

MASTEROPPGAVE
Studieprogram i Rehabilitering og Habilitering
Mai 2019

En kvalitativ studie av hvordan lokale NAV-kontorer og koordinerende enheter arbeider med å fremme livskvalitet og arbeidslivsdeltagelse hos klienter med traumatisk hjerneskade, multitraumer og tilsvarende skader?

Fariba H. Panahi

Kandidat nummer: 507



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for fysioterapi

MASTER'S THESIS

Study programme in Rehabilitation and Habilitation

May 2019

A qualitative study of how local offices of the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) and municipal coordinating units working to promote quality of life and working life participation at clients with traumatic brain injury, multiple trauma and similar injuries?

Fariba H. Panahi

Candidate number:507



OsloMet – Oslo Metropolitan University

Faculty of Health Sciences

Department of Physiotherapy

Forord

Et kapittel i livet og en vitenskapelig reise går mot enden. Arbeid med masteroppgaven har vært en meget interessant, morsom, intensiv og svært lærerik prosess. For meg har prosjektet presentert i denne oppgaven gjort meg ikke bare akademisk klokkere, men også mye klokkere på meg selv som person. Basert på formålet med studien fikk jeg muligheten til å bli en del av prosjektet: «Transitions in rehabilitation: Biographical reconstruksjon, experiential knowledge and professional epertise» finansiert av Norges forskningsrådet (prosjektnummer 229082). Jeg er ydmyk og er svært takknemlig for å få lov til å være en del av dette prosjektet. En stor takk til forskerne som er involvert i prosjektet «Transition in rehabilitation» ved OsloMet – storbyuniversitet for at jeg fikk tilgang til et spennende materiale.

En spesielt stor takk til min fantastiske veileder, professor Per Koren Solvang, som her vært veldig tålmodig, lyttet til mine ideer og holdt ut med meg i mine mange tilnærminger til materialet og takk for kritiske lesinger av utkastene til denne oppgaven. Jeg er svært takknemlig for at du tålmodig veiledet meg.

En stor takk til korrekturleserne og jeg vil takke gjerne min arbeidsgiver og kollegaene mine som har vært fleksibelt og bidratt med støttende ord og oppmuntring. Og til sist og ikke minst et spesielt takk til min fantastiske familie, min ektemann og våre to fantastiske sønner Daniel og Deniz for all støtte, oppmuntring og forståelse for min lange reise i vitenskaplige verden. Som familie vi har alltid vært der for hverandre og det er det største gave som jeg har i livet og er svært takknemlig for.

Det er med ydmykhet og respekt for de som holder på med forskning på ulike områder, at jeg nå ser frem til å lukke et foreløpig kapittel i livet.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	14
1.2 Institusjonelt rammeverk	16
1.2.1 Samhandlingsreformen	16
1.2.2 Koordinerende enhet	17
1.2.3 Lokale NAV-kontorer	19
1.3 Tidligere forskning	21
2. Mål med studie og problemstilling	27
2.1 Oppgave oppbygning	28
3. Teoretiske perspektiv	30
3.1 Institusjonelle logikk og samstyring	30
3.2 Organisatoriske begrensninger og distanser	35
3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid	36
4. Materiale og Metode	39
4.1 Datainnsamling	39
4.2 Deltagere og rekrutteringsprosess	40
4.2.1 Rekruttering Koordinerende enhet (KE)	41
4.2.2 Rekruttering NAV-kontor	42
4.3 Fokusgruppeintervjuer	42
4.3.1 Vignett	44
4.3.2 Beskrivelse av vignett	45
4.4 Transkribering	46
4.5 Data analyse	46
4.5.1 Tematisk analyse (TA)	46
4.5.2 Fremgangsmåte i tematisk analyse	49
4.6 Validitet, Reliabilitet og troverdighet	50
4.7 Ethiske vurdering	52
5. Resultat av analyse	53
5.1 Samarbeidsrelasjon mellom aktørene	54
5.1.1 Mangel på fellesrutiner for samarbeid og fellesmål mellom NAV og koordinerende enhet	55

5.1.2	Mangel på kommunikasjon og tilbakemelding mellom spesialhelsetjenester og koordinerende enheter.....	65
5.1.3	Mangel på informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger.....	68
5.2	Møteplasser og fagutviklingsarenaer	71
5.2.1	Tverrfaglighet og skaper gode problemløsning i felleskap.....	71
5.2.2	Kommunikasjon og informasjonsutveksling på tvers	74
5.2.3	Ansvarsgruppemøte som arena for tverrfaglig samarbeid.....	75
5.3	Dagligliv og Arbeidsliv.....	76
5.3.1	Mulighet og ressursorientert tilnærming	76
5.3.2	Familie og hjelpemidler	78
5.3.3	Arbeidsgiver og tilrettelegging.....	79
6.	Diskusjon.....	82
6.1	Forhold mellom helse og arbeidslivdeltagelse	83
6.2	Organisatorisk forhold for det tverrprofesjonelle samarbeid	83
6.3	Hvordan forstås rehabiliteringsforeløpet.....	93
7.	Konklusjon.....	97

Referanser

Sammendrag

Formål: Formål med denne studien var å øke bevissthet og forståelser av fagfolks erfaringer og innfallsvinkler på samarbeid og tjenesteytelse til pasienter med traumatisk hjerneskader og multitrauma. Avhandlingen er en del av et større prosjekt «Transitions in rehabilitation: Biographical reconstruksjon, experiential knowledge and professional expertise». Funnene fremstilt i masteroppgaven er basert på fokusgruppeintervjuer i kommunale koordinerende enheter og lokale NAV-kontorer.

Teoretisk forankring: Masteroppgaven tar utgangspunkt i institusjonelle logikk fordi det er flere aktører med ulike fokusområder og innfallsvinkler samarbeider på tvers. Teori om Interorganisatorisk kompleksitet er også relevant for å se på ulike aspekter ved samarbeid mellom aktørene og det som gjør sånne samarbeid utfordrende. Teori om tverprofesjonelle samarbeide var nyttig, da samarbeid på tvers av profesjoner er nødvendig for å gi kontinuitet i tjenester mellom nivåene i rehabilitering av pasient med TBI og multitrauma.

Metode: Studien hadde en kvalitativ tilnærming hvor det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med kommunale koordinerende enheter og lokale NAV- kontorer. Diskusjonen i fokusgruppene ble rammet inn av en vignett med et case av en fiktiv person som har fått traumatisk hjerneskade etter ulykke. Analysen av data materialet har vært inspirert av analyse metoden «Tematisk Analyse».

Resultater/Konklusjon: Funnene viser behov for koordinert samarbeid og integrert tjenester mellom lokale NAV kontorene og primærhelsetjeneste og behov for etablering av samarbeidsmodeller mellom aktørene som fremmer arbeidslivdeltagelse og livskvalitet blant pasienter med TBI og multitrauma. Funnene anerkjent også samarbeidsutfordringer knyttet til kommunikasjon mellom tjenestene. Dataene viser til viktige komponenter som møteplasser,

mulighet for kunnskaps- og informasjonsutveksling og tilgjengelige elektroniske kommunikasjonskanaler for å lykkes med interorganisatoriske samarbeid på ulike nivåer.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to increase awareness and understanding of professionals' experiences and approaches to collaboration and service provision for patients with traumatic brain injury and multi trauma. The thesis is part of a larger project "Transitions in rehabilitation: Biographical reconstruction, experiential knowledge and professional expertise". The findings presented in the master's thesis are based on focus group interviews in municipal coordinating units and local NAV offices.

Theoretical grounding: The Master's thesis is applies institutional logic. There are several actors with different focus areas and approaches working together across services. Theory of inter-organizational complexity is also relevant for looking at different aspects of collaborations between the actors and what makes such collaborations challenging. Theory of interdisciplinary collaboration was useful as interprofessional collaboration is needed to provide continuity of service between organizational levels of working with TBI and multi trauma rehabilitation.

Method: The study had a qualitative approach where 4 focus group interviews were conducted with municipal coordinating units and local NAV offices. The focus group discussions were framed by a vignette with a case of a fictional person who suffered from traumatic brain injury after an accident. The analysis of the data material is framed by "Thematic Analysis".

Results / Conclusion: The findings show the need for coordinated collaboration and integrated services between the local NAV offices and primary health care and the need for establishing collaboration models between the actors that promote work-life participation and quality of life among patients with TBI and multi trauma. The findings also recognized collaborative challenges related to communication between the services. The data refers to

key components such as meeting places, the opportunity for knowledge and information exchange and available electronic communication at different levels.

1. Introduksjon

I denne oppgaven ønsker jeg å utforske fagfolks erfaringer og perspektiver om samarbeid på tvers av tjenester på ulike nivåer, hovedsakelig i overgangsfasen mellom primærhelsetjeneste og lokale NAV kontorer. Oppgaven gjelder rehabilitering av pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma i et senere fase etter at de utskrives fra sykehus til hjem. Det har kommet fram i litteraturen at rehabiliteringsprosess kan nedprioriteres og svekkes etter at pasienten utskrives fra sykehus og henvises videre fra en tjeneste til en annen eller fra en profesjonell til en annen (Hart, 2001).

Det å oppleve livskvalitet og å delta aktivt i arbeidslivet er som regel et av de viktigste målene i rehabiliteringsforløpet for hver enkelt pasient med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. Selv om man blir rammet av funksjonstap, vil det å være i arbeid i de fleste tilfeller være helsefremmende i seg selv for personer i yrkesaktiv alder. I følge Waddel og Burton (2006) er det sterke indikasjoner på at arbeid fører til bedre helse og følelse av velvære, og det begrenser den skadelige fysiske, mentale og sosiale effekten som langtidsfravær har. Langvarig fravær fra normale aktiviteter, inkludert arbeid, har ofte en negativ effekt på en persons mentale, fysiske og sosiale velvære (Aylward, 2016).

Det fremkommer i to studier som utforsker pasients erfaringer med å komme tilbake til arbeid (Einbu, 2011, Gilworth, Eyres, Carey, Bhakta & Tennant, 2008) at skadens usynlige karakter fører til at det er utfordrende for pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI) å fungere i jobb etter skade, noe som lett kan bli oversett og får lite oppmerksomhet i akutt fase. I akutt fase fokuserer helsepersonell mest på å stabilisere kroppen med medisinske tiltak for å begrense skadevirkninger. Tradisjonelt sett har de medisinske tiltakene blitt iverksatt i en tidligfase og først når man har vært ferdig behandlet, har spørsmål knyttet til arbeid blitt trukket inn. Dette vist seg å være uheldig. Pasientene gir uttrykk for at de savner hensiktsmessig veiledning når

det gjelder retur til arbeidslivet (Einbu, 2011; Gilworth, Eyres, Carey, Bhakta & Tennant, 2008). Kompleksiteten i de utfordringene som disse pasientene står overfor i etterkant av deres skader, krever en samarbeidsmessig tilnærming når det gjelder å møte pasientens komplekse behov. Tverrfaglig samarbeid, interorganisatorisk samarbeid og koordinering er nødvendig for å støtte pasientens rehabiliteringsprosess (Wade og deJong, 2000; Strasser, Uomoto og Smits, 2008; Körner, 2010). Rehabilitering er en kompleks prosess hvor det er behov for å involvere flere fagfolk innenfor helse- og velferdstjenester samtidig som det kreves å krysse grenser mellom ulike yrker og organisasjoner (Wade og deJong, 2000; Strasser, Uomoto og Smits, 2008; Körner, 2010).

Å samarbeide interorganisatorisk og å gi en koordinert og integrert tjeneste i overgangene i rehabilitering av pasienter med komplekst og langsiktig behov for tjeneste, kreves det en god håndtering av prosesser på tvers av flere aktører. Interorganisatorisk kompleksitet handler om ulike aspekter ved samarbeid mellom ulike organisasjoner, og det som gjør slikt samarbeid utfordrende (Maznevski, Steger og Amann, 2007; Pfeffer og Salancik, 2013; Steger, Amann og Maznevski, 2007). Bakgrunn for slike samarbeidsutfordringer kan ha ulike grunner som for eksempel mangel på møteplasser, ulike kunnskapsdomener, ulike ansvarsforhold, ulikt elektronisk datasystem som vanskeliggjør informasjon mellom aktorene, og ulikt målkrav som skaper begrensninger i tverrorganisatoriske oppgaveløsning.

Interorganisatorisk kompleksitet oppstår når flere selvstendige aktører eller organisasjoner involveres i samarbeid for å utvikle tjenester, hvor det eksisterer en gjensidig avhengighet mellom de involverte partnerens roller. Problemområdet handler hovedsakelig om mangfold av målsettinger, samt stadige endringer som for eksempel krav og forventninger som imøtekommes. Overgangene i rehabilitering av pasienter med komplekst og omfattende behov mellom ulike tjenestenivåer er et godt eksempel på et slikt interorganisatorisk samarbeid hvor

den gjensidige avhengigheten er stor mellom ulike aktører som spesialhelsetjeneste, primærhelsetjeneste, arbeids og velferdstjenester.

Forskjeller i målsettinger og problemforståelser mellom aktørene på ulike tjenestenivåer kan forstås i lys av at samarbeid og koordinerte tjenester i overgangene i rehabilitering er preget av ulike institusjonelle logikker. Disse gir retning til aktørene og utfører sitt arbeid basert på ulike interesseområder og oppmerksomhet på bakgrunn av politiske føringer, ulike målsettinger og ulike forståelser av hva som er målet for tjenesten. Institusjonelle logikker former aktørens oppmerksomhet, hvordan de fortolker og vurderer situasjoner, og hvordan de reagerer på signaler fra omgivelsene. De virker ved å tilby verdier som gir retning til hvilke saker og løsninger som forstås som legitime, viktige og relevante, og ved å gi beslutningstakere en forståelse av sine interesser og identitet og dermed forme deres beslutningsprimisser og motiver (Ocasio 1997). Som et eksempel er store deler av spesialisthelsetjenesten både i sin organisering og sin funksjon, preget av sin dominerende profesjonslogikk hvor målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten er preget av omsorgslogikk og har fokus på pasientens pleie og omsorg, funksjonsforbedring og pasientens mestringsevne. Fagfolk i kommune er opptatt av kartlegging av totalsituasjon, rolle og familien og evt. belastninger som familien blir utsatt for i følge av tapet av rolle til person med helseproblemer. Arbeid og velferdsetaten er preget av velferdsstats- og byråkratisklogikk, der slagordet «Arbeid først» anses som en av NAV sitt overordnet mål og har fokus på inntektssikring gjennom arbeidsdeltagelse.

Nye studier viser at fronlinjearbeidere i NAV har tro på potensialer og muligheter som befinner seg både hos personen og i systemet, og benytter ulike dialogstrategier og virkemidler for å hjelpe person med helseproblemer på vei tilbake til jobb (Håvold, 2017). Helse- og omsorgsdepartement (2008) påpeker at forskjellen i målforståelse og ulike institusjonelle logikker likevel kan bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker

kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges (Helse- og omsorgsdepartement, 2008). Rehabiliteringsbegrepet er flersidig, det er ikke en enkelt tjeneste eller et tiltak, men en planlegging av flere tjenester som må spille sammen. Der er behov for tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid (Sørensen,2016). Brukerne har ulike behov i rehabiliteringsprosess og derfor krever det fleksible tverrsektorielle og tverrfaglige løsninger (Sørensen, 2016).

Vellykkede tjenester krever oftest koordinerte samarbeid. Isolert medisinske behandlinger eller kun arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. Det vil si at begge sektorene er avhengig av samarbeid med hverandre for å danne Inter- organisatoriske samarbeid, nettverk eller partnerskap hvor aktørene fremkaller ressurser og sikrer koordinering i situasjoner med gjensidig avhengighet. Alene har hver enkelt aktør ikke tilstrekkelig med ressurser til å oppnå sine mål og er avhengig av samarbeid med hverandre (Agranoff & McGuire 2001; Hudson 1987; Klijn 2008; Rhodes 1996; Stoker 1998).

Rehabiliteringsprosesser av traumatisk hjerneskader (TBI) og multitrauma er eksempel på tilfeller med sammensatte og langsiktige helseproblemer som krever samarbeid på tvers av ulike aktører. Rehabilitering omfatter ulike helse- og velferdstjenester og yrker, som krysser hverandre både faglig og organisatorisk, derfor kreves interorganisatorisk og tverrsektoriell koordinering og samarbeid mellom aktørene (Wade og de Jong, 2000).

Overgangen til rehabilitering på ulike tjenestenivåer anses å være viktige, men også problematiske. Dette har kommet fram etter at en ekspertgruppe analyserte situasjonen for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2009). Overgangene er spesielt utfordrende da pasientens rehabilitering etter traumatisk hjerneskade kunne bli begrenset eller til og med svekket av systemer som ble etablert for å hjelpe dem ved henvendelse fra en tjeneste til en annen (Hart,2001).

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Denne studien er en selvstendig del av prosjektet *Transitions in rehabilitation* Biographical reconstruction, experiential knowledge and professional expertise. Prosjektet *Transitions in rehabilitation* blir ledet av Tone Alm Andreassen og gjennomføres av flere forskere ved OsloMet – storbyuniversitet. Tema for prosjektet er ulike aspekter ved rehabiliteringsprosessen til personer som har opplevd omfattende skader, slik de skadde opplever den, og belyste hvorvidt og hvordan de profesjonelles innsats og tverrfaglige og interorganisatoriske samhandling gjennom prosessen støtter opp under den enkeltes prosess. Et aspekt som er lite belyst i prosjektet *Transitions in rehabilitation* var arbeid og samarbeidsforhold på kommunalt og bydelsnivå mellom koordinerende enhet og NAV. Samarbeid mellom de to tjenestene er viktig da pasienter med traumatisk hjerneskade ofte er unge og har flere år igjen av aktivt arbeidsliv. Det er viktig å utforske samarbeidsrelasjon i kommunaltjenester på lokalnivå og koordinert og integrert tjeneste mellom lokale aktører slik at pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma får en koordinert oppfølging etter utskrivning av sykehus. Det er viktig fordi mange unge mennesker har ennå et langt liv foran seg der de må leve med skaden, og de har et ønske om å være aktive i arbeidslivet. Det kvalitative intervjumaterialet belyser samarbeidsrelasjoner mellom kommunetjenester på lokalt nivå, og hvilke logikker tjenestene arbeider etter, som i begrenset grad har vært utnyttet i prosjektet, noe som vekker min interesse for å utforske denne delen som en del av prosjektet *Transitions in rehabilitation*.

Ifølge Solmic (2017) person med traumatisk hjerneskade er ofte unge, og deres rehabiliteringsprosess krever integrert tverprofesjonelle innsats på tvers av flere

organisasjoner og tjenester. Prosessen med pasientoverganger mellom tjenestene kan betraktes som mulighet for kommunikasjon, felles ansvar og aktiviteter knyttet til en bredere sammenheng med rehabiliteringsprosess av pasientgruppen. Det er viktig å ha en koordinert og integrert tjeneste mellom ulike tjenestenivåene i et senere fase etter utskrivning fra sykehus, hvor arbeid skal være også et tema i en tidligfase (Solmic, 2017) Grenseobjekt er en type infrastruktur som har vokst fram på bakgrunn av «behov for informasjon». Gjerne knyttet til samarbeidet, eller andre grupper som har behov for samarbeid (Star,2010). Det som er viktig for grenseobjekter er at hvordan praksis, struktur og språk opptrer, som en bru for å danne samarbeid mot et felles mål (Star,2010).

Studien er basert på kvalitative data av fagfolks erfaringer og perspektiver om overgangene i rehabilitering av pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. Data er analysert i lys av teorier om institusjonelle logikker, tverrfaglig og tverrprofesjonelle samarbeid og interorganisatoriske avstander og barrierer. Jeg ønsker å se nærmere på ulike logikker og tilnærminger primærhelsetjeneste som samordnes av koordinerende enhet (KE) og lokale NAV kontorer er preget av når de hjelper personer med sammensatte behov. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan fagfolk fra koordinerende enheter og veiledere fra lokale NAV kontorer fremmer brukers mulighet for arbeidslivdeltagelse og å beholde livskvalitet. Jeg ønsker å se nærmere på utfordringer og muligheter som fagprofesjonelle møter når de samarbeider med å gi koordinert og integrert tjeneste til pasienter med traumatisk hjeneskader (TBI) og multitrauma

1.2 Institusjonelt rammeverk

1.2.1 Samhandlingsreformen

For å oppnå mer samordnede tjenester ble innført samhandlingsreformen med hovedfokus på desentralisering, å styrke kommunale rehabiliteringstjenester og brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Intensjonen bak samhandlingsreformen er bedre samarbeid på tvers av tjenestene, koordinerte pasientoverganger (Helse- og omsorgsdepartement, 2009). Allerede før samhandlingsreformen ble individuelle plan lovpålagt, med hensikt til å oppnå bedre samordning på tvers av tjenester for pasienter med komplekst og langsiktig behov for tjenester etter utskriving av sykehus (Helsedirektoratet, 2009). Bakgrunn for etablering av IP var at tjenestemottakere som har behov for sammensatte tjenester, skal få et hjelpemiddel der tjenestene koordineres og mottakeren får en ansvarlig og aktiv rolle som bidrar i denne koordineringen. Individuelle plan var ment å øke kvaliteten og effektiviteten i helse- og sosialtjenester og å forbedre brukerinvolvering (Bjerkan et al., 2011). På tross av dette arbeidet fortsatt formidlingsstrukturen mellom tjenestene er mangelfull (Romøren, Torjesen, Landmark, 2011).

På bakgrunn av Stortingsmelding 47,2008-09, samhandlingsreform, det skal satses på mer helhetlig og koordinerende tjenester gjennom bindende samarbeidsavtaler og planlagte behandlingsforløp, for å sikre bærekraftighet ved effektiv bruk av ressurser. Men på grunn av samhandlingsproblem som er en av hovedutfordringene til helse- og omsorgstjeneste, pasientens behov for koordinerte tjenester besvarer ikke godt nok (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Samhandlingsreformen står for tidligere innsats, mer forebygging, og at flere tjenester ses i kommunene og at tjenesten skal være bedre koordinert. Personer som har behov for rehabiliteringstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuelle plan og ved behov oppfølging av en koordinator. Dette er uttrykt i Pasientrettighetsloven,

Helse- og omsorgstjeneste-loven og spesialtjenesteloven. For NAV gjelder forskrift om individuelle plan i arbeids- og velferdsforvaltning (<https://lovdata.no>).

1.2.2 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet for habilitering – og rehabilitering er et organisatorisk verktøy på systemnivå som skal sikre tilbud til personer gjennom rehabiliteringsprosess. Rehabilitering er koordinering av tjenester og samhandling mellom aktører for å støtte individuelle prosesser (Sandvin, 2012). I stortingsmelding beskrives rehabilitering som en planmessig prosess der flere fagpersoner samarbeider med å bistå individer som går gjennom rehabiliteringsprosesser hvor har som mål å oppnå et selvstendig liv som gir mulighet til deltagelse i ulike aktiviteter. Individer og deres livssituasjon som helhet er hovedfokus i rehabiliteringen (St.meld nr.21.(1998-99). Rehabiliteringspolitikken, som er beskrevet i (St.meld.nr.21 (1998-99)), presenterer til dels store utfordringer i den norske velferdsstaten. Det som trenger bistand, får ikke riktig hjelp til rett tid, og dette misforhold gir en ineffektiv og kostbar velferdsstat Ikke alle tjenesteytende enheter lar seg samordne i et sektororienterte forvaltningssystem, derfor rehabiliteringspolitikken og samhandlingsreformen anbefalt opprettholdelsen av en koordinerende enhet som kunne bistå i samordningen av kommunale og statelige tjenesterressurser til beste for Norges befolkning (Breimo, 2006).

Når det gjelder koordineringsoppgaven, påpekte Rehabiliteringsmeldingen på at både helseforetakene og kommunene trenger en tydelig koordineringsfunksjon. Koordinerende enhet, både i første linje (kommunalt nivå) og i andre linje (helseforetak nivå), er ment som et koordinering- og samarbeidstiltak på og imellom forskjellige systemnivåer. Det er mange kommuner (77 prosent) som har etablert koordinerende enhet for rehabilitering og

habilitering, men det er stor variasjon i hvordan man organiserer enhetene (Rambøll 2010, Sørensen 2009). Det samme gjelder koordinerende enhet i helseforetaksnivå (Breimo og Lunde 2009). I tillegg er det varierende i hvilken grad de opprettet enhetene, på både helseforetaksnivå og kommunalnivå, utfører de oppgavene som myndighetene- Rehabiliteringsmeldingen og helse- og omsorgsloven- har lagt føringer om at enhetene bør ta ansvar for (Sørensen, 2009).

I den første idealtypen er koordinerende enhet en del av et allerede eksisterende organ, for eksempel fysioterapitjenesten eller lokalisert ved en rehabiliteringsavdeling (Breimo og Thommesen, 2012). Ifølge Breimo og Thommesen (2012) en tredel av kommunene i Moens (2004) undersøkelse oppga at de koordinerende enhetene var integrert i den ordinære virksomheten, altså lagt til en allerede eksisterende stilling eller instans. I 12 av totalt 13 tilfeller var funksjonen lagt til et helsefaglig organ. De som utførte koordineringsfunksjonen hadde uten unntak helsefaglig bakgrunn. Den andre idealtypen er typisk for kommuner som har en bestiller-utfører-modell som skiller mellom hvem som bestiller tjenestene og hvem som utfører dem og fører ofte til dannelsen av det man kaller bestillerkontor eller tildelingskontor. Og den tredje idealtypen har man opprettet en egen organisatorisk enhet til å ivareta koordineringsfunksjonen. Det er ofte kollegialt team eller utvalg som møtes enten ved behov eller faste tidspunkter. Enkelte kommuner kaller dette individuelle plan-utvalg, mens andre kommuner kaller det tverrfaglige team eller koordinatorforum (Breimo og Thommesen, 2012).

Det er et vilkår i helse- og omsorgstjenesteloven at kommune skal ha en koordinerende enhet som «skal ha overordnet ansvar for arbeid med individuelle plan (IP), og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator», jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Forpliktelsen betyr blant annet at enheten skal ta imot melding om behov for IP, samt å sørge

for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med IP jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering § 6. Kommune kan organisere denne enheten på forskjellige måter.

Det er videre kommunens ansvar å utarbeide en IP og å koordinere dette planarbeidet, for pasienter og brukere som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Med behov for langvarige tjenester menes at behovet må være av en vis varighet selv om det ikke trenger å vare over et bestemt antall måneder eller år. Et behov for koordinerte tjenester innebærer at en pasient eller bruker har behov for flere helse- og eller sosialtjenester samtidig, og at disse dermed bør ses i sammenheng (Prop.91L (2010-2011),361).

IP skal utarbeides av helsetjenesten uavhengig av om det fremsettes krav om dette. Men planen skal ikke utarbeides uten samtykke fra den enkelte, eller den som kan samtykke på veggen av den det gjelder (person), jf. forskrift om rehabilitering og rehabilitering § 16 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Kommunens ansvar for å utarbeide IP fratår ikke spesialhelsetjenesteloven ansvar for å bidra i arbeidet, jf. forskrift for habilitering og rehabilitering § 18 og Prop. 91 L (2010-2011), 365-366. I tilfeller der pasienten ikke ønsker individuelle plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester (Helsedirektoratet 2012).

1.2.3. NAV- kontorer

I St.prp. nr. 46 (2004-2005) anbefalte regjeringen en ny plattform for lokal samhandling mellom stat og kommune på arbeids- og velferdsfeltet. Regjeringen foreslo at brukerne skulle møte en helhetlig førstelinjetjeneste i form av lokale arbeids- og velferdskontorer (NAV-kontorer). NAV er organisert i et partnerskap mellom stat og kommune. De minste NAV-kontorene har færre en fem ansatte, og de største har over 100 (Andreassen og Fossetøl,

2011). I statlige årsverk kan det variere fra 30 til nærmere 300 brukere per årsverk (Langeland og Galaasen, 2014). De lokale NAV- kontorene, også kalt førstelinje kan betraktes som NAV-reformens kjerne (Andreassen og Fossestøl, 2011). NAV kontorene skulle være en gjenkjennelig inngangsdør til arbeids- og velferdsforvaltnings samlede tjenester, og de skulle oppleves av brukerne som en samlet enhet. NAV kontorene skulle være brukerens fysiske, lokale kontaktsted i alle landets kommuner, men det skulle også være mulighet for interkommunale løsninger der det var nødvendig. NAV kontorene skulle sørge for all nødvendige koordinering, både innad i arbeids- og velferdsforvaltningen og mot andre relevante tjenester som brukeren har behov for. NAV-kontorene utgjør det offentlige apparatet for å oppnå et av de viktigste målene med reformen, å få flere i arbeid og færre på stønader (St.prp.nr.46 (2004-2005) 71). Her skulle de politiske målene som sysselsetting, brukertilpasning, helhetlig tjeneste og integrering av de tre etatene realiseres. Det er her velferdspolitikken samlede virkemiddelapparat når ut til befolkning, og her den enkelte bruker skal motta et helhetlig og skreddsydd tilbud (Fimreite og Aars, 2011). NAV- kontoret representerer således etablering av en inngangsdør til tjenestene, der tjenestene ytes via et fysisk mottak (St. nr. 46, (2004-2005)). Førstelinje består av to ledd (St.Meld.nr.14, 2002-2003). Den første leddet er brukernes felles inngangsdør og betjener alle som henvender seg med et enkelt og klart problem. De med mer sammensatte behov henvises videre til det andre leddet der de skal motta en helhetlig avklaring.

NAV-kontoret skal bidra til å styrke den enkeltes mulighet på arbeidsmarkedet, både for personer som er i et arbeidsforhold, de som er vanlig arbeidsledige og de som står utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom eller skade. Samtidig skal NAV kontoret samarbeide med arbeidsgiveren, både for å følge opp sykemeldt og for at de skal skaffe seg arbeidskraft (NAV's rapport 2010:37).

Det er en rekke oppgave som er felles for alle NAV-kontorene som for eksempel; å gi informasjon til brukere og samarbeidspartnere, bidra til avklaring av arbeidsevne og utarbeide aktivitetsplan, rådgiving og oppfølging av personer som er i stand til å arbeide, arbeidsformidling, arbeidsrettede tjenester og tiltak til den enkelte bruker og arbeidsgiver, sykefraværsoppfølging, tildeling av økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram, og kvalifiseringsstønad, midlertidig bolig, samordnet bistand fra andre tjenesteytere gjennom utarbeiding av individuelle planer (NAV's rapport 2010:37).

1.3 Tidligere forskning

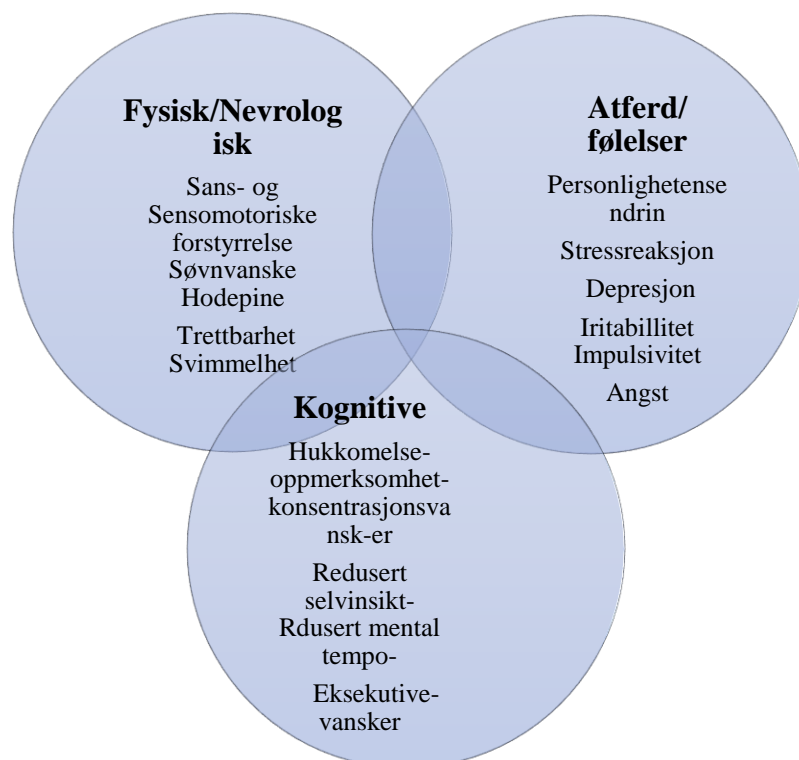
Traumatisk hjerneskade (Traumatic Brain Injury, TBI) er den vanligste årsak til alvorlig funksjonstap hos yngre personer i USA og Europa (Sorbo, Rydenhag, & Sunnerhagen, 2005). I Norge anslås antall nye alvorlige hjerneskader til cirka 115 per år (Sosial og helsedirektoratet 2005). De fleste av disse (over 90prosent) vil ha langvarig funksjonstap som et resultat av skaden (Andelic, Sigurdardottir, Brunborg, & Røe, 2008). Det er viktig at mennesker deltar aktivt i arbeidslivet på varig basis også etter å ha traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma som kan ha medført enkelte helsemessige utfordringer og noe redusert arbeidskapasitet.

Pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma er redusert fysisk, psykologisk og sosial funksjon og redusert helserelaterte livskvalitet (Andelic, Hammergren, Bautz-Holter, Sveen, Brunborg, & Røe, 2009). Senere i forløpet kan de oppstå sekundærproblematikk som depresjon og andre psykiske følgetilstander (Wehman, Target, West, & Kregel, 2005) Det er mange av traumatisk hjerneskader som må finne seg et nytt sted innenfor (eller ute(utenfor) arbeidsmarkedet (Andelic et al., 2009 & Soberg et al., 2011& Tøien et al., 2012 & van Velzen et al., 2009). I en undersøkelse i Sverige på hjerneskade i et langtidsperspektiv, med fokus på

arbeid, tilfredshet med livet og deltagelse, viser undersøkelsen at mange hadde fått endret funksjon på en slik måte at de ikke mestrer de samme arbeidsoppgaver i yrkeslivet som tidligere (Johansson, 2004).

En traumatisk hjerneskade medfører skader og plager av fysisk/nevrologisk, kognitiv, emosjonell og atferdsmessig art, som i sin tur vil ha konsekvenser for blant annet sosial og arbeidsmessige fungering (Finset & Krogstad, 2002). Se figur.1

Figur 1. Oversikt over en del vanlige problemer som kan oppstå etter traumatisk hjerneskade. Figuren viser kompleksiteten ved skadens omfang og illustrerer hvordan ulike problemområdene overlapper hverandre.



Figur 1 gir en forenklet oversikt over en del vanlige problemer som kan oppstå etter traumatisk hjerneskade. De ulike problemområdene griper som regel inn i hverandre og skaper symptomkomplekser som kan variere fra person til person.

Å delta i arbeidslivet representerer en viktig del av arbeidslivet for personer i yrkesaktiv alder. Arbeidsdeltagelse knyttes opp mot faktorer som økonomisk trygghet, opplevelse av mening, identitet, sosial interaksjon og samfunnsdeltagelse. Arbeid bidrar også til innhold, struktur og rutiner i hverdagen (Christiansen og Townsend, 2004). For enkeltmennesket har deltakelse i arbeidslivet sammenheng med opplevelse av god livskvalitet og trivsel etter å ha traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. Flere studier har vist denne positive effekten.

Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og menneskers subjektive opplevelse av høy trivsel og tilfredshet med livet etter traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma støttes av studie fra Vestling, Tufvesson og Iwarsson (2003), (Söderback & Ekholm, 1992; O'Neil et al., 1998).

Også andre studier har funnet at deltakelse i arbeidslivet etter TBI har stor betydning for opplevelsen av god livskvalitet og tilfredshet med livet, i tillegg til at også sosial deltakelse og deltakelse i fritidsaktiviteter øker (Söderback & Ekholm, 1992; O'Neil et al., 1998).

Nedsatt funksjon hos pasienter med traumatisk hjerneskade og multitrauma påvirker deres livskvalitet i bred forstand, det har også innvirkning på deres hverdag, sosiale yrkesmessige deltagelse (Andelic, Hammergren, Bautz-Holter, Sveen, Brunborg & Røe, 2009; Soberg, Roise, Bautz-Holter & Finset, 2011). Kompleksiteten i utfordringene som disse grupper møter i etterkant av deres skader krever en samarbeidsmessig tilnærming. Rehabilitering i seg selv er et komplekst felt som involverer en rekke fagfolk innen helse og velferdstjenester samtidig som det kreves kryssing av grenser mellom ulike yrker og organisasjoner (Wade, & deJong, 2000; Strasser et al., 2008; Körner, 2010).

Litteraturen understreker viktigheten med planlegging av pasientoverganger og peker på mangelfull planlegging og oppfølging skjer når uventede medisinske problemer oppstår i etterkant (Coleman and Berenson, 2004). Tidligere forskning har vist at den planlagte utvidelsen av kommunale rehabiliteringstjenester ikke ble oppnådd i konsekvens av samhandlingsreformen på rehabiliteringstjenester (Monkerud og Tjerbo, 2016). Tidligere undersøkelser viste at overganger mellom ulike tjenester som ofte var ikke planlagt, kan være en kilde for medisinske komplikasjoner. Risikoen er høyt da enkelte pasienter kan skrevet ut av spesialiserte rehabiliteringstjenester uten å bli tilbud tjenester fra kommune på grunn av begrensninger av tid for planlegging (Coleman og Berenson, 2004).

I en utredning fra 2005 (NOU 2005:3) fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste analyserte Wisløff-utvalget behovet for bedre samhandling i helsetjenestene. Konklusjonen var at samhandlingen svekkes i overgangene mellom ulike tjeneste nivåer. Dette gjaldt alle pasientgrupper, og svikten var både på individnivå og systemnivå. Utfordringene var spesielt store i de pasientgruppene som krever langvarig oppfølging fra det offentlige og som har behov for tjenester både fra spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Gjennomføring av sammensatte tjenester innebærer å styrke Inter-organisatoriske og tversektorielle overganger fordi rehabiliteringsprosesser involverer tjenester som leveres av ulike aktører. Overgangen mellom nivåene trenger tid, møteplasser og samkjøring av kunnskap (Slomic, Soberg, Sveen, & Christiansen, 2017). Interorganisatorisk koordinering er en fellesbetegnelse i faglitteraturen som omhandler fenomener som samarbeid, samhandling, nettverksbygging, kontakt, kommunikasjon mellom organisatoriske enheter (Repstad, 2004).

Samhandlingsreformen presenterer bakgrunnen for den nåværende utviklingen som skjer innenfor rehabiliteringstjenester i Norge. Kortere sykehus innleggelse og kortere behandlingstid av pasienter hos spesialiserte rehabiliteringstjenester har redusert i etterkant av

samhandlingsreformen, men i motsetning til Reforms mål ble det ikke noe utvidelse av ressurser i de kommunale rehabiliteringstjenestene (Monkerud & Tjerbo, 2016). På samme måte blir interorganisatorisk integrasjon problematisk når hver del av systemet er fokusert på sine interne oppgaver, rutiner og ressurser, mens det komplette bildet ofte kan overses (Lyngsø, Godtfredsen, & Frølich, 2016). Forster et al. (2004) rapporterte at overgangsperioden etter utskrivning fra sykehuset er utsatt for uheldige konsekvenser på grunn av ukoordinerte samarbeid og manglende kommunikasjon mellom aktørene på tvers av ulike nivå av rehabiliteringsforløp.

Kommunikasjon og informasjonsutveksling betegnes som generelt to av hovedområdene for å oppnå interorganisatorisk integrasjon (Lyngsø, Godtfredsen & Frølich, 2016), i tillegg til tverprofesjonelt samarbeid (Körner,2010). For å oppnå ønskelige pasientresultater i helsetjenesten, det er nødvendig med koordinering og informasjonsutvikling på tvers av tjenester (Dobrzykowski og Tarafdar, 2015) mens mangel på kommunikasjon mellom tjenester kan påvirke negativ på kontinuiteten i pleie og omsorgstjeneste (Kripalani et al., 2007). Informasjonsutveksling fører til samarbeid mellom lege og frontlinjearbeiderne, å informere leger om hvilke muligheter NAV tilbyr forhindrer langtids sykefraværet og hjelper person med helseproblemer i retur til arbeidslivet (Håvold et al., 2017). Å utveksle informasjon og kunnskap med andre aktører krever tilgang til tilstrekkelige ressurser. Ifølge frontlinjearbeiderne primærhelsetjenester har lite informasjon og kunnskap om mulighetene NAV kan tilby. Å informere fastleger om NAVs omfattende portefølje av tiltaksmuligheter representerer nye metodikk for ny praksis, også å styrke fastlegens forståelse av kravene til å motta folketrygden (Håvold et al., 2017)

Aktuell politiske føringer skapte større utfordringer i samhandling ved overgang mellom spesialist- og kommunale rehabiliteringstjenester for pasienter med traumatiske hjerneskader og multitrauma. Utfordringene var knyttet til kortere sykehusinnleggelse og raskere overføring av pasienter til kommuner. I tillegg fikk kommune tildelt mer ansvar uten at dette ble fulgt opp med tilleggsressurser. Informasjonsoverføring som er presis, omfattende nok og sendt i god tid kombinert med felles møter og videokonferanser var betegnet som tilretteleggende for en problemfri pasientoverføring mellom tjenester. Tilrettelegging for informasjonsoverføring, kunnskapsutveksling, forbedring av samhandling mellom tjenester og utforming av integrert rehabiliteringsforløp for pasienter innebærer både teknologiske løsninger og direkte kontakt mellom fagfolk (Slomic, 2018)

1.4 Mål med studie og problemstilling

Pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma har sammensatte behov og er ofte mennesker i yrkesaktiv alder som har flere år igjen av produktivt arbeidsliv. De komplekse behovene utfordrer rehabiliteringsprosessen skaper særlige utfordringer for pasientgruppen på vei tilbake til arbeidslivet og til å oppnå god livskvalitet. Dette vil da også utfordre tverrsektorielt og profesjonelt samarbeid mellom flere aktører som spesialhelsetjeneste, primærhelsetjeneste og arbeids- og velferdstjeneste.

Målet med denne oppgaven er å øke bevissthet og forståelser av fagfolks erfaringer og innfallsvinkler når de samarbeider og arbeider med pasienter med traumatiske hjerneskader og multitrauma i overgangene av rehabiliteringsprosess. Hovedfokuset i oppgaven er samarbeid mellom to tjenester: primærhelsetjeneste/koordinerende enheter i kommuner og lokale NAV kontorer. Jeg ønsker også å utforske utfordringer og muligheter som fagprofesjonelle har erfart når de samarbeider med å gi koordinert og integrert tjeneste til pasienter med traumatisk hjerneskader (TBI) og multitrauma.

Funnene som er presentert i oppgaven og metoden som er benyttet for å samle inn data er fokusgruppeintervjuer i den delen av NAV som arbeider med arbeidsavklaring og hos koordinerende enhet (KE) i to bydeler/kommuner, til sammen fire intervjuer.

I oppgaven har jeg som hensikt å utforske følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvordan arbeider lokale NAV kontor og koordinerende enhet (KE) med å fremme livskvalitet og arbeidslivsdeltakelse hos klienter med traumatisk hjerneskade (TBI) og tilsvarende ulykkesskader?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstås forholdet mellom helse og arbeidslivsdeltakelse?
2. Hvilken betydning får organisatoriske forhold for det tverrprofesjonelle og tverrinstitusjonelle samarbeidet?
3. Hvordan forstås rehabiliteringsforløpet?

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 presenterer jeg introduksjon, begrepsavklaring, tidligere forskning og bakgrunn for valg av tema. Kapittel 2 dekker målet med studien og problemstilling. I kapittel 3 viser jeg fram valg av teoretiske perspektiver eller referanserammer som utdyper institusjonelle logikk, interorganisatoriske barrierer og tverrprofesjonelle samarbeid. I kapittel 4 presenterer jeg forskningsmetodikken, fokusgruppeintervju, vignett case inkludert analyseprosess, validitet og etiske hensyn. I kapittel 5 presenterer jeg resultat og diskusjon kommer under kapittel 6. Til slutt i kapittel 7 under konklusjon vil jeg sammenfatte kjernen i studien.

3. Teoretiske perspektiv

Informantene i denne oppgaven er fagfolk fra ulike aktører helseforetak og arbeids- og velferdsetaten som samarbeider på tvers av profesjoner og sektorer. Jeg har valgt teori om institusjonelle logikk siden det er flere aktører med ulike institusjonelle logikker samarbeider om å løse en oppgave. Teori om Interorganisatorisk kompleksitet er også relevant for å se på ulike aspekter ved samarbeid mellom aktørene og det som gjør sånne samarbeid utfordrende. I dette kapittelet vil jeg derfor presentere teoretiske tilnærminger om institusjonelle logikk og interorganisatorisk kompleksitet, i tillegg jeg ser også som relevant å benytte teori om tverrprofesjonelle samarbeid for å belyse materialet i senere analysen. Slik at jeg kommer nærmere et svar på problemstilling og underliggende spørsmål.

3.1 Institusjonelle logikk og samstyring

Institusjonelle logikker forstås som et sett av sammenhengende antagelser og oppfatninger som styrer handling i et gitt felt. Det dreier seg om de samfunnsmessig konstruerte, historiske normer av kulturelle symboler og praksis antakelser, regler, verdier og oppfatninger, som gir mening til individer og organisasjoner (Thornton og Ocasio, 2008). Institusjonelle begrepet ble opprinnelig presentert av Friedland og Alford i 1985 for å illustrere motstridende praksiser nedfelt i institusjoner i den vestlige verden. I utgangspunktet ble rammene videre utviklet fra å bli praktisert på samfunnsnivåer, til å kunne benyttes med tanke på å belyse forhold på ulike nivåer på makro-, meso- og mikronivå; samfunn, organisasjoner og individnivå (Thornton og Ocasio, 2008). Logikkene er basis for grunnleggende og selvfølgeliggjort forståelser som former både mål og midler i individs og organisasjons handlinger (Reay & Hining 2009; Thornton, Ocasio & Lounsbury 2012). Logikkene danner aktørens oppmerksomhet, hvordan de fortolker og vurderer situasjoner og hvordan de reagerer på signaler fra omgivelsene. Logikkene virker ved å tilby verdier som gir retning til

hvilke saker og løsninger som forstås som legitime, viktig og relevante og ved å gi beslutningstakere en forståelse av sine interesser, identitet og dermed danner deres beslutningsprimisser og motiver (Ocasio 1997).

Selv om i det organisatoriske felt finnes gjerne en dominerende logikk, kan et felt også bestå av opposisjonelle eller ulike logikker (Marquis & Lounsbury 2007; Reay & Hinings 2009).

Den dominerende logikken i helsetjenesten er «profesjon» med vekt på faglig autonomi, i NAV – feltet «organisasjon» byråkrati og hierarki. I helsetjenesten finnes også en organisasjonslogikk preget av hierarkisk organisering, byråkratisk styring og businessinspirert ledelse (Martinussen & Magnussen 2011; Reay & Hinings 2009; Scott, Ruef, Mendell & Caronna 2000) som kan stå i et spenningsfylt forhold til en profesjonslogikk med vekt på faglig autonomi og faglig ledelse.

Ifølge Scott (2014) det er tre pilarer- det *regulativet*, det *normative* og det *kognitive* som støtter kjerneforutsetninger og kunnskaper i institusjonene. Scott viser til hvordan institusjonelle pilarer de regulative, normative og kognitive institusjoner påvirker aktørens atferd. Han gir en dypere innsikt i de ulike pilarene gjennom å vise grunnlaget for innordningen under institusjonen, hvilke mekanismer som sikrer innordningen, og hvilken logikk som dominerer (Scott, 2000).

Den regulative pilaren er kjennetegnet ved å legge mye vekt på regulerende prosesser som regleutforming, styring og godkjenning. Dette innebærer å etablere regler for deretter å inspisere eller overvåke andres tilpasning til reglene. Videre vil man styre sanksjoner ved å gi ut belønninger eller gi straff for påvirke fremtidig atferd. Det regulative presset har ofte en legal basis, og mekanismene bygger på en instrumentell rasjonalitet (Busch, 2007).

Den normative pilaren vektlegger normative regler som synliggjør de perspektivet, evaluative og obligatoriske sidene ved sosiale systemer. Perspektivet inkluderer både normer og verdier. Verdiene uttrykker det som er prioritert og ønsket, og de setter standarden som atferden blir målt og bedømt utfra. Aktørene innretter seg fordi det forventes og at de føler en forpliktelse, ikke pga egeninteresse. Selv om normene i samfunnet forandrer seg, kan atferdsmønstre bestå. Dette kan føre til at organisasjonen kommer i utakt med sine intensjonelle omgivelser (Busch, 2007).

Den kognitive pilaren: Nyinstitusjonalismen har lagt spesielt stor vekt på de kognitive sidene ved institusjoner (Scott, 2000). Her ser man på betydningen i at institusjonelle bestemmelser tolkes. Ofte fordi men ikke ser eller anerkjenner alternativer, og at institusjonene ikke bare begrenser oss i tanken, men også utgjør kriteriene for de valg som treffes. Den kognitive pilaren representeres av de mentale modellene som dannes rundt hvordan organisasjonen skal oppføre seg. Den har altså ingen normativ eller verdimesig basis, men den bygger på hva vi tar for gitt.

En problemløsningsstrategi vil dermed være avhengig av en eller flere av disse pilarene for legitimering. En dominerende logikk etablerer kjerneprinsippene for å organisere aktiviteter og fokuserer oppmerksomheten i institusjonen (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012). Med andre ord er frontlinjearbeiderne innebygd i et felt med sterke institusjonelle logikker for å implementere politikken på en måte som passer kjernemål og forutsetninger i et felt eller en organisasjon (Garrow og Grusky, 2013). Hvert organisasjons- og organisasjonsfelt kan støte flere logikker som konkurrerer om å etablere en dominerende stilling for å gi aktørene på dette feltet en referanseramme for hva som er rasjonelt og logisk (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012). I en slik situasjon for eksempel i brukermøter vi frontlinjearbeiderne gjennom fokus på oppmerksomheten benytter ulike strategier som verktøy for å aktivere vise

aspekter av institusjonelle logikken, for å løse et problem eller ta en avgjørelse (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012).

Tilnærmingen omfatter et vidt metaperspektiv på hvordan institusjoner, gjennom påvirkning av underliggende logikker, former heterogenitet, stabilitet og endringer hos individer og organisasjoner. Kjernepunktet i dette perspektivet synes å handle om at interesser, identiteter, verdier, antakelser hos individer og organisasjoner er begrenset av de dominerende institusjonelle logikker. Beslutninger og utfall er resultat av et gjensidig spill mellom individer og institusjonelle strukturer (Thornton og Ocasio, 2008). Med andre ord det antas at ulike organisasjoner og deler av forvaltningen utvikler sine spesifikke måter å forstå sitt arbeidsfelt på, og sine vurderinger av hva som er viktig og riktig å gjøre knyttet til dette arbeidet. Institusjonelle logikker dannes over tid og får form i lys av de vilkårene en organisasjon jobber innenfor. For eksempel; vil politiske føringer om arbeidsinkludering spiller inn i forståelsen av måtene frontlinjearbeidere i NAV jobber på.

En annen og nært tilsvarende vilkår for dannelse og opprettholdelsen av institusjonelle logikker er de profesjonene som er presentert innenfor en organisasjon (Abbott, 1988). Profesjoner tar med seg en faglighet som har påvirkning på deres forståelser og deres måte å jobbe på. Ofte kan det være konkurrerende institusjonelle logikker i en organisasjon som skaper spenning og bidrar til endring. En profesjonslogikk kan for eksempel stå i motsetning til en mer byråkratisk logikk i en organisasjon (Thornton og Ocasio, 2008). Som eksempel; profesjonslogikk har en terapeutisk fagkultur hvor fagfolk står mellom pasientens behov og de medisinske mulighetene. Mens den byråkratiske logikken representerer politiske-administrative systemet, her fagfolk er opptatt av ressurs- og budsjettammer.

Samstyring er et begrep som ofte brukes og kan defineres «den ikke-hierarkiske prosessen hvor ved offentlige eller ikke offentlige aktører og ressurser koordineres og gis en felles retning og mening». Denne definisjonen oppfordrer til at ulike aktører samarbeider og at dette samarbeidet er relevant for offentlige styring. Begrepet «samstyring» viser til en nettverksbasert styringsform som involverer aktører på tvers av nivåene i kommune, stat og overnasjonale organer (multi-level governance) (Klijn 2005; Smith 2003; Vabo & Røiseland 2008b). Styring skjer via interorganisatorisk samarbeid, nettverk og partnerskap som beskrives som samstyring operative former (Fredrikson 2005). Samstyring er slik sett styring i og gjennom nettverk på tvers av organisasjoner og felt. Andreassen og Fossetøl (2014) refererer til at «Samstyring» defineres som en nettverksbasert styringsform som Staten kan ta i bruk for å praktisere politiske tiltak/ vilkår som er avhengig av aktører utenfor staten selv. Samstyring er dermed en styringsform som staten kan ta i bruk for å realisere politiske initiativ som er avhengig av aktører utenfor staten selv (Andreassen og Fossetøl, 2014). I økende grad må samfunnet håndtere problemer som er vanskelig definerbare, der målene er diffus og resultatene vanskelig målbare (Harmon & Mayer 1986; Wise & Nader 2002). Her trengs styringsmekanismer som speiler mangfold av de berørte interessene. Samstyring er en styringsform som tar hensyn til at mange samfunnsproblemer er komplekse og går på tvers av sektorgrenser (Huxham 2000). Ved slike problemer kan politiske mål ikke nås gjennom innsats via ett enkelt hierarki, men krever samordning av autonome aktører både innenfor og utenfor staten. Inkluderingspolitikken er et typisk eksempel på politiske mål/føringer som krever koordinerte innsats fra det offentlige – NAV – feltet og helsetjenesten. En annen eksempel er samhandlingsreform og koordinert og integrert tjenester til pasienter med sammensatt behov som kan realiseres via interorganisatoriske samstyring mellom ulike aktører på tvers.

3.2 Organisatoriske begrensninger og distanser

Å gi en koordinert og integrert tjeneste i overgangene i rehabilitering av pasienter med komplekst og langsiktig behov for tjenester krever en god håndtering av prosesser på tvers av flere aktører. Teorier om interorganisatorisk kompleksitet handler om ulike sider ved samarbeid mellom ulike organisasjoner, og det som gjør slik samarbeid utfordrende (Maznevski, Steger og Amann, 2007; Pfeffer og Salancik, 2013; Steger, Amann og Maznevski, 2007). Interorganisatorisk kompleksitet fremstår når flere selvstendige aktører eller organisasjoner involveres i samarbeid for utvikling eller leveranser av tjenester, hvor det foreligger en gjensidig avhengighet mellom de involverte partnerens roller. Problemområdet hovedsakelig handler om mangfold av målsettinger, samt stadige endringer som for eksempel krav og forventninger som imøtekommes. Overgangene i rehabilitering av pasienter med sammensatt behov mellom ulike tjenestenivåer er et godt eksempel på en slik interorganisatoriske samarbeid, hvor den gjensidige avhengigheten er stor mellom ulike aktører som spesialhelsetjeneste, primærhelsetjeneste, arbeids og velferdstjenester.

Interorganisatoriske kompleksitet og samarbeidsutfordringer kan være knyttet til flere faktorer som *geografiske, kognitive, organisatoriske- og strukturelle* distanser mellom organisasjonene. *Geografiske* distanse handler om at samarbeidspartnere på tvers av etater befinner seg på ulike lokasjoner og dette skaper begrensninger på hvordan koordinering og kommunikasjonsprosesser kan foregå (Carnton, 2001; Hinds og Kiesler, 2002; Hinds og Mcgrath, 2006). Både ulikhet i kunnskapsdomener hvor aktørene har kunnskap om ulike fagområder og ulike kunnskapsdybde om samme emne skaper *kognitive* distanser (Parjanen, Harmaakorp og Frantsi, 2010; Petruzzelli, Albino og Carbonara, 2007). Kunnskap og forståelse er kontekstavhengige (Noteboom, 2008), og ulikhet i måter mennesker opplever,

tolker, forstår og evaluerer situasjoner (Wuyts, Colombo, Dutta og Nootboom, 2005) kan oppstå i konsekvens av ulikhet både i organisatorisk tilhørighet og profesjonstilknytninger. Når det gjelder *organisatorisk* distanse det dreiere seg om forskjell på organisasjonsstruktur, ansvarsforhold, størrelse og beslutningsprosesser mellom de som samarbeider. I offentlige sektor mangel på tverrgående koordinering er en stor utfordring (Carstensen og Bason, 2012). Strukturelle distanse forklares ved mulig asymmetri og maktforskjeller. Når ulike aktører samarbeider det trekkes fram ulike interesseområder med ulike formål og krav. Dette betyr at koordineringsutfordring oppstår fordi aktørene har ulike og til og med motstridende hensikter, mandater, ansvarsområder, målkrav, insentiver og ikke minst konkurrerende holdning om begrensede ressurser (Singh og Parkash, 2010).

3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

I følge av Willumsen (2009) kjennetegnes tverrprofesjonelt samarbeid av at flere profesjoner jobber tett sammen. Tverrprofesjonelt samarbeid innebærer samarbeid mellom ulike profesjoner som har felles oppgaver og er engasjert i fellesbeslutninger. Gjennom refleksjon og diskusjon skapes det ny kunnskap som et resultat av samarbeidspartenes ulike bidrag. Denne kunnskapen bidrar til at samarbeidspartene får et større overblikk over helheten i komplekse problemstillinger og situasjoner. Willumsen (2009) viser til at tverrprofesjonelt samarbeid ofte brukes synonymt med tverrfaglig samarbeid i norske språkbruk. Begrepet tverretatlig samarbeid brukes i følge av Willumsen om samarbeid på organisasjonsnivå, det vil si om samarbeid mellom etater eller tjenester. Mens tverrfaglig samarbeid fremhever samarbeidet mellom personer med ulike faglig og profesjonell bakgrunn knyttes tverretatlig samarbeid mer til samarbeid mellom personer som representerer ulike etater, tjenester eller organisasjoner (Willumsen, 2009).

Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved samling om felles mål rundt en klient. Dette forutsetter en felles holdning til og en integrasjon av andre faggruppers grunnlag og kunnskap. Tverrfaglig samarbeid gir større utnyttelse og samordning av ressurser. Aktørene i det tverrfaglige samarbeidet må være i stand til å representere den tverrfaglige gruppens synspunkter og ikke først og fremst sin egen faggruppe (Repstad, 2004). Bronstein s modell for tverrfaglig samarbeid *The Model of interdisciplinary Collaboration* er en modell for tverrfaglig samarbeid som er utviklet av Bronstein (2003). Basert på dette modellen definerer Bronstein (2003) fem kjerne komponenter som et tverrfaglig samarbeid ofte består av; som gjensidig avhengighet, nylig etablerte faglige oppgaver, fleksibilitet, felles eierforhold til mål og refleksjon over prosessen. Gjensidig avhengighet referer til at alle aktørene i samarbeidet er avhengig av de andres arbeid for at de sammen skal nå målene de jobber for (Bronstein, 2003).

Willumsen (2009) viser til flere studier som viser at forskjeller i hvordan et problem blir forstått, utfra hver enkelt sitt faglig perspektiv, og hvordan et problem håndteres, kan hindre samarbeid mellom profesjonelle. Det er nødvendig å søke enighet om mål, og at utviklingen av tydelige framforhandlede mål er vesentlig for å oppnå framdrift i samarbeidet (Willumsen, 2009). Hun mener det blir vanskelig å se hvordan samarbeidspartnerne kan komme videre uten å ha et felles mål (Willumsen, 2009).

Willumsen (2009) gjennomgår ulike teorier om samarbeid mellom profesjonelle og mellom organisasjoner. Hun grupperer disse i (1) Teorier som i første rekke belyser hvilken betydning personfaktorer som ferdigheter, kompetanse, arbeidserfaring og lignende har for samarbeid. (2) Teorier som er opptatt av hvordan ulike organisatoriske faktorer som grad av formalisme, ledelse og styring og så videre påvirker samarbeid. (3) Teorier som fokuserer på dynamiske faktorer som selve samarbeidsprosessen, i tillegg til konflikter, makt, tillitt og engasjement.

(4) Teorier som fokuserer på kontekstuelle faktorer som f.eks.; type primæroppgaver, lovregulering og spesifikke helse- og sosialpolitiske føringer og organisering av det tverrprofesjonelle samarbeid (Willumsen, 2009). Mens noen teorier kaster lys på hvordan egenskapene hos de profesjonelle påvirker samarbeidet mellom ulike individer i en gruppe, er andre mer opptatt av å belyse hvordan de rammevilkårene som samarbeidet foregår innenfor påvirker samarbeidet mellom ulike individer, men også mellom organisasjoner som samarbeider (Willumsen, 2009).

Når vi snakker om tverrfaglig samarbeid i møtt med traumatisk hjerne skade pasienter og overganger i ulike del av rehabiliteringsprosesser og veien tilbake til jobb, har vi ikke som hensikt til å få alle profesjonene til å tenke likt, men å bruke alles kompetanse til det beste for enkelte pasient eller bruker. Dette gjelder for tverrfaglig samarbeid generelt og ikke kun i møtt med traumatisk hjerneskade pasienter. I følge av Baggs et al., (1999); Fewster- Thuente og Velsor- Friedrich (2008) hvordan samarbeidet mellom de ulike fagpersonene fungerer, kan påvirke utfallet for det tverrfaglige samarbeid. Det vil si at helheten er mer enn summen av delene. Ved å samle inn informasjon om den som trenger hjelp fra ulike innsatser, danner man trolig best mulig grunnlag for å finne gode løsninger (Glavin og Erdal, 2018). Et godt tverrfaglig samarbeid dannes når samarbeidspartnerne benytter sine kunnskaper aktivt for å oppnå det som kalles for et felles mål. Her er ulikhet som er nøkkelord, hvor ulike fagprofesjoner har ulike informasjon og perspektiver i pasientens situasjon. Ved å gjøre ulike erfaringer og kunnskap tilgjengelig i et felleskap, vil man danne en felles forståelse og helhetlig bilde av den totale situasjon, som igjen bidrar til å finne bedre løsninger (Glavin og Erdal, 2018).

4. Materiale og metode

4.1 Datainnsamling

Dataene som brukes i masteroppgaven og er blitt stilt til min rådighet kommer fra prosjektet *Transitions in rehabilitations* ved OsloMet – storbyuniversitetet. Oppgaven er basert på materiale som er innhentet av flere forskere, men utført med samme empiriske metode og tilnærming. Jeg som masterstudent er ansvarlig for å analysere datamaterialet som presenteres i masteroppgaven. Prosjekt *Transitions in Rehabilitation* handler, som tidligere påpekt, om ulike aspekter ved rehabiliteringsprosessen til personer som har opplevd omfattende skader, slik de skadde opplever den, og belyse hvor vidt og hvordan de profesjonelles innsats og tverrfaglige og interorganisatoriske samhandling gjennom prosessen støtter opp under den enkeltes prosess.

I oppgaven har jeg hovedfokus på samarbeid og samhandling mellom primærhelsetjeneste (koordinerende enhet) og arbeids- og velferdssektoren, hovedsakelig lokale NAV-kontorer. Jeg har som hensikt å undersøke nærmere interorganisatoriske forhold som skaper utfordringer og muligheter for samarbeid i overgangene i rehabilitering av person med sammensatt helseproblemer av den typen som oppstår ved traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. En vignett med en slik pasients situasjon danner utgangspunkt for refleksjonene som fagfolk gjør i fire fokusgruppeintervjuer, men i praksis reflekterer de også om hvordan de forholder seg til det faglige arbeidet med tilsvarende pasienter, og til deres faglige arbeid generelt.

Oppgaven bygger på kvalitative data. Metoden som er benyttet for å samle inn data er til sammen fire fokusgruppeintervjuer, hos NAV og hos koordinerende enhet (KE) i to bydeler/kommuner. Det vil si at det er gjennomført fokusgruppeintervjuer i KE og i den delen

av NAV som arbeider med arbeidsavklaring i to kommuner/bydeler. Diskusjonen i fokusgruppene ble rammet inn av en vignett med et case av en fiktiv person som har fått traumatisk hjerneskade etter ulykke. Vignetten ble introdusert ved innledningen av intervjuet.

4.2 Deltakere og rekrutteringsprosess

I hovedprosjektet *Transitions in rehabilitation* ble foretatt til sammen 16 fokusgruppeintervjuer, til sammen 27 fagpersoner hos NAV og 34 fagpersoner hos koordinerende enhet i kommuner og bydeler i varierende størrelser, fra 10 til 180 ansatte i med en befolkning som varierte fra 5200 til 65.000 innbyggere. Geografisk var de lokalisert i Sørøst-Norge. Hver fokusgruppe bestå av 2-5 informanter med ulike utdanningsbakgrunn (fysioterapeut, ergoterapeut, virksomhetsleder, sosionom, sykepleier, hjelpepleier, vernepleier og kulturarbeider osv.). Alle deltakerne hadde erfaringer med overgangene i rehabilitering av person med helseproblemer med sammensatt behov, og de tjenestene som ble involvert i en senere faser av rehabiliteringsprosessene. Se tabell.1

Tabell.1 Fokusgruppe informantene i Koordinerende enheter (KE.1-2) og Lokale NAV kontorer (NAV.1-2)

Sted (Aktør)	SY	FT	KR	VP	IK	PE	VG	ET
Bydel 30000 innbyggere (1KE.1)	1	1		1		1		
Bydel 30000 innbyggere (NAV.1)			1	1	1			
Bydel 10000 innbyggere (KE. 2)	1	2						1
Bydel 10000 innbygger (NAV.2)			2	1			1	

SY: Sykepleie, FT: Fysioterapeut, ET: Ergoterapeut, VP: Vernepleier, IK: IP koordinator, KR: Kriminolog, VG: Videregående, PE: Pedagogisk.

4.2.1 Rekruttering koordinerende enhet (KE)

Koordinerende enheter av rehabilitering i kommunene hadde en rolle i å tilrettelegge pasient overganger etter utskriving fra sykehus og å sikre en koordinator i kommunen for pasienter med sammensatte behov. Fagprofesjoner i koordinerende enhet for rehabilitering var ikke direkte involvert i behandling av pasienter med traumatisk hjerneskade og multitrauma. Koordinerende enhet for rehabilitering har også en viktig rolle når det gjelder informasjonsutveksling mellom tjenestene. Koordinerende enhet mottar helseinformasjon fra spesialisert rehabiliteringstjenester og overfører denne informasjonen til rehabiliteringspersonalet i kommunene som arbeider direkte med pasientene. Imidlertid kan informasjonen også bli overført direkte fra spesialiserte rehabiliteringstjenester til enkelt praktiserende fagprofesjoner i kommunen. Selv om teammøter kan holdes i den kommunale rehabiliteringstjenesten, var det ikke så vanlig eller som regelmessig teammøter i de spesialiserte rehabiliteringstjenester.

Rekruttering av koordinerende enheter i kommunene var basert på informasjon fra spesialhelsetjenesten som deltok i en annen del av prosjektet *Transitions in rehabilitation*. En liste over aktuelle kommuner ble utarbeidet i spesialhelsetjenesten på bakgrunn av kunnskap om hvilke kommuner og bydeler de hadde overført pasienter med traumatisk hjerneskade eller multitrauma til disse kommunene nylig.

Det å finne riktig kontaktperson i koordinerende enheter viste seg å være utfordrende. Koordinerende enheter primært var en funksjonell enhet og hadde en koordinerende funksjon heller enn å være en organisasjonsenhet. Derfor kan koordinerende enheter for rehabilitering fremstilles forskjellig i ulike kommuner. Og disse koordinerende funksjoner kan være under ulike organisatoriske enheter i kommunene. Informasjon om koordinerende enheter for rehabilitering var ikke nødvendigvis oppdatert på nettet, dette medført vanskeligheter for å finne riktige kontaktpersoner i kommunene.

Av 18 koordinerende enheter som var invitert til å delta i fokusgruppeintervjuer i løpet av studien, var det bare åtte kommuner som takket ja til invitasjonen. I kommunene som ble enig om å delta i denne studien, var det fagpersoner som var saksbehandlere på koordinerende enheter for rehabilitering som rekrutterte deltakere til fokusgruppeintervjuer blant rehabiliteringsfagfolk som potensielt jobber med pasienter med traumatisk hjerneskade og multitrauma. Totalt 34 fagfolk deltok i fokusgruppeintervjuer, inkludert både saksbehandler for koordinerende enhet for rehabilitering og fagprofesjoner som arbeidet direkte med pasientene i rehabiliteringspraksis. Hver fokusgruppe innhold tre til seks deltakere med ulik utdanningsbakgrunn. (Slomic, 2018).

4.2.2 Rekrutering NAV-kontorer

Rekruttert fokusgruppedeltagere fra lokale NAV kontorer arbeidet innen fagområdene arbeidsavklaringspenger og sykefraværsoppfølging. Rekrutering av studiedeltakere på NAV-kontorer var en tre-trinns prosess. Trinn 1. det ble sentraldirektoratet ble kontaktet for å få tillatelse til å kontakte regionale kontorer. Trinn 2: Det regionale kontorene ble kontaktet for tillatelse til å kontakte sine lokale kontorer. Trinn 3: Det lokale kontorer ble kontaktet for å organisere fokusgruppene. Veiledere på hvert kontor plukket ut deltakere som hadde erfaring med brukere med helseproblemer. Deltakerne fikk informasjon om studien og et samtykke fra deres leder, som ble signert før eller under fokusgruppen (Håvold, 2017).

4.3 Fokusgruppeintervjuer

Totalt ble det gjennomført 16 fokusgruppeintervjuer i prosjektet *Transitions in rehabilitation*. I to kommuner/bydeler ble både NAV kontoret og koordinerende enhet intervjuet. Jeg vil ha hovedfokus i analysen på disse fire fokusgruppeintervjuene.

Fokusgruppeintervjuer er valgt fordi samspillet mellom en gruppe saksbehandlere og veiledere kan bidra til å få frem mange synspunkter med hensikt til å fremme diskusjon blant fagfolk for å få tilgang til strategiene som samsvarer med deres virkelige praksis. Med fokusgruppeintervju er det rom for både enighet og uenighet og gruppedeltagere har muligheter for å besvare spørsmålene ved diskusjon seg imellom for å trekke ut deres erfaringer og spontane synspunkter innen realisering av fellesmål. Gruppedynamikken kan bidra til flere erfaringer synliggjøres. På denne måten vil også mer data produseres enn i en intervjusituasjon med enkeltpersoner, som er en av fordelene ved å bruke fokusgruppeintervju som metode (Malterud, 2012). For å få en god gruppedynamikk anbefales det 5-8 medlemmer i gruppa, ifølge Morgan (1998) sikrer små grupper alle deltar i diskusjonen, og små grupper på ca. fire deltakere kan være hensiktsmessig hvis forskere ønsker å danne seg et klart bilde av alle deltakernes oppfatning omkring et tema (Morgan, 1998).

Morgan (1988) beskriver fokusgruppeintervju som en form for kvalitativ forskning hvor en intervjuer grupper. I motsetning til individuelle intervjuer, hvor forskeren stiller spørsmål som respondenten svarer på, er interaksjon mellom gruppemedlemmene det sentrale i fokusgruppeintervjuer. Forskeren styrer mer ordet, bringer inn relevante temaer til diskusjon og følger opp med innspill underveis i intervjuene. Morgan (1988) beskriver fordelene med fokusgruppeintervjuer med at de er enkle å gjennomføre rent praktisk, de er egnet til å utforske temaer som genererer hypoteser og de bringer fram data på bakgrunn av prosesser i en gruppe. Svakheten ifølge Morgan er at intervjusituasjonen er konstruert og at interaksjonen mellom medlemmene ikke foregår i naturlige omgivelser, at forskeren har mindre kontroll over dataene og at forskeren ikke kan være sikker på at interaksjonen i intervjusituasjonen gjenspeiler gruppemedlemmenes individuelle holdninger

I fokusgruppeintervjuene som hadde en varighet på 60 og 90 minutter hver, er det lagt primærfokus på deltakernes erfaringer, tanker og opplevelser, også subjektive beskrivelse og forståelse av samarbeidet mellom fagpersoner på tvers av sektorer NAV-kontorene og Koordinerende enheter i kommuner- og bydeler. Det er også forsøkt å se på overgangen mellom helsetjenesten og NAV systemet i møte med pasienter med traumatisk hjerneskade- og multitrauma, og retur til arbeidslivet.

4.3.1 Vignett

Under fokusgruppeintervjuene er det lagt til rette for gruppediskusjon ved å presentere en vignett tekst av en fiktiv person som har fått en skade (traumatisk hjerneskade). Hensikten var å få frem ulike perspektiver og synspunkter på samarbeid og samhandling mellom primærhelsetjeneste og NAV basert på profesjonsperspektiver, og å se på ulike forhold som kan skape problemer for brukerne som går fra skade mot arbeid.

Vignetten (hentet fra spesialhelsetjeneste) ble utviklet i et tverrprofesjonelt samarbeid mellom forskerne og brukerpanelet i *Transitions in rehabilitation*. I første fasen fikk Deltageren lov til å presentere seg, deretter tar en liten prat om hvordan de er organisert før de gikk gjennom vignett teksten. En vignettbasert tilnærming ble valgt for å undersøke tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike grupper, og hvordan ulike fagprofesjoner tolker og vurderer samme pasient på forskjellige måter (Eskelinen & Caswell, 2006). Samt å undersøke fagprofesjons praksis og perspektiver (Peabody, Luck, Glassman, Dresselhaus & Lee, 2000). Med hjelp av vignett aktiveres gruppediskusjoner, og deltagerne får mulighet til å tenke løsninger for den fiktive pasienten som er presentert i gruppen (Colluci, 2007). Dette gjør det også lettere å sammenligne materialet fra koordinerende enheter og lokale NAV kontorer. Slik ble det lagt til rette for gruppediskusjon og hva som kan gjøres eller hvordan de vil gå frem med den personen som ble presentert i vignetten.

4.3.2 Beskrivelse av vignett

I vignetten presenteres en fiktiv historie om en uheldig mann på 34 år, gift, to barn-2 og 4 år. Han er tømrer med fagbrev, 12 års erfaring, per tid sykemeldt. Hans kone er i 50% permisjon uten lønn og fungerer som støtte- og omsorgsperson i hjemmet. Han var innlagt på grunn av behandling av tidligere diagnostiserte balanseproblemer som følge en ulykke for tolv måneder siden med traumatisk hjerneskade og lammelser i venstre ekstremitet. En brist i hoftekam og flere ribbeinsbrudd godt leget. Lett, moderat depresjon diagnostisert etter skaden. Han har fått tilbake funksjon i venstre ekstremitet. Noe nedsatt styrke og problemer med dagligdagsfunksjoner grunnet manglende finmotorikk i hendene. Behandling på intensiv avdeling, primærrehabilitering gjennomført ved universitetssykehus. Anbefalt videre rehabilitering for svimmelhet og finmotorikk i spesialisert rehabiliteringssykehus. Han er satt på venteliste, fikk tilbud om plass etter fem uker. Samtaleterapi grunnet depresjon, som gjennomføres hos psykolog. Gjennom oppholdet hadde balanseproblematikk samt problemer med finmotorikk. Han klager over dårlig hukommelse og sterk hodepine i tillegg til manglende energi til å hjelpe hjemme og med barna. Han uttrykker et sterkt ønske om å ha energi til å leke med barna. CT av hode uendret. Nevropsykologis testing viser til en avgrenset kognitiv svikt med begrenset minnespinn. Konen blir beskrevet av ham som en god støtte. Ved utskrivelse: Både balanse og finmotorikk forbedret etter trening. Fysioterapeut og ergoterapeut anbefaler videre oppfølging og opptrening. Nevropsykolog anbefaler videre kognitiv terapi for hukommelsesproblemer. Medikamentell behandling for hodepine etter behov. Han er lite motivert for videre arbeid. Fastlegen mener han p.t. er 100% arbeidsufør.

4.4 Transkribering

Transkribering av fokusgruppeintervjuene med koordinerende enheter og lokale NAV kontorer ble utført av assistenter for prosjektet: *Transitions in rehabilitation*.

4.5 Dataanalyse:

I oppgaven ønsker jeg å se på erfaringer fra profesjonelle fagfolk på tvers av ulike etater i møtt med pasienter med traumatisk hjerneskade (TBI), og hvordan aktørene opplever samarbeidet på ulike tjenestenivåer i overgangene i rehabilitering av pasient med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. Jeg ønsker å undersøke interorganisatoriske samarbeid i lys av institusjonelle logikker og mulig utfordringer som aktørene erfart når de arbeider og samarbeider for å hjelpe personen i vignetten med å fremme livskvalitet og arbeidslivdeltagelse. Analysen legger vekt på hvordan NAV frontlinjearbeidere og fagfolk i koordinerende enhet resonnerer om hvilke tiltak som best sikrer brukers behov for å delta i dagligliv- og arbeidslivet. Og hvordan aktørene opplever samarbeidet på ulike nivåer av rehabiliteringsforløpet. Jeg har valgt tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke (2006), dette for å bearbeide det transkriberte materiale og å fortolke resultatene basert på fagprofesjonens erfaringer.

4.5.1 Tematisk analyse (TA):

Tematisk analyse er lansert av psykologene Braun og Clarke (2006) som en fleksibel tilnærming til kvalitativ analyse. Målet var å sette ord på noe av det alle erfarne analytikere kan,

og å tilby en grunnleggende og fleksibel tilnærming som kan brukes for seg eller i kombinasjon med ulike teorier og perspektiver (Johannessen, Rafoss og Rasmussen,2018). Tematisk analyse beskrives som en fleksibel metode for å kunne identifisere og analysere mønster eller tema innenfor dataene. Flexibiliteten i metoden gjør at man kan velge de temaene som trer fram som viktige i analysen. Samlet sett beskrives tematisk analyse som en metodikk som består av å skaffe seg oversikt over datamaterialet ved å se etter mønstre og meninger som kommer fram i datamaterialet (Braun og Clarke, 2006).

Tematisk analyse setter ord på noen fremgangsmåter som, på den ene siden er mye brukt blant kvalitative forskere, men som på den andre side er såpass grunnleggende at de ofte glemmes eller nedtones innenfor konseptene av mer kjente og avanserte analyseprogrammer. Som navnet tilsier, vi ser etter temaer i tematisk analyse. Det vil si at et tema i tematisk analyse er en gruppering av data med viktige fellestrekk (Johannessen, Rafoss og Rasmussen ,2018). Tematisk analyse er en analysemetode for å sortere datamaterialet etter innhold og på bakgrunn av dette formulere meningsbærende temaer. Metoden benyttes ved at man forsøker å se på informantenes erfaringer og opplevelse. Tematisk analyse er fordelt i seks fase. Se tabell. (2).

Tabell 2: Tematisk analyse er fordelt i seks faser.

Fase		presentasjon av faser
1	<i>Å bli kjent med datamaterialet.</i>	I forberedelse fasen leste jeg materialet og lagde noen korte notater om ideer og hva jeg tenkte om materialet som helhet. Dette for å forsikre meg at denne oversikten ikke skal glippe.
2	<i>Startet den innledende kodingen</i>	Jeg fortsetter med gjennomlesing og legger jeg vekt på å fremkalle de første kodene. Det forutsetter at jeg leser gjennom datamaterialet flere ganger. Jeg koder innhold som er relevant på en systematisk måte og sorterer data som er relevant for hver kode.
3	<i>Å søke etter tema</i>	I denne fasen sorterer jeg koder til aktuelle temaer når hele datamaterialet er kodet. Jeg grupperer data med viktige fellestrekk for å lage aktuelle temaer.
4	<i>Vurdering av tema</i>	I fjerde fase har jeg gått gjennom temaene systematisk, jeg forsikrer meg at temaene samsvarer med de kodete innholdene og alle dataene samt lager et tankekart over analysen. Jeg ble nødt til å fjerne noen av temaene fordi jeg ikke hadde tilstrekkelig data for å støtte dem.
5	<i>Definere og navngi tema</i>	Jeg identifiserte de endelige temaene og analyserte innholdet og ga temaene navn som er meningsbærende basert på det informantene har fortalt. Jeg var opptatt av hva temaene skulle nevnes på en kort og tydelig måte. Samtidig skal de gi leseren en indikasjon på hva temaet handlet om.
6	<i>Ferdigstilling av resultatene</i>	Jeg finner fram til egnede sitater, utvikle analysen av materialet i lys av teori og utforme masteroppgaven som vitenskaplig rapport.

4.5.2 Fremgangsmåte i tematisk analyse

Materialet var transkribert og ble lagt til min rådighet av forskerne som gjennomførte prosjektet *Transition in rehabilitation*. Jeg fikk tilgang til datamaterialet og anbefalt en tema for oppgaven som var lite dekket i andre prosjektmedarbeideres arbeid med materialet. Jeg gikk igjennom materialet og lagde noen korte notater om hva jeg tenkte om materialet som helhet. Forberedelse handler om å skaffe til veie og få oversikt over data. Det er viktig å unngå å grave seg ned i detaljene i forberedelse fasen, poenget i denne fasen er å få oversikt over dataene dine. Det vil hjelpe forskeren å få øye på de mange spennende sidene ved materialet. På slutten av denne trinn har jeg registrert noen korte notater om mine tanker rundt materialet som helhet, for å forsikre meg at ikke denne oversikten skal glippe. Jeg fortsatt med grundig gjennomlesingen i andre fase, og markert så under interessante meningsbærende enheter fra teksten og kodet disse. Koding handler om å fremheve og sette ord på viktige poenger i datamaterialet (Johannessen, Rafoss og Rasmussen, 2018). Jeg markerte teksten med forskjellige farger for å kode enhetene, valg av enhetene var basert på hvor meningsbærende temaene var i forhold til forskningsspørsmålene mine. På denne måten fikk jeg fram både likheter og ulikheter i hva informantene fortalte. Alle enhetene som innholdet sammenlignbare temaer ble systematisert etter at jeg ble ferdig med markering av meningsbærende enheter. Jeg valgte å lage et tankekort for å systematisere enhetene. Tankekartet var mer detaljert med mange enheter og kategorier i starten, men etter hvert har jeg sortert dem til mindre temaer og under temaer. Slik fikk jeg litt bedre oversikt over det som ble sagt av informantene. I og med informantene var gjennom forskjellige temaer, har jeg slått sammen flere enheter, noen av temaene ga ikke var relevant for min problemstilling og ble derfor fjernet. Etter at jeg har sammenfattet og abstrahert meningsbærende temaene og plassert dem i en tabell, satte jeg meg grundiger i de ulike sitatene fra de forskjellige temaer og under temaer. Når jeg var ferdig med denne delen gikk jeg gjennom datamaterialet igjen

og valgt å se på undertemaene på tvers av temaene enda engang til. På denne måten har jeg skapt en hermeneutisk spiral i analyseprosessen hvor jeg gikk fram og tilbake mellom deler og helheten i materialet flere ganger (Braun & Clarke, 2006). Komprimeringen og sammenslåingen av enhetene førte til tre hovedtemaer og til sammen ni undertemaer som dekker de fleste av det informantene beskrev. Disse blir presentert videre i kapittel seks under presentasjon av funn og resultat. Se tabell 3.

4.6 Validitet, Reliabilitet og troverdighet

Malterud (2011) påpekte to typer validitet: «intern» validitet som definerer at metoden som brukes er en som gir validert svar på forskningsspørsmålet. «Ekstern» validitet refererer til overførbarheten til andre situasjoner. Den induktive tilnærmingen har bidratt til å sikre sammenheng mellom målet med studien, empirisk materiale og perspektiver (Malterud, 2011).

Fokusgruppeintervju med koordinerende enheter og lokale NAV kontorer ble utformet ut fra to PhD-prosjekter i *Transitions in rehabilitation*. Formålet med disse prosjektene var å undersøke hva som ble vektlagt i det profesjonelle arbeidet med klientgruppen som vignetten viser til, og hvordan tverrinstitusjonelt og tverrprofesjonelt samarbeid fant sted. Hvordan de profesjonelle gjennomførte brukermedvirkning var også et tema i intervjuene (Slomic 2018, Håvold 2018). Det faktum at fokusgruppeintervjuene med koordinerende enheter og lokale NAV kontorer var opprinnelig utformet for de to PHD-prosjektene, kan ha påvirket denne studien. Imidlertid hadde tre studiene et spesielt fokus på samspillet inne rehabiliteringstjenester i ulike nivåer, noe som er hovedfokus i min studie også. Styrken i å benytte fokusgruppeintervju er at forskerne får mulighet til å forstå hvordan folk ser sin egen virkelighet, og det er spesielt godt utformet for eksempel for å avgjøre hvordan

fagprofesjonstjenester og kompetanser i ulike nivåer i rehabilitering av pasienter med TBI oppfattes.

Av 18 kommuner var kun 8 kommuner som deltok i fokusgruppeintervjuene i koordinerende enheter i det overordnet prosjektet *Transition in rehabilitation*, dette kan sees som en bias, men likevel de åtte kommunene og åtte lokale NAV kontorene som deltok ansett som representativ for de som arbeider med person med sammensatt helseproblemer. I min studie fire fokusgruppeintervjuer er valgt med innholdsrik data som dekket svar på min problemstilling. Funnene ble utarbeidet både fra koordinerende enhets og lokale NAV kontorenes perspektiver i sammenheng med vignetten. Denne variasjon kan sees som data triangulering og styrker validiteten av studien (Malterud, 2011).

Pålitelighet eller Reliabilitet handler om troverdigheten og gjennomsiktigheten i studien (Kvale og Brinkmann, 2015). Reliabiliteten er høy dersom undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data. Reliabiliteten er derfor et uttrykk for hvor stort samsvar det er mellom datasettene fra gjentatte datainnsamlinger. Under fokusgruppeintervjuene i KE deltok to moderatorer som var PhD-studenter i henholdsvis helsevitenskap og i sosialt arbeid og sosialpolitikk. I fokusgruppeintervjuene i NAV var moderatorene en PhD-student i sosialt arbeid og sosialpolitikk og en seniorforsker som var sosiolog. Dette mangfold i moderatørens faglige bakgrunn har påvirket samtalene i fokusgruppene, noe som er viktig å være oppmerksom på når man tolker resultatene. Jeg har forsøkt gjennom analysemetoden beskriver nøyaktig av trin for trinn i analysen som viser gjennomsiktighet i prosessen. Ved å ta et skritt om gangen og ha fokus på konkrete eksempler på koding og bruk av sitater. Imidlertid har min forforståelse endret seg gjennom en lang analyseprosess, noe som førte til mange runder fram og tilbake i materialet underveis. Det medførte refleksjon om både egne forutsetninger og tolkningsramme ut fra mitt ståsted som terapeut og seniorrådgiver i NAV.

Troverdighet og overførbarhet handler om i hvilken utstrekning resultat kan overføres til andre grupper eller situasjoner (Lunman og Graneheim, 2012) Som forsker er jeg uten tvil delaktig og medskaper i tolkning av teksten, og har derfor forsøkt en gjennomsiktig og nøyaktig beskrivelse av hele analyseprosessen fra utvalg til resultat. Det kan gjøre det lettere å vurdere overførbarhet. Det er et rikt materiale fra forskjellige kommuner og lokale NAV kontorer på Sør-Øst-Norge, dette er en styrke for overførbarheten..

4.7 Etiske vurderinger

Deltageren i fokusgruppeintervjuene fikk et samtykke erklæring som de skulle signere. Denne var skriftlig og inneholdte et informasjonsbrev om studiet: tema, hensikt og forskningsspørsmål, praktiske opplysninger angående fokusgruppeintervju, hvordan data blir oppbevart og behandlet, om taushetsplikt, anonymisering, publisering av funn og frivillighet til å trekke seg fra studiet. Prosjektet *Transition in rehabilitation* ble godkjent av NSD. (Håvold et al., 2017; Solmic, 2018). Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015) sin fremstilling angående etiske dilemma vedrørende designet av studiet. Transkriberingene var allerede gjort da denne studien startet og dermed ble anonymisert.

5. Resultat av analyse

Person med traumatisk hjerneskade og multitrauma (TBI) er et godt eksempel på pasientgruppe som har omfattende og komplekse helseproblemer og funksjonshemminger og trenger dermed langsiktig rehabiliteringsprosesser. Dette stiller krav til interorganisatoriske og tverretatlige samarbeid på ulike tjenestenivåer for å koordinere og muliggjør integrerte tjenester til pasientgruppen. Rehabilitering omfatter ulike helse- og velferdstjenester og yrker, derfor krever både interorganisatorisk og tverrprofesjonelle samarbeid. Jeg fokuserer i resultat delen på overgangene mellom ulike tjenestenivåer, hovedsakelig overgangene mellom Koordinerende enhet og lokale NAV kontorer. Dette for å danne bevissthet over hvordan fagfolk erfart samarbeid på tvers av tjenester i møtt med pasientgruppe med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma.

Informantene i NAV kontorer og koordinerende enheter reflektert over hvordan de arbeider med personen i vignetten, og hvilke erfaringer de har når det gjelder samarbeidsrelasjon mellom aktørene. I tillegg reflektert begge aktørene over ulike utfordringer som de møter når de arbeider med pasient med multitraumatisk skade som inkluderer hjerneskade. Oppgaven bygger på data fra fire fokusgruppeintervjuer to NAV-kontorer og to Koordinerende enhet hvor en NAV kontor og en koordinerende enhet tilhører samme bydel eller kommune. I intervjuene ble presentert en vignett som beskrev en bruker med traumatisk hjerneskade med multitrauma. Vignetten ga blant annet informasjon om medisinske vurdering og evaluering av brukerens fysiske tilstand, samt informasjon om sosiale aspekter knyttet til brukerens ønsker, motivasjon og familieliv. Mye av erfaringene som informantene hadde handlet om personer med generelt helseproblemer. Det var relativt mindre erfaring når det gjelder personen i

vignetten pasient med TBI og multitrauma. Dette var fordi de fikk bare noen få saker av denne typen i løpet av året.

I dette kapitlet har jeg strukturert funnene i både hoved- og undertemaer. Jeg ønsker å presentere tre hovedtemaer med ni undertema under kapitlet resultat basert på gjennomført analyse med hensikt til å belyse min problemstilling og underspørsmål. «Se tabell 3».

Tabell 3 Struktur og systematisering av funn.

Samarbeidsrelasjon mellom aktørene	<ul style="list-style-type: none">- Mangel på fellesrutiner for samarbeid og fellesmål mellom NAV og koordinerende enhet- Mangel på kommunikasjon og tilbakemelding mellom spesialhelsetjenester og koordinerende enheter- Mangel på informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger
Å skape Møteplasser	<ul style="list-style-type: none">- Tverfaglighet og skaper gode problemløsning i felleskap- Kommunikasjon og informasjonsutveksling på tvers- Ansvarsgruppemøte som arena for tverfagligsamarbeid
Hverdagsliv og arbeidsliv	<ul style="list-style-type: none">• Mulighet og ressursorientert tilnærming• Familie og hjelpemidler• Arbeidsgiver og tilrettelegging

5.1 Samarbeidsrelasjon mellom aktørene

I denne del av oppgaven under første hovedtema samarbeidsrelasjon har jeg tre undertemaer som reflekterer over samarbeidsrelasjon mellom involverte aktører på ulike tjeneste nivåer, i overgangene i rehabilitering av pasienter med sammensatt behov blant annet person med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. Dette for å øke forståelsen om samarbeid mellom involverte aktører på institusjons nivå og hvordan aktørene erfart samarbeidsrelasjonen mellom

ulike tjenestenivåer. Også å presentere ulike utfordringer og muligheter som aktørene erfart i overgangene i rehabiliteringen av person med traumatisk hjerneskade (TBI). Første undertema dreier seg om samarbeidsrelasjon mellom lokale NAV kontorer og koordinerende enheter, men jeg kommer også til å beskrive samarbeidsrelasjoner mellom andre aktører som er involvert i overgangene i rehabiliteringen. Dette på grunn av gjensidig avhengighet som finnes mellom aktørene for yte koordinerte og integrerte tjenester på ulike nivåer.

5.1.1 Mangel på fellesrutiner for samarbeid og fellesmål mellom NAV og koordinerende enhet (KE)

Størst del av fokusgruppedeltagere var fagfolk fra koordinerende enhet som jobber direkte med pasientene i rehabiliteringspraksis og formulerte seg ut fra denne praksiserfaringer. De fagprofesjonene som jobbet som saksbehandlere på koordinerende enhetene, rekrutterte deltagere for fokusgruppeintervjuer blant fagfolk som muligens kan jobbe med pasienter med TBI og multitrauma. Totalt 34 fagfolk deltok i fokusgruppeintervjuer, inkludert både fagpersoner som arbeidet som saksbehandlere på koordinerende enhetene for rehabilitering og fagpersoner som arbeidet direkte med pasientene i rehabiliteringspraksis.

Egenmestring, pasient involvering, rolle og identitet, deltagelse i dagligdags og arbeidsliv ble diskutert av fokusgruppene flere ganger. Under første undertema ønsker jeg å få fram refleksjoner fra begge aktørene om arbeidsmetodikken som aktørene benytter når de møter personen i vignetten, og hvordan fagfolk erfarer samarbeid i overgangene mellom tjenestene. Hensikten er å få fram ulike logikker og målsettinger som aktørene har, basert på ulike målkrav, forventinger, kunnskapsdomene og politiske føringer. Samtidig ønsker jeg å analysere utfordringer som skaper begrensning for samarbeid mellom aktørene basert på fagfolks erfaring.

Flere fagfolk i koordinerende enhet kommune nr. 1 opplevd variert erfaring når det gjelder samarbeid med NAV kontoret, denne variasjonen var forskjell fra enhet til enhet. Noen fagfolk fra kommune nr.1 erfarte at de har mye kontakt med NAV og har mange fellesbrukere. Flere fagfolk var enige i at samarbeidet med NAV er avhengig av hvor sammensatt saken er. Psykisk helse eller rus problematikk ble ansett som sammensatt behov av fagfolk fra kommune, da vil NAV delta i ansvarsgruppemøte og bistå i forhold til økonomi, arbeid eller ulike tiltak som er aktuelt til den enkelte presisert informantene. En av fokusgruppedeltagere i koordinerende enhet kommune nr.1 forteller om sin erfaring;

Jeg er ikke så mye i samarbeid med NAV. Men vi får mange søknader som NAV har vært involvert i. Men, enhet for psykisk helsearbeid og rus jobber ganske my tett med NAV. Som utøver de (NAV) burde kanskje vært her? (viser til vignetten) En fra NAV?

Her avdekker informanten mangel på felles rutiner og samarbeidsmodell mellom NAV kontor og koordinerende enhet nr.1 når det gjelder personen i vignetten.

Fagfolk i koordinerende enhet kommune nr.2 reflektert over spørsmål om samarbeid med NAV. Flere fagfolk i kommune var enig at det er mye samarbeid med NAV når det gjelder de grupper som er i overgangene mellom videregående og inn i voksenliv. En annen fagfolk formulert videre at NAV er nesten alltid inne når det gjelder aldersspenn mellom 16-20. Imidlertid erfarte en annen fagfolk fra kommune kommunikasjonen som vanskelig. Slik uttrykker fokusgruppedeltageren sin erfaring;

Det som er vanskelig er jo når vi får familier inn og de sliter med noe kommunikasjon med NAV. Og så skal vi være hjelp og støtte for det. For det er jo, å komme inn til NAV er jo ikke lett for noen. Så det er heller ikke lett for oss. Det får vi noen ganger, familier som møter veggen. Og ikke får svar. Det er en tøff greie, å gå løs på det kontoret der, altså. Men der vi har en hånd inne, og har personer inn i ansvarsgruppemøtet, så går det helt greit.

Fagfolk i koordinerende enhet oppfatter NAV slik, som noe det ikke er lett å samarbeide med, men når det først blir i en organisert form, i ansvarsgruppemøte, så er det helt annerledes.

Materialet fremhevet svakhet i kommunikasjonskanaler mellom aktørene både NAV, kommune og pasient/pårørende. Fagfolk i kommune presiserte ansvarsgruppemøte som et godt verktøy for å styrke kommunikasjonen mellom aktørene. Imidlertid mest fremtredende i materialet er at fagfolk i kommune nr.2 og NAV kontor samarbeider mest koordinert rundt pasient/brukergruppe i aldersspenn mellom 16-20. Her avdekkes mangel på koordinert samarbeidsmodell rundt personen i vignetten som er 34 år og er ikke i et aldersspenn mellom 16-20. Materialet fremhever også mangel på verktøy og kunnskap i forhold til kommunikasjon og vanskelige samtaler om ømtåelige temaer med pasienten mellom aktørene. Materialet dekket også mangel på kommunikasjonskanaler som å kontakte over mail til evt. riktig kontaktperson for informasjonsutveksling.

En fagprofesjonell fra kommune nr.2 erfart samarbeid med NAV i forhold til hjelpemidler. En annen fagprofesjonell diskuterte videre viktigheten med å danne et ansvarsgruppemøte til personen i vignetten i en tidlig fase, dette får å samle tråder på tvers og samtidig personen i vignetten slipper å fortelle ting flere ganger. Fagfolk fra kommune nr.2; «Det er klart at uansett så vil han sikkert oppleve å måtte fortelle ting flere ganger. Mens her er det liksom mange som må samtidig. Så det tenker jo jeg ville vært behjelpelig for han, å lage en ansvarsgruppe med én gang». Her avdekker fagfolk i kommune ansvarsgruppemøte som en nyttig samarbeidsmodell mellom aktørene på tvers og noe som styrker kommunikasjon mellom aktørene og personen i vignetten.

Det som er mest fremtredende i materialet er at både koordinerende enhet nr.1 og nr.2 var enig om å danne ansvarsgruppemøte i en tidlig fase for å samle trådene og samarbeide mer koordinert på tvers av tjenester og aktører blant annet med NAV. Imidlertid flere utfordringer

ble reflektert og erfart fra fagprofesjonelle i kommune som for eksempel manglende tilbakemelding i god tid fra spesialhelsetjeneste etter utskriving fra sykehus, noe som skaper begrensninger for å etablere samarbeidsmodellen ansvarsgruppemøte i god tid til den enkelte.

Frontlinjearbeidere fra NAV kontoret nr. 1 reflektert over at de ikke hatt noen spesiell kontakt med bestillerenhet i kommune, kun i tilfeller det har vært individuelle plan (IP). To av frontlinjearbeidere uttrykket sin erfaring slik; *«Jeg har ikke noe særlig kontakt med dem (kommune). Det er kun hvis det har vært en sånn IP. Det er ofte de med enda mer sammensatte problemer, både sosialt, psykisk, rus, mer»*. Imidlertid erfart frontlinjearbeidere mye samarbeid med behandler og psykologer og arbeidsgiver. Flere frontlinjearbeidere fra NAV kontor nr.1 reflektert over at både kommune nr.1 og NAV kontoret nr. 1 bør samarbeide om personen i vignetten og presisert IP som aktuelt hvis personen ønsker individuelle plan. I materialet kom det til syne at kommune innkaller NAV til ansvarsgruppemøte og til samarbeid kun i tilfeller som pasienten har en individuelle plan. En informant fra NAV kontor nr.1 reflektert over;

Så han har mulighet til å ha den ansvarsgruppa med seg. Ja. Fordi det er såpass mange som er involvert her, at det at det er en som kan koordinere og trekke i tråder og holde det på plass, så tenker jeg at han er absolutt en som kan ha glede og nytte av det, hvis han ønsker det selv – det er frivillig.

Individuelle plan ble ansett som nyttig samarbeidsverktøy for å yte koordinert og integrert tjeneste til personen i vignetten av frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontor nr.1. Her presisert informantene fra NAV at Kommune har ansvar for å etablere individuelle plan og ansvarsgruppemøte. Imidlertid reflektert en av frontlinjearbeidere at hvis personen i vignetten var under 25 år og ikke hadde arbeidsforhold, ville NAV kontoret nr.1 følge opp personen på

grunn av vise rettigheter og tiltak som befinner seg i systemet for unge mennesker for aktivering i arbeidslivet.

Frontlinjearbeidere i NAV kontoret nr.2 beskrev viktigheten med å spille i lag med kommune. Flere frontlinjearbeidere var enig om viktigheten av å danne et ansvarsgruppemøte i startfase for å ivareta pasienten i vignetten etter beste evne. Frontlinjearbeidere reflekterte over ulike aspekter som var viktig å ta hensyn til i tillegg til deltagelse i arbeidslivet. En av frontlinjearbeidere fra NAV kontoret nr.2 erfart;

«Ja det ville nok vært aktuelt her nå ja. Absolutt. Ansvarsgruppe rundt. Det er jo hele familien vi må tenke på, det er jo helheten vi må tenke på. Det første jeg tenker er jo hva skal til, han selv har lyst til å prøve seg i jobb som tømrer og arbeidsgiver er positiv til dette. Det er jo dette vi må undersøke, utforske det, samtidig tenk opplegg rundt familien. Ergoterapeut, det som dere nevnte i forhold til kan det være aktuelt å veilede i forhold til dette med omsorgslønn».

Her signaliserte frontlinjearbeidere fra NAV kontor nr.2 viktigheten av en helhetlig perspektiv på totalsituasjon rundt personen i vignetten med hensikt til å komme tilbake til arbeid.

Frontlinjearbeidere fra NAV beskrev ansvarsgruppemøte som et tverrfaglig møte hvor flere aktører med ulike bakgrunn møtes opp for å finne løsninger i felleskap. En annen frontlinjearbeider fra NAV kontor nr.2 reflekterte slik over ansvarsgruppemøte;

Men det er mange som ville vært aktuelle i en slik type gruppe i en startfase: Det er både han selv, kona, arbeidsgiver, lege og en representant fra kommunen ville vært der fra hjemmetjenesten, også oss da, og eventuelt NAV hjelpemiddelsentralen. Også er det jo slik at dette er en levende gruppe så den vil jo kunne skiftes ut etter hva man trenger. Man kan innkalle ved behov.

Alle frontlinjearbeidere i NAV kontoret nr.2 var enig om at det ville ikke være noe forskjell mellom personen i vignetten som er 34 og yngre personer, fagfolkene ville benytte tilgjengelige ressurser og muligheter for å hjelpe personen på vei tilbake til arbeid. Her frontlinjearbeidere fra NAV kontorene nr.1 og 2 erfart ansvarsgruppemøte som en nyttig samarbeidsmodell når det gjelder personen i vignetten, men dette forutsetter at koordinerende enheter i kommune inviterer NAV til ansvarsgruppemøte i en tidlig fase.

Om hvordan informantene i NAV arbeider med personen i vignetten, var informantene i lokale NAV kontorer opptatt av muligheter og ressurser hos personen i vignetten og som finnes i systemet. Slik som kom fram i analysen mulighetsorientert tilnærming er en metodikk som frontlinjearbeidere benytter for å øke sjansen til arbeidslivsdeltagelse når det gjelder person med helseproblemer. Informantene fra lokale NAV kontorer reflekterte over viktigheten av å finne og bruke ulike tiltak og tilpasningsmuligheter som kompenserer for tapt funksjon i samarbeid med aktuelle aktører som for eksempel fastlege og arbeidsgiver. Slik beskrev en av informantene fra lokale NAV kontor nr.1 sitt perspektiv; *Det er mye skrevet om denne manns begrensninger. Vi ville prøve å se på hva slags kompetanse, arbeidserfaring osv. Han har, ta hjelpemidler og se etter potensialer å bygge videre på. Informasjonen her er veldig fokusert på sykdom.* Frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer fremhevet restarbeidsevne som viktig hos personen i vignetten, dette for å delta i arbeidslivet etter egne premisser. Frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer reflekterer over verdien av arbeid som helsefremmende og vil benytte norske velferdspolitikk når de arbeider med person med helseproblemer. Materialet anerkjent om pasienten er 100 % eller 50 % ufør, vil informantene fortsatt prøve ut muligheter som fører til sysselsetting.

Fagfolk i primærhelsetjeneste eller koordinerende enheter har en annet fokusområde og målsetting slik materialet fremhevet. Fagfolk i koordinerende enhet i kommune nr.1 reflektert over viktigheten av å være opptatt av totalsituasjon til personen i vignetten og hans familie. Flere fagfolk i kommune var enig om; *Vi går ganske grundig inn i å kartlegge familiesituasjon, boligsituasjon, sosialt nettverk, familie, venner og så videre, for å se på positive og negative faktorer. Og så går vi ganske grundig inn ved å spørre rundt helsesituasjonen.* Her fagfolk avdekket viktigheten med å være opptatt av diagnose og funksjonstap for å finne riktig behandlingsmetoder eller løsninger til pasienter med hensikt til å øke livskvalitet og mestring i hverdagen. Materialet fremhevet at arbeid er ikke hovedfokus hos fagfolk i koordinerende enheter eller primærhelsetjenester, det er andre områder som for eksempel behandling, dagliggjøremål, boligsituasjon, hjelpemidler, tilpassing i hjemmemiljø og familie som er hovedfokuset.

Det å følge opp pasientene over tid var viktig for fokusgruppedeltagere fra både lokale NAV kontorer og i koordinerende enheter. Fagfolk fra begge aktørene ansett rehabiliteringen som en kontinuerlig prosess i langtids perspektiv. Flere fagfolk fra koordinerende enheter reflektert over viktigheten med oppfølging etter utskrivning av sykehus, pasient med traumatisk hjerneskade har et kort sykehus opphold. Slik beskrev en fagprofesjonell fra koordinerende enhet sin erfaring;

Vi må ha et langsiktig perspektiv. Som kommunehelsetjeneste og som NAV, og som jeg av og til pleier å si: Disse brukerne har vært kort tid på akuttsykehus, og de tre ukers rehabiliteringsopphold, det er liksom bare en dråpe, det, i det rehabiliteringsløpet som denne pasienten har. Og vi ser dem jo over tid.

Fagfolk fra kommune erfart person med traumatisk hjerneskade hadde et kortvarig opphold på sykehus og diskutert videre at person med traumatisk hjerneskade har behov for

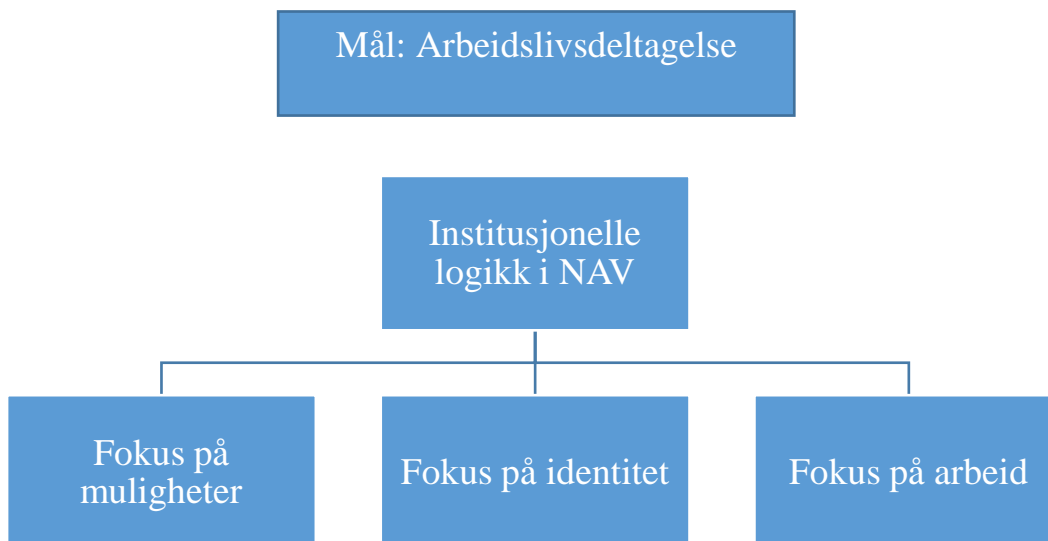
rehabiliteringsplan på sikt. Fagfolk fra koordinerende enhet reflektert at pasientgruppen må følges opp kontinuerlig slik at fagfolk får mulighet til å fange opp behovene, og tilpasse tiltakene som tilbys etter behov. Imidlertid erfart fagfolk fra koordinerende enhet utfordringer med organisatoriske forhold som for eksempel lite tid og mangel på ressurser, fagfolk reflektert over aspekter som lite tid og mangel på ressurser skaper utfordring for å samarbeide koordinert på tvers og planlegge oppfølging av pasientgruppen på sikt. Her avdekket fagfolk kvalitet på oppfølging av pasienter med sammensatt behov som en viktig faktor for å realisere overordnet mål hos både personen og aktørene i rehabiliteringsforeløp, noe som blir dessverre redusert på grunn av lite tid og mangel på ressurser i planleggingsfase.

A sette av felles mål sammen med personen i vignetten ble sett som viktig av fagfolk fra begge koordinerende enheter i kommune. Fagfolk i kommune reflektert over viktigheten av å kartlegge pasientens ønske og behov for å motivere personen i vignetten. Fagfolk diskutert videre ulike tilnærminger som benyttes for å styrke pasientens engasjement og medvirkning, noe som fagfolk ansett som avgjørende for å styrke relasjon mellom fagfolk og pasienten og dermed måloppnåelse. Et fagfolk fra kommune påpekt viktigheten med; *"å finne ut akkurat det der med ønskene og behovene, da. Og så se mulighetene, selvfølgelig. Det som er veldig viktig er å få noen felles mål å jobbe mot"*. Her poengterte fagfolk fra kommune viktigheten med brukermedvirkning som næring i møtt med personen i vignetten, slik fagfolk i kommune styrker sin relasjon og tillitsforhold for måloppnåelse i samarbeid med pasienten. I materialet kom til syne at kommune vektlegger muligheter, noe som er særlig viktig for NAV.

«Figur.4» Illustrerer det som materialet avdekket når det gjelder frontlinjearbeidere sine tilnærminger og ulike logikker når de arbeider med personene i vignetten. Fronlinjearbeidere på lokale NAV kontorer er påvirket av velferdsstats -og byråkratiske logikk for å realisere

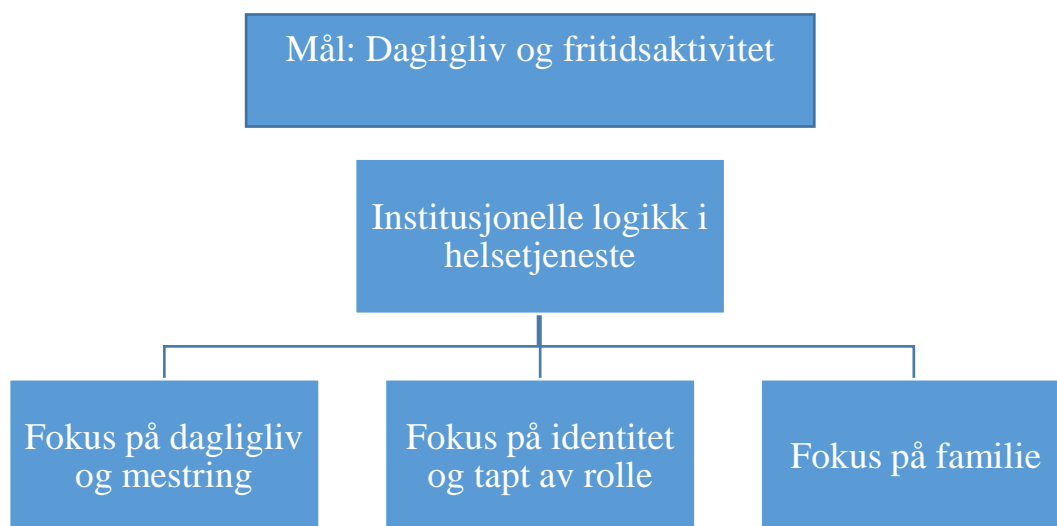
overordnet mål som er arbeid. Dette representerer både normative og kognitive pilarer i det velferdsetatens logikk (Scott, 2000). Aktørene i NAV kontorer legger vekt på verdien av å jobbe er helsefremmende (den normative pilar Scott, 2000) i sitt arbeid. Frontlinjearbeidere har også et mulighetsorientert perspektiv og fokuserer på muligheter framfør begrensninger i et arbeidslivsperspektiv (den kulturelle- kognitive pilar Scott, 2000) fordi det å være i arbeid er den beste måte å forbedre livet på.

Figur 4. illustrerer ulike logikker, mål og strategier som lokale NAV kontorer arbeider innenfor.



«Figur.5» Illustrerer ulike logikker og tilnærminger som fagfolk i koordinerende enheter eller primærhelsetjeneste benytter i sitt arbeid når de møter personen i vignetten. Materialet avdekket at fagfolk i koordinerende enheter i kommunene er påvirket av omsorgslogikk og profesjons- og medisinske logikk for å hjelpe personen opp mot deltagelse i dagliggjøremål- og fritidsaktiviteter. Dette identifiserer normative pilar (Scott, 200) ved å legge verdien av å oppleve mestring og livskvalitet. Verdien av å ivareta sin rolle som far eller som ektefelle.

Figur 5. illustrerer ulike logikker, mål og strategier som koordinerende enheter i kommuner og er påvirket av.



«Figur.4og 5» illustrerer det som materialet avdekket og belyser ulike tilnærminger og logikker som frontlinjearbeidere i NAV kontorer og fagfolk i primærhelsetjeneste / koordinerende enhet har, når de arbeider og samarbeider med personen i vignetten for å øke sjansen til deltagelse i aktivitet- og arbeidslivet.

Her avdekket materialet spesifikke måter frontlinjearbeidere i NAV og fagfolk i kommune forstår sitt arbeidsfelt på, og sine vurderinger av hva som er viktig og riktig å gjøre knyttet til

sine arbeidets områder. Materialet fremhevet at frontlinjearbeidere på lokale NAV kontorer har en hjelperrolle og en portvaktrolle (velferds goder) mens fagfolk i kommune har en hjelperrolle og omsorgsrolle. Det som er fremtredende i materialet viser forskjell på målformulering basert på ulike interesseområder og måtene aktørene forstå problemet basert på ulike faglige perspektiver og kunnskapsdomener.

5.2.2 Mangel på kommunikasjon og tilbakemelding mellom spesialhelsetjenester og koordinerende enheter

Det er viktig med riktige og gode informasjoner til pasientene på spesialhelsetjeneste før de henviser pasientene videre til kommune basert på det som er avdekket i materialet. Flere fagfolk i koordinerende enhet erfart at pasienter ble henvist videre til kommune med mangelfull informasjon eller forvarsel i god tid. Dette har ført til at fagfolk ikke får god tid til å lage gode planer og innkaller aktuelle aktører for videre arbeid og oppfølging av pasient med sammensatt behov. Samtidig materialet avdekket mangelfull informasjon skaper mistillit mellom tjenesteapparat og pasienten. Fagfolk fra koordinerende enhet har også erfart at måtene informasjon ble formidlet til pasienten fra spesialhelsetjeneste har skapt misforståelser. Materialet kaster lys på to problemområder, informasjon til pasienten hva han/hun kan forvente seg, og hvilken informasjon kommune får, og når de får informasjon. En fagprofesjonell fra koordinerende enhet erfart;

Men det er måten de (spesialhelsetjeneste) sier det på som gjør at brukeren tror at «OK, ja men, da får vi noe. Får vi en pakke når vi kommer hjem. Der er det en pakke som vi kan åpne, og så der er det i orden». Og det er ikke helt det det er, da, det å ha en koordinator. Eller en individuell plan. Det er ikke en pakke (IP) som bare ligger der når pasienter kommer.

Fagfolk avdekket viktigheten med å ha kjennskap til hverandres områder, evt. hvilke muligheter finnes i kommune når de (spesialhelsetjeneste) sender pasienten videre til kommune. Basert på det som er fremtredende i materialet, det å bli kjent med hverandres områder er et viktig aspekt for å skape samarbeid basert på tillitt og trygghet mellom aktørene. En annen fagfolk uttrykket sin erfaring slik;

en timeplan som vi fikk fra sykehuset. En bestilling, som ikke vi hadde mulighet til å gjennomføre. Og det synes jeg er litt rart de ikke tenker på oss, andre rekke, for det blir jo et misforhold mellom, en mistillit, da, mellom pasient det kan fort bli det, mellom pårørende og pasient og oss. Når sykehuset på en måte lover på våre vegne. De kunne kanskje ha undersøkt litt først, før de lover for mye, eller anbefaler alt for mye også.

Her fagfolk i kommune opplevd at spesialhelsetjeneste har lite informasjon om muligheter som finnes i kommuner og sender bestillinger til kommune uten å kommunisere med kommune og forsikre seg at anbefalt løsning lar seg å praktisere i kommune. Fagfolk i kommune erfart mangel på kommunikasjon og informasjon mellom spesialhelsetjeneste og kommune skaper mistillit mellom bruker, pårørende og fagutøvere. Materialet fremhevet viktigheten med kommunikasjon mellom tjenestene før pasienten skrives ut fra sykehus for å etablere tillittbasert samarbeid.

Flere fagfolk fra kommune reflektert over at kommunikasjon mellom kommune og spesialhelsetjeneste er vanskeligere enn før. Fagfolk erfart vanskeligheter med kommunikasjonskanaler som for eksempel å komme i direkte kontakt med riktig vedkommende på telefon;

Å få tak i rett vedkommende. Det også selvfølgelig at det hendte at de ikke ringer opp igjen også. Så.. men det går jo ofte bra også. Men det er mer at det ikke går bra enn det var før, synes jeg. Jeg synes det er vanskeligere nå enn det var.

Her avdekket fagfolk at det å være lite tilgjengelig for hverandre gjør det vanskelig å kommunisere om enkelte saker. Imidlertid reflekterte fagfolk i kommune at utfordring med tilgjengelighet går begge veier og det er lite rom for å være tilgjengelig for hverandre. Slik en annen fagfolk uttrykket sin erfaring;

Informasjonsflyten flyter kan skje ikke alltid helt av seg selv. Vi må gjøre noe for at den skal flyte. Og vi er heller ikke så lette å få tak i. Vi sitter jo heller ikke inne på kontoret vårt og er tilgjengelige på telefon. Så mail er på en måte en veldig fin ting, og elektroniske meldinger er en fin ting, for de kan du ta når du har tid til det. Men samtidig, i en hektisk hverdag hvor du skal håndtere og betjene alle pasientene dine, og avtalene du har plottet inn også, så er det heller ikke rom for det.

Imidlertid erfart noen fagfolk elektroniske meldinger som en bedre alternativ for å kommunikasjon, men materialet fremhevet også at økt arbeidsmengde gjør det vanskelig å være tilgjengelig på kontoret og å gi respons.

Fagfolk i koordinerende enhet i kommune var enig om flere svakheter som kom i etterkant av samhandlingsreformen. Fagfolk diskuterte videre at samarbeid på tvers av ulike aktører var mye bedre før samhandlingsreformen kom. Flere fagfolk reflekterte over at beskjedene kommer jo mye senere enn før og erfart at det har ikke blitt så veldig mye bedre samhandling. Fagfolk fra koordinerende enhet i kommune erfart at kommune får mange flere pasienter uten ekstra ressurser i tillegg. Et fagfolk fra kommune erfart; *Mange flere pasienter på samme avdeling med samme bemanning. Eller, mindre bemanning. Så det er liksom ikke noe rehabilitering igjen.* Flere fagfolk formulerte dette som en svakhet som begrenser bedre overgang i rehabiliteringen. Her formulerte og reflekterte fagfolk i kommune flere ganger at hvis kommune får melding i god tid før pasienten skrives ut fra sykehus, kunne kommune lage en bedre overgang til pasienter med sammensatt behov. Det er fremtredende i materialet

at tilbakemelding i god tid fra spesialhelsetjeneste har stor betydning for ressurs utnyttelse og samarbeidet på tvers av ulike tjenestenivåer, etter at pasientene slippes ut fra sykehus og henvises videre til kommune. En annen fagfolk i kommune beskrev; *det ønskelige er jo, at de ringer eller sier fra at en sånn pasient er på vei til kommunen så tidlig at vi vet om det før han kommer, og får tenkt på hvem er det som bør gå inn i den ansvarsgruppen.* Her avdekket fagfolk tilbakemelding i god tid har også betydning for utnyttelse av samarbeidsverktøy som individuelle plan eller å etablere ansvarsgruppemøte og innkalle aktuelle aktører for samarbeid på tvers.

5.2.3 Mangel på informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger

Frontlinjearbeidere i NAV kontorer erfart at mangel på møteplasser og informasjonsutveksling skaper utfordring for et godt samarbeid mellom NAV og primærhelsetjeneste (leger). Flere av frontlinjearbeiderne i NAV kontorer erfart at primærhelsetjeneste (fastleger) har lite eller ingen kunnskap om hvilken informasjon frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer trenger for å vurdere arbeidsevne ved den enkelte, eller hva som finnes i form av muligheter innen systemet som fører til sysselsetting på tross av skader eller sykdom hos individer. Frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer ga uttrykk for bekymring at helsevesenet generelt og særlig legene er for mye opptatt av helsebegrensninger og lite opptatt av muligheter. En av frontlinjearbeiderne i NAV reflektert over sin erfaring;

Og det er så mange leger som sier at jeg vet ikke akkurat hva arbeidet deres går ut på, så det er ikke så lett for meg å si at han kan jobbe, han kan ikke jobbe, han kan jobbe litt. Da sitter vi alle sammen, og det er det som er så morsomt at når alle kommer der (dialogmøte 2), så kommer arbeidsgiveren – Ja, de kan tilrettelegge og de kan gjøre det, og da er jo legen med en gang og sier: Ja, så flott, da kan vi jo få til en tilbake i jobb.

Her avdekket fronlinjearbeiderne at mangel på kommunikasjon og fellesmøte mellom aktørene har skapt utfordringer for samarbeid på tvers. Materialet tyder på at involverte aktører har ulike fagfelt og perspektiver, en lege vet ikke så mye om mulighetene som NAV tilbyr til personer med helseproblemer og en frontlinjearbeider fra NAV ikke har mulighet til å vurdere restarbeidsevne til personen på vignetten. Her viser Materialet viktigheten med informasjons- og kunnskapsutvikling mellom aktørene, dialogmøte ble fremhevet som en fellesarena som muliggjør at aktørene blir bedre kjent med hverandres og danner trygghet og tillitt for videre samarbeid.

Frontlinjearbeidere fra NAV kontoret reflektert over ulike holdninger som svekker samarbeid mellom NAV og fastlege. Frontlinjearbeidere diskutert videre hvordan noen utøvere overstyre begrensningene som forårsakes av medisinske tilstander med hensikt til å beskytte pasientene, noe som forsinker overgangene til arbeidslivet. Frontlinjearbeidere erfart at fastleger kan aktiv benytte pasientens versjon for å skape en sterkere allianse mellom seg selv og pasienten. Slik erfart en av frontlinjearbeider fra lokale NAV kontorer;

Jeg synes jeg opplever en del behandlere kanskje som bruker en motstand mot NAV hos pasientene til å styrke sin relasjon til pasienten, at det blir liksom dem på lag mot NAV, da kommer vi ikke så veldig mye lengre.

Frontlinjearbeidere erfart at sånn holdning vil skape utfordringer for samarbeid mellom aktørene og begrenser frontlinjearbeidere i NAV kontorer med å tilby hjelp og streker seg langt med å gi bistand til person med helseproblemer. Materialet påpeker behov for bedre samarbeid og tettere dialog mellom NAV kontorer og primærhelsetjenester for å øke kontinuitet i tjenester til pasienter med sammensatt behov.

En annen utfordring frontlinjearbeiderne i lokale NAV kontorer erfart var informasjon fra fastleger, flere av frontlinjearbeiderne var enig om at det var mangel på utfyllende

informasjon fra leger og reflektert videre at legeerklæringen ikke omtaler funksjonsevne. Frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer diskutert også at informasjon fra lege er ikke tilstrekkelig til å vurdere nødvendig og hensiktsmessig tiltak eller vurderer saken etter brukers behov. En av frontlinjearbeidere erfart; *fastlegens erklæring er veldig, veldig forskjellig. Hvor informative de er, da. Så men det kunne godt vært omtrent noe sånt, noen ganger er det mye mindre. Da må vi gjette.* Materialet viser at restarbeidsevne og prognose er viktige informasjon som bør komme fram i legeerklæringen, slik får frontlinjearbeiderne mulighet til å vurdere ulike tiltak og løsninger som kan øker sjansen til den enkelte for å delta i arbeidslivet.

Frontlinjearbeiderne påpekte flere ganger at ulike aspekter som lite tid og mangel på ressurser skaper samarbeidsutfordringer mellom aktørene, aktørene ikke har mulighet til å være tilgjengelig for hverandre når det er behov understreket frontlinjearbeiderne i NAV kontorer. Slik beskrev en av frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontor sin erfaring; *Legene klager jo over at de ikke får tak i oss, og vi klager over at ikke vi får (tak i dem) , Også Tida bare går. Så har det blitt også færre fagfolk.* Frontlinjearbeiderne diskutert videre at det er ikke alltid at de har god tid til å delta i samarbeidsmøter eller følger opp enkelte brukere i overgangsfaser mellom ulike nivåer. Materialet fremhevet flere faktorer som skaper utfordring for samarbeid mellom lokale NAV kontorer og primærhelsetjeneste i kommune. Blant annet mangel på møteplasser, mangel på informasjonsutveksling og ulikt kunnskapsdomene. I tillegg erfart fagfolk at ulike aspekter som lite tid og mangel på ressurser begrenser aktørene for å etablere samarbeidsmodeller og fellesarenaer som fører til bedre samarbeid.

5.2 Å skape Møteplasser

5.2.1 Tverrfaglig samarbeid mellom aktørene i tidligfase

Flere fagfolk i koordinerende enhet kommune nr.1 var enig om at personene i vignetten har behov for tverrfaglig samarbeid. Imidlertid beskrev informantene tverrfaglig samarbeid på to måter innen kommune, et formelt tverrfaglig samarbeid som for eksempel IP og ansvarsgruppemøte hvor pasienten deltar sammen med andre fagfolk og et uformelt tverrfaglig samarbeid (for eksempel ulike datasystemet som benyttes for å utveksle informasjon på tvers uten pasientens deltagelse), da ville fagfolk fra ulike enhet samarbeider på tvers om personer med helseproblemer uten pasientens deltagelse. En av fagfolk fra kommune beskrev Profil (datasystemet i kommune nr.1) som et godt verktøy for et uformelt tverrfaglig samarbeid. Slik beskrev informanten sin erfaring med profil;

Og så er det jo mye tverrfaglig samarbeid i profil, hvis man tar seg tid til å lese det de andre faggruppene på en måte har gjort av sine kartlegginger, hvis jeg får henvisning om hjemmebesøk, at jeg kan få ganske mye informasjon ved å lese andre faggruppers erfaring eller ting de har sett og sånt.

Slik fremheves i materialet har kommune eget datasystemet som benyttes internt og ble beskrevet som et godt verktøy for flerfaglig samarbeid. Her avdekket fagfolk i kommune at elektroniske verktøy som profil er en måte å samarbeide parallelt med hverandre uten å være avhengig av å møtes fysisk. Imidlertid erfart fagfolk i kommune at det er ikke alle eksterne aktører som har tilgang til profil.

Individuelle plan ble nevnt flere ganger av fagfolk i kommune som et formelt verktøy for tverrfaglig samarbeid på individnivå. Slik et fagfolk i kommune erfart IP;

Mens når det er tverrfaglig på individnivå, rundt brukeren, så er jo individuell plan – eller tiltaksplaner og ansvarsgruppe – noe man jobber opp mot brukeren. Sånn som han hvis han skal ha tjenester fra psykisk helse, fysio og ergo, NAV må inn i forhold til økonomi og videre sykemelding og fastlege. Så har du jo den tverrfaglige gruppa rundt ham. Og kona, tenker jeg begge to også, hvor man både avklarer målsetninger og tiltak og hvordan vi jobber rundt.

Alle informantene var enig om at personen i vignetten må ha individuelle plan hvis han ønsker det selv. Materialet avdekket individuelle plan som et samarbeidsverktøy som kunne benyttes på tvers av ulike aktører. Imidlertid påpekte fagfolk utfordring med utnevning av koordinator på grunn av mangel på ressurser. En annen utfordring som var fremtredende i materialet og fagfolk reflektert over var at IP ble ansett som tidskrevende og krever utrolig mye arbeid.

Flere fagfolk i koordinerende enhet kommune nr.2 reflektert over personen i vignetten og måten de går fram i saken. Fagfolk diskutert videre at de tar kontakt med personen og familien først for å kartlegge totalsituasjonen, så får fagfolk i kommune oversikt over behovene og hvem som skal kalles inne til ansvarsgruppemøte. Slik beskrev et fagfolk i kommune sin erfaring;

Vi er jo ofte fødselshjelpere for ansvarsgrupper, ikke sant. At vi da tar samtalen med de det gjelder. Hvem er inne, hvem trengs, vi samler alle trådene, etablerer et ansvarsgruppemøte, og så håper vi at vi klarer å finne en koordinator. Vi har nok å gjøre her, altså, så vi trenger ikke flere arbeidsoppgaver. Så det er en utfordring.

Slik som det fremheves i materialet både koordinerende enhet i kommune nr.1 og 2 vurdert ansvarsgruppemøte som aktuelt for personen i vignetten, men begge kommuner har erfart utfordring når det gjelder å finne koordinator. En annen fagfolk diskutert videre at samarbeid

på tvers fungert mer før, fagfolk erfart at kommune ble innkalt til et samarbeidsmøte av spesialhelsetjeneste eller videokonferanse før pasienten ble sendt hjem, slik fikk fagfolk mulighet til å starte prosessen i en tidligfase erfart fagfolk i kommune. Et fagfolk i kommune reflektert over;

Han behøver ikke liksom komme hjem og så sier ja, hvem skal vi finne til deg?» Så jo tidligere vi får beskjed, jo lettere kan vi planlegge det. Men samhandlingsreformen har på en måte gjort det sånn at beskjedene kommer jo mye senere enn før. Ikke sant, vi var på Sunnaas, jeg har jo ikke sett et pip (fra Sunnaas) på veldig lenge. Fordi kommunen må bare ta imot.

Her avdekket fagfolk i kommune viktigheten med å starte samarbeidet med spesialhelsetjeneste i en tidligfase, helst før pasienten sendes hjem. Fagfolk i kommune reflektert videre viktigheten med å benytte elektronisk kommunikasjonsverktøy som videokonferanse i tilfeller det er lite rom for å møte fysisk. Det er fremtredende i materialet flere ganger at mangel på tilbakemelding i god tid fra spesialhelsetjeneste skaper utfordring for tverrfaglig samarbeid og koordinering mellom aktørene i overgangene mellom ulike tjenestenivåer.

Flere frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer og koordinerende enheter i kommune var enig med viktigheten av å jobbe tverrfaglig for å hjelpe personen i vignetten. Det å jobbe tverrfaglig rundt hele familie og se totalsituasjonen rundt person ble beskrevet som viktig av flere fagfolk i kommuner og frontlinjearbeidere i NAV kontorer. En av frontlinjearbeidere reflektert; *Så tenker jeg jo litt på det tverrfaglige, eller det at vi skal spille på hverandre. At det er kanskje for lite tid til å få til et godt (samarbeid), det kunne vært enda bedre, kanskje, at vi kunne spille på hverandre.* Her avdekket frontlinjearbeider viktigheten med tverrfagligsamarbeid og utnytte tilgjengelige ressurser via tverrfaglighet. Imidlertid erfart flere frontlinjearbeidere og fagfolk i kommuner lite tid som utfordring for å samarbeide tverrfaglig på tvers.

Flere av frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer var enig om at samarbeid og dialog med fastlegen er viktig for å sette av realistiske mål sammen med pasientene. En av frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorerfart;

*Det er veldig greit å ha med legen i en samtale med han. Fordi han kan sitte å si, at jeg greier det, alt går bra, jeg skal være tømmer å fortsette akkurat som før. Hvis de er der, så kan legen være med på det medisinske å si at sånn og sånn er det, og vi kan jo selvfølgelig stille spørsmål rundt. Vi trenger ikke avvise ham med engang, men slik at han kan tenke litt selv. Her understreker frontlinjearbeidere viktigheten med samarbeid med fastlege for å realitetsorienter personen i vignetten. Imidlertid erfart frontlinjearbeidere at samarbeidet på tvers fungert ikke alltid bra på grunn av ulikt kunnskapsdomene og hierarkiet. En av frontlinjearbeider fra NAV kontor påpekte; *tverrfaglighet kan også være et hinder for å få gjort en god jobb noen ganger, da. Profesjonskamp.* Frontlinjearbeidere har opplevd at tverrfaglig samarbeid ikke blir samarbeid men kamp om definisjonsmakt. Det kom til syne i materialet flere ganger viktigheten av god kommunikasjon, felles forståelse om problemløsning og enighet om fellesmål for å lykkes med tverrfagligsamarbeid.*

5.2.2 Kommunikasjon og informasjonsutveksling på tvers

Noen av informantene diskuterte viktigheten med å ha møteplasser og ha dialog mellom aktørene; *Det der med å få snakka sammen og møtes, det er det handler om, og så handler det om tilgjengelighet, ikke sant, og det handler om, helt sikkert, mye tidspress i begge retninger.* Her avdekket fagfolk viktigheten med å etablere møteplasser og fagutviklingsarenaer på tvers slik at fagfolk være tilstede og lære av hverandres område, utveksler informasjon og blir kjent med hva som er mulig og ikke mulig. Imidlertid tidspress ble nevnt som utfordring som begrenser aktørene til å møtes eller ha felles arenaer på tvers.

En annen frontlinjearbeider fra NAV kontor uttrykket sin erfaring; *Jeg tror det kommer av at vi snakker for lite sammen. Legene hører hva pasientene sier om oss, uten at vi sitter sammen og snakker samme og prøver å bli enige om et mål, da. For det er så mye lettere når vi treffes!* Her frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer avdekket behov for fellesmøteplass mellom aktørene. Flere frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer var enig om behov for felles arenaer, slik at aktørene få mulighet til informasjonsutveksling og fellesproblemforståelser. Det kom fram i materialet at aktørene mangler informasjon om hverandres områder og har behov for informasjonsutvekslingsarenaer for å skape felles virkelighetsforståelser mellom NAV og primærhelsetjeneste.

5.2.3 Ansvarsgruppemøte som arena for tverrfaglig samarbeid

De fleste av frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer og fagfolk fra koordinerende enheter beskrev ansvarsgruppemøte som en viktig arena for tverrfaglig samarbeid. Flere fagfolk var enig at ansvarsgruppemøte er en god samarbeidsmodell for å samarbeide på tvers av ulike aktører for å hjelpe personen i vignetten. Imidlertid opplevd fagfolk i koordinerende enhet utfordring med å utnevne koordinator på grunn av høyt mengder av arbeidsoppgaver og lite ressurser.

Ansvarsgruppemøte ble også nevnt i materialet som viktig for å samle inn tråder hvor alle møtes sammen, spiller i lag og ha samme problemforståelse. Slik en av frontlinjearbeidere i lokale NAV kontor reflektert over ansvarsgruppe; *«Ansvarsgruppe er helt individuelt ift hva hver enkelt person trenger. Men hvis det er sånn at han for eksempel har en spesialist på et rehabiliteringssjuehus, han har en fastlege, han har noen som følger han opp på andre områder, så på en måte å få samla de som på en måte er mest aktuelle for han, hans*

situasjon, hvis han ønsker det sjøl. Og da kan man få sånne felles møter, sånn at man ikke sitter på hver sin tue og veit litt hver. Men at alle kan møtes sammen med han, hvis han ønsker det. Her avdekket frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer ansvarsgruppemøte som en felle arena for tverrfagligsamarbeid hvor aktuelle fagfolk møtes for oppgaveløsning i felleskap.

En annen fagfolk fra koordinerende enhet i kommune beskrev ansvarsgruppemøte som kommunikasjonskanal i tilfeller pårørende eller pasienten trenger kommune som støttespiller i møtt med NAV. *Familier som møter veggen og ikke får svar så det er en tøff greie, å gå løs på det kontoret der, altså. Men der vi har en hånd inne, har personen inn i ansvarsgruppemøtet så går det veldig.* Materialet anerkjent ansvarsgruppemøte som en fellesarena for informasjonsutveksling og styrker samarbeid på tvers av aktørene, og samle inn riktige ressurser rundt personen i vignetten og hans familie slik at personen får en forsvarlig overgang mellom ulike tjenester. Imidlertid viser det seg at mangel på ressurser skaper utfordring for å etablere ansvarsgruppe til alle pasienter med sammensatte behov.

5.3 Dagligliv og arbeidsliv

5.3.1 Mulighet og ressursorientert tilnærming

Flere frontlinjearbeidere fra lokale NAV kontorer var opptatt av sin egen rolle som veileder, hvor de har som oppgave å hjelpe folk til å se på muligheter og å ha tro på iboende ressursene og potensialer både hos enkelte individer og det som befinner seg innen systemet. Og hva som er realistisk å gjennomføre poengtert frontlinjearbeidere. Frontlinjearbeidere reflektert over viktigheten med å la brukerne være aktiv i prosessen og komme med sine ideer og vektla

brukermedvirkning på den måten. En av frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer reflekter slik;

Det jo det som er rollen vår, (veileder) skal på en måte veilede folk til å se muligheter. Da på en måte sånn som vi jobber mot våre føringer skal på en måte skal tro på personen, vi skal la de få komme med sine ideer og tanker. Også skal vi se på en måte hva som er realistisk å gjennomføre.

Her avdekket frontlinjearbeidere viktigheten med å gi pasienten riktig informasjon og nødvendige bistand for å realisere pasientens mål. En annen frontlinjearbeider fra lokale NAV kontor sa; *Hvilke muligheter kan vi gi i de tilfeller de har behov noe hjelp fra oss. Hva skal til for at du når målet ditt? Jo du skal tilbake i jobb, ok. Hva trenger du bistand til fra NAV på? Hva må kommunen stille opp med? .* Frontlinjearbeider diskutert videre viktigheten med å sette av mål i samarbeid med pasienten i vignetten og spille i lag for å oppnå målet som er retur til arbeid. Materialet anerkjent viktigheten med klare oppgave- og ansvarsfordeling og rolleavklaring mellom NAV og kommune i møtt med personen i vignetten.

Flere av frontlinjearbeidere var enig om at informasjonen som presentert i vignetten fokusert mer på begrensninger i konsekvens av medisinske tilstand som pasienten har. Mens NAV sin perspektiv er mest å se på muligheter og ressurser som finnes både innenfor systemet og hos pasienten på tross av helseproblemer. *Hva som faktisk er mulig. For det er det som er fokus, hva som er dine muligheter på tross av. Det er som en banket inn i hodet våre, vi skal jo hjelpe personen med å komme tilbake.* Her avdekket frontlinjearbeidere sitt tilnærming med å prøve ut muligheter som hjelper personen i vignetten til å komme tilbake til arbeidslivet. Imidlertid erfart frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer at på tross av alt muligheter som befinner seg via systemet så er det fortsatt finnes faktorer som skaper hindring for å utløse de mulighetene. Materialet avdekket mangelfull kontakt mellom bruker og frontlinjearbeidere ved lokale NAV

kontorer på grunn av utfordringer med tid. Det er spesielt sårbart i tilfeller hvor personen er passiv og ikke tar initiativet selv slik som frontlinjearbeidere erfart. Flere frontlinjearbeidere diskutert viktigheten med tidlig innsats for å hjelpe personen i vignetten på vei tilbake til arbeidslivet. Slik erfart en av frontlinjearbeidere i lokale NAV kontorer;

Kontakten mellom oss og bruker. Som ofte er mangelfull. Det er like avhengig av oss og bruker. Egentlig. Hvis han er passiv og vi ikke har tid, så kan tida gå uten at det skjer noen ting. Og han blir mer og mer deprimert og fjerner seg mer og mer fra tanken fra å komme tilbake til jobb. Hvis han hadde kommet inn tidlig, om så bare bittelitte grann og veldig, veldig forsiktig, så kan det jo gjøre mye med psyken. Så det tenker jeg er en ganske vanlig hindring, det skjer ofte, da.

Her avdekket frontlinjearbeideren mangel på aktiv oppfølging kan forverre situasjonen til den enkelte og forsterker utstøtingen fra arbeidslivet. Frontlinjearbeidere påpekte flere utfordringer som for eksempel tidspress som en vanlig hindring for aktiv oppfølging. Materialet fremhevet viktigheten med å komme ut i arbeidslivet i tidligfase i den grad som pasienten har kapasitet til som avgjørende for å unngå forverring av tilstand. Imidlertid aktiv oppfølging svekkes hvis pasienten er ikke aktiv selv, frontlinjearbeidere erfart at de har lite mulighet for oppfølging på grunn av tidspress.

5.3.2 Familie og tapt av rolle

Flere fagfolk fra koordinerende enhet i kommune reflektert over tapt av rolle og identitet hos personen i vignetten og konsekvenser som personen og familien vil oppleve etter skaden. Et fagfolk fra koordinerende enhet i kommune reflektert; *At rollen hans blir så forandret, en annen identitet, en annen vei å stake ut. En ny vei.* Her avdekket fagfolk bevissthet holdningsendring og hvordan tilrettelegge for relevante tiltak sammen med pasienten slik at han opplever

mestring og mening i hverdagen og bidra på den måten positiv inn mot identitetsarbeid. En av annen fagfolk i koordinerende enhet i kommune reflektert videre; *og så blir ofte mye av nettverket borte også, det sosiale. At det kan bli veldig sånn belastning på den lille familien.* Her fremhevet fagfolk at å tape sin identitet og rolle modell som far, ektefelle, kollega, eller arbeidstaker er en stor overgang i livet og medfører også rollebelastning som hans kone opplevd i følge av ektefellens skade. Det som er fremtredende i materialet er viktigheten med god og koordinert overgang mellom ulike tjeneste nivåer til personen i vignetten, hvor fagfolk er opptatt av totalsituasjon rundt personen og finne tiltak som kompenserer og opprettholde hans tapte rolle. Flere av fagfolk i koordinerende enheter i kommuner ansett arbeid som en viktig hverdagsaktivitet for alle i arbeidsfør alder og reflektert over hvordan personen mister sin identitet som arbeidstaker og rolle som omsorgsperson etter skade. En annen fagfolk diskutert videre; *Det er vel det tapet av rolle, tenker jeg. Når du har vært, når du er så ung, og så er du plutselig ikke i yrkeslivet lenger, og det er jo en stor del av livet, det å være i arbeid.* Imidlertid fagfolk i kommune er opptatt av tiltak mot konkrete helseproblemer og mestring i daglige gjøremål, ikke konkret til deltagelse i arbeidslivet. Her dekket materialet at kommunene er opptatt av å følge opp pasienten etter sykehusopphold, derfor fokus på sykemeldt får lavere prioritert i kommuner.

Arbeidsdeltagelse har stor effekt på den enkeltes identitet og helse, og er et virkemiddel for å motvirke relativt fattigdom og sosiale ulikheter, ikke minst opplevelse av livskvalitet.

5.3.3 Arbeidsgiver og tilrettelegging

Flere av frontlinjearbeidere i NAV kontorer er opptatt av samarbeid med arbeidsgiver og fastlege. Frontlinjearbeider reflektert viktigheten med kommunikasjon med arbeidsgiver for å finne muligheter for retur til arbeid. Slik en frontlinjearbeider i NAV kontorer indikert;

Vi må høre med arbeidsgiver hvilke tilretteleggingsmuligheter finnes. Er det noe han kan gå inn for å prøves med engang? Eller må de ha noe bistand, må vi tenke NAV kompetansesenter for deltagelse og tilrettelegging, eller hjelpemiddel sentralen? Nå er det gjennomført en nevropsykologisk test, så vi trenger ikke nødvendigvis be NAV kompetansesenter om en slik test, men heller kanskje mer spesifikt fra hjelpemiddelsentralen utfra hvis han trenger hjelpemidler på arbeidsplassen så kan vi koble på dem.

Her avdekket frontlinjearbeidere NAV kompetansesenter og hjelpemiddelsentral som ressurs og mulighet til å legge til rette for retur til arbeid. En annen frontlinjearbeider reflektert slik; *Jeg tenker vi skal gå inn arbeidsgiver, det er ikke sikkert at han kan jobbe som tømrer, men om han kunne kanskje fått noe utdanning videre for å ta det mer administrative, tenker jeg, kanskje. Det er bare fysisk da, er det ikke det da?.* Frontlinjearbeider undersøker muligheter som befinner seg hos arbeidsgiveren og systemet, hvis personen i vignetten ikke kan ha samme jobb som før. Materiale avdekket viktigheten av samarbeid mellom NAV og arbeidsgiver for å realisere pasientens mål som er retur til arbeidslivet.

NAV frontlinjearbeidere diskutert videre at NAV strekker seg langt når hensikten er å komme tilbake til arbeid. En av frontlinjearbeider beskrev; *stort førstemøte hvor vi tar initiativet til. For å høre litt utfyllende hva som anbefales av behandling og hva han klarer per i dag samt finne ut hvilke muligheter arbeidsgiver har.* Frontlinjearbeidere reflektert over viktigheten med samarbeidsmøte for å kartlegge behovet til personen i vignetten og finne muligheter i samarbeid med arbeidsgiver. En annen frontlinjearbeidere beskrev;

Uavhengig av det kan vi jo lage en tilretteleggingsgaranti, ikke sant. At han har rett og behov for bistand fra oss, til det han måtte ha behov for den forplikter også andre enheter i NAV som hjelpemiddelsentralen. Men jeg er helt enig i det her med å undersøke med arbeidsgiver og høre litt med legen hvorfor han ikke kan være bitte litt i jobb.

Her avdekket materialet at frontlinjearbeider fra NAV har tilgang til flere muligheter og enheter for å hjelpe personen på vei tilbake til jobb, men flere av frontlinjearbeidere poengtert viktigheten med å samarbeide med lege og arbeidsgiver før de foreslå tiltak. Her fremhevet materialet viktige aktører for frontlinjearbeidere å samarbeide med er arbeidsgiver og lege og andre enheter i NAV som hjelpemiddelsentral og kompetansesenter.

6. Diskusjon

Funnene viser at overgangene av pasienter med traumatisk hjerneskader og flere trauma mellom rehabiliteringstjenestene er utsatt for vansker knyttet til de ulike institusjonelle logikker og samhandlingsutfordringer mellom både lokale NAV kontorer, primærhelsetjeneste og spesialisert helsetjenester. Dataene tyder på samarbeidsutfordringer på bakgrunn av interorganisatoriske avstander. Ulikhet i kunnskap og innfallsvinkler mellom NAV og primærhelsetjeneste presenterer kognitive avstander mellom aktørene. En annen utfordring er mulig maktforskjell, ulikt interesseområde med ulike formål og krav som representerer strukturelle avstander mellom aktørene. Profesjonsmakt og definisjonsmakt kom fram i dataene som en utfordring for tverrfaglig samarbeid. Flere faktorer som tidspress og mangel på ressurser reduserer kontinuitet i tjenester til personer med TBI og multitrauma. Dataene trekker frem at manglende tilbakemelding fra spesialhelsetjeneste til kommune i god tid og utilstrekkelig informasjon til pasienter reduserer kontinuitet i tjenester mellom nivåene. Informasjonsutveksling og møteplasser ble sett som betydningsfullt av fagprofesjonene både i NAV og i koordinerende enheter i kommune. En stor del av utfordringer som skaper vansker for godt samarbeid og koordinering på tvers av tjenestene var knyttet til kommunikasjon mellom tjenestene og informasjon som krysser grensen mellom ulike nivåer.

Dataene viser at overgangene av pasienter med traumatisk hjerneskader og flere trauma mellom rehabiliteringstjenestene er utsatt for vansker knyttet til de ulike institusjonelle logikker og samhandlingsutfordringer mellom både lokale NAV kontorer, primærhelsetjeneste og spesialisert helsetjenester. Analyser dekker argumentasjon som brukes av informantene fra lokale NAV kontorer og koordinerende enheter for å støtte sine resonnementer om hvilke tiltak som best sikrer brukers behov for å delta i dagligliv- og

arbeidslivet og hvordan aktørene opplever samarbeidet på ulike nivå av rehabiliteringsforeløpet eller tjenestenivåer.

6.1 Forholdet mellom helse og arbeidslivsdeltakelse

Ifølge forskning gir deltagelse i arbeidslivet helse, og god helse i hele befolkningen øker sysselsetting. I følge Waddel og Burton (2006) er det sterke indikasjoner på at arbeid fører til bedre helse og følelse av velvære. Langvarig fravær fra normale aktiviteter, inkludert arbeid, har ofte en negativ effekt på en persons mentale, fysiske og sosiale velvære (Aylward i Schultz og Gatchel (eds.) 2016). Flere av frontlinjearbeiderne i lokale NAV kontorer reflekterte over viktigheten av å iverksette tiltak i en tidlig fase for retur til arbeidslivet for å unngå depresjon. Frontlinjearbeiderne i NAV var enig om at selv noen prosent arbeid er helsefremmende og kan begrense forverring av helsemessige tilstand. Personer med helseproblemer og nedsatt arbeidsevne har ofte både behov for tjenester fra ulike aktører innen helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av NAV-brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. NAV sine tjenester og tiltak alene er ofte ikke tilstrekkelige for å bistå disse. Det er så langt få eksempler på koordinerte og felles tiltak mellom Nav og helsetjeneste (Helsedirektoratet 2016). Samtidig har helsetjenestene liten tradisjon for å være opptatt av deltagelse i arbeidslivet. Reglene innen begge sektorer har vært å tenke sekvensielt: arbeid blir et tema når behandling er slutført ((Helsedirektoratet 2016).

Person med traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma betegnes person med sammensatte helseproblemer og behov, det er derfor nødvendig med koordinerte og integrerte tjeneste fra ulike aktører på ulike tjeneste nivåer. Rehabilitering i seg selv er et komplekst felt som involverer en rekke fagfolk innen helse og velferdstjenester samtidig som det kreves kryssing

av grenser mellom ulike yrker og organisasjoner (Wade & deJong,200; Strasser et al., 2008; Kørner,2010). God koordinerte tjenester til pasientgruppen forutsetter at helse- og arbeid og ulike tjenestenivå har felles mål, problemforståelser og rammer for intervensjoner. Willumsen (2009) viser til flere studier som viser at forskjeller i hvordan et problem blir forstått, utfra hvert enkelt sitt faglige perspektiv, og hvordan et problem håndteres, kan hindre samarbeid mellom profesjonene. Det er nødvendig å søke enighet om mål, og at utviklingen av tydelige framforhandlede mål er vesentlig for å oppnå framdrift i samarbeidet (Willumsen, 2009). Ifølge Willumsen (2009) det blir vanskelig å se hvordan samarbeidspartnerne kan komme videre uten å ha et felles mål.

Funnene viser at store deler av helsetjenestene (fastleger) er både i sin organisering og sin funksjon, preget av sin dominerende medisinske logikk hvor målet er medisinsk helbredelse. Koordinerende enheter er preget av pleie- og omsorgslogikk og har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Fagfolk i kommune er opptatt av kartlegging av totalsituasjon, rolle og familien og evt. belastninger som familien blir utsatt for i følge av tapet av rolle til person med helseproblemer. Arbeid og velferdsetaten er preget av velferdsstats- og byråkratisk logikk, slagordet «Arbeid først» er et av NAV sine overordnet mål og fokusområder i følge av politiske føringer.

Ulike overordne logikker både i lokale NAV kontorer og i koordinerende enheter danner grunnlag for ulike målsettinger og oppmerksomhet blant aktørene. Logikkene danner basis for grunnleggende og selvfølgeliggjorte forståelser som former både mål og midler i individers og organisasjoners handlinger (Reay & Hining 2009; Thornton, Ocasory & Lounsbury 2012).De former aktørenes oppmerksomhet, hvordan de fortolker og vurderer situasjoner, og hvordan de reagerer på signaler fra omgivelsene. Overordnede logikker virker ved å tilby verdier som gir retning til hvilke saker og løsninger som forstås som legitime, viktig og

relevante, og ved å gi beslutningstakere en forståelse av sine interesser og identitet og dermed forme deres beslutningsprimisser og motiver (Ocasio 1997).

Funnene viser at interesseområder i lokale NAV kontorer er arbeidsliv. Frontlinjearbeiderne i lokale NAV kontorer benytter ulike samtalestrategier for å legge vekt på muligheter og tiltak som NAV kan tilby for å integrere enkelte individer på arbeidsmarkedet fordi det er den beste måte å forbedre livet på. Frontlinjearbeidere legger til grunn den kognitive pilar fra Scott (2000) i sitt daglige arbeid for å hjelpe mennesker ut i arbeidslivet. Samtidig prøver å motivere personer med helseproblemer med å gi et positivt perspektiv mot fremtiden. Ifølge Scott (2014) er det tre pilarer- det *regulativet*, det *normative* og det *kognitive* som støtter kjerneforutsetninger og kunnskaper i institusjonene. En problemløsningsstrategi vil dermed være avhengig av en eller flere av disse pilarene for legitimering. En dominerende logikk etablerer kjerneprinsippene for å organisere aktiviteter og fokuserer oppmerksomheten i institusjonen (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012). Med andre ord er frontlinjearbeiderne arbeider innebygd i et felt med sterke institusjonelle logikker for å implementere politikken på en måte som passer kjernemål og forutsetninger i et felt eller en organisasjon (Garrow og Grusky, 2013). I en slik situasjon for eksempel i «brukermøter» vil frontlinjearbeiderne å ha fokus på ulike strategier som verktøy for å aktivere visse aspekter av institusjonelle logikken, for å løse et problem eller ta en avgjørelse (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012).

Fagfolk i kommuner har sine interesseområder i daglige gjøremål og kompensering med hjelpemidler for svekket fysisk og kognitive funksjon hos personen i vignetten. Fagfolk i koordinerende enheter legger vekt på verdier av egenmestring for å øke selvtillit og dermed opplevelsen av livskvalitet, dette tilsvarer det som Scott (2000) kaller for normative pilar. Fagfolk i koordinerende enheter presiserte viktigheten av å delta i arbeidslivet. Allikevel får arbeid lavere prioritert i kommuner, da kommune har andre ansvarsområder og innfallsvinkler. Hvert organisasjon- og organisasjonsfelt kan støtter flere logikker som

konkurrerer om å etablere en dominerende stilling for å gi aktørene på dette feltet en referanseramme for hva som er rasjonelt og logisk (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012).

NAV sitt samfunnsoppdrag er nettopp å utvikle brukerens ressurser gjennom ulike samtalestrategier og ved å benytte velferdsstatens logikk, slik som det kom til syne i dataene. Om pasienten er 100 % eller 50 % ufør, vil frontlinjearbeidere fortsatt prøve ut muligheter som fører til deltagelse i dagliglivet og sysselsetting. Kontrastene knyttet til vurdering av arbeidsevne er relevant for personer med traumatisk hjerneskade, som skal delta i arbeidslivet. Nyere teorier om arbeidsinkludering poengterer at arbeidsevne er relativ framfor absolutt, dvs. at den må vurderes i forhold til yrket og den aktuelle arbeidssituasjon (Frøyland & Spjelkavik, 2014). Et faglig grunnlag for inkludering er å ta utgangspunkt i menneskers ressurser, som også er grunnpremisset i et helsefremmende perspektiv (Antonovsky, 2012).

Helsesektorens dominerende institusjonelle logikk er basert på diagnose og grundige utredninger av sykdom hos enkelte individer. Det er fastlegens ansvar og mandat å skrive sykemelding eller friskmelding. Det kan derfor oppstå et motstridende vurderinger basert på forskjeller i logikk og kompetanse mellom profesjonelle når temaet er deltagelse i arbeidsliv. Samarbeidende aktører representerer ofte interessenter med ulike formål og krav. Fastleger sin mandat og ansvarsområdet er medisinskbehandling og fysisk eller psykisk helbredelser. Mens retur til arbeidslivet etter sykdom eller skade er ansvarsområdet til frontlinjearbeiderne. Dette betyr at koordinering og samarbeidsutfordringer oppstår på grunn av at aktørene har ulike (og til tider motstridende) hensikter, mandater, ansvarsområder, målkrav, insentiver og ikke minst konkurrerer de om begrensede ressurser (Singh og Prakash, 2010).

Dataene anerkjente ulike logikker mellom NAV og primærhelsetjeneste. Flere frontlinjearbeidere erfart at beskrivelsen i vignetten hadde mye fokus på begrensninger og lite

fokus på muligheter. Denne logikken presiserer hvilke prinsipper frontlinjearbeiderne i lokale NAV kontorer mener bør styre utvikling på rehabiliteringsforeløp av person med omfattende helseproblemer. Frontlinjearbeiderne i lokale NAV kontorer ønsker å endre tankegangen som ligger til grunn hos fastlegene i en mer arbeidslivretning, det vil si at å fokusere på muligheter og ressurser framfør begrensninger for å gjennomføre aktiveringspolitikken.

Om pasienten er 100 % eller 50 % ufør, vil frontlinjearbeidere fortsatt prøve ut muligheter som fører til deltagelse i dagliglivet og sysselsetting. Med en ressurs- og mulighetsorientert tilnærming for aktivering, fokuserer frontlinjearbeidere på den underliggende verdien at å være aktiv deltager i arbeidslivet er gunstig for helse og egenmestring. Nedsatt funksjon hos pasienter med traumatisk hjerneskade og multitrauma påvirker deres livskvalitet i bred forstand, det har også innvirkning på deres hverdag, deres sosiale og yrkesmessige deltagelse (Andelic, Hammergren, Bautz-Holter, Sveen, Brunborg & Røe,2009; Soberg, Roise, Bautz-Holter & Finset,2011). Frontlinjearbeiderne i lokale NAV kontorer reflekterte over strategier de anvender i arbeidet med personer med sammensatt behov og hvordan disse strategiene muliggjør retur til arbeid ved personen i vignetten.

Frontlinjearbeiderne legger vekt på verdien av egenmestring ved å være i arbeid, noe som har stor betydning for å øke selvtillit og opplevelse av livskvalitet ved enkelte individer.

Informantene i Lokale NAV kontorer jakter på løsninger ved å skape nye og flere veier mot aktivitet og deltagelse i arbeidslivet. Personer med funksjonsbegrensning har en tendens til å ha fokus på de hindringene som er hemmende. Frontlinjearbeiderne fra NAV ser brukere som helhelhet og har fokus på å få det beste ut av de ressursene og mulighetene som finnes hos enkeltindivider og innen systemet for å hindre fravær i arbeidsmarkedet. Ressurs- og mulighetsorientert tilnærming er den overordnet strategien for å aktivere person med helseproblemer i arbeidslivet hos frontlinjearbeiderne i NAV. Denne strategier fokuserer på å

presentere muligheter som frontlinjearbeiderne har tilgang til og kan bruke til å hjelpe person med helseproblemer tilbake til arbeidsmarkedet (Hovåld, 2017).

Aktivitet- og arbeidsdeltagelse har stor effekt på den enkeltes identitet og helse.

Arbeidsdeltagelse knyttes opp mot faktorer som økonomisk trygghet, opplevelse av mening, identitet, sosial interaksjon og samfunnsdeltagelse. Arbeid bidrar også til innhold, struktur og rutiner i hverdagen (Christiansen og Townsend, 2004). Fagfolk i kommune reflektert over mestring i hverdagen som handler om å være selvhjelpen og gjennomfører aktiviteter i hverdagen, noe som har stor betydning for å bevare helsen, opprettholder funksjonsnivået rolle og identitet. Det er gjennom disse aktivitetene vi knyttes til vårt sosiale nettverk, til familie, venner og kollegaer. For enkeltmennesket har deltakelse i vanlige aktiviteter blant annet arbeidsdeltagelse sammenheng med opplevelse av god livskvalitet og trivsel, etter å ha traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma. Flere studier har vist sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og menneskers subjektive opplevelse av høy trivsel og tilfredshet med livet etter traumatisk hjerneskade (TBI) og multitrauma (Vestling, Tufvesson og Iwarsson, 2003; Söderback og Ekholm, 1992; O`Neil et al., 1998). Andre studier har funnet at deltakelse i arbeidslivet etter TBI har stor betydning for opplevelsen av god livskvalitet og tilfredshet med livet, i tillegg til at også sosial deltakelse og deltakelse i fritidsaktiviteter øker (Söderback & Ekholm, 1992, O`Neil et al., 1998).

6.2 Hvilken betydning får organisatoriske forhold for det tverrprofesjonelle og tverrinstitusjonelle samarbeidet?)

Funnene viser at fagprofesjonene fra både arbeids- og velferdsetaten og kommunale sektor mener at det er viktig med å møtes. Samarbeidsmøter fører både til at man får et felles eierskap og en felles virkelighetsforståelse. Samtidig bidrar det til at de ulike aktørene får

kjennskap til hverandres områder på tvers. Analysen anerkjent behov for møteplasser, mulighet for kunnskapsutvikling og informasjonsutveksling og tilgjengelige elektroniske kommunikasjonskanaler som viktige komponenter for å lykkes i samarbeidet på tvers av ulike aktører. Kommunikasjon og informasjonsutveksling betegnes som generelt to av hovedområdene for å oppnå interorganisatorisk integrasjon (Lyngsø, Godtfredsen og Frølich, 2016), i tillegg til tverprofesjonelt samarbeid (Körner,2010). For å oppnå ønskelige pasientresultater i helsetjenesten, det er nødvendig med koordinering og informasjonsutvikling på tvers av tjenester (Dobrzykowski og Tarafdar, 2015) mens mangel på kommunikasjon mellom tjenester kan påvirke negativ på kontinuiteten i pleie og omsorgstjeneste (Kripalani et al., 2007).

Når det gjelder interorganisatoriske avstander viser dataene flere barrierer som fører til samarbeidsutfordringer mellom lokale NAV kontorer og primærhelsetjeneste. Kognitive avstand (Parjanen, Harmaakorp & Frantsi, 2010; Petruzzelli, Albino & Carbonara, 2007) kom tydelig fram i dataene. Dette oppstår som en følge av ulikhet i kunnskap. Aktørene i lokale NAV kontorer og primærhelsetjenester har ulike kunnskapsgrunnlag og innfallsvinkler, og dermed ulike kunnskap om ulike emner og ulike kunnskapsdybde om samme emne (Parjanen et al., 2010; Petruzzelli et al., 2007). Kunnskap og forståelse kontekstavhengige (Noteboom, 2008), og ulikhet i måter mennesker opplever, tolker, forstår og evaluerer situasjoner (Wuyts et al.,2005) kan oppstå som følge av ulikhet både i organisatorisk tilhørighet og profesjonstilknytninger. Man kan si at frontlinjearbeider fra NAV kontorer og fagprofesjoner fra primærhelsetjenester lever innenfor sine egne virkelighetsforståelser. Frontlinjearbeidere ga klare uttrykk for at det å møtes og snakker med hverandre og bli kjent med hverandres områder vil være en måte og reduserer den type avstand mellom aktørene. Her viser funnene at møteplass for fellessamlinger på et overordnet nivå og dialog og felles samarbeidsmøter på lokalt nivå er viktig mellom aktørene for å lykkes med samarbeidet interorganisatorisk. Flere

fagfolk fra koordinerende enheter i kommuner nevnte å ha en fast/bestemt kontaktperson som er knyttet til den enkelte NAV kontoret som et godt grep.

Strukturelle avstand (Singh og Prakash, 2010) handler om mulig maktforskjell mellom aktørene. Samarbeid mellom ulike aktører representerer ofte interesser med ulike formål og krav. Dette betyr at koordineringsutfordringer oppstår på grunn av at aktørene har ulike og til og med motstridende hensikter, mandater, ansvarsområder, målkrav, ikke minst konkurrerer de om begrensede ressurser. Profesjonskamp om definisjonsmakt ble reflektert av fagfolk som utfordring for samarbeid på tvers. En betydelig grad av ydmykhet for hverandres situasjon, er åpenbart en forutsetning for godt samarbeid. I situasjoner som samarbeidet fungert godt, har det vært snakke om samskapt læring (Klev og Levin, 2009), samarbeid mellom to eller flere selvstendige aktører fingerer optimalt der ingen av samarbeidspartnere får enerett på å definere virkeligheten (Mathiesen og Buland, 2017). Dette handler om å utvikle felles kunnskaper om hverandres områder slik at man unngå misforståelser. Når flere organisasjoner eller sektorer skal samarbeide om en oppgave, kan det oppstå ulike typer misforståelser. Enhver organisasjon eller sektor har sine egne forståelser av hvordan virkeligheten henger sammen og hva som fører til ønskede resultat (O'toole,2003).

Intensjonen bak samhandlingsformen er bedre samarbeid på tvers av tjenestene, koordinerte pasientoverganger og desentralisering av omfattende (Helse- og omsorgsdepartement, 2009). Dette samsvarer med det som er anerkjent i analysen hvor helse- og sosialpolitikken samhandlingsreformen har ført til endringer med uønskede konsekvenser i overgangene av rehabilitering av pasienter med sammensatt behov blant annen person med traumatisk hjerneskade og multitrauma. Flere fagfolk i kommunale sektor påpekte uheldige konsekvenser etter samhandlingsreformen i tilfeller det er sammensatt behov, informantene understreket at

kortere sykehusinnleggelse og mangel på tilbakemeldinger fra spesialhelsetjenester skaper barrierer for godt samarbeid. Dette har også redusert kvaliteten på koordinering og planlegging av overgangen fra spesialhelsetjeneste til kommune i god tid. Funnene viser samtidig at strukturelle forhold som for eksempel lite tid eller manglende ressurser i kommune fører til samarbeidsutfordringer og reduserer kvaliteten på tjenester som må gis til person med sammensatt behov. Ifølge Coleman og Berenson (2004) samhandling sikrer koordinering og kontinuitet i vekslingene mellom nivåene i helsevesenet, og at effektive overganger for pasienter er avhengig av samarbeid på tvers av tjenestenivåene (Coleman og Berenson, 2004). Det kom fram i en undersøkelse fra flere forskere at tilstrekkelig kommunikasjon og informasjonsutveksling i overgangene mellom nivåene i den samlede helsetjenesten som viktig for en god samhandling (Paulsen, Romøren og Grimsmo, 2013, Hellesø og Fagermoen, 2010).

Det er anerkjent av informantene at ulike faktorer som påvirker utvikling av rehabiliteringsovergangene i ulike tjenestenivå blant annet det faglige og organisatoriske forhold. Samhandlingsreform var ment å øke samarbeid på tvers av tjenester, men det førte til mer desentralisering og overført mer ansvar til kommune (Norsk Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Flere fagfolk i koordinerende enheter reflektert over at samarbeidet ble ikke bedre med samhandlingsreformen, da noen av konsekvensene av reformen innebærer forverring av eksisterende utfordringer. Dette kan da basert på resultatene, medfører negative konsekvenser i rehabiliteringsoverganger i ulike tjenestenivå når det gjelder pasient med sammensatt behov blant annet person med traumatisk hjerneskade.

Funnene kaster lys på to faktorer som informantene anser som konsekvenser av samhandlingsreformen, det første gjelder kortere sykehusinnleggelse som påvirket negativ til overgangene i rehabilitering av pasienter med traumatisk hjerneskade og multitrauma mellom

ulike tjenestenivåer. Basert på funnene det er klart indikasjon mellom kortere sykehusopphold og lite tid til planlegging og organisering av videre omsorg- og kartleggingsarbeid hos kommunale rehabiliteringstjenester. Fagfolk i kommune ikke fikk tilstrekkelig tid til å lage en plan for videre arbeid og fremkalle nødvendige ressurser og aktører som kunne bidra med å gi en god og koordinert overgang eller tjeneste til pasienter med sammensatt behov. Dette er bekreftet av teori at den planlagte utvidelsen av kommunale rehabiliteringstjenester ikke ble oppnådd i konsekvens av samhandlingsreformen på rehabiliteringstjenester (Monkerud og Tjerbo, 2016). Tidligere undersøkelser har vist at overgangene mellom ulike tjenester var ofte uplanlagt, noe som kan være årsak til medisinske komplikasjoner (Coleman og Berenson, 2004). Risikoen er høy for å bli oversett mellom overgangene uten å bli tilbud tjenester fra kommune på grunn av begrensninger av tid for planlegging, etter at enkelte pasienter skrives ut av spesialhelsetjenester (Coleman og Berenson, 2004). Manglende tidsaspekt for planlegging i overgangene mellom nivåene i rehabilitering av pasienter med traumatisk hjerneskader kan øke interorganisatoriske avstander mellom tjenestene og reduserer mulighetene for kunnskapsutveksling. Den kan være også vanskelig for fagfolk å få direkte kontakt med riktige og aktuelle tjenester på grunn av økt arbeidsmengde. Den andre faktorer som funnen viser til uønsket konsekvens av samhandlingsreformen, var relatert til økt belastning på de kommunale ressursene og da de kommunale rehabiliteringstjenestene fikk tilleggsansvar, men ikke ekstra ressurser.

Tidligere forskning viste behovet for å undersøke konsekvenser av nye politiske føringer. Underprioritering av sårbare grupper kan oppstå som uønsket konsekvenser av nye politiske føringer (Foreman, 2016; Naylor et al.,2012). Funnene i min oppgave anerkjenner lignende utviklinger og viser at pasienter med traumatisk hjerne skade (TBI) og multitraua kan bli nedprioritert i overgangsfaser mellom nivåene på grunn av politiske føringer. De kommunale

rehabiliteringstjenester som ble utfordret med å øke ansvar uten å få noen ekstra ressurser, har ikke alltid mulighet til å tilby optimal tjeneste for hver enkelt pasient.

Den tverrprofesjonelle tilnærming til samarbeid i spesialhelsetjeneste og flerfaglig samarbeid i kommune fremhever forskjellig kunnskap og kompetanser. Rehabilitering er et komplekst felt som krysser grenser mellom ulike profesjoner og organisasjoner (Wade og de Jong, (2000) og Strasser, Uomoto, Smits (2008) og Körner, (2010)). Hensikten med tverrfaglig og tverrprofesjonelle samarbeid i rehabilitering er å oppnå en flerdimensjonal tilnærming til de komplekse problemene som pasienter opplever gjennom rehabiliteringsprosess (Körner, 2010) En tverrfaglig tilnærming innebærer at fagfolk arbeider parallelt med hverandre og opprettholder et høyt nivå av autonomi og lavt nivå av overlapping mellom fagfolk, mens en tverrprofesjonelle tilnærming innebærer å jobbe i tettere samarbeid med overlappende ferdigheter og felles omsorgsplan (Körner,2010)

6.3 Hvordan forstås rehabiliteringsforløpet?

Rehabiliteringen av pasienter med TBI og multitrauma er fortsatt mangelfull og utfordrende. Samarbeid mellom fagfolk på ulike nivåer blant annet mellom NAV og primærhelsetjeneste i kommune er utfordrende da organisatoriske forhold, kunnskapsdomene, mangelfulle kommunikasjonskanaler- og møteplasser reduserer kontinuiteten i tjenester på ulike nivåer i rehabiliteringsforløpet til pasienter med TBI og multitrauma. Rehabiliteringsforløp er målstyrte og sammensatte prosesser som involverer flere fagprofesjoner og som regel tjenesteytere på ulike tjeneste nivåer både i og utenfor helsetjenesten (St.meld.nr.21.1998-99). Det er viktig å koordinere mål og tiltak og dokumentering av planer og resultater på tvers for å sikre mest mulig effektiv og sammenhengende rehabiliteringsforløp til pasienter med

sammensatt behov for tjenester. I denne sammenheng har individuelle plan og elektronisk pasientjournal eller elektroniske meldinger som e-post en sentral plass. Forskning har vist at planarbeider som styrker brukers engasjement og medvirkning, gjør rehabiliteringen mer effektiv og øker tilfredshet hos brukerne (Levack et al., 2006 og Thommesen, Normann, Sandvin, 2003).

Fagprofesjonene fra både NAV og kommune vurderte individuelle planer som et nyttig verktøy for samarbeid mellom ulike aktører i rehabilitering på kommunalnivået. Men selv om det var fordeler med IP som samarbeidsverktøy, ble det også anerkjent flere utfordringer som begrenset utnyttelsen av samarbeidsmodellen (IP) til pasienter med sammensatt behov. På kommunalt nivå ble IP opplevd som for administrativt og tidskrevende, det vil si bare en annen form som skal fylles ut og ikke som et verktøy for koordinering og samarbeid mellom fagfolk. Dataene i denne oppgaven anerkjent viktigheten av å etablere samarbeids- og koordineringsverktøy innenfor både kommunalt, samt på tvers av tjenestene. Grenseobjekter som verktøy øker integrert tjeneste på tvers av ulike nivåer i rehabiliteringen, for eksempel individuelle plan eller pasientjournal tilpasses lokale behov, men robust nok til å opprettholde sin identitet, overførbarhet over grenser på tvers av sosiale verdener, og tilfredsstillende informasjonskravene til hver av dem (Star og Griesemer, 1989).

I dette studien understreket fagprofesjonene viktigheten med å etablere samarbeidsmodeller mellom aktørene. Ansvarsgruppemøte ble opplevd som viktig på tvers av aktørene både NAV kontorer og koordinerende enheter, imidlertid ble det ikke etablert for pasienter med TBI og multitrauma. Koordinerende enheter i kommune etablerte ansvarsgruppemøte i tilfeller der det var mer sammensatte behov og der personen hadde behov for flere tjenester samtidig som for eksempel rus og psykisk helse. Individuelle planer i de kommunale rehabiliteringstjenestene var ment å begrense objekter med hensikt til å skape et integrert samarbeidsverktøy for

individuelle pasienter (Helsedirektoratet, 2012). IP ble anbefalt for å opprettholde en prosess basert på pasientens mål, nødvendige tjenester og aktuelle fagfolk som skal ha ansvar for hver trinn i pasientens rehabiliteringsprosess (Bjerkan et al., 2011). Dataene i min oppgave viser at individuelle planer ble erfart som ganske solid generelt, da en mer felles forståelse av individuelle planer eksisterte på tvers av tjenestene, allikevel IP ble sjeldent etablert for pasienter med traumatisk hjerneskade og multitrauma i kommune, fagfolk opplevde at bruken av IP tok unødvendig mye tid, og manglet tilpasningsevne til lokale informasjonsbehov og arbeidsprosesser. Bjerkan et al. (2011) påpekte at individuelle planer var nedprioritert generelt.

Selv om pasientjournal ble anerkjent som et nyttig samarbeidsverktøy som kunne muliggjør koordinert pasientoverganger mellom spesialhelsetjeneste og koordinerende enheter, ble den også sett som utfordrende. Det er tidligere rapportert om viktigheten av komplementaritet mellom teknologiske og sosiale aspekter ved informasjonsutveksling (Dobrzykowski og Tarafdar, 2015). Sykehusene har plikt til å sammenfatte journalopplysninger i form av epikrise og sende den til involverte fagprofesjoner ved utskriving av pasienter (Helsedepartementet, 2000). Tilsvarende rapporter hevder at teknologien ikke svarer på hva som er relevant og riktig informasjon når det gjelder en bestemt pasient i en bestemt klinisk situasjon (Hellesø og Lorensen, 2005). Dataene i min oppgave viser at pasientjournal er godt egnet verktøy for samarbeid mellom spesialhelsetjeneste og kommune hvis verktøyet var robust, tilpasset lokale behov og overførbare mellom fagfolk på tvers. Dermed oppfyller kravene og egenskapene som er typisk for grenseobjekter (Star og Griesemer, 1989).

Informasjonsutveksling ble sett på som betydningsfullt av fagprofesjonene både i NAV og i kommune. Selv om fagprofesjonene fra begge sektorene anerkjente viktigheten av koordinering og samarbeid for å styrke integrasjon mellom tjenestene, anerkjent de også de mulige utfordringene som påvirker tjenestene på tvers. Stor del av utfordring som skapet

vansker for godt samarbeid og koordinering på tvers av tjenestene var knyttet til kommunikasjon mellom tjenestene og informasjon som krysser grensen mellom ulike nivåer. Tidligere studie vektlegger betydningen av å etablere velfungerende arenaer for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Mangel eller utilstrekkelig kommunikasjon mellom ulike nivåer av tjenester kan redusere kontinuiteten i omsorg (Kripalani et.al, 2007; og Wong, Caesar, Agnew, Abrahams, 2009).

Det er nødvendig med strukturelle endringer for å øke kvalitet på overgangsfaser mellom tjenester, for eksempel å legge til rette for bedre overføring av informasjon (Campbell et al, 2016). Funnene i denne studien påpekte også behovet for direkte kontakt mellom fagfolk gjennom møter eller telefonsamtaler som var avgjørende for rask og effektiv oppgaveløsning mellom aktørene på ulike nivåer i rehabiliteringen av pasienter med sammensatt behov. Selv om kommunikasjonsverktøyene som IP ikke primært ment å brukes på tvers av tjenestene, kan planen potensielt ha en sterk nytte i pasient overganger mellom tjenestene dersom de suppleres med direkte kontakt og kommunikasjon blant fagfolk. Kompleksiteten til de involverte tjenestene krever fleksibilitet i styring av helseinformasjon for å forbedre integrert rehabiliteringsarbeid (Solmic et al., 2017)

Når man setter komplekse grenseinfrastrukturer i perspektiv, påpeker helsestyringsstrategier som er benyttet av fagprofesjonene i rehabilitering behovet for strukturerte informasjonsoverføring. Dette kan være standardisert skriftlig informasjon, men også behov for fleksibel informasjonsutveksling frem og tilbake i direkte telefonsamtaler, felles møter, videokonferanser eller elektronisk meldingssystem. De ovennevnte koordinerings- og samarbeidsverktøyene (elektroniske pasientjournaler og individuelle plan) fungerer kun som grenseobjekter når deres egenskap for overførbarhet, tilpasningsevne og oppfylle informasjonsbehov økes ved direkte kontakt mellom fagprofesjonene. Grenseobjekt er ikke

lovpålagt. Men en type infrastruktur som har vokst fram på bakgrunn av «behov for informasjon», gjerne knyttet til samarbeidet, eller andre grupper som har behov for samarbeid (Star,2010). Det som er viktig for grenseobjekter er at hvordan praksis, struktur og språk opptrer, som en bro for å danne samarbeid mot et felles mål (Star,2010).

7. Konklusjon

Person med sammensatt behov som befinner seg utenfor arbeidslivet i Norge har ofte behov for en samordnet innsats fra flere aktører for å returnere i arbeid. Det er nødvendig med tiltak fra både helsesektor og arbeids- og velferdssektor. Tradisjonelt sett har de medisinske tiltakene blitt iverksatt i en tidligfase og først når man har vært ferdig behandlet, har spørsmål knyttet til arbeid blitt trukket inn. Dette viser seg å være uheldig, da å stå utenfor arbeidslivet i lang tid i seg selv har vist seg å skape helseproblemer. Funnen i denne oppgaven viser at samarbeid mellom lokale NAV kontorer og primærhelsetjenester preget av ulike institusjonelle logikker. Dataene anerkjent behov for koordinert og integrert samarbeid mellom lokale NAV kontorene og primærhelsetjeneste, samt behov for etablering av samarbeidsmodeller som fremmer deltagelse i arbeidslivet og livskvalitet blant pasienter med TBI og multitrauma. Kortere sykehusopphold og mangel på tilbakemelding i god tid fra spesialhelsetjeneste før pasienten skrives ut fra sykehus, reduserer kontinuitet, koordinering av tjenester og samarbeid på tvers av aktuelle aktører. Basert på funnene det er klart indikasjon mellom kortere sykehusopphold og lite tid til planlegging og organisering av videre omsorg- og kartleggingsarbeid hos kommunale rehabiliteringstjenester. Fagfolk i kommune ikke fikk tilstrekkelig tid til å lage en plan for videre arbeid og fremkalle nødvendige ressurser og aktuelle aktører som kunne bidra med å gi en god og koordinert

overgang eller tjeneste til pasienter med sammensatt behov. Videre å overføre mer ansvar til kommune uten ekstra ressurser utfordret koordinerende enheter til å tilby integrert tjenester til pasienter med TBI og multitrauma. Funnene viser en stor del av samarbeidsutfordringer mellom ulike tjeneste nivåer var knyttet til kommunikasjon, Dataene viser til viktige komponenter som møteplasser, mulighet for kunnskaps- og informasjonsutveksling og tilgjengelige elektroniske kommunikasjonskanaler for å lykkes med interorganisatoriske samarbeid og å muliggjøre sømløs pasientoverganger mellom tjenestene.

Litteratur

Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago.

Andreassen, T.A. & Fossetøl, K. (2011). *NAV ved et veiskille. Organisasjonsendring som velferdsreform*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Andreassen, T. A. and Fossetøl, K. (2014), *Utfordrende inkluderingspolitikk Samstyring for omforming av institusjonell logikk i arbeidslivet, helsetjenesten og NAV* (Changing institutional logics: Governance in Norwegian policy for labour market inclusion), *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 55, 2: 174–202.

Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, et al. Incidence of hospital-treated traumatic brain injury in the Oslo population. *Neuroepidemiology* 2008; 30: 120-8.

Einbu, G. (2011) “*Raskere tilbake*” etter hjerneslag. *En kvalitativ studie om erfaringer med å komme tilbake til arbeidslivet etter et hjerneslag*. (Masteroppgave), Universitetet i Oslo.

Aylward, Sir Mansel. 2016. *Overcoming Barriers to Recovery and Return to work: Toward Behavioral and Cultural Change*. In Izabela Z.; Schultz and Robert J. Gatchel (eds.), *Handbook of Return to Work. From Research to Practice* (Springer: New York).

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48, 297-306.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Busch, J. V. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Carstensen, H. V. & Bason, C. (2012). Powering collaborative policy innovation: Can innovation labs help? *Innovation Journal*, 17(1).

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Christiansen, C., & Townsend, E. (2004). The Occupational Nature of Communities. I Christiansen, C., & Townsend, E. (Eds.). *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (p.141-172). New Jersey: Pearson Education, Inc. (2001).
- Christiansen, C., & Townsend, E. (2004). An Introduction to Occupation. I Christiansen, C., & Townsend, E. (Eds.). *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (p.1-27). New Jersey: Pearson Education, Inc. (2001).
- Coleman, E.A. & Berenson, R.A. (2004). Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine*. 140 (7):533-536.
- Dobrzykowski, D. D., & Tarafdar, M. (2015). Understanding information exchange in health care operations: Evidence from hospitals and patients. *Journal of Operations Management*, 36, 201-214. doi: 10.1016/j.jom.2014.12.003
- Finset A. & Krogstad, J. M. (2002). *Hodeskade*. Oslo: Cappelen Forlag
- Forskrift om pasientjournal. Med merknader. Oslo: Helsedepartementet, 2000.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. London: Polity Press.
- Gramton, C. D. (2001). The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization Science*, 12(3), 346-371.
- Garrow, E. & Grusky, O., (2013). Institutional Logic and Street-Level Discretion: The Case of HIV Test Counseling. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 23(1): 103-131. doi: 10.2307/23321086.
- Gilworth, G. Eyres, S. Carey, A. Bhakta, BB. and Tennant, A. (2008). *Working with a brain injury: personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury*. 40(5): 334-9. doi: 10.2340/16501977-0169.
- Greenwood, R. & Suddaby, R. (2000). Institutional Entrepreneurship in Mature Fields. *Academy of Management Journal*, 49(1), 27-48.
- Greenwood, R., Suddaby, R. & Hinings, C. R. (2002). Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields. *Academy of Management Journal*, 45(1), 58-80.

- Harmon, M. & Mayer, R. T. (1986). *Organization Theory for Public Administration*. Boston: Little, Brown.
- Hart, E. (2001). System induced setbacks in stroke recovery. *Sociology of Health and Illness*, 23, 101-123. doi: 10.1111/1467-9566.00243
- Helsedirektoratet (2016). *Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets felles innsats for arbeid og helse*. (Rapport IS-2535) Oslo: Direktoratet.
- Hinds, P. & Kiesler, S. (2002). *Distributed work*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Hinds, P. & Mcgrath, C. (2006). *Structures that work: Social structure, work structure and coordination ease in geographically distributed teams*. Paper presented at the Proceedings of the 2006 20th anniversary conference on Computer supported cooperative work.
- Huxham, C. (2000). The Challenge of Collaborative Governance. *Public Management*, 2(3), 337-357.
- Håvold, Ole Kristian Sandnes, Ivan Harsløf, and Tone Alm Andreassen. (2017). Externalizing an “Assesment Model” of Activation: Creative Institutional Work by Frontline Workers in the Norwegian Labour and Welfare Service”. *Social Policy & Administration*: n/a-n/a. doi:10.1111/spol.12305.
- Johansson, Ulla (2004): *LONG-TERM OUTCOME AFTER BRAIN INJURY, with a focus on return to work, life satisfaction and participation*. Umeå: Solfjadern Offset AB.
- Klijin, E.-H. (2008). Policy and Implementation Networks. I S. Cropper, M. Ebers, C. Huxham & P. S. Ring (red.), *The Oxford Handbook of Interorganizational Relations* (s. 118–146). Oxford: Oxford University Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24, 745-755. doi: 10.1177/0269215510367538

- Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W., Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruker teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget 2018. ISBN: 978821502916
- Jonsson, H. & Andersson, L., (1999) *Attitudes to work and retirement: generalization or diversity?* Scandinavian Journal of Occupational Therapy 1999;6: 29-35.
- Langeland, S. & Galaasen, A. M. (2014). Oppfølgingsarbeidet i NAV under lupen: Strekker ressursene til? *Arbeid og velferd*, 1, 64-77.
- Levack WM, Taylor K, Siegert RJ et al. *Is goal planning in rehabilitation effective? A Systematic review*. Clin Rehabil 2006; 20: 739-55
- Lyngsø, A. M., Godtfredsen, N. S., & Frølich, A. (2016). Interorganisational integration: Healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(1):4, doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.2449>
- NAV's organisasjon og virkemåte (2010). Delrapport 1 fra ekspertgruppa som vurderer oppgave- og ansvarsdelingen i NAV. Angitt 30. april 2010
- Noteboom, B. (2008). Learning and innovation in inter-organizational relationships. I S. Cropper, M. Ebers, C. Huxham & P. Smith Ring (red.), *The oxford handbook of inter-organizational relations*. Oxford: Oxford University Press
- Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinussen, P. E. & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine*, 73(2), 193–200.
- Marshall S, Teasell R, Bayona N, et al. *Motor impairment rehabilitation post acquired brain injury*. Brain Inj 2007; 21: 133-60.
- Maznevski, M., Steger, U. & Amann, W. (2007). Managing complexity in global organizations. *Perspectives for Managers* (141), 1-4.
- Marquis, C. & Lounsbury, M., (2007) "Vive la Resistance: Competing logics in the consolidation of community banking." *Academy of Management Journal*, 50(4), 799-820.

- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, Beverly Hills, London, New Dehli: Sage Publications.
- Monkerud, L. C., & Tjerbo, T. (2016). The effects of the Norwegian Coordination reform on the use of rehabilitation services: Panel data analyses of service use, 2010 to 2013. *BMC Health Services Research*, 16, 353. doi: 10.1186/s12913-016-1564-6
- Ocasio, W. (1997). Towards An Attention-based View of the Firm. *Strategic Management Journal*. 18 (Summer special issue), 187-206. <http://www.jstor.org/stable/3088216>
- O'toole, L. J. (2003). Interorganizational relations in implementation. I J. Pierre & B.G. Peters (red.), *Handbook of public administration*. London: Sage.
- Parjanen, S., Harmaakorp, V. & Frantsi, T. (2010). Collective creativity and brokerage functions in heavily cross-disciplined innovation processes. *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*, 5.
- Petruzzelli, A. M., Albino, V. & Carbonara, N. (2007). Technology districts: Proximity and knowledge access. *Journal of Knowledge Management*, 11(5), 98-114. doi: 10.1108/13673270710819834
- Pfeffer, J. & Salancik, G.R. (2003). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*: Stanford University Press.
- Reay, T., Hinings, C. R., (2009). Managing the Rivalry of Competing institutional Logics. *Organization Studies* 2009; 30; 629. doi: 10.1177/0170840609104803. <http://oss.Sagepub.com/cgi/content/abstract/30/6/629>
- Repstad, Pål (red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo : Universitetsforlaget. (254 sider)
- Romøren, T.I., Torjesen, D.O. & Landmark, B. (2011). *Promoting coordination in Norwegian health care*. *International Journal of Integrated Care*. 11: e127.
- Singh, A. & Prakash, G. (2010). Public–private partnerships in health services delivery: A network organizations perspective. *Public Management Review*, 12(6), 829-856. doi: 10.1080/14719037.2010.488860
- Sorbo A, Rydenhag B, Sunnerhagen KS, et al. *Outcome after severe brain damage, what makes the difference?* *Brain Inj* 2005; 19: 493-503.

Sosial og helsedirektoratet. Et reddet liv skal også leves - om rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hjerneskade. 2005.

Scott, W. R., Ruef, M., Mendell, P. J. & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago og London: University of Chicago Press.

Scott, W Richard. (2014). *Institutions and organization: Ideas, interests and identities*. 4th ed: Sage.

Slomic, Mirela (2018) Knowledge in Action: Experiential and professional knowledge in Interprofessional Rehabilitation. PHD-Diss. Department of Nursing and Health Promotions, OsloMet- Oslo Metropolitan University

Sorbo, A., Rydenhag, B., Sunnerhagen, K.S., Blomqvist, M., Svensson, S., & Emanuelson, I. (2005). Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Inj*, 19(7): 493-503.

St.meld.nr.21. (1998-99). *Ansvar og meistring mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*

St.meld.nr.14 (2000-2003). *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. Oslo Sosialdepartementet

St.prp.nr.51 (2008-2009). *Redegjørelse om situasjonen i arbeids- og velferdsforvaltning og forslag om tilførsel av ressurser til Arbeids- og velferdsetaten*

St.prp.nr.46 (2004-2005). *Ny arbeids og velferdsforvatning*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementene.

St.meld. nr. 14 (2002-2003). *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. Oslo Sosialdepartementet

Star, S.L. (2010). This is not boundary object: *Reflections on the origin of a concept*. *Science, Technology & Human Values*. 35 (5) :601-617. doi: 10.1177/0162243910377624

Strasser, D. C., Uomoto, J. M., & Smits, S. J. (2008). The interdisciplinary team and polytrauma rehabilitation: *prescription for partnership*. *Archives of physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 179-181. doi: 10.1016/j.opmr.2007.06.774

Söderback & Eckholm, (1992) *Medical and social factors affecting behaviour patterns in*

patients with aquired brain damage: a study of patients living at home three years after the incident. Disability and Rehabilitation 14(1):30-5.

Thommesen H, Normann T, Sandvin JT. *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget, 2003.

Thornton, P. & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. I R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & K. Sahlin (red.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (s. 99–129). Los Angeles: SAGE.

Thornton, P., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure and Process*. Oxford: Oxford University Press.

Vabo, S. I. & Røiseland, A. (2008a). Governance på norsk: Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(1-2), 86–103.

Vabo, S. I. & Røiseland, A. (2008b). Kommunalt selvstyre eller samstyring? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, (3), 409–420.

Waddell, G, Burton, B. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: Stationery office, London 2006. ISBN 0 11 7036943.

Wade, D. T., & de Jong, B. A. (2000). Recent advances in rehabilitation. *British Medical Journal*, 320, 1385-1388. doi: 10.1136/bmj. 320.7246.1385

Wehman, P., Target, P., West, M., & Kregel, J. (2005). Productive Work and Employment for Persons with Traumatic Brain Injury. *What Have We Learned After 20 Years?* J Head Trauma Rehabilitation. Vol. 20, No. 2, 115-127.

Willumsen, E. (2009). *Differensiering og integrering-dynamikken i tverrprofesjonelt samarbeid?* I: Willumsen, E (red): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo, Universitetsforlaget: 35-51.

Wise, C.R. & Nader, R. (2000). Organizing the Federal System for Homeland Security: Problems, Issues, and Dilemmas. *Public Administration Review*, 62, 44- 57-

Wuyts, S., Colombo, M. G., Dutta, S. & Nooteboom, B. (2005). Empirical tests of optimal cognitive distance. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 58(2), 277302. doi: 10.1016/j.jebo.2004.03.019

