, H. og Solvang, P.K. I: Solvang, P.K. og Slettebø, Å. (red) (2012): *Rehabilitering – individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hammel, K.W. (2006): *Perspectives on Disability & Rehabilitation – Contesting assumptions; challenging practice*. Churchill Livingstone Elsevier.

- Hanssen, J. - I., & Sandvin, J. T. (2003). *Conceptualising Rehabilitation in Late Modern Society*. Scandinavian Journal of Disability Research, 5 (1). Side 24-41.
- Højholdt, A. (2014): *Tværrprofessionelt samarbejde i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jacobsen, D.I. (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Høyem, A. (2008): *ICF i rehabilitering – forståelse og bruk*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Jakobsen, M. R. (2011): *Fokusgrupper for begyndere – En praktisk håndbog*. Fredriksberg: Frydenlund.
- Johannesen, J.A. og Olaisen, J. (1995): *Prosjekt – Hvordan planlegge, gjennomføre og presentere prosjektoppgaver, utredninger og forskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjeldstadli, K.(1999): *Fortida er ikke hva den en gang var – En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lian, O.S. I: Melberg, H.O. og Kjekshus, L.E. (red) (2012): *Fremtidens Helse Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2012): *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normann, T., Sandvin, J.T. & Thommesen, H. (2008): *Om rehabilitering – Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Olsson, H. og Sørensen, S. (2003): *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.
- Romøren, T. I. (2011). *Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på en helsereform*. Nordisk Sygeplejeforskning Nr. 1 • 2011 – Vol 1 • Side 82 -88.
- Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2012): *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget Vingmostad & Bjørke AS.
- Sandvin, J. I: Solvang, P.K. og Slettebø, Å. (red) (2012): *Rehabilitering – individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sinclair, L.B. og Lingard, L.A. og Mohabeer, R. (2009): *What´s so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit.* Archives of physical medicine and rehabilitation vol. 90.

Solvang, P.K. I: Solvang, P.K. og Slettebø, Å. (red) (2012): *Rehabilitering – individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tøssebro, J. (2010): *Hva er Funksjonshemming.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Wibeck, V. (2010): *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode.* Lund: Studentlitteratur AB.

Willumsen, E. (2009): *Tverrprofesjonelt samarbeid – i praksis og utdanning.* Oslo: Universitetsforlaget.

Love og forskrifter:

Helse og omsorgsdepartementet (2011): Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20111216-1256.html>

Lov om helsepersonell. (helsepersonelloven): <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven): <http://lovdato.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven): <http://lovdato.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste>

Offentlige dokument

St.meld. nr. 21 (1998-99). Ansvar og mestring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.

Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

St.meld. nr. 40 (2002-2003). (2003). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.

DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT: St.prp. nr.1 (2007-2008) Kapittel 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011.

Helsedirektoratet (2012): *Avklaring av ansvars-og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområde.*(Rapport IS-1947). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014): Innsatsstyrt finansiering (Regelverk IS-2162). Henta frå:
http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/regelverk-innsatsstyrt-finansiering-2014/Publikasjoner/IS-2162_ISF_2014_low.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet: *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak* (Nasjonal veileder). Henta frå:
<http://www.regjeringe.n.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

NOU 2001:22 (2001). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Internettkjelder:

Halvannalinjeteneste: Store Medisinske Leksikon: henta 14. mai 2014 frå:
<http://sml.snl.no/halvannenlinjetjeneste>

Helsedirektoratet (Desember 2011). Henta 14. mai 2014 frå:
<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/om-habilitering-og-rehabiliterin/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* (Dokument 3:11 (2011-2012)). Henta 14. mai 2014 frå:
http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf

Helsedirektoratet (2011): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene*. Henta 14. mai 2014 frå: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene/Publikasjoner/unders%C3%B8kelse-om-rehabilitering-i-kommunene.pdf>

Romøren, T. I: *Plenumsinnlegg ved Den andre nasjonale konferansen om omsorgsforskning på Gjøvik gård den 21.10.10*. Henta 19. april 2014 frå:
http://www.hig.no/omsorgsforskning/nyheter/arkiv/et_kritisk_blikk_paa_samhandlingsreformen

Vedlegg 1: Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS følger på dei neste sidene.



Hankel Allégaten gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
fax: +47 55 58 96 59
post@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 501 825

Marte Feiring
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 04.07.2013

Vår ref: 24803 / 3 / KL

Dato: 09/07

Gres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.07.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34903	<i>Rehabilitering for mennesker med hjerneslag - Kven skal ta ansvar for helsekarene?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marte Feiring</i>
Student	<i>Stig Iglund</i>

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

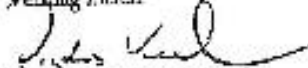
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

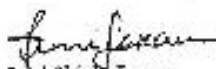
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ty melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldingen gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, sette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Nørvædt Kvalheim


Juni Skjold Lerau

Juni Skjold Lerau tlf: 55 58 35 01
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Stig Iglund, Ressingrunet 10, 6800 BERDE

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34903

Vi legger til grunn at kontaktablering med potensielle deltakere gjennomføres på en slik måte at de som kontaktes ikke føler seg forpliktet til å delta. Det innebærer bl.a. at leder ikke kan "peke ut aktuelle kandidater for fokusgruppeintervjuet", men at potensielle ansatte forespørres på en slik måte at det klart framgår at deltakelse er frivillig. Vi anbefaler at leder distribuerer informasjonsskrivet til flere potensielle ansatte, og at de som ønsker å delta kontakter forsker/student direkte.

Vi legger til grunn at det ikke behandles personidentifiserende pasientopplysninger i prosjektet, da slik informasjon er taushetsbelagt.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet noe mangelfullt utformet, og ber om at følgende endringer gjøres:

- Setningen endres som følger: "All dokumentasjon fra samtalen/intervjuet vil bli anonymisert I PUBLIKASJONEN". Dette fordi det skal oppgis hvor/når materialet skal anonymiseres.
- Legg til: At datamaterialet lagres på Helse Vest IKT sin server og at data behandles konfidensielt, ved at kun student og veileder har tilgang til materialet.
- Legg til: At det ikke vil få konsekvenser for den ansattes forhold til arbeidsgiver e.l. om han/hun ikke ønsker å delta.

Vi ber om at revidert informasjonsskriv sendes til personvernombude@nsl.uib.no.

Helse Vest IKT er databehandler for prosjektet. Personvernombudet forutsetter at det foreligger en databehandleravtale mellom Helse Vest IKT og Høgskolen i Oslo og Akershus for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden: <http://datatilsynet.no/verktoy-skjema/Skjema-maler/Databehandleravtale--mal/>

Datamaterialet anonymiseres 1 år etter prosjektlutt, 31.12.2014. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Datamaterialet skal anonymiseres hos Helse Vest IKT og hos veileder/student.

Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS forts.

Fra: Igland, Stig

Sendt: 8. august 2013 23:17

Til: personvernombudet@nsd.uib.no

Kopi: 'Marte Feiring'

Emne: IS: Prosjektnr. 34903.

Viser til brev frå Dykk dagsett 04.07.2013.

Vedlagt ligg reviderte informasjonsskriv.

Eg har og endra fokuset i studien frå å gjelde rehabilitering for menneske med hjerneslag spesielt, til menneske med behov for rehabilitering generelt. Etter samtale med ein av Dykkar saksbehandlarar i dag har eg fått beskjed om at det ikkje trengst å sendast eiga endringsmelding i høve dette.

Beste helsing

Stig Igland

Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS forts.

Fra: Juni Skjold Lexau [mailto:juni.lexau@nsd.uib.no]

Sendt: 25. september 2013 14:14

Til: Igland, Stig

Kopi: marte.feiring@hioa.no

Emne: Prosjektnr: 34903. Rehabilitering for menneske med hjerneslag - Kven skal ta ansvar for heilskapen?

Hei,

Vi viser til endringsmelding for prosjekt 34903, mottatt 18.09.2013.

Vi har registrert at data skal lagres på minnepenn istedet for på Helse Vest IKT sin server. Vi forutsetter at datalagring på passordsikret minnepenn er i overensstemmelse med HiOA sine rutiner for datasikkerhet.

Vi legger til grunn at prosjektet for øvrig er uendret, og viser til våre tidligere vurderinger.

Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart.

--

Vennlig hilsen

Juni Skjold Lexau

Rådgiver ved Personvernombudet for forskning Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Tlf. direkte: (+47) 55 58 36 01 - Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

E-post: Juni.Lexau@nsd.uib.no - www.nsd.uib.no/personvern

Adresse: Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS forts.

Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS forts.

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Igland, Stig

Sendt: 24. februar 2014 13:17

Til: 'Lene Brandt'

Kopi: marte.feiring@hioa.no

Emne: IS: Prosjektnr: 34903. Rehabilitering for menneske med hjerneslag - Kven skal ta ansvar for heilskapen?

Viser til melding frå Dykk (vedlagt).

Arbeidet med analyse av datamaterialet er kommet langt. 31.12.14 står fast som dato for anonymisering av datamaterialet.

Mvh

Stig Igland

Masterstudent

Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS forts.

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Lene Brandt [<mailto:lene.brandt@nsd.uib.no>]

Sendt: 13. februar 2014 09:28

Til: Igland, Stig

Kopi: marte.feiring@hioa.no

Emne: Prosjektnr: 34903. Rehabilitering for menneske med hjerneslag - Kven skal ta ansvar for heilskapen?

Hei,

Vi viser til endringsmelding mottatt 15.01.2014. Du opplyser at prosjektperioden vil utvides da innlevering av masteroppgaven er utsatt til vårsemesteret 2014. Vi har tidligere registrert at datamaterialet skulle anonymiseres 1 år etter prosjektslutt, dvs. 31.12.2014. Vårt spørsmål er da som følger; hvilken dato skal settes opp som dato for anonymisering av datamaterialet? Og informeres utvalget om denne utvidelsen?

Imøteser tilbakemelding. Ta gjerne kontakt om noe er uklart.

--

Vennlig hilsen / Best regards

Lene Chr. M. Brandt

Rådgiver / Adviser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Norwegian Social Science Data Services)

Personvernombud for forskning
(Data Protection Official for Research)

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 89 26

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Epost: lene.brandt@nsd.uib.no

www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg nr. 1 : Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS forts.

Fra: Lene Brandt [mailto:lene.brandt@nsd.uib.no]

Sendt: 24. februar 2014 15:04

Til: Igland, Stig

Kopi: marte.feiring@hioa.no

Emne: Prosjektnr: 34903. Rehabilitering for menneske med hjerneslag - Kven skal ta ansvar for heilskapen?

OPPFØLGING AV ENDRINGSMELDING

Vi viser til endringsmelding mottatt 15.01.2014 for prosjekt:

Prosjektnr: 34903. Rehabilitering for menneske med hjerneslag - Kven skal ta ansvar for heilskapen?

Personvernombudet har registrert at dato for prosjektslutt (31.12.2014) allikevel vil forbli uendret.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

--

Vennlig hilsen / Best regards

Lene Chr. M. Brandt

Rådgiver / Adviser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)

Personvernombud for forskning
(Data Protection Official for Research)

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 89 26

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Epost: lene.brandt@nsd.uib.no

www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg nr. 2 : Oppdatert førespurnad om deltaking i studentprosjekt (Til leiar): Også sendt til Norsk samfunnsviteskaplig datatjeneste AS

Informasjonsskriv til leiar
Navn på eining/organisasjon

Førde xx.xx.13

Førespurnad om deltaking i studentprosjekt

Bakgrunn

Mitt navn er Stig Igland. Eg er student ved Masterstudiet i rehabilitering ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I tillegg til studiane, arbeider eg som avdelingssjef ved Lærings- og meistringssenteret i Helse Førde HF.

Aktuelt

Eg har no starta å arbeide med mastergradsarbeidet mitt. Målet er å gjennomføre ein forskningsstudie som kan kaste lys over korleis samarbeid, samhandling, samordning og koördinering skjer mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet. Eg vil samle data ved å gjennomføre eit fokusgruppeintervju. Ei fokusgruppe kan seiast å vere ein gruppesamtale knytt til eit bestemt tema der ein gjennom erfaringsutveksling freistar å utvikle ny kunnskap.

Fokusgruppeintervjuet vil bli gjennomført ved (*navn, dato og tidspunkt vil bli tilpassa det einskilde fokusgruppeintervju*). Kostnadar knytt til reise vil bli dekkja etter Statens Regulativ.

I samband med prosjektarbeidet tillet eg meg å førespørre tilsette ved (*navn på eining/organisasjon vil bli tilpassa det einskilde fokusgruppeintervju*) om å delta i studien.

Ut frå din kjennskap til organisasjonen, ville eg sett stor pris på om du ville formidle det vedlagde informasjonsskrivet til fleire potensielle tilsette som du trur kunne vere med å kaste lys over dette temaet.

Det er viktig at dei som får informasjonen blir gjort klart merksame på at eventuell deltaking i studien er frivillig, og at det ikkje på nokon måte vil få konsekvensar for den tilsette sitt forhold til arbeidsgjevar om ein ikkje ønsker å delta.

Eg ber om at den/dei som kunne tenke seg å delta, kontaktar underteika direkte ved å sende e – post til: stig.igland@helse-forde.no eller sende sms/ta kontakt på tlf. nr. 90632871.

Vidare

Mastergradsprosjektet er tenkt avslutta i løpet av 2013. All dokumentasjon frå samtalen/intervjuet vil bli anonymisert i publikasjonen som vil bli levert som mastergradsoppgåve ved Høgskolen i Oslo og Akershus i november 2013. Datamaterialet vil bli lagra på Helse Vest IKT sin server, og vil bli behandla konfidensielt ved at kun student og veileidar har tilgang til materialet.

Dersom de ønsker det, kjem eg gjerne etter endt mastergradsarbeid for å fortelle om studien. Alt materiale knytt til arbeidet vil bli handsama slik at det det ikkje kan sporast tilbake til den einkilde respondent eller eining.

Ta gjerne kontakt om det skulle vere spørsmål:

Mobiltelefon : 90632871
Telefon arbeid : 57839873
e – post : stig.igland@helse-forde.no

Min rettleiar i mastergradsarbeidet er førsteamanuensis Marte Feiring ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Rettleiar kan kontaktast om det er ytterlegare spørsmål knytt til prosjektet: marte.feiring@hioa.no /Tlf. nr. 22 45 24 58/47 92 80 72

*Beste helsing
Stig Igland
Masterstudent*

Vedlegg nr. 3 : Oppdatert førespurnad om deltaking i studentprosjekt (Til potensielle deltakarar i studien). Også sendt til Norsk samfunnsviteskaplig datatjeneste AS

Informasjonsskriv til moglege informantar:

Førespurnad om deltaking i studentprosjekt

Bakgrunn

Mitt navn er Stig Igland. Eg er student ved Masterstudiet i rehabilitering ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I tillegg til studiane, arbeider eg som avdelingssjef ved Lærings- og meistringssenteret i Helse Førde HF.

Aktuelt

Eg har no starta å arbeide med mastergradsarbeidet mitt. Målet er å gjennomføre ein forskningsstudie som kan kaste lys over korleis samarbeid, samhandling, samordning og koördinering skjer mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet.

For å belyse temaet kunne eg ønskt meg at du ville dele dine erfaringar med meg. Eg håpar det kan vere mogleg for deg å sette av tid til dette. Deltaking i studien inneber å delta i eit fokusgruppeintervju saman med 4 – 7 andre utvalgte informantar. Ei fokusgruppe kan seiast å vere ein gruppesamtale knytt til eit bestemt tema der ein gjennom erfaringsutveksling freistar å utvikle ny kunnskap. Eg ser føre meg at intervjuet vil vare inntil ein og ein halv time.

Fokusgruppeintervjuet vil bli gjennomført ved ved (*stad og tidspunkt vil bli tilpassa det einskilde fokusgruppeintervju*) Det vil bli servert kaffi og eit enkelt, men velsmakande måltid i forkant av intervjuet. Kostnadar knytt til reise vil bli dekkja etter Statens Regulativ.

Om lag ei veke før, vil eg pr. elektronisk post sende deg ei kort oversikt over nokre overordna tema slik at du om du måtte ønske det, kan førebu deg litt til samtalen/intervjuet.

Samtalen/intervjuet vil bli lagra som lydfil ved hjelp av ein digital stemmeopptakar. Lydfila vil bli oppbevart forsvarleg uten tilgang for uvedkommande. Dersom du takkar ja til å delta i studien, vil eg be deg om å signere ei skriftleg samtykkeerklæring før intervjuet startar.

Vidare

All dokumentasjon frå samtalen/intervjuet vil bli anonymisert i publikasjonen som vil bli levert som mastergradsoppgåve ved Høgskolen i Oslo og Akershus i november 2013, bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Datamaterialet vil bli lagra på Helse Vest IKT sin server, og vil bli behandla konfidensielt ved at kun student og veiledar har tilgang til materialet.

Ei eventuell deltaking i studien er frivillig. Det vil ikkje på nokon måte vil få konsekvensar for ditt forhold til arbeidsgjevar om du ikkje ønsker å delta. Samtykket til deltaking kan når som helst i prosjektperioden trekkast tilbake uten at du vil måtte oppgi årsak.

Mastergradsprosjektet er tenkt avslutta i desember 2013. I den ferdigstilte masteroppgåva vil alle data bli handsama anonymt. Lydfiler, utskrift av intervju og oversikt over informantar vil bli sletta eit år etter at prosjektperioden er over.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning/Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du kunne tenke deg å vere med, er det fint om du kan sende meg ei melding på ein av følgende måtar:

- a) e – post til: stig.igland@helse-forde.no
- b) Sende sms/ta kontakt på tlf. nr. 90632871.

Min rettleiar i mastergradsarbeidet er førsteamanuensis Marte Feiring ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Rettleiar kan kontaktast om det er ytterlegare spørsmål knytt til prosjektet:
marte.feiring@hioa.no /Tlf. nr. 22 45 24 58/47 92 80 72

Ta gjerne kontakt med underteikna om det skulle vere spørsmål:

Mobiltelefon : 90632871
Telefon arbeid : 57839873
e – post : stig.igland@helse-forde.no

Dersom du ønsker det, kjem eg gjerne etter endt mastergradsarbeid for å fortelle om studien.

*Beste helsing
Stig Igland
Masterstudent*

Fokusgruppeintervju

Takk for at du vil delta i fokusgruppe der målet er å sjå nærare på korleis samarbeid, samhandling, samordning og koórdinering skjer mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet.

Vedlagt ligg nokre spørsmål eg håpar du har anledning til å reflektere litt over før vi møtes. Når det gjeld overføring mellom kommune og sjukehus/privat rehabiliteringsinstitusjon, så inneber ei slik formulering at overføringane kan gå «begge vegar».

1. *Kva oppgåver er lagt til kommunen og sjukehus/private rehabiliteringsinstitusjonar på rehabiliteringsområdet ?*
2. *Kven opplever du er aktørane på rehabiliteringsfeltet ?*
3. *Kan du skildre samarbeidet i ei konkret overføring mellom sjukehus/privat rehabiliteringsinstitusjon og kommunen ?*

(Det er fint om nokon av deltakarane i fokusgruppa vil skildre si erfaring knytt til ei slik overføring, så kan ein saman reflektere kring denne).
4. *Kva gjer ein for å sikre overføringane mellom kommune og sjukehus/privat rehabiliteringsinstitusjon ?*
5. *Kva gjer ein om overføringane ikkje blir slik ein skulle ønske ?*

Om du vil dele arket der du eventuelt har notert stikkord knytt til spørsmåla i fokusgruppeintervjuet, så er eg takksam for det. Stikkorda vil då bli nytta som eit supplement til det vi har snakka om i fokusgruppeintervjuet. Det er heilt opp til deg å bestemme om du ønsker dette.

*Beste helsing
Stig Igland
Masterstudent*

Informert samtykke

Eg samtykker med dette til å vere informant i studiet til Stig Igland der fokuset er korleis samarbeid, samhandling, samordning og koórdinering skjer mellom første- og andrelinjetenesta på rehabiliteringsfeltet. Eg er kjent med at dette prosjektet er knytt til Masterstudiet i rehabilitering ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Eg har fått informasjon om føremålet med studien, kva metode som blir nytta, og kva resultata skal nyttast til. Deltaking vil seie å delta på eit fokusgruppeintervju med 4 – 7 deltakarar. Intervjuet kan forventast å vare inntil ein og ein halv time.

Samtalen/intervjuet vil bli lagra som lydfil ved hjelp av ein digital stemmeopptakar. Lydfila vil bli oppbevart forsvarleg uten tilgang for uvedkommande. Eg er kjent med at innhaldet i samtalen/intervjua vil bli teikna ned skriftleg.

Eg har fått lovnad om at i den ferdigstilte masteroppgåva vil alle data bli handsama anonymt, slik at dei ikkje kan sporast tilbake til den einskilde respondent, eller avdeling. Lydfiler, utskrift av intervju og oversikt over informantar vil bli sletta eit år etter at masteroppgåva er levert.

Eg forstår og aksepterar at dei samla resultata vil bli nytta som ein del av eit forskingsarbeid og kan offentleggjerast gjennom konferansar, i vitenskaplege og akademiske tidsskrift og ved publisering av masteroppgåva.

Eg har fått informasjon om at deltaking i masterprosjektet er heilt frivillig, og at eg når som helst kan trekke meg frå prosjektet uten at det får noko form for konsekvensar for meg. Dersom eg trekker meg, vil informasjon eg har gitt ikkje bli nytta.

Navn: _____ Stad/dato: _____

Bakgrunnsinformasjon

Navn :

Stilling :

Stillingsprosent :

Alder : 20 - 40

41 - 50

51 - 60

60 - 70

Kjønn : Kvinne

Mann

Grunnutdanning :

Grunnutdanning avslutta år:

Vidareutdanning :

-
-
-
-

Tilsett i noverande organisasjon sidan år:

Tilsett i noverande stilling sidan år:

Anna relevant arbeidserfaring:

-
-
-
-

Vedlegg nr. 7: Fagpersonane sin arbeidsstad, stilling/funksjon grunn-, etter- og vidareutdanningar.

Av informantane arbeidde 9 i somatiske sjukehus, 6 hadde sitt virke i kommunehelsetenesta, og 2 ved ein privat rehabiliteringsinstitusjon. I tillegg kjem ein informant som arbeidde i delt stilling mellom sjukeheim og ein privat rehabiliteringsinstitusjon. Mange av informantane i studien hadde lang fartstid. Av deltakarane var det 17 kvinner og 2 menn. Seks av informantane var under 40 år, og seks var i aldersgruppa 41 til 50. Fire var mellom 51 og 60, og tre hadde passert 60 år. Dei hadde variert bakgrunn med omsyn til utdanning og arbeidserfaring. Målt i ulike yrkesgrupper, arbeidsstad, stilling, funksjon og etter-/vidareutdanningar hos informantane, var utvalet av informantar vidt tverrfagleg samansett:

Fokusgruppe 1 (Fg1)		
	<i>Arbeidsstad/grunnutdanning/stilling/funksjon:</i>	<i>Etter- og vidareutd:</i>
A	Utdanna fysioterapeut i 1972. Arbeider som Sjefsfysioterapeut/rehabiliteringskoordinator i ein kommune. Ivaretar fleire ulike roller, mellom anna som kontakt for Hjelpemiddelsentralen. Tilsett i noverande stilling sidan 1980.	Hjerneslag. Tverrfagleg vidareutdanning rehabilitering
B	Utdanna sjukepleiar i 1999. Har arbeidd i ein kommune som avdelingssjukepleiar i Open Omsorg sidan 2004.	
C	Utdanna sjukepleiar i 1999. Starta på sjukeheim då ho var nyutdanna. Deretter i Open Omsorg frå 2008.	
D	Utdanna fysioterapeut i 1978. Har arbeidd i den same stillinga som Kommunefysioterapeut sidan då.	Leiarutdanning.
E	Utdanna fysioterapeut i 1999. Arbeidd i ein kommune sidan 2002. Fagleiar der for fysio- og ergoterapitenesta sidan 2010.	Fysioterapi for eldre.
F	Utdanna lege i 1992. Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Variert erfaring på ulike fagområde. Har no delt stilling mellom privat rehabiliteringsinstitusjon, og sjukeheim.	Spesialistlege i faget fysikalsk medisin og rehabilitering
G	Utdanna sjukepleiar i 1990. Har arbeidd om lag 20 år i ei spesialisert rehabiliteringsavdeling både «på golvet», og som sjukepleiarleiar.	Praksisrettleing. Helse og sos. adm. Hjerneslag. Ernæring og helse.
H	Utdanna sjukepleiar i 1999. Erfaring frå sjukeheim og heimesjukepleiartenesta og i to ulike kommunar Sidan 2008 tilsett ved priv. Rehabinst, frå 2012 som Leiande Sjukepleiar.	Kognitiv terapi.
I	Utdanna ergoterapeut i 1998. Har 8 års erfaring frå bedriftshelsetenesta. Sidan 2006 tilsett ved ein privat Rehabiliteringsinstitusjon, frå 2012 som Kvalitetsleiar.	Arbeids- og org. psykologi. Personalpsykologi. Kognitiv terapi.

Fokusgruppe 2 (Fg2)		
<i>Arbeidsstad/grunnutdanning/stilling/funksjon:</i>		<i>Etter- og vidareutd:</i>
J	Utdanna fysioterapeut i 1977. Arbeider i sjukehus. Tilsett i noverande organisasjon sidan 1979.	Tverrfagleg vidareutdanning i rehabilitering
K	Utdanna sjukepleiar i 1981. Arbeider som einingsleiar i ei medisinsk avdeling i sjukehus. Erfaring frå Kirurgisk Avdeling. Arbeidd på sjukehus sidan 1999.	Administrasjon og leiing. Helsepedagogikk.
L	Utdanna ergoterapeut i 2006. Arbeider som ergoterapeut i kommunehelsetenesta. Starta i stillinga som nyutdanna.	
M	Utdanna sjukepleiar i 1995. Arbeider som kurskoordinator i sjukehus. Har arbeidd i 14 år på Medisinsk Avdeling, og 5 år i bedriftshelsetenesta.	Arbeids- og organisasjonspsykologi Motivasjonspsykologi

Fokusgruppe 3 (Fg3)		
<i>Arbeidsstad/grunnutdanning/stilling/funksjon:</i>		<i>Etter- og vidareutd:</i>
N	Utdanna lege i 1992. Arbeider delt stilling mellom eit av dei større universitssjukehusa i Skandinavia, og eit mindre sjukehus i Norge sidan 2009.	Spesialistlege i indremed./kardiologi.
O	Utdanna ergoterapeut i 1987. Har sidan 1998 arbeidd som Konsulent for rehabilitering og ergoterapi i ein kommune. Har erfaring frå sjukehus og bedriftshelseteneste	Tverrfagleg vidareutdanning i rehabilitering.
P	Utdanna fysioterapeut i 2004. Har arbeidd i sjukehus sidan ho var utdanna. spesialfysioterapeut.	Spesialfysioterapeut.
Q	Utdanna sjukepleiar i 2009, og sidan då arbeidd i sjukehus. Har tidlegare arbeidserfaring frå sjukeheim, heimesjukepleiartenesta, og legekantor.	Hjerneslag
R	Utdanna sjukepleiar i 2001. Tidlegare hjelpepleiar. Har arbeidd i sjukehus sidan 1991. Har og erfaring frå arbeid med psykisk sjuke, heimesjukepleiartenesta og sjukeheim	
S	Utdanna ergoterapeut i 2007. Har arbeidd i noverande stilling i sjukehus sidan 2010. Har og erfaring frå sjukeheim.	