

Pia Elisabeth Mjønes Rande

Samhandling som verktøy for å sikre gode overganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor

En kvalitativ studie av innføring av samhandlingsrutiner i Trondheim kommune

Masteroppgave i Master of Public Administration

Veileder: Berit Irene Vannebo

Mai 2024

Pia Elisabeth Mjønes Rande

Samhandling som verktøy for å sikre gode overganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor

En kvalitativ studie av innføring av samhandlingsrutiner i Trondheim kommune

Masteroppgave i Master of Public Administration
Veileder: Berit Irene Vannebo
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Kommunehelsetjenesten har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere og målet er at tjenestetilbudet skal være helhetlig og koordinert med gode overganger i pasientforløpene. Et komplekst fremtidsbilde gjør at kommunen må endre på tjenesteinnhold, arbeidsprosesser og faglige tilnærminger for å sikre gode overganger mellom tjenester. Forskningsfeltet beskriver helse- og omsorgstjenestene som fragmenterte, noe som utfordrer tjenestetilbudet ytterligere. Samhandling presenteres både politisk og i studier som et virkemiddel som kan bidra til å motvirke fragmentering og med det sikre gode overganger mellom tjenester og innfri mål om helhetlige og koordinerte tjenester.

Hensikten med denne studien er derfor å undersøke hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling i pasientoverganger mellom tjenesteområder i Trondheim kommune og hvordan de oversetter kommunens samhandlingsinitiativ til sine ansatte. Tidligere forskning på samhandling i helse- og omsorgstjenesten bidrar med få unntak, ikke til annet enn å belyse at det er samhandlingsutfordringer og at det samhandles for lite (Sandvin et al., 2022). Spesielt mangler det kunnskap om samhandling og informasjonsflyt mellom tjenestenivåene i kommunen, noe denne studien ønsker å bidra med. Forskningsfeltet peker også på behov for studier om hva som hemmer og fremmer samhandling og hvordan de ulike aktørene ser på egen rolle og eget ansvar i å etablere og vedlikeholde god samhandling.

Trondheim kommune har utarbeidet en samhandlingsrutine med retningslinjer som legger føringer for å sikre gode overganger mellom tjenester levert til eldre fra helsehus, hjemmetjenester og helse- og velferdskontor. Det er interessant å se på om rutiner er et godt verktøy for å imøtekomme samhandlingsutfordringer mellom disse tjenesteområdene i kommunen. Studien er en kvalitativ casestudie med intensivt design, hvor det er gjennomført elleve semistrukturerte dybdeintervju med mellomledere i Trondheim kommune. Intervjuene er transkribert og deretter analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse. Avdelingsledere viser til en opplevelse av økt press på tjenestene, der pasientforløpene er komplekse og krever samarbeid og koordinering for å sikre gode overganger mellom tjenester. Mine analyser viser at tjenesteområdene i kommunen er organisert ulikt, og at enheter innenfor samme tjenesteområde også har ulik organisering. Dette bidrar til fragmentering, som igjen påvirker samhandlingen og muligheten for å etablere gode overganger mellom tjenester. Videre viser mine analyser at forskjellig grad av implementering av samhandlingsrutiner og utvikling av

egen praksis ved individuelle enheter forsterker opplevelsen av fragmentering og fører til mangel på tillit, forutsigbarhet og kjennskap til hverandres tjenester.

For å lykkes med samhandling i overganger mellom helsehus, hjemmetjenester og helse- og velferdskontor viser funn i min studie at det er av stor betydning at samhandlingsaktørene har felles mål, har tillit og kjennskap til hverandre, felles møtepunkter, muligheter for hospitering og god informasjonsflyt mellom tjenester. Disse funnene samsvarer med tidligere studier som omhandler samhandling i sektoren. De største barrierene for samhandling innen helse- og omsorgstjenester er fragmenterte tjenester, ulik maktbalanse mellom tjenestene og mellomlederens begrensede handlingsrom til å oversette samhandlingsinitiativ. Mine analyser viser at samhandlingsrutinen som er innført i Trondheim kommune er grunnleggende for å sikre ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenester, og at den er avgjørende for å kunne organisere samhandlingen mellom tjenesteområdene. God implementering av rutinen er for øvrig viktig, noe som er avhengig av avdelingslederens handlingsrom, og av deres kompetanse i rollen som oversettere av overordnede samhandlingsinitiativ ned til tjenestenivå. Et hovedfunn i min studie viser at avdelingsledere ved helse- og velferdskontor har mer handlingsrom og bedre forutsetninger for å sikre god implementering av rutiner. Det kan forklare hvorfor helse- og velferdskontorene har direkte oversatt og implementert samhandlingsrutinen i større grad enn helsehus og hjemmetjeneste, noe som har konsekvenser for samhandlingen. I tillegg til handlingsrom er translatørkompetanse (Røvik, 2007) nødvendig hos avdelingsledere i alle tjenester, både ved implementering av samhandlingsrutiner, og for at kommunen skal kunne benytte samhandling som et virkemiddel for å sikre gode overganger mellom tjenester i helse- og omsorgstjenestene i Trondheim kommune.

Abstract

Municipal health services have the responsibility to deliver health and care services to its elderly residents. The service provision should be holistic and coordinated, with smooth transitions between services. To ensure smooth transitions between services require changes in service content, work processes, and professional approaches. The research field describes health and care services as fragmented, which challenges service provision. Collaboration is presented both as a political ambition, and as an organizational tool that can contribute to build holistic and coordinated services and counteract fragmentation in service delivery.

The purpose of this study is therefore to examine the experiences mid-level managers have with collaboration between health and care services for the elderly in Trondheim municipality. The study also focuses on how mid-level leaders act as translators who translate the municipality's strategies into concrete collaboration initiatives in services. Previous research on collaboration in health and care services contributes, with few exceptions, not to much more than exploring challenges with collaboration and highlighting the fact that there is a need for more collaboration between services (Sandvin et al., 2022). Especially lacking is research on collaborative initiatives, and a focus on how to ensure better flow of information between service levels in the municipality, something this study aims to contribute to. The research field also points to the need for studies on what inhibits and promotes collaboration, and research on how different participants perceive their role and responsibility in establishing and maintaining good collaborations.

The municipality has developed a collaboration routine with guidelines that provide direction for how collaboration should be implemented between health houses, home care services, and health and welfare offices in the municipality. The purpose of the study is to explore if such routines are a useful tool for addressing collaboration challenges between service areas.

The study is a qualitative case study with an intensive design, relying on semi-structured in-depth interviews with eleven mid-level managers in Trondheim municipality. The interviews have been transcribed and then analyzed using inductive content analysis. The mid-level managers refer to increased pressure on their services, where patient pathways are complex and require collaboration and coordination. My analysis shows that the service areas in the municipality are, organized differently, have implemented routines differently and developed their own practices which make collaboration and transitions between services challenging.

My analysis suggests that all these factors contribute to fragmentation of service delivery, and leads to a lack of trust and predictability, and a lack of knowledge exchange between services.

Findings in this study show that to succeed with collaboration in transitions between services delivered by health houses, home care services, and health- and welfare offices, it is of great importance that actors that are involved in collaborations have common goals, conduct regular meetings and participate in networks where they can exchange knowledge, learn from each other's practices, and develop communication and information flow between services. My analysis shows that the main barriers for collaboration are the experience of fragmented services, uneven authority and autonomy in services, and mid-level managers experiencing a limited room for making decisions and managing changes in services. My analysis shows that collaboration routines are fundamental to ensure a clearer division of responsibility between services, and that implementation of routines is important and depends on mid-level managers room to maneuver and act as translators of political and strategic ambitions. A main finding in my study shows that mid-level managers at health and welfare offices have more room to ensure implementation of routines. This may explain why the health and welfare offices have directly translated and implemented the collaboration routine to a greater extent than health houses and home care services, which has consequences for collaboration. In addition to room for managing changes in services, translator competence (Røvik, 2007) among mid-level managers is necessary, both for the implementation of collaboration routines and for the municipality to effectively use collaboration as a tool to address challenges in the delivery of health and care services to the elderly in Trondheim municipality.

Forord

I denne masteroppgaven har jeg fordypet meg i temaet samhandling om pasientoverganger mellom tjenestenivå i kommunehelsetjenesten sett fra et lederperspektiv. Det har blitt forsket mye og mange har skrevet om samhandling, men det er fortsatt litt vagt hva det faktisk innebærer. Med tanke på et komplekst fremtidsbilde med økende antall eldre som har behov for helsetjenester, vil samhandling være viktig for å sikre effektive tjenester og gode overganger.

Til daglig jobber jeg som leder i kommunen og har derfor et stort engasjement og interesse for eldreomsorgen. Som tidligere avdelingsleder har jeg selv stått i prosesser med samhandlingsinitiativ og har erfaring med at det er utfordrende å sikre god implementering. På bakgrunn av det har jeg i min studie sett på hvordan samhandlingsinitiativ implementeres ned på enhetsnivå og hvordan samhandling påvirker overganger mellom kommunale tjenesteområder. Jeg gikk ambisiøst til verks og planla mange intervju. Det har vært svært tidkrevende, men har gitt meg en grundigere forståelse og innsikt i samhandlingsprosesser. Elleve mellomledere i Trondheim kommune har delt av sine erfaringer og perspektiver om samhandling og samhandlingsrutiner. Jeg vil derfor rette en stor takk til informantene som tok seg tid i en travel arbeidshverdag og stilte til intervju.

Denne avhandlingen utgjør siste del av studiet Master of Public Administration ved NTNU Handelshøyskolen. Kombinasjonen masterstudie og jobb har tidvis vært krevende, men aller mest lærerikt og inspirerende. Når jeg nå oppsummerer tiden som student, er det flere som fortjener en takk. Min leder gjennom mange år, Kari Anita Johansen, har oppmuntret meg til å ta en masterstudie og tilrettelagt for at jeg har hatt mulighet til å gjennomføre det. Tusen takk for alle gode råd og at du alltid har hatt tro på meg!

I en tidvis kaotisk skriveperiode har min engasjerte veileder Berit Irene Vannebo gitt meg uvurderlige innspill og konstruktive tilbakemeldinger og fortjener en stor takk!

Til slutt vil jeg takke familien som har støttet meg gjennom hele studieperioden, og ikke minst takk til Benjamin, Kristine og William, som har vært tålmodig mens jeg har vært i "bobla".

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, mai 2024

Pia Elisabeth Mjønes Rande

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	iii
Forord	v
Oversikt over tabeller og figurer	viii
1. Introduksjon	1
2. Problemstilling og tidligere forskning på temaet	3
2.1 Studiens problemstilling	5
2.2 Tidligere forskning	7
3. Teori	12
3.1 Samhandling	12
3.1.1 Barrierer for samhandling	13
3.1.2 Hvordan lykkes med samhandling?	16
3.1.3 Ulike samhandlingsformer	18
3.2 Translasjonsteori	22
3.2.1 Den hierarkiske oversettelseskjeden	24
3.2.2 Kontekstualiseringsregler	26
3.2.3 Translatørkompetanse	26
3.3 Ledelsesteori	28
3.3.1 Lederrollen i endring	28
3.3.2 Adizes lederroller	29
3.3.3 Ledelse og samhandling	31
3.3.4 Lederes handlingsrom i samhandlingsinitiativ	32
4. Metode	34
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring	34
4.2 Kvalitativ metode	35
4.3 Studiens design	37
4.4 Innsamling av empiriske data	38
4.4.1 Utvalgsriterier for informanter i studien	39
4.4.2 Dybdeintervju	41
4.4.3 Transkribering av intervju	43
4.5 Analyse og tolkning av data	43
4.6 Kvalitetssikring - validitet og reliabilitet	46
4.7 Forskningsetiske refleksjoner	49
5. Empirisk analyse	51

5.1 Tjenestebehov og utvikling av koordinerte tjenester	52
5.2 Samhandling for å sikre gode overganger	55
5.2.1 Barrierer for å sikre gode overganger gjennom samhandling	59
5.3 Erfaringer med samhandlingsrutiner	63
5.4 Ledelse av samhandling	67
6. Teoretisk analyse	73
6.1 Tjenestenes behov for samhandling	73
6.1.1 Translasjon av samhandling som masteridè	74
6.1.2 Viktige forutsetninger for god samhandling	77
6.1.3 Hva utfordrer samhandlingen?	81
6.2 Hvordan påvirkes samhandling av rutiner?	84
6.2.1 Avdelingsledere som translatører	87
6.3 Betydningen av lederes handlingsrom i samhandlingsprosesser	89
6.3.1 Samhandling og lederrollen	90
7. Konklusjon og innspill til videre forskning	93
7.1 Begrensninger i studien	95
7.2 Videre forskning på samhandling i kommunehelsetjenesten	96
Referanser	99
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	103
Vedlegg 2: Intervjuguider	107
Vedlegg 3: Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte helsetjenester	110

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 3.1	Oppsummering av barrierer for samhandling	s. 15-16
Tabell 3.2	Oppsummering av faktorer for vellykket samhandling	s. 18
Tabell 3.3	PAEI, Adizes fire lederfunksjoner	s. 30
Tabell 4.1	Oversikt over inkluderte informanter	s. 40
Tabell 4.2	Forskningsspørsmål knyttet til tema i intervjuguidene	s. 41
Tabell 4.3	Presentasjon av tema, kategorier og koder	s. 45
Tabell 5.1	Betydning av samhandling for å sikre gode overganger mellom tjenester	s. 62-63
Tabell 5.2	Barrierer for å sikre gode overganger mellom tjenester	s. 63
Tabell 5.3	Avdelingsleders erfaringer med samhandlingsrutiner for å sikre gode overganger mellom tjenester	s. 66
Tabell 5.4	Avdelingslederens erfaringer med ledelse av samhandlingsprosesser	s. 71

Figur 3.1	Fire former for samhandling	s. 20
Figur 4.1	Induktiv innholdsanalyse, fra data til teori	s. 44

1. Introduksjon

Det har de siste årene vært et økende press på kommunale helse- og omsorgstjenester og fremtiden viser et krevende utfordringsbilde (NOU 2023:4). Eldre lever i dag lengre sammenliknet med tidligere generasjoner, noe som fører til økende antall eldre med bistandsbehov. Samtidig er det mangel på helsepersonell, rekrutteringsutfordringer og mindre tilgang på frivillige (Meld. St. 15 (2017–2018)). Disse endringene utfordrer tradisjonell organisering, utvikling og styring av kommunale helsetjenester (Meld. St. 29 (2012–2013)) da det fører til nye og høyere krav til kommunenes tjenesteutøvelse og utfordrer kommunehelsetjenestens evne til å løse komplekse problemstillinger, såkalte «wicked problems» (Bentzen, 2020; Rittel & Webber, 1973). Komplekse oppgaver skal altså løses på en faglig god og forsvarlig måte, samtidig som at rekrutterings- og bemanningsutfordringene øker (Tortzen, 2016).

Forskningsrådet (2019) beskriver tre hovedutfordringer for helse- og velferdssektoren. Det er endringer i sykdomsbilde og omsorgsbehov, økt behov for produktivitet og kompetanse og generell økning i samfunnets arbeidsstyrke. Helsevesenet i Norge anses for å være fragmentert, og spesielt utfordrende er mangelen på kontinuitet i omsorgen som tilbys eldre og kronisk syke (Meld. St. 15 (2017–2018); Røsstad et al., 2013; St.meld. nr. 47 (2008–2009)). *Fragmentering* kan forstås som noe som ikke er helhetlig, men splittet opp i flere deler. Et eksempel på fragmentering man ser i kommunale helsetjenester er at tjenestetilbud er forskjellig med lokale variasjoner (Jensen & Lolle, 2013) og det er en medvirkende årsak til manglende kontinuitet i pasientforløpene. Fragmenterte helsetjenester gir ikke bare utfordringer knyttet til kontinuitet, men også hvordan de koordineres (Haggerty et al., 2003). For å nå målet om helhetlige og integrerte tjenester for pasienter kreves det derfor bedre samhandling mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene (Forskningsrådet, 2019). Samhandlingen må være knyttet til overordnet organisering, og ressursbruk i form av ansatte må sees i sammenheng med utvikling av koordinerte og sammenhengende tjenester. Riktig omsorgsnivå, med rett tjeneste til riktig tid, må tilpasses lokale utfordringer, prioriteringer og behov. Gode pasientforløp er derfor avhengig av hensiktsmessig organisering, der samhandling bidrar til effektiv ressursutnyttelse og gode, helhetlige tjenester (NOU 2023:4). I denne studien stiller jeg likevel spørsmål om bedre samhandling faktisk klarer å løse det skisserte utfordringsbildet med komplekse oppgaver, der behovet er økt effektivitet, men tjenestene er fragmenterte.

Samhandling er et av helse- og omsorgstjenestens viktigste utviklingsområder (St.meld. nr. 47 (2008-2009); Tønnesen et al., 2016). Det pågår i dag mye arbeid både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor hensikten er å styrke samarbeid og samhandling mellom enheter og ansatte (NOU 2023:4). Samhandlingsreformen ble innført i 2012, med mål om helhetlige, koordinerte og trygge helse- og omsorgstjenester av bedre kvalitet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Reformen bygger på forskningsbasert kunnskap, der intensjonen er å utvikle og ta i bruk innovative løsninger, utdanning, kompetanseheving og informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Forutsetningen for reformen er at en større andel av helsetjenestene skal ytes av kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), og reformen har derfor bidratt til at pasienter skrives tidligere ut fra sykehus. Det har gitt et høyere press på kommunene og med det økt behovet for kompetanse på grunn av at mer kompleks medisinsk behandling utføres av kommunehelsetjenesten. Dette fordrer mer og bedre samhandling, både mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, men også internt i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Danielsen et al., 2017). For å ivareta dette og som et ledd i målet om effektive og gode pasientforløp har Trondheim kommune utarbeidet en *samhandlingsrutine* mellom helsehus, hjemmetjenester og helse- og velferdskontor (vedlegg 3). Det vil derfor være interessant å se nærmere på om rutiner er et nyttig verktøy for bedre samhandling i overganger mellom disse tjenesteområdene, noe denne studien søker svar på.

For å finne svar på om samhandling som virkemiddel kan bidra til bedre overganger og mer helhetlige og koordinerte kommunale helse- og omsorgstjenester, vil jeg i denne studien undersøke hvilke erfaringer avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjenester og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune har med samhandling og sammenlikne disse. Videre søker jeg svar på hvordan samhandlingsrutiner kan bidra til god samhandling og om avdelingsledere har handlingsrom for å legge til rette for samhandling. Forskningsmetoden i studien er kvalitativ, da jeg vurderer det som hensiktsmessig med tanke på problemstillingen og fordi intervju er en egnet fremgangsmåte som vil gi innsikt i tanker og opplevelser avdelingsledere har knyttet til erfaringer om samhandling (Malterud, 2017; Tjora, 2021). Det er gjennomført elleve semistrukturerte dybdeintervju, hvor åtte er med avdelingsledere fra de tre tjenesteområdene og tre med de ansvarlige for utarbeidelse av gjeldende samhandlingsrutine.

2. Problemstilling og tidligere forskning på temaet

I dette kapittelet presenterer jeg først bakgrunnen for studien, deretter problemstillingen som er operasjonalisert ved hjelp av tre forskningsspørsmål. Til slutt vil jeg oppsummere tidligere forskning som er gjort på temaet samhandling i helse- og omsorgstjenestene i Norge.

Kommunen har ansvar for å levere helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester til innbyggerne, som blant annet innebærer gode *overganger* mellom tjenesteområder i pasientforløpene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kvalitetsreformen “Leve hele livet” støtter dette og viser til mål om at pasienter skal oppleve myke overganger og kontinuitet i tjenestetilbudet (Meld. St. 15 (2017–2018)). I denne studien forstås overganger som prosessen rundt overflytting av det helsefaglige ansvaret for pasienter mellom ulike tjenesteområder, som for eksempel mellom helsehus og hjemmetjeneste. Slike overganger skjer i pasientforløpene når behovet for tjenester endrer seg og det er der behovet for samhandling er størst fordi det krever sikker overføring av nødvendig informasjon, kunnskap og kompetanse. Danielsen et al. (2017) hevder at eldre pasienter med kronisk sykdom ofte opplever flere overganger mellom ulike tjenestenivå i pasientforløpet og at det krever god samhandling mellom tjenestene, noe også Grimsmo et al. (2015) viser til. De beskriver pasientforløpene som informasjonsdrevet, noe som krever god koordinering med effektiv informasjonsflyt.

For å kunne imøtekomme behovet for helsetjenester må kommunen gjøre endringer i både tjenesteinnhold, arbeidsformer og faglige tilnærminger. Det krever tettere samhandling mellom tjenesteområdene, som må integreres bedre i hverandre for å gi rask og effektiv helsehjelp og bedre utnyttelse av kompetanse og helsepersonell (Meld. St. 29 (2012–2013)). En annen viktig faktor er at pasientene får riktig omsorgsnivå, med rett tjeneste til riktig tid og omfang (NOU 2023:4; Trondheim kommune, 2016), og for å lykkes med det må tjenesteområdene samhandle. Min studie setter søkelyset på samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor som alle er delaktige når det gjelder å levere helse- og omsorgstjenester til innbyggere i Trondheim kommune. Tjenesteområdene samhandler i hovedsak om tjenester til hjemmeboende eldre med ulike bistandsbehov. Helse- og velferdskontorene fatter vedtak på tjenester og har en koordinerende rolle i pasientforløpet, mens helsehusene gir tjenester i form av korttidsopphold som medisinsk observasjon og behandling, rehabilitering, rullerende avlastning eller omsorgsplass (Trondheim kommune, 2016). Pasientforløpet beskriver tidslinjen fra pasienters første til siste kontakt med helsetjenesten i løpet av en sykdomsperiode (Helsedirektoratet, 2019). Eldre pasienter som

mottar hjemmetjenester, har gjerne et bistandsbehov som gjør at de ofte er i et pasientforløp livet ut. Helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene samhandler hovedsakelig i pasientoverganger, der helsehus og hjemmetjeneste har en *utførerrolle* hvor de har direkte pasientkontakt og gir helsetjenester i henhold til vedtak, mens helse- og velferdskontorene har en *bestillerrolle* som vedtaksfatter. I og med at de har ulikt ansvar og roller, vil det være interessant å sammenligne erfaringene avdelingsledere fra de ulike tjenesteområdene har med samhandlingen og hvordan de som ledere oversetter samhandlingsinitiativ og rutiner til sine ansatte. Behovet for samhandling i kommunehelsetjenesten er både omfattende og krevende, fordi det krever at flere aktører med ulik profesjonsbakgrunn må jobbe sammen for å gi pasientene et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud. Dette innebærer planlegging, koordinering, tilrettelegging av tjenesten, ressursfordeling og styring (Gjevjon, 2015, referert i Kassah & Tønnesen, 2016).

Press på sykehjems plasser, kombinert med mål om full sykehjemsdekning gjør at det må legges til rette for at eldre kan bo hjemme lengst mulig. Det krever tidlig innsats, kartlegging, utredning, mestring og behandling, samt korttidsopphold eller avlastning i helsehus (Trondheim kommune, 2016). Dette er i tråd med primærhelsetjenestens langsiktige perspektiv hvor mestring, funksjonsnivå, livskvalitet og pasientenes hjemmesituasjon vektlegges (Danielsen et al., 2017). For å kunne imøtekomme slike krav, er kommunen avhengig av å legge til rette for god samhandling mellom tjenesteområdene (Danielsen et al., 2017; Grimsmo et al., 2015). Økt samhandling fordrer faste møteplasser og rutiner for kunnskaps- og informasjonsutveksling, refleksjon og veiledning (Meld. St. 29 (2012–2013)). Helsepersonell har også behov for tilgjengelig informasjon om hendelser og omstendigheter knyttet til pasienters tjenester, slik at de kan tilpasses og med det gi helhetlige tjenester og sikre gode overføringer og kontinuitet mellom tjenesteområdene (Haggerty et al., 2003). Helsepersonell er forpliktet til å dokumentere all helsehjelp, slik at relevant informasjon for å kunne gi trygge og gode helsetjenester er tilgjengelig (Pasientjournalloven, 2014). Lovverket har gode intensjoner, men likevel oppleves samhandling og overganger mellom ulike tjenester utfordrende. I 2022 innførte Trondheim kommune nytt journalsystem, Helseplattformen. I og med at god informasjonsflyt og dokumentasjon er avgjørende for å lykkes med pasientoverganger, kan det være spennende å finne ut om journalsystemet er noe avdelingsledere mener påvirker samhandlingen mellom tjenesteområdene.

En studie viser til at sykepleiere i kommunen opplever samarbeidet i primærhelsetjenesten som oppstykket, og at det er utfordringer med organisatoriske barrierer (Røsstad et al., 2013).

Organiseringen av de ulike tjenestene har stor påvirkning på pasientforløpene (Trondheim kommune, 2016). I og med at samhandling beskrives som en viktig faktor for å imøtekomme fremtidens utfordringer og presset på kommunale helse- og omsorgstjenester (Danielsen et al., 2017; Grimsmo et al., 2015; Haggerty et al., 2003; Meld. St. 29 (2012–2013); NOU 2023:4; Tønnesen et al., 2016), vil det være interessant å se på hvilke behov de ulike tjenestene har for samhandling. Det vil også være nyttig med informasjon knyttet til erfaringer med samhandlingen og om hvordan bruk av rutiner påvirker dette. På bakgrunn av samhandlingsutfordringer og et stort antall utskrivningsklare pasienter fra St.Olavs Hospital ble det i 2017, på initiativ fra strategisk ledelse i Trondheim kommune, satt sammen en arbeidsgruppe som fikk ansvar for å utarbeide en samhandlingsrutine mellom helse- og velferdskontor, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte tjenester (vedlegg 3). Arbeidsgruppen ble sammensatt av ledere representert fra flere tjenesteområder. Rutinen var til høring hos alle samhandlingsaktører før den ble publisert. Revidert utgave som var gjeldende da intervjuene ble gjennomført, er fra 2023. Målet med rutinen er å «sikre god ressursutnyttelse, tidlig innsats og effektive pasientforløp med fokus på funksjon og mestring, selvstendighet og deltakelse». Rutinen beskriver detaljert ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenesteområdene, når samarbeidsmøter skal gjennomføres, hvordan kommunikasjon skal foregå, tidsfrister og forpliktelser samhandlingsaktørene har. Avdelingsledere ved de ulike tjenesteområdene har hatt hovedansvaret for implementering av rutinen på sine enheter og skal sørge for at rutinen blir etterlevd. Det vil derfor være spennende å se hvilke erfaringer avdelingsledere ved de ulike tjenesteområdene har med samhandlingsrutinen i dag, om det er utfordringer eller ulemper med rutinen, hva det eventuelt innebærer, om det er fordeler, om tjenestene benytter seg av rutinen og om den bidrar til bedre samhandling i overganger mellom tjenestene.

2.1 Studiens problemstilling

Formålet med studien er å belyse hvordan samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune er i dag, hva eventuelle utfordringer er og om rutiner kan bidra til å sikre god samhandling med mål om effektive pasientforløp, der pasientene får riktig tjenestenivå til riktig tid. Med god samhandling vil kommunen være bedre rustet i møtet med utfordringer med økende antall eldre med pleiebehov, bidra til at eldre kan bo lenger hjemme, samtidig som de mottar en forsvarlig og kvalitativ god tjeneste.

I 2017 ble avdelingsledelse innført i Trondheim kommune, med mål om at en tydelig og tilstedeværende ledelse, *nærledelse*, kan bidra til at kommunen lykkes med sine strategier. Med «økt nærhet til pasientene, medarbeidere og pårørende, tydeliggjøring av ansvar og riktig disponering av kompetanse», skal avdelingsledelse bidra til økt kvalitet i tjenestetilbudet (Trondheim kommune, 2016). Avdelingsledere har altså en viktig rolle i implementeringen av strategier, som for eksempel ved samhandlingsrutinen som er en del av strategien for at kommunen skal kunne gi gode, effektive og helhetlige helse- og omsorgstjenester. På bakgrunn av dette er det interessant å se på hvilke erfaringer avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor har med intern samhandling og om samarbeidsrutiner legger til rette for god samhandling. Med bakgrunn i dette er det formulert følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har avdelingsledere med samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene i Trondheim kommune, og hvordan kan samarbeidsrutiner legge til rette for god samhandling?

Problemstillingen er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver avdelingsledere behovet for samhandling mellom tjenester?

Helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret er gjensidig avhengig av samhandling med hverandre i pasientoverganger, når ansvaret for oppfølging og behandling av pasienter flyttes mellom tjenesteområder. Dette beskrives både politisk og i tidligere forskning som sårbare prosesser i pasientforløpene. Fragmentering utfordrer kontinuiteten i tjenestene og utfordrer behovet for effektivitet i en presset helse- og omsorgstjeneste. Ved å belyse dette forskningsspørsmålet vil jeg kunne peke på forhold som legger til rette for god samhandling, hva som er eventuelle barrierer og om avdelingslederne er omforent om behovet for samhandling. Det vil også være interessant å se om det er noen likheter eller forskjeller på hvordan avdelingsledere fra de ulike tjenestene ser på behovet for samhandling.

2. Hvilke samarbeidsrutiner eksisterer for tjenestene og i hvilken grad tas disse i bruk?

Rutiner gir retningslinjer for arbeidet og i helse- og omsorgstjenestene er det mange rutiner som skal bidra til å ivareta og sikre kvalitet i tjenestene. Det vil derfor være interessant å undersøke om samhandlingsrutinen som er innført for å legge til rette for godt samarbeid mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret bidrar til bedre samhandling, og om det er noen forskjeller på erfaringen med og bruken av rutiner ved de ulike tjenestene. I tillegg til intervju av avdelingsledere, er de ansvarlige for utarbeidelsen av rutinen også

intervjuet. Hensikten med det er å sammenligne om intensjonen med rutinen stemmer overens med avdelingsledernes erfaring.

3. Hvilket handlingsrom har avdelingsledere for å legge til rette for samhandling mellom tjenestene?

Handlingsrom i form av tilgang på ressurser som tid, fagkompetanse og økonomiske midler er avgjørende for å legge til rette for god samhandling og implementering av rutiner. Ved å belyse dette spørsmålet, vil det være mulig å peke på om avdelingsledere opplever at de har handlingsrom, om det oppleves forskjellig mellom tjenestene og hvordan handlingsrommet eventuelt påvirker samhandlingen.

2.2 Tidligere forskning

Helse- og omsorgsdepartementet (2012, s.3) beskriver samhandlingsforskning der en i «et pasientforløpsperspektiv skal etablere ny kunnskap om hvordan organisatoriske, kulturelle, økonomiske, teknologiske og kompetansemessige suksesskriterier og barrierer i tjenesten(e) virker for å understøtte samhandlingsreformens målsettinger». Pasientforløpet skal være planlagt, helhetlig og sammenhengende, noe som stiller krav til at organiseringen av helse- og omsorgstjenesten iverksetter tiltak med utgangspunkt i pasientperspektivet. Strategien som ligger til grunn for samhandlingsforskningen er at det vil bidra til økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene og med det bedre samhandling både mellom og innenfor de ulike tjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Sogstad & Skinner (2020) viser til at en rekke studier har forsket på overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mens det er manglende kunnskap om samhandling og informasjonsflyt mellom tjenestenivå i kommunen. Jeg har derfor i min studie valgt å fokusere på intern samhandling i kommunehelsetjenesten og hvordan dette påvirker overganger mellom tjenestene. Mange eldre pasienter opplever utilstrekkelig kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten og rammebetingelsene begrenser muligheter for at pasienter skal kunne oppleve god sammenheng i tjenestene (Sogstad & Bergland, 2021; Sogstad & Skinner, 2020). Opplevd kvalitet i tjenesten påvirkes av forutsigbarhet, kjennskap og kontinuitet (Meld. St. 29 (2012–2013)). Innenfor kommunens tjenester er det derfor behov for styrking av kunnskap, samarbeid og koordinering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Jeg ser derfor i min studie etter faktorer som kan påvirke kontinuiteten og sammenhengen i tjenestene, men også hva som kan utfordre samarbeid og koordinering av pasientforløp i

overganger mellom de kommunale tjenesteområdene helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune.

Økende grad av fragmentering og spesialisering i det norske helsevesenet har ført til et ønske om bedre samhandling (Danielsen et al., 2017). Fragmentering oppstår når pasientbehandlingen er oppstykket (Jensen & Lolle, 2013) og ingenting er igangsatt for å knytte tiltak og tjenester sammen (Orvik, 2015). Samhandling har derfor blitt en kjernesak både politisk og helsefaglig (Danielsen et al., 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sandvin et al., 2022; Vik, 2018). Intensjonen med samhandlingsreformen er å optimalisere og effektivisere samhandlingen mellom aktører i helsetjenesten ved å se på hvordan man kan oppnå koordinering og sammenheng (Danielsen et al., 2017; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Koordinerte og sammenhengende tjenester vil kunne føre til bedre overganger mellom ulike tjenesteområder i pasientforløpene og i min studie skal jeg se på hvordan helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor samhandler om slike overganger. En rekke studier og evalueringer har tatt utgangspunkt i samhandlingsreformen, men Kassah & Tønnesen (2016) hevder på lik linje med Sogstad & Skinner (2020) at få studier har sett på samhandling mellom kommunale aktører, noe også Vik (2018) bekrefter. Forskningsfeltet rundt samhandling domineres metodisk av kvalitative studier med tjenesteperspektiv, der det er fokus på aktørens fortolkning av samhandlingen de selv har erfart og står i.

Av tidligere forskning på samhandling mangler det standardiserte kvantitative studier, og mange av studiene som omhandler temaet samhandling er deskriptive uten teoretisk forankring (Sandvin et al., 2022; Vik, 2018). De er enten eksplorative eller vil beskrive eller åpent undersøke samhandlingen mellom ulike tjenester eller profesjoner. Metodene som benyttes er hovedsakelig intervjuer og surveys (Sandvin et al., 2022). Videre beskriver Sandvin et al. (2022) at forskningsfeltet viser til en gjennomgående oppfatning om at det samhandles for lite og at det er ønskelig å utvikle kunnskap som kan bidra til å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten. En utfordring med samhandlingsforskningen er ifølge Vik (2018) at studier benytter seg av ulik definisjon av begrepet samhandling. Dette er problematisk for forskningsfeltet, men også for profesjonene som skal forholde seg til begrepet. Denne studien tar utgangspunkt i samhandlingsreformens definisjon på samhandling. Hensikten med reformen er bedre samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten for nå målet om et helhetlig tjenestetilbud, og definisjonen på samhandling er «helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte»

(St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Samhandling mellom helsepersonell på tvers av tjenesteområder er et sentralt virkemiddel for å håndtere endringer i kommunens oppgaver og ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Behovet for samhandling mellom kommunale aktører er derfor sannsynligvis større etter innføring av samhandlingsreformen, særlig hvis pasientene skal oppleve helhet i tjenestetilbudet (Kassah & Tønnesen, 2016).

I min studie er tema samhandling om pasientforløpet til eldre, hjemmeboende pasienter mellom tre tjenesteområder i Trondheim kommune. Det er få studier som har undersøkt intern samhandling mellom kommunale aktører tidligere, i tillegg er fokuset i denne studien også på samhandlingsrutiner og i hvilken grad disse er kjent og tatt i bruk. For å kunne imøtekomme kommunehelsetjenestens komplekse utfordringsbilde, presenteres samhandling som en mulig løsning og det er derfor interessant å undersøke hvordan avdelingsledere opplever behovet for samhandling, om rutiner kan være et godt verktøy for å oppnå dette og med det sikre gode overganger mellom tjenestene. Torgersen & Steiro (2009) definerer samhandling som:

En åpen og likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess mellom aktører som kompetansemessig utfyller hverandre og utveksler kompetanse, direkte ansikt-til-ansikt eller mediert via teknologi eller med håndkraft, som arbeider mot felles mål, og hvor forholdet mellom aktørene til enhver tid hviler på tillit, involvering, rasjonalitet og bransjekunnskap. (s.130)

Samhandlingsreformens definisjon på samhandling fremstår som mer overordnet, mens Torgersen & Steiro (2009) utdyper nærmere hva selve *samhandlingsprosessen* innebærer, samtidig som den forteller noe om hvilke faktorer som må være til stede for å få etablert samhandling mellom aktørene. I og med at denne studien har fokus på hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling og behovet for og bruken av rutiner, er selve samhandlingsprosessen viktig. Videre søker studien å belyse behovet for samhandling og finne ut om avdelingsledere i Trondheim kommune har handlingsrom for å legge til rette for god samhandling mellom helsepersonell som yter tjenester til pasienter, enten som bestiller og vedtaksfatter eller utfører i direkte pasientkontakt. Det vil si at jeg må se på selve samhandlingsprosessen som den beskrives av Torgersen & Steiro (2009).

Forskningsfeltet beskriver i hovedsak to typer samhandling, fragmentert oppgavefordeling og relasjonelt samarbeid (Vik, 2018) og i min studie er det fokus på begge disse samhandlingsformene. Vik (2018) hevder at hovedutfordringen for samhandling sannsynligvis ikke er konflikt om forståelse, men heller mangel på konflikt. Studier viser at

profesjoner i relasjonelt samarbeid kan oppnå en gjensidighetskunnskap som fremmer samhandling og integrasjon, men det krever at aktørene har forhandlinger, konflikter og diskuterer ulikheter. På den måten kan man få en gjensidig systemforståelse og finne hva de ulike profesjonene kan bidra med i samhandlingen og med det bevisstgjøres om hverandres forståelse, mål og organisatoriske forhold. Videre viser Vik (2018) til at samhandlingsutfordringer i helsevesenet kommer av manglende møteplasser og lokale retningslinjer, i tillegg til manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Ansikt-til-ansikt-relasjon, teamarbeid og likeverdighetstankegang er faktorer som påvirker samhandling positivt. Videre stiller han spørsmål ved samhandlingstiltak som iverksettes hvor fokus er rasjonalisering og effektivisering av oppgavefordeling, men da uten at det legges til rette for interaksjon mellom aktørene. Jeg vil derfor i min studie se om samhandlingsutfordringer mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor samsvarer med dette og om Trondheim kommune legger til rette for interaksjon mellom samhandlingsaktører i disse tjenestene. For å finne forståelse for muligheter og utfordringer knyttet til samhandling i helsetjenesten, bør man ifølge Vik (2018) ta utgangspunkt i helsepersonell, da det er de som må samhandle på tvers av organisatoriske og profesjonelle grenser for å kunne gi pasienter et helhetlig tjenestetilbud. Hvordan helsepersonells ulike forståelsesrammer kan integreres inn i, og koordineres i pasientenes tjenestetilbud, er derfor et sentralt spørsmål. St.meld. nr. 47 (2008-2009) viser til at helsepersonell skal motiveres til samhandling på bakgrunn av felles helsefaglig og samfunnsmessig forståelse, de skal altså ta utgangspunkt i helhetsbildet og ikke sine egne interesser. I og med at helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor har ulike roller i pasientforløpet, vil det være spennende å se om jeg i denne studien kan identifisere om avdelingsledere ved disse tjenestene viser helhets- og systemforståelse eller om de har forskjellige perspektiv sett ut ifra eget tjenesteområde, en såkalt silotenkning.

Sogstad & Skinner (2020) har gjennomført en studie hvor de tar utgangspunkt i *resiliens* eller robusthet i helsetjenester, med hensikt å øke kunnskap om hva som bidrar til god samhandling mellom ulike tjenesteområder i kommunehelsetjenesten. De hevder at studien er en av de første til å undersøke samhandling mellom kommunale tjenesteområder hvor fokuset er på informasjonsflyt. I min studie undersøker jeg også informasjonsflyt og hvordan det påvirker samhandling i overganger mellom tjenesteområder, men i tillegg belyser jeg hvordan avdelingsledere sikrer god informasjon ut til sine ansatte på enhetsnivå og på den måten bidrar til å legge til rette for god samhandling. Sogstad & Skinner (200) sin studie viser til at systemer som håndterer pasientinformasjon i kommunen består både av formelle og uformelle

strukturer og de ansatte opplever de uformelle strukturene som viktig støtte i daglig praksis. For å sikre god informasjon, felles forståelse og tilpassede tjenester er det viktig med kontinuerlig informasjon, både muntlig og skriftlig. I min studie blir informantene spurt om hvordan de kommuniserer med sine samhandlingsaktører og ansatte, med formål om å kunne belyse hvordan informasjonsflyten i samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret er i Trondheim kommune.

Koordinering, kommunikasjon og ansvarsavklaring mellom organisasjons- og tjenestenivå og samhandlingsaktører har stort behov for forbedring, hevder Dale & Hvalvik (2013). Til tross for langvarig innsats der det har vært fokus på samhandling og kontinuitet i tjenestene viser Sogstad & Bergland (2021) til at sammenhengen i helsetjenester for eldre fortsatt fremstår som sårbar, Årsaken til dette er ifølge deres studie at helsevesenet er under stort press med manglende kompetanse og kapasitet, kombinert med høy arbeidsbelastning og behov for bedre strukturer og lederstøtte. Informanter i min studie etterlyser en helsepolitikk, organisering og ledelse som gir rammer til tjenestene for å kunne skape sammenheng i helse- og omsorgstjenestene. Det vises altså til at spenning mellom store arbeidsoppgaver, tvetydige mål og utilstrekkelige ressurser utfordrer sammenhengen i helsetjenestene til eldre.

Tidligere studier har ikke svar på hvordan en skal endre oppgavefordelingen i helsetjenesten fra fragmentert til koordinert. Vik (2018) foreslår dette som aktuelle problemstillinger for videre arbeid. Ifølge Sandvin et al. (2022) bidrar ikke forskning, med få unntak, til annet enn å belyse samhandlingsutfordringer og at det samhandles for lite. De hevder derfor at forskning først og fremst bidrar til legitimering av behovet for mer forskning. Skinner (2015) støtter dette og viser til et behov for forskning på hva som hemmer og fremmer samhandling på tvers i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg etterspør hun studier som ser på hvordan de ulike aktørene ser på egen rolle og eget ansvar i å etablere og vedlikeholde god samhandling både på og mellom tjenestenivå. Dette er noe jeg ønsker å belyse i denne studien ved å undersøke hvordan avdelingsledere ser på egen rolle som ledere i samhandlingsprosesser, men også hva de mener helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor kan bidra med for å initiere og opprettholde god samhandling mellom tjenestene.

3. Teori

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket jeg har valgt for å sette problemstillingen i en teoretisk kontekst, med formål om å finne hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling i pasientoverganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor, og hvordan samarbeidsrutiner kan legge til rette for god samhandling i Trondheim kommune. Samhandling er hovedtema i studien, og teoretiske perspektiver på samhandling utdypes derfor først, både ved å beskrive samhandlingsbarrierer, hvordan man kan lykkes med samhandling og ulike samhandlingsformer. Videre er translasjonsteori valgt som innfallsvinkel for å belyse hvordan samhandling som strategi eller masteridè (Røvik & Pettersen, 2014) på organisasjonsnivå oversettes mellom organisasjoner eller tjenester innad i organisasjonen. Til slutt presenteres ledelsesteori som et bakteppe for den empiriske analysen knyttet til ulike måter avdelingsledere forstår og oversetter ideer og ambisjoner til praksis, samt hvilke forutsetninger og handlingsrom ledere har for å implementere samhandlingsinitiativ ved bruk av samhandlingsrutiner.

3.1 Samhandling

Samhandling er ifølge Orvik (2015) en form for organisatorisk kompetanse, knyttet til samarbeid og samordning. Samhandling, samordning, samarbeid, samspill, samvirke og koordinering er begreper som brukes om hverandre og beskriver mye av de samme prosessene (Torgersen & Steiro, 2009). *Samhandling* og *samarbeid* betegner prosesser og relasjoner i klinisk arbeid, på aktørnivå som knyttes til ulike arbeidsprosesser, som ved ledelse og taktikk i forbindelse med for eksempel ytelse av helsetjenester (Elstad et al., 2013; Orvik, 2015; Sandvin et al., 2022; Torgersen & Steiro, 2009). *Samordning* som begrep beskriver mer overordnede systemnivå og betegner virksomheter som helhet. Likevel blir begrepet samhandling brukt både om aktørnivået og systemnivået i praksis (Orvik, 2015). I denne studien er fokus på *samhandling* forstått som ansvars- og oppgavefordeling mellom helsepersonell, hvor målet er koordinerte og helhetlige pasientforløp. Selve samhandlingen foregår hovedsakelig i overganger mellom tjenesteområder for å sikre kontinuitet helsehjelpen pasientene mottar. Samhandling er ifølge Orvik (2015) konkret og forpliktende og tydeliggjør ansvar ved at man handler sammen. Helsepersonell har en plikt til å samhandle da det inngår i kravet til forsvarlig profesjonsutøvelse. Lovverk og styringsdokumenter legger føringer og regulerer pasientforløpet, men tjenesteområdene har også et handlingsrom med tanke på hvordan de skal gi pasienter helhetlig og sammenhengende omsorg (Danielsen et al., 2017).

3.1.1 Barrierer for samhandling

Et sårbart punkt i pasientforløpet er samhandling i overganger mellom ulike tjenestetilbud (Anderson et al., 2020). Sammenheng i helsetjenestene til eldre, sårbare pasienter påvirker opplevelsen av kvalitet i tjenesten som mottas (Haggerty et al., 2003; Sogstad & Bergland, 2021). Det vil derfor være rimelig å påstå at kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene er avgjørende for å kunne yte tjenester av høy kvalitet. Kontinuitet i helsetjenesten vil sikre pasienter rett tilgang til tjenester over tid, koordinering og informasjonsflyt på tvers av tjenesteområdene, noe som gir sammenheng i omsorgen (Haggerty et al., 2003; NOU 2023:4; Sogstad & Bergland, 2021).

Helhetlige og sammenhengende pasientforløp utfordres av at helse- og omsorgstjenestene oppleves som fragmenterte (Meld. St. 15 (2017–2018); Røsstad et al., 2013; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Det er flere årsaker til at fragmentering oppstår, som spesialisering og profesjonalisering, men også *desentralisering* og *differensiering*. Ved spesialiserte tjenester vil pasientene som har behov for bred faglig tilnærming være nødt til å forholde seg til et stort antall fagpersoner som kan føre til manglende kontinuitet, sammenheng og helhet i pasientoppfølgingen. Desentralisering av tjenestene, hvor oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten krever en tettere og bedre samhandling internt i kommunehelsetjenesten for å unngå fragmenterte tjenester. Videre kan fragmentering også oppstå hvis rutiner ikke følges (Orvik, 2015). Kontinuitet og integrerte tjenester er en del av målet om helhetlige tjenester til pasienter med sammensatte problemer og det krever koordinering. Gjennom interorganisatorisk og interprofesjonelt samarbeid kan man oppnå integrerte tjenester, men det forutsetter samhandling mellom de som skal koordinere seg (Anderson et al., 2020).

Dagens helse- og omsorgstjenester er fragmenterte (Helsedirektoratet, 2018; Meld. St. 15 (2017–2018); Orvik, 2015; Røsstad et al., 2013; St.meld. nr. 47 (2008-2009)), og det kommer til uttrykk ved mangel på helhetlig oppfølging og kontinuitet i pasientforløpene. Tjenestene har blitt mer spesialisert og denne «silo-organisering» i helsetjenestene øker behovet for bred faglig kompetanse. Det krever et økende antall tjenesteytere, noe som igjen fører til økt behov for koordinering og samhandling (Helsedirektoratet, 2018). Fragmentering er ikke bare en utfordring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, for studier viser også en signifikant fragmentering internt i primærhelsetjenesten. Noe av årsaken til det kan være endrede og mer komplekse oppgaver (Røsstad et al., 2013). Sogstad & Skinner (2020) beskriver helse- og omsorgstjenesten som et komplekst sosio-teknisk system, bestående av pasienter,

helsepersonell, ulike enheter, teknologi og verktøy. Dette utfordrer produksjonen av gode og trygge helsetjenester, spesielt på grunn av økonomiske og ressursmessige begrensninger. Anderson et al. (2020) hevder at mangel på samsvar mellom ressurser og oppgaver kan føre til at ansatte gjør tilpasninger og tar snarveier og med dette lager egen praksis på bekostning av protokoller og rutiner, noe også Sogstad & Bergland (2021) støtter. De viser til at samhandling begrenses av rammene på tjenestene, som arbeidsbelastning, liten tid og mangel på kompetanse.

Det er viktig med god informasjonsflyt for å ivareta pasientsikkerheten (Anderson et al., 2020), noe som også er relevant når tjenesteområdene i min studie skal samhandle i overganger mellom tjenestene og sikre kontinuitet i pasientforløpene.

Kommunikasjonsproblemer som fører til forsinkelser, feil, uklarhet eller mangler ved at informasjon uteblir, er problemer som blir mer tydelig i et presset system (Sogstad & Bergland, 2021). Røiseland & Vabo (2016) viser også til at problemer med kommunikasjon er en viktig årsak til at samarbeid mislykkes. I tillegg er geografisk avstand en organisatorisk barriere som kan oppleves som et hinder for samhandling, da det er vanskelig å treffes ansikt til ansikt (Røsstad et al., 2013). Helsepersonell kan møte forskjellige utfordringer eller barrierer når de skal sikre vellykket informasjonsoverføring i pasientoverganger. Slike barrierer kan være knyttet til den enkelte sykepleier, mellommenneskelige prosesser eller knyttet til organisasjonen. For å imøtekomme disse barrierene må samarbeidende enheter sørge for nødvendige ressurser, tydelige oppdrag og ansvar, og forståelige retningslinjer eller rutiner (Olsen et al., 2013). Manglende informasjonsdeling og samhandlingsrutiner oppleves som utfordrende for helsepersonell og en studie viser at felles hjemmebesøk er et viktig tiltak for å bygge tillit, sikre involvering av aktører og med det bidra til å styrke samhandlingsrutinene (Eklund et al., 2014). Ved pasientoverføringer mellom tjenestenivå er det ifølge Røsstad et al. (2013) nødvendig med detaljerte beskrivelser av prosedyrer, ansvar og informasjonsflyt med sjekklister for alle identifiserte mulige risikoområder som kan være kritisk. Med bakgrunn i dette skal jeg i min studie sette søkelyset på samhandlingsrutiner og hvordan det kan legge til rette for god samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune.

Helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor har forskjellige roller og ansvarsområder i pasientforløpene og har ulik organisering. Helse- og velferdskontorene som forvaltningsenheter viser i større grad til rutiner, avtaler og forskrifter (Danielsen & Fjær, 2010). De har separate fagavdelinger og begrenset åpningstid som også er en faktor som kan

utfordre samhandlingen mellom tjenesteområder i kommunehelsetjenesten (Eklund et al., 2014). Helsepersonell har også forskjellig perspektiv på hva ved pasientens behov og situasjon som skal vektlegges i samhandlingen, noe som kan føre til samhandlingsutfordringer (Tønnesen et al., 2016). Begrenset makt og innflytelse i samhandlingen kan oppleves som problematisk, som for eksempel når helse- og velferdskontoret som bestiller av tjenester, fatter vedtak som utfører mener ikke stemmer med pasientens behov (Tønnesen et al., 2016). Dette støttes av Eklund et al. (2014) som viser til at ulik strukturell og intern organisering utfordrer samhandling på tvers i kommunehelsetjenesten. Kassah & Tønnesen (2016) viser til det samme, at helse- og velferdskontoret som beslutningsmyndighet og vedtaksfatter i tildeling av helsetjenester, berører maktbalansen mellom samhandlingsaktørene. Helse- og velferdskontorets maktforvaltning, sett i lys av hjemmetjenestens absorbering av ansvar, styrer samhandlingen mellom de to tjenesteområdene. Det er derfor behov for å myndiggjøre hjemmetjenesten og utvikle felles forståelse for samhandling (Kassah & Tønnesen, 2016). I min studie skal jeg derfor se på om avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune opplever utfordringer knyttet til maktbalansen, mulige årsaker til det og hvordan det eventuelt påvirker samhandlingen.

I dette underkapittelet har jeg vist til at det er mange barrierer som kan påvirke samhandling, barrierer som både er organisatoriske, mellommenneskelige og personavhengige. De faktorene jeg vurderer som mest relevante for tjenestene i denne studien oppsummeres i tabell 3.1.

Tabell 3.1: Oppsummering av barrierer for samhandling.

	Organisatoriske barrierer	Mellommenneskelige barrierer	Personavhengige barrierer
Fragmentering	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desentralisering ➤ Komplekse oppgaver ➤ Geografisk avstand ➤ Manglende eller tvetydige mål ➤ Ulik strukturell, intern organisering 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mangel på kjennskap til andre aktører ➤ Ulike forventninger og perspektiv ➤ Manglende tillit og respekt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mangel på kjennskap og forståelse for andre aktører ➤ Ulike forventninger og perspektiv ➤ Manglende tillit og respekt
Rutiner	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manglende eller uklare rutiner og retningslinjer ➤ Uklar oppgave- og ansvarsfordeling ➤ Utydelige oppdrag og forventninger 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Følger ikke rutiner ➤ Lager egen praksis på bekostning av prosedyrer og rutiner ➤ Mangel på felles mål 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Følger ikke rutiner eller sjekklister ➤ Lager egne rutiner
Handlingsrom	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Begrenset økonomiske ressurser ➤ Manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser ➤ Ujevn maktbalanse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Høy arbeidsbelastning ➤ Tidspress ➤ Begrenset makt og påvirkningskraft 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Høy arbeidsbelastning ➤ Tidspress ➤ Begrenset innflytelse
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kompetansemangel ➤ Manglede lederstøtte ➤ Komplekse oppgaver 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kompetansemangel ➤ Komplekse oppgaver 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Komplekse oppgaver ➤ Holdninger ➤ Tilgang på ressurser
Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geografisk avstand ➤ Mangel på etablerte møteplasser ➤ Teknologi, journalsystem 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manglende tilgang på og overføring av relevant informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mangel på god dokumentasjon og overføring av informasjon

3.1.2 Hvordan lykkes med samhandling?

Den overordnede organiseringen av helse- og omsorgstjenestene påvirker samhandlingen mellom de ulike tjenestoområdene. En hensiktsmessig organisering med god samhandling, bidrar til gode tjenester og ressursutnyttelse. Min studie undersøker derfor hvilken erfaring avdelingsledere har med samhandling og hvilke samhandlingsbehov de ulike tjenestoområdene har. Det er nødvendig med et system for effektiv bruk av helsepersonell, hvor kompetanse og kapasitet må fordeles mellom tjenestene. En annen viktig faktor er at det må tilrettelegges for strukturerte, gode pasientforløp, der pasientene får riktig tjeneste, i riktig omfang, til riktig tid (NOU 2023:4). Med mange tjenesteytere involvert i pasientforløpene, er forutsigbare rutiner og tilstrekkelige, funksjonelle interne system, ifølge Dale & Hvalvik (2013) de viktigste suksesskriteriene for god samhandling.

Formålet med samhandling er å sikre helhetlige pasientforløp ved hjelp av integrerte tjenester (Orvik, 2015). Anderson et al. (2020) støtter det og viser til at integrerte tjenester for pasienter med komplekse behov krever samhandling på tvers av faglige og organisatoriske grenser. Det vil bidra til mer helhetlige tjenester, høyere grad av brukertilfredshet og kvalitet, bedre tilgjengelighet, fleksibilitet og kontinuitet, i tillegg til økt effektivitet, mindre dobbeltarbeid og sløsing av ressurser. Standardiserte arbeidsprosesser som «pakkeforløp» kan være en måte å oppnå integrerte tjenester på, men det krever at overordnet nivå tar ansvar for samordningen (Anderson et al., 2020). På bakgrunn av dette søker min studie svar på hvilke samhandlingsrutiner tjenesteområdene har og i hvilken grad de tas i bruk.

Helsepersonells samhandlingskompetanse og holdninger til samarbeid er også avgjørende for god samhandling (Danielsen & Fjær, 2010; Sogstad & Bergland, 2021). Ansvar, åpenhet, respekt og tillit beskrives som grunnleggende verdier som er nødvendig for å få til god samhandling (Danielsen & Fjær, 2010). Min studie ønsker derfor å belyse ulike faktorer avdelingsledere mener må være til stede for å lykkes med samhandling og hvilken kompetanse som kreves i samhandlingsprosesser. Anderson et al. (2020) fremhever også tillit som en forutsetning for samhandling, selv om samhandling ofte kan starte med skepsis og mistenksomhet. Tillitsbygging er derfor en nødvendig prosess, ikke et premiss (Anderson et al., 2020). Tillit beskrives også av Lien & Bjørke (2003) som en vesentlig faktor for å lykkes med samhandling. Andre viktige faktorer er mangfold, motivasjon, vilje og evne. Dette støtter Torgersen & Steiro (2009) som viser til at sentrale forutsetninger for samhandling er koordinering og oppgavefordeling, kultur og rolleforståelse, tillit, empati og involvering, mangfold og respekt og ikke minst evne og vilje til kommunikasjon.

En velfungerende samhandling krever to aktive parter, da to passive parter har dårlig forutsetning for å lykkes (Skinner, 2015). Samhandlende aktører må bli enige om felles mål, som også er i henhold til organisasjonens mål (Anderson et al., 2020). Andre viktige forutsetninger for at tjenestenivåene skal etablere god og varig samhandling er at de har kjennskap til hverandre og ser nytte med samhandlingen (Skinner, 2015; Tønnesen et al., 2016). Samhandling er altså avhengig av at aktørene har en forståelse for behovet for samhandling og at det kan virke positivt på problemløsningen. Pålagt samarbeid, slik det ofte er i offentlig sektor, er sjeldent tilstrekkelig for at samarbeid faktisk vil finne sted (Anderson et al., 2020).

En forutsetning for god samhandling er at aktørene har kjennskap til hverandre (Elstad et al., 2013; Skinner, 2015; Tønnesen et al., 2016). For å sikre dette er etablerte møteplasser viktig.

Hospitering, gjerne obligatorisk, beskrives som et godt tiltak (Elstad et al., 2013; Skinner, 2015; Vik, 2018). Eklund et al. (2014) viser også til etablerte møteplasser for helsepersonell på tvers av tjenestene som et virkemiddel for å styrke helse- og omsorgstjenestene. Struktur, rutiner og møtepunkter for informasjonsdeling fremmer samhandling. I tillegg må det være avsatt tid til dokumentasjon og dele helhetlig informasjon om pasienten. Det å sikre struktur, rutiner og akseptabel arbeidsbelastning er et lederansvar (Sogstad & Bergland, 2021).

Tidligere studier viser til at det er flere faktorer som påvirker samhandling og om man lykkes med det. God samhandling er avhengig av faktorer både på det organisatoriske, mellommenneskelige og personlige plan og faktorene som er relevante for samhandlingen mellom tjenestene i denne studien presenteres i tabell 3.2.

Tabell 3.2: Oppsummering av faktorer for vellykket samhandling.

	Organisatoriske barrierer	Mellommenneskelige barrierer	Personavhengige barrierer
Sammenheng i tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Felles praksis ved pasientforløp ➤ Gjensidig systemforståelse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gjensidighetskunnskap ➤ Tillit og respekt ➤ Forventningsavklaring 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kjennskap til og forståelse for andre aktører ➤ Involvering ➤ Gode holdninger
Rutiner	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tydelige mål, rutiner og prosedyrer ➤ Klar oppgave- og ansvarsfordeling 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enighet om felles mål ➤ Kjennskap til rutiner 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Følger rutiner ➤ Holder seg oppdatert på mål
Handlingsrom	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Samsvar mellom oppgaver og ressurser ➤ Maktbalanse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avsatt tid ➤ Påvirkningskraft 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avsatt tid ➤ Innflytelse
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kompetansehevende tiltak ➤ Nærledelse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kunnskapsdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bidra med kompetanse og kunnskap
Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablerte møteplasser ➤ Legge til rette for interaksjon og hospitering 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentasjons- og informasjonsflyt muntlig og skriftlig ➤ Hospitering ➤ Nettverk 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ God dokumentasjon ➤ Tar ansvar for dialog ➤ Delta på fysiske møter

3.1.3 Ulike samhandlingsformer

Det kommer stadig nye ideer som omhandler organisasjonsstruktur, ideer om styring og ledelse og hvordan organisasjoner og enheter skal organisere seg og utføre kjerneaktiviteter. Noen av disse ideene fremstår som «særdeles kraftfulle og formative» og kalles derfor for *masterideer* (Røvik & Pettersen, 2014). Røvik & Pettersen (2014) beskriver fem kjennetegn ved masterideer, der det tydeligste er *utbredelse*. Masterideer preger alle slags organisasjoner

over hele verden. Ideene har *uklare opphav* som er vanskelig å identifisere. De pågår gjerne parallelt i tid på ulike arenaer som involverer forskjellige institusjoner og aktører. Masterideer er ofte *selvbegrunnende*, slik at beslutningstakere og ledere ikke behøver å argumentere eller overbevise aktører om hvorfor de skal iverksettes. Det fjerde kjennetegnet på masterideer er at de er *reformutløsende* og kan på bakgrunn av tidstypiske problembeskrivelser utløse reformer i ulike sektorer og organisasjoner, der masterideen kan beskrive løsninger på ulike problemstillinger. Masterideer kjennetegnes også ved at de er *eklektiske*, «strekkbare» og minner om filosofier med normative undertoner. De er altså ikke standardiserte eller presise oppskrifter, noe som gir frihet til lokale tilpasninger (Røvik & Pettersen, 2014). En kan derfor med bakgrunn i beskrivelsen ovenfor betegne samhandling som en type masteridee, hvor Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) er et eksempel på en reform som har blitt utarbeidet på bakgrunn av masterideen samhandling.

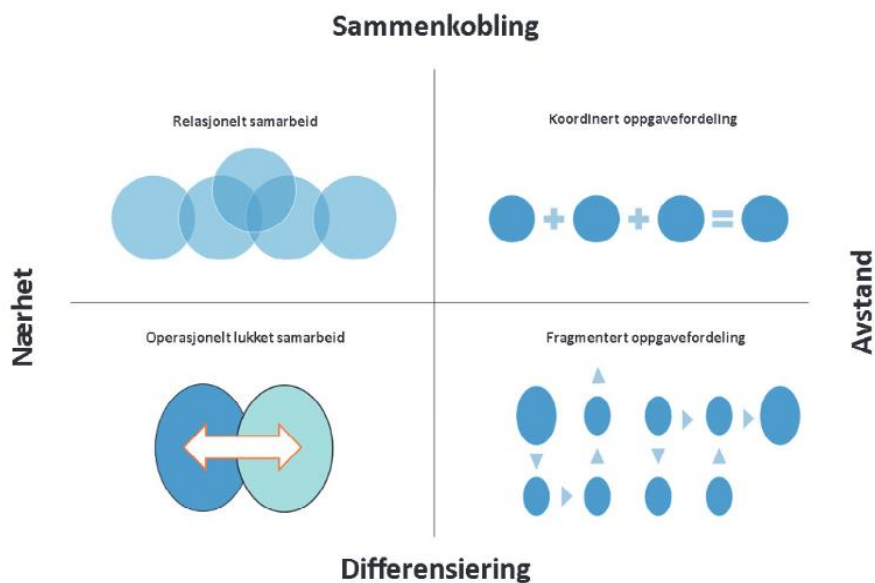
Masterideer resulterer i en rekke oppskrifter på hvordan organisasjoner kan tilpasse strukturer og organisere seg, for å imøtekomme tidsaktuelle problemstillinger og finne løsninger på disse. Når masterideer skal oversettes og iverksettes i en organisasjon vil dette ofte resultere i ulike forventinger til, og forståelser av, samhandling.

Torgersen & Steiro (2009) beskriver tre samhandlingsformer som kan benyttes hver for seg eller kombineres. Den første er *ansikt-til-ansikt samhandling*, hvor man har direkte kommunikasjon og møtevirksomhet i grupper. *Mediert samhandling* er en annen samhandlingsform hvor man benytter seg av teknologi, muntlig eller skriftlig ved hjelp av for eksempel digitale møter, telefon eller e-post. Den tredje samhandlingsformen er *redskapsbasert samhandling*. Kommunikasjon er også sentralt her, men kjernen i produksjonen foregår gjennom nødvendige verktøy som trengs for å gjennomføre jobben. Eksempel på dette er produksjon av helse- og omsorgstjenester der «verktøyet» er helsepersonell som produserer eller yter tjenester. Det er nødvendig at flere aktører samhandler om slike aktiviteter og det gjøres gjennom arbeidsfordeling. Samhandling i organisasjoner foregår altså ikke bare ved hjelp av møtevirksomhet eller på ledernivå, men kan foregå på alle nivå, også i produksjonsheter (Torgersen & Steiro, 2009).

På bakgrunn av litteraturgjennomgang av 25 publiserte studier som omhandler helseprofesjoners samhandling, har Vik (2018) utviklet en typologi som viser til fire former for samhandling. Samhandlingsformene beskrives som relasjonelt samarbeid, operasjonelt lukket samarbeid, koordinert oppgavefordeling og fragmentert oppgavefordeling. Vik (2018) viser til to dimensjoner i samhandlingen, den horisontale og den vertikale. Den horisontale

viser til hvorvidt det er avstand-nærhet med tanke på fysisk kontakt og etablerte møteplasser mellom profesjonene. Sammenkobling-differensiering i den vertikale dimensjonen viser til om samhandling medfører integrasjon på tvers av de ulike aktørens forståelsesrammer eller ikke (figur 3.1).

Figur 3.1: Fire former for samhandling (Vik, 2018).



Den første samhandlingsformen Vik (2018) beskriver er *relasjonelt samarbeid*, som viser til nærhet og sammenkobling mellom aktørene. Helseprofesjonene utvikler en gjensidig forståelse og kunnskap om hverandres profesjoner, gjennom møteplasser, dialog og forhandlinger hvor de anerkjenner og får kunnskap om hverandres bidrag. Med dette finner de enighet om hva som ligger til grunn som samhandlingen. Vik (2018) hevder at denne formen for samhandling kommer til uttrykk i studier som beskriver intern samhandling i spesialisthelsetjenesten og i samhandlingsteam.

Operasjonelt lukket samarbeid preges av nærhet og differensiering. Det finnes møteplasser og diskusjon om de ulike forståelsesrammene, men ulikhet, usikkerhet og maktkamp preger relasjonene. Det oppnås her ikke enighet om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. *Koordinert oppgavefordeling* er den tredje samhandlingsformen som beskrives og den preges av avstand og sammenkobling. Vik (2018) hevder at denne formen for samhandling ligner

samhandlingsreformens forståelse og definisjon av samhandling. Kjennetegnet er koordinert og rasjonell oppgavefordeling uten fysiske møteplasser. Slik samhandling er avhengig av mekanismer som koordinerer og integrerer forståelsesrammer hos profesjonene. Verktøy som kan benyttes er velfungerende IKT-systemer, skriftlige retningslinjer, standardiserte pasientforløp eller koordinatorene som har ansvar for fordeling av oppgaver.

Den fjerde og siste samhandlingsformen er ifølge Vik (2018) *fragmentert oppgavefordeling*. Denne samhandlingsformen er preget av avstand og differensiering, der relasjonene har lav gjensidighetskunnskap, og det mangler fysiske møteplasser og lokale retningslinjer. Mekanismene som skal koordinere aktørenes forståelsesrammer fungerer ikke og det vil føre til uklarhet hvilken forståelse som skal ligge til grunn for samhandlingen. Aktørene vil da være mer opptatt av egen lokal kontekst og har ikke fokus på det helhetlige behandlingssystemet rundt pasientene. Ifølge Vik (2018) viser studier at fragmentert oppgavefordeling kan prege samhandling på tvers av forvaltningsnivå, men det er også funn som viser slik form for samhandling internt i primærhelsetjenesten. Slik samhandling påvirkes av uklar ansvarsfordeling, mangelfull informasjonsflyt og noen ganger maktkamp mellom profesjoner og behandlingssidealer. I min studie vil jeg se etter ulike former for samhandling i data som er samlet inn og om avdelingsledere ved de ulike tjenestene har forskjellig forventninger til og opplevelse av samhandlingen mellom tjenesteområdene.

For å sikre koordinering av pasientforløp og informasjonsflyt på tvers av tjenesteområder er det viktig med kontinuitet og sammenheng i omsorgen (Haggerty et al., 2003; NOU 2023:4; Sogstad & Bergland, 2021). Sogstad & Bergland (2021) hevder at kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten i tillegg til kommunikasjon mellom helsepersonell og koordinering av omsorg over tid, handler om tilpasning og oversetting av informasjon mellom ulike tjenestekontekster. Oversetting av ideer, kunnskap og informasjon mellom organisasjoner beskrives av Røvik (2007) som translasjon. Røiseland & Vabo (2016) beskriver kunnskapsdeling som en grunnleggende forutsetning for samhandling mellom deltakere. Torgersen & Steiro (2009) støtter dette og viser til at effektiv samhandling forutsetter aktive læringsprosesser og bevisstgjøring. Samhandling er derfor en måte å dele eller utveksle ideer, kunnskap og kompetanse på.

Samarbeidsavtaler som tydeliggjør ansvar og oppgavefordeling er nyttige verktøy for god samhandling (Danielsen et al., 2017). En må utvikle felles praksis og konsensus om kriterier for gode pasientforløp ved hjelp av tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid. Det krever kontinuitet over tid og på tvers av ansvarsområder. Et tjenesteområde kan ikke

slippe sitt ansvar før det neste har fått oversikt og tatt ansvar (Helsedirektoratet, 2015). Samarbeidsavtaler kan likevel ikke erstatte fysiske møter og dialog (Danielsen et al., 2017). Formaliserte møtepunkter for utveksling av informasjon, vurderingsmøter, tverrfaglige møter og rapport er nyttig. Faste strukturer er nødvendig for at samhandling skal fungere godt i tillegg til etablerte rutiner og tverrfaglig støtte (Sogstad & Bergland, 2021). Med dette som bakteppe vil samhandlingsrutiner være en viktig del av min studie, hvor jeg vil se på om avdelingsledere har ulik erfaring med bruk av rutiner, hvordan samhandlingen påvirkes av disse og om rutinene blir brukt etter intensjonen som en del av kommunens samhandlingsinitiativ. Samhandling er et politisk mål, en masteridè som Trondheim kommune har oversatt til konkrete samhandlingsrutiner. Rutinene tolkes og iverksettes på forskjellige måter i ulike deler av organisasjonen, derav skal jeg bruke translasjonsteorien for å se på hvilke uttrykk disse oversettelsene kan få når avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor skal implementere samhandlingsrutiner på sine enheter.

3.2 Translasjonsteori

I min studie skal jeg se på hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor. Er det sammenheng mellom samhandlingsformer som teorien viser til og de formene for samhandling som beskrives og utøves på tjenestenivå i Trondheim kommune? Hvordan oversetter avdelingsledere politiske masterideer til konkret praksis? Som beskrevet i forrige kapittel, tas det utgangspunkt i samhandling som en masteridè (Røvik & Pettersen, 2014) og et verktøy for å kunne nå målet om helhetlige og koordinerte tjenestetilbud (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Jeg vil derfor ved hjelp av translasjonsteorien søke svar på hvordan organisasjonen og avdelingsledere oversetter samhandling som masteridè og hvordan samhandlingen påvirkes av ulike forståelser for hvordan samhandling finner sted. Blir ideen samhandling forstått og implementert ulikt ved de forskjellige tjenestene og har “oversettelsesproblemer” konsekvenser for faktiske muligheter for å skape god samhandling?

DiMaggio & Powell (1983) beskriver hvordan organisasjoner påvirkes av hverandre og bruker begrepet *isomorfisme*. Med isomorfisme mener de at organisasjoner innenfor samme område, gjennom interaksjon som ved sosiale prosesser, utvikler felles normer og virkelighetsoppfatning. Det betyr at en vil få en økende strukturell likhet innenfor organisatoriske fagfelt. Videre viser DiMaggio and Powell (1983) til tre mekanismer ved

institusjonell endring og isomorfisme. Organisasjoner som har problemer med legitimitet eller påvirkes politisk, er utsatt for press, overtalelse eller invitasjon fra omgivelsene vil kunne oppleve en *tvangspreget isomorfisme* og med det bli presset til å innføre spesifikke organisatoriske løsninger. En annen mekanisme er *mimetisk isomorfisme* der en organisasjon etteraper sine omgivelser som en strategi for å håndtere usikkerhet og tvetydighet. Bakgrunnen for en slik strategi vil være knyttet til organisasjonens forståelse av egen teknologi og målsettinger og trekk ved omgivelsene. Den siste og tredje mekanismen kaller DiMaggio & Powell (1983) for *normativ isomorfisme* som knyttes til profesjonsnormer som spres gjennom faglige nettverk som vil bidra til å definere forhold ved arbeidet og legitimere faglig autonomi.

Røvik har utarbeidet det han refererer til som translasjonsteorien, et perspektiv som bygger på teoretiske ideer fra nyinstitusjonell teori (DiMaggio & Powell, 1983). Kunnskapsoverføring mellom organisasjoner beskrives av Røvik (2007) som det å forstå overføring av ideer mellom formelle organisasjoner. ¹ I løpet av 1980- og 1990-årene redefineres og utvides innholdet i fagfeltet translasjonsstudier til en endring i oppfatningen om hva som kan være gjenstand for oversettelse, fra tradisjonelt kun dreie seg om oversettelse av tekst til også oversettelse og fortolkning av ulike kulturuttrykk mellom kontekster som ideer, konsepter og trosforestillinger (Røvik, 2007). Fra rundt 2000-tallet har translasjon også blitt etablert som et flerfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsfelt. Med utvidelsen av translasjonsteorien fra oversettelse av litterær tekst til også å omfatte oversettelse av ideer, konsepter og trosforestillinger hevder Røvik (2007) at teorien har stor relevans i forståelsen av overføring av ideer mellom organisasjoner og at alle former for sosial kommunikasjon og ytringer kan forstås og studeres som translasjon, også utvikling og distribusjon av organisasjonsideer.

Røvik (2007) deler overføring av kunnskap og ideer mellom organisasjoner inn i to prosesser. *Dekontekstualisering* er der ideer eller praksis hentes ut av en organisasjon og *kontekstualisering* viser til innhenting av ideer eller praksis utenfra og implementering av disse i en organisasjonskontekst. Dekontekstualisering og kontekstualisering er sjeldent koordinerte aktiviteter og foregår ofte frikoplest i tid og rom og utføres ofte av ulike aktørgrupper. Det er derfor ifølge Røvik (2007) naturlig å skille mellom disse to prosessene. *Dekontekstualisering* består av mange og komplekse prosesser og er et viktig aspekt ved

¹ James Holmes betegnes av Røvik (2007) som grunnlegger av den moderne translasjonsteori som ble etablert fra slutten av 1970-tallet. Frem til da var betydningen av oversettelse nærmest kun å gjengi en litterær tekst på et annet språk.

overføring av organisasjonsideer. Det er når en organisasjons identifiserte praksis eller ideer forsøkes tas ut av sammenhengen og ofte omformes med formål å bli overført til andre organisasjoner. Dekontekstualisering består av to hovedfaser, løsrivelse og pakking og selv om man gjør dette skillet, vil det ofte i praksis være uklare og glidende overganger mellom disse. *Løsrivelse* er fasen der en identifiserer en organisasjons konkrete praksis eller ide, og forsøker å gi en idemessig og språklig representasjon. *Pakking* er når ideen tas ut av sin organisatoriske kontekst, pakkes inn og omformes slik at den er overførbart til andre kontekster (Røvik, 2007).

Kontekstualisering betegner når man skal hente inn eller introdusere ideer eller praksis fra organisasjoner inn i ny organisatorisk kontekst. Det er altså en betegnelse på der en oppskrift pakkes ut, fra idé og materialiseres til aktiviteter, rutiner og strukturer i en bestemt kontekst. Slik uthenting, overføring og mottak kan da ses på som en form for *oversettelse eller translasjon*. I en slik prosess er det mange strukturer som spiller inn, være seg fysisk-materielle strukturer, formelle strukturer, rutiner og prosedyrer, men også kulturer (Røvik, 2007). I min studie vil det være interessant å se på hvordan slike oversettelser ser ut i konteksten samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor. Samhandling kan oversettes til å bety ulike ting eller ta forskjellig form i ulike tjenester. Spørsmålet blir da hvordan translasjonene, ved dekontekstualisering og kontekstualisering, kan hjelpe meg å forstå samhandlingsprosessen og ulike former for samhandling.

3.2.1 Den hierarkiske oversettelseskjeden

Røvik (2007) beskriver den hierarkiske oversettelseskjeden. Det er en modell som viser til logisk sammenhengende forutsetninger og forventninger til hva som er sentrale aktører og arenaer i en kontekstualiseringsprosess. Den bygger på fem sammenhengende antakelser hvor den første er «top-down»-orientering. Denne antagelsen viser til en vertikal oversettelseskjede der nye organisasjonsideer eller oppskrifter hovedsakelig blir introdusert via toppledelsen, «top-down». Hierarkisk autoritet i toppen av organisasjonen er den viktigste kraften til oversettelse og innføring av ideer og praksis nedover i organisasjonen og videre på interne enheter. Den andre antagelsen er problembetinget søking etter løsninger. I og med at det først og fremst er toppledelsen som har myndighet til å innhente og implementere nye ideer er det en forventning om at ledelsen har innsikt i organisasjonens eller enhetenes problemer og utfordringer og at ideer som hentes inn er mulige løsninger på dette (Røvik, 2007).

Kontekstualisering vil i den hierarkiske oversettelseskjeden være ensbetydende med en sentralt styrt implementeringsprosess, noe som da viser til den tredje antakelse, begrenset frihet til oversettelse. Underliggende aktører vil ha begrenset frihet når de skal oversette og lage lokale tilpasninger da toppledelsen vil ha klare strategier for hvordan ideen skal implementeres og vil ha kontroll på at lokale tilpasninger er innenfor rammene og at overordnede hensyn blir ivaretatt (Røvik, 2007). Den fjerde antakelsen er stimulus-responsbasert sekvensialitet. Røvik (2007) viser til at når nye ideer skal implementeres vil dette skje etappevis fra toppledelsen i hierarkiske nivå, innover og nedover i organisasjonen. Den femte og siste antagelse beskriver Røvik (2007) som fra det abstrakte til det konkrete, der ideer som kan fremstå som abstrakte på toppnivå, konkretiseres og materialiseres når den oversettes og tilpasses nedover hierarkisk i organisasjonen.

Den hierarkiske oversettelseskjeden med de fem overnevnte antagelsene oppsummerer hvordan nye ideer tas inn og forsøkes implementert i organisasjoner. Røvik (2007) viser likevel til at det også finnes mange observasjoner som medvirker til at den hierarkiske oversettelseskjeden må modifiseres og suppleres, noe han oppsummerer under fire hovedpunkter. Den første er utviklingsarenaer som er en betegnelse på konferanser, kurs, seminarer og studier som utviklingstiltak overfor bestemte profesjoner og yrkesgrupper. Dette er arenaer som er viktige bærere og «inntaksporter» for ideer og arena for oversettelse av disse. Utviklingsarenaer utfordrer den hierarkiske oversettelseskjedens tankegang om at ideer er initiert «top-down».

Røvik (2007) hevder at det andre hovedpunktet som medvirker til modifisering av den hierarkiske oversettelseskjeden er en organisasjons lokale mangfold. Der kan man finne forskjellige versjoner av ideer eller konsepter på ulike nivå som ikke nødvendigvis har sitt utspring i en «masterversjon» tatt inn av ledelsen. At oversettelsesprosesser over tid har et mer spiralliknende forløp og ikke en kjedeliknende bevegelse «top-down» er tredje hovedpunkt. Observasjoner av slike prosesser viser at ideer over tid kan sirkulere innenfor en organisasjon og veksler mellom abstrakte og materialiserte former. Det gjør at man ikke kan som i den hierarkiske oversettelseskjeden påstå at transformasjon av abstrakte ideer til materialisert praksis kun foregår vertikalt nedover i organisasjonen. Til slutt viser Røvik (2007) til soppmodellen som det fjerde hovedpunkt og en medvirkende årsak til at den hierarkiske oversettelseskjeden må modifiseres. Soppmodellen tar utgangspunkt i antakelsen om en stimulus-respons-basert sekvensialitet i nivåene i oversettelsesprosessen som er beskrevet ovenfor. I hvert av disse nivåene vil en aktivitet utløses og lokale oversettelser og

tilpasninger foretas, og det bygger på en forestilling om at oversettelse og spredning av ideer utløses gjennom en form for direkte overlevering av ideer. Slik tydelig rekkefølge av overlevering og oversettelse kan ifølge Røvik (2007) vanskelig identifiseres. Soppmodellen har derfor som utgangspunkt at oversettelse av ideer i en organisasjon kan utløses på flere steder mer eller mindre samtidig. I min studie ser jeg på ulike måter oversettelse kan gjøres på, top-down eller vertikal, fra ledelse til tjenestenivå og horisontalt på tvers av tjenester og på tvers innad i ulike enheter innenfor tjenesteområdene.

3.2.2 Kontekstualiseringsregler

For å lettere kunne identifisere eventuell regularitet og bakenforliggende regler for prosesser hvor ideer introduseres i nye organisatoriske kontekster presenterer Røvik (2007) regler for kontekstualisering. Der skiller han mellom *innskrivingsregler* og spesifikke *oversettelses- og omformingsregler*. De generelle innskrivingsreglene er regler for lokalisering og regler for tidsmarkering av ideer. Reglene beskriver hvordan ideer endres slik at de blir tilpasset og blir gjenkjennbar lokalt i ny kontekst, og at når nye ideer introduseres må de skrives inn i lokal tid. Dette innebærer i praksis at en generell ide blir utstyrt med lokal fortid, samtid og fremtid ved hjelp av sosiale fortolknings – og meningsdannelsesprosesser. Spesifikke oversettelses- og omformingsregler dreier seg i hovedsak om graden av frihet oversettere har når ideene skal omformes til nye kontekster, altså hva som skjer med innholdet i ideene som skal overføres til ny organisatorisk kontekst. Tanken er hvis hensikten med innhenting av ideen er å gjengi meningsinnholdet og/eller gjenskape virkningene det har hatt i andre kontekster, må man se på hvor stor frihet oversetteren har til å omforme ideen til sin kontekst (Røvik, 2007). Jeg vil derfor i min studie se på hvordan avdelingsledere har oversatt samhandlingsinitiativ, om det er forskjeller mellom tjenesteområdene og hvordan avdelingslederens handlingsrom påvirker slike prosesser.

3.2.3 Translatørkompetanse

Røvik (2007) viser til at det gjøres mange forsøk på overføring av kunnskap og ideer mellom organisasjoner med varierende hell. Han påstår videre at sannsynligheten for å lykkes i oversettelse av organisasjonsideer mellom ulike kontekster øker dersom man har gode oversettere i organisasjonen. En viktig ressurs for å kunne lykkes med ide- og kunnskapsoverføring er derfor translatørkompetanse. Pfeffer og Sutton (2000, som referert i Røvik, 2007), hevder at det å mislykkes med overføring og implementering av ideer i

organisasjoner er mer regelen enn unntaket. Røvik (2007) beskriver tre årsaker til det, hvor *frikopling* er en årsak. Frikopling betyr at ideer tas inn i strategiske dokumenter, men tas ikke i bruk eller implementeres i praksis. Den andre er *frastøting* hvor ideen blir tatt inn, forsøkt i praksis, for så å bli lagt vekk. Den tredje er når *ideer tas inn og i bruk, men gir andre effekter enn ønsket*. Ved dekontekstualisering, altså når man skal hente ut ideer eller praksis fra andre organisasjoner er det viktig at den som skal oversette klarer å lage en dekkende representasjon av ideen eller praksisen. Spesielt viktig er det at den som skal oversette får med seg vesentlige forutsetninger for at praksisen har vært vellykket der den hentes fra. Økende grad av kompleksitet, bidrar til utfordringer ved oversettelse og vil bidra til mindre grad av overførbarhet. Svak kontekstualisering eller mangelfullt oversettelsesarbeid, der man benytter seg av en uhensiktsmessig oversettelsesmodus og med det uheldige oversettelsesregler kan også være årsak til dårlig oversettelsesarbeid (Røvik, 2007). Røvik (2007) viser til at mislykkede forsøk på overføring av ideer og praksis, ofte skyldes dårlig oversettelsesarbeid.

Translatørkompetanse er en som besitter og integrerer flere typer kompetanse og har ulike egenskaper. Røvik (2007) bruker begrepet «dyd» på disse egenskapene som er kunnskap, mot, tålmodighet og styrke. En dyktig translatør eller oversetter må ha inngående kjennskap til konteksten det oversettes fra, dekontekstualiseringskompetanse som innebærer evne til å identifisere god praksis i andre organisasjoner, ha innsikt i kompleksitet og eksplisitet og kunne fremstille det man ønsker å oversette være seg strukturer, teknologi og rutiner. Det er selvsagt også nødvendig med kunnskap om konteksten det oversettes til, altså der ideen eller praksisen skal implementeres og materialiseres. Ikke minst må det tas høyde for at implementering av organisasjonsideer og oversettelse av disse, ofte skjer i en kontekst av konflikt, interesser og motstand mot endring (Røvik, 2007).

I min studie er det avdelingsledere som er oversettere av samhandlingsinitiativ og derfor trenger translatørkompetanse. Ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervju med avdelingsledere er et av målene med denne studien at jeg finner svar på hvordan de forstår og oversetter politiske og strategiske ambisjoner om samhandling. Hva ligger til grunn for mislykkede oversettelser, hvordan kan disse forstås som et resultat av mangel på, eller ulike former for translatørkompetanse blant avdelingsledere? For å belyse dette må jeg se på hvordan de som ledere har forstått og oversatt ideer og ambisjoner om samhandling. På bakgrunn av det, er lederteori relevant. Ved hjelp av lederteori kan jeg forstå hvordan de kan håndtere ansvaret som translatører, men også hvordan kontekst og lederes handlingsrom påvirker muligheten for å iverksette samhandlingsinitiativ.

3.3 Ledelsesteori

Avdelingsledelse ble innført i Trondheim kommune i 2017. Målet er en tydelig og tilstedeværende ledelse, som gir bedre forutsetninger for at kommunen lykkes med sine strategier (Trondheim kommune, 2016). Sett i lys av det har avdelingsledere en viktig rolle når strategier skal implementeres på enhetsnivå i kommunen. Samhandling er en strategi, en masteridè som skal bidra til helhetlige og effektive pasientforløp og sammenheng i tjenestene (Orvik, 2015; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). På bakgrunn av det har Trondheim kommune initiert og utarbeidet en samhandlingsrutine (vedlegg 3) som er iverksatt og skal være tatt i bruk på de ulike tjenesteområdene. Det er derfor interessant å se på hvordan ulike ledertrekk, funksjoner eller roller kan påvirke hvordan avdelingsledere oversetter samhandlingsinitiativ og med det legger til rette for god samhandling i overganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor.

3.3.1 Lederrollen i endring

Ledelse har tradisjonelt vært lite vektlagt i offentlig sektor, men siden 1980-tallet har reformer og nye krav til organisasjon og ledelse ført til utfordringer og endret behovet for ledelse. Tendensen har vært å utvide og styrke ledelsesfunksjonen. Nye uttrykk som målstyring, kvalitetsledelse og effektiv ressursutnyttning har fortrenget administrasjon, forvaltning og saksbehandling. Styringsreformen har bidratt til mer overordnet, profesjonell ledelse med økt handlingsrom. Faglig ledelse, profesjons- og sektorinteresser har fått mindre betydning (Nesheim, 2006; Øgård, 2014). Det har også bidratt til en klar forventning om at toppledelsens overordnede strategier, styrt «top-down», følges av ledere for at organisasjonens mål skal nås (Hood, 1991). Denne styringsreformen og endringen som fører med, samles under begrepet New Public Management og ledelsesbasert styring (Strand, 2007). På bakgrunn av dette kan man hevde at samhandling mellom aktører i offentlig sektor har foregått innenfor rammen av New Public Management (Busch, 2012). Innenfor helse- og omsorgstjenestene har det kommet til uttrykk blant annet i bruk av bestiller-utførermodellen (Øgård, 2000, referert i Kassah & Tønnesen, 2016).

New Public Management har blitt kritisert for at det ikke har bidratt til økt kvalitet og kostnadseffektivisering i offentlige tjenester. Samtidig kan denne styringsreformen skape sosial ulikhet, og den har ført til mindre politisk styring og kapasitet. Hvis New Public Management vurderes opp imot masterideen om samhandling, kan man ifølge Hagen & Johnsen (2013, referert i Elstad et al., 2013) tenke at samhandling bryter med New Public

Management som styringsideologi, da samhandling handler om fellesskap og helhet, fremfor egeninteresser.

Styringsparadigmet New Public Governance har kommet som en reaksjon på kritikken av New Public Management. Målet med New Public Governance er å sentralisere og koordinere offentlig sektor og dette er en endring som har betydning for ledere i offentlig sektor. Ledere skal nå i større grad tenke helhet og legge vekt på kulturelt integrerende tiltak og etiske regler (Christensen, Egeberg, et al., 2021). Nettverk, relasjoner, helhetlig problemløsning, læring på tvers av sektorer og innovasjon fremheves (Øgård, 2014). Endring skal skje «bottom-up» (Bentzen, 2020) og det er overlappende interesser mellom medarbeider og leder. New Public Governance gir derfor mulighet for en annen form for ledelse som er relasjonell og tillitsbasert (Osborne, 2006). Den ene styringsreformen utelukker likevel ikke den andre. New Public Governance modifierer og supplerer New Public Management (Christensen, Egeberg, et al., 2021).

3.3.2 Adizes lederroller

Adizes (1995) beskriver karakteristiske trekk en leder må inneha for å kunne være del av et lederteam. Viktige ledertrekk er at man har kontakt med omgivelsene, har selvinnsett både på atferd og kompetanse, har et avklart forhold til styrker og svakheter, ser andres ferdigheter og aksepterer at andre er bedre i roller der en selv er svak. På den måten kan lederen danne et lederteam med ulike ferdigheter, behov og lederstiler. Det er også et viktig trekk at lederen evner å løse konflikter som kan oppstå på grunn av slike ulikheter.

Med utgangspunkt i disse trekkene presenterer Adizes (1995) ulike lederroller som skal sikre god ledelse. Han deler lederrollene inn i fire hovedgrupper; produsenten (P), administratoren (A), entreprenøren (E) og integratoren (I) = PAEI (tabell 3.3). Det er ikke en forutsetning at lederen er fremragende i alle rollene, men at man utmerker seg i noen og klarer seg noenlunde i de andre. Utgangspunktet for modellen er at ingen kan håndtere alle rollene og det er derfor behov for komplementære lederteam hvor man erkjenner ulikheter i meninger, stil og aksepterer konflikt som en uunngåelig og ønskelig del av et lederteam. Adizes (1995) understreker at et individ ikke kan utføre alle fire rollene på grunn av at det krever ulike egenskaper og kompetanse. I tillegg er rollene også i konflikt med hverandre. Videre sier han også noe om risikoen knyttet til å rendyrke lederrollene og hvordan de ulike rollene kan oppleve hverandre (tabell 3.3).

Tabell 3.3: PAEI, Adizes fire lederfunksjoner (bearbeidet med utgangspunkt i Adizes,1995 og Orvik, 2015).

Rolle	Rolleatferd	Fallgruve	Rolleatferd ved rendyrking
Produsent (P)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ resultatorientert ➤ faglig dyktig ➤ handlekraft ➤ skaper resultater 	Ensom ulv	<ul style="list-style-type: none"> ➤ gjør mye selv ➤ stresser ➤ forventer at andre gjør som en selv
Administrator (A)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ er systematisk ➤ detaljplanlegger ➤ koordinerer ➤ lager regler og prosedyrer ➤ kontrollerer 	Byråkrat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sterkt regelorientert ➤ motstand mot forandring ➤ kan fremstå som pirkete
Entreprenør (E)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ er initiativrik ➤ nyskapende ➤ er kreativ 	Brannstifter	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ukonsentrert ➤ mange baller i lufta ➤ kaster ut ideer
Integrator (I)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ medarbeiderorientert ➤ teamorientert ➤ knytter sammen teamets og organisasjonens mål 	Supermedløper	<ul style="list-style-type: none"> ➤ opptrer vinglete ➤ fremstår som ubesluttosom og uselvstendig ➤ opptatt av at alle er enige fremfor gjennomføring

Mintzberg (1975 s 209, referert i Gotvassli, 2021) deler på samme måte som Adizes (1995) opp i ulike lederfunksjoner eller roller. Mintzberg beskriver ti ulike lederroller hvor disse er kategorisert under tre hovedkategorier. Den første er en interpersonlig rolle eller mellommenneskelig rolle som viser til lederen som gallionsfigur, leder og kontaktskaper. Informasjonsrollen innebærer rollen som overvåker, informasjonsspreder og talsmann. Tredje hovedkategori er beslutningsrollen som innebærer entreprenør, problemløser, ressursfordeler og forhandler. Mintzberg (1973, referert i Gotvassli, 2021) hevder at det ideelle er at en leder har alle disse egenskapene og behersker disse. Videre viser han til at det er sjelden at en leder håndterer alle egenskapene, det viktigste er derfor å balansere disse lederrollene. Forskjellen fra Adizes (1995) er at Mintzberg er skeptisk til at lederrollene kan fordeles mellom flere ledere. Adizes (1995) mener derimot at det er nødvendig å fordele de ulike rollene blant lederne, slik at man får komplementære team der man tar utgangspunkt i ledernes kunnskap og ferdigheter og ut ifra det kan fordele og samarbeide om lederoppgavene. Selv om ledere bør samarbeide om oppgavene sine, er utfordringen at det ikke er lett å fordele lederoppgaver. Det er derfor i min studie relevant å se på hvordan avdelingsledere utøver lederrollen og tar ansvar for sine oppgaver i samhandlingsprosesser. Adizes (1995) teori om lederroller og behovet for komplementære team er derfor relevant for min studie. Med denne lederteorien som utgangspunkt, vil jeg belyse faktorer som påvirker lederrollen i samhandling mellom

tjenesteområder og at god samhandling fordrer at ledere samarbeider om oppgaver og deler på ansvaret, da ulike oppgaver krever ulike egenskaper.

Adizes (1995) peker på tre elementer som er avgjørende for effektiv gjennomføring av beslutninger. Første element er autoritet, som viser til en leders formelle rett til å ta beslutninger, uavhengig av evne, kunnskap, forbindelser og personlighet. Det andre elementet er makt som er evnen til å belønne eller straffe. En slik makt har også medarbeidere, da de kan utøve det ved å redusere samarbeidet. I organisasjoner der man er gjensidig avhengig av hverandre, har alle en form for makt. Det tredje elementet er innflytelse og det defineres av evnen til å få beslutninger eller oppgaver gjennomført uten bruk av autoritet eller makt. En leder som har innflytelse, er likevel avhengig av samhandling med andre for å få gjennomført beslutninger (Adizes, 1995). Samhandling er altså nødvendig for at ledere skal kunne utføre lederoppgaver, og ledelse er viktig for å lykkes med samhandling. Dette er noe av det jeg skal belyse i min studie.

3.3.3 Ledelse og samhandling

Kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten må forankres i ledelsen og det er nødvendig med gode arbeidsbetingelser for at pasientene skal oppleve sammenheng i tjenesten (Sogstad & Bergland, 2021). Ledelse er en forutsetning for at det skal komme noe ut av et samarbeid (Røiseland & Vabo, 2016), noe Hansen & Ramsdal (2014) støtter ved å vise til at det er behov for at ledere engasjerer seg sterkere i å etablere og utvikle samarbeidskultur. Eklund et al. (2014) peker også på at ansatte er avhengig av lederstøtte for å lykkes med samhandling. Et av forskningsspørsmålene i min studie er hvordan avdelingsledere beskriver behovet for samhandling mellom tjenester. Teorien viser at ledere har en viktig rolle i samhandlingsprosesser og det vil derfor være interessant å se hvordan avdelingsledere i min studie vurderer betydningen av egen rolle i samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor.

Røiseland & Vabo (2016) viser til at ledelsen skal dekke noen behov ved etablert samhandling. Det første er å legge til rette for de grunnleggende forutsetningene for samhandling, nemlig informasjonsflyt, kommunikasjon og kunnskapsdeling mellom aktørene. Det er viktig at deltakerne klarer å formidle egne meninger og ta stilling til andres og på den måten klarer å formulere en felles tilnærming. På denne måten kan ledelsen bidra til å knytte organisasjonen sammen på tvers ved samarbeid som representerer en måte å dele og utveksle

informasjon og kunnskap på. Det andre behovet ledelse skal dekke i samhandling er ifølge Røiseland & Vabo (2016) å sikre at aktørene har felles mål. Felles mål er sentralt for å bygge tillit mellom deltakerne og er med det et viktig utgangspunkt for struktur og ledelsens funksjoner i samhandlingen, også fordi tillit er det tredje og siste behovet ledelsen skal dekke ved samhandling. Det handler om forventninger til samarbeidet og om deltakernes fremtidige atferd for å imøtekomme disse. Forventninger kan dreie seg om kompetanse hos de øvrige deltakerne og deres kunnskap og evner som er avgjørende for å levere resultater (Røiseland & Vabo, 2016). Positive opplevelser av samarbeidet bygger tillit. Tillitsfulle relasjoner oppnås over tid og bidrar til god samhandling (Anderson et al., 2020; Danielsen & Fjær, 2010; Lien & Bjørke, 2003; Røiseland & Vabo, 2016; Torgersen & Steiro, 2009).

3.3.4 Lederes handlingsrom i samhandlingsinitiativ

Samhandling påvirkes av handlingsrom og på bakgrunn av det er et av forskningsspørsmålene jeg stiller i min studie hvilket handlingsrom avdelingsledere har for å legge til rette for samhandling. Alsvåg (2015, referert i Kassah & Tønnesen, 2016) hevder at det kreves et faglig handlingsrom der det er tid og rom til å gjøre helhetlige vurderinger av pasienter. Handlingsrommet begrenses av økonomiske ressurser, organisatoriske strukturer og juridiske forpliktelser (Tønnesen, 2011 referert i Kassah & Tønnesen, 2016). Helsetjenesten er presset på tid og oppgaver og alle verner om seg selv og skyver ansvar over på andre hvis det er mulighet for det (Tønnesen et al., 2016). For at en leder skal kunne iverksette endringsprosesser og oversette samhandlingsinitiativ, må en ha evne til å igangsette tiltak. Dette beskrives av Johnsen et al. (2007) som handlingskapasitet og består av hurtighet, autoritet og handlingsrom. Responstid er kritisk når organisasjonen er utsatt for endringspress, ledelsen må iverksette tiltak til riktig tid for å kunne utnytte organisasjonens endringsevne. Raskest mulig, er likevel ikke nødvendigvis best. Ledelse må tilstrebe at tiltak blir iverksatt til riktig tid. Autoritet hos ledelsen legitimerer maktutøvelse. Dersom ledelsen mangler autoritet, vil høyt tempo og stort handlingsrom ha redusert effekt. Johnsen et al. (2007) knytter ledelsens handlingsrom til organisasjonens grad av desentralisering. De beskriver handlingsrom som fordeling av makt og beslutningsmyndighet, formelt eller uformelt. Handlingsrom gir ledelsen makt og myndighet til å fatte beslutninger, mens autoritet er knyttet til aksept av maktutøvelse hos de som blir berørt av beslutningene.

Handlingsrom er en forutsetning for at ledere skal ha mulighet til å påvirke og forme organisasjonens mål og resultater (Espedal & Kvitastein, 2012). Lederes handlingsrom kan

beskrives både som subjektivt og formelt (Espedal & Kvitastein, 2012; Hambrick & Mason, 1984; Strand, 2007). Subjektivt handlingsrom er knyttet til holdninger, forventninger, vaner og uformell organisering, noe som vil påvirkes av leders kompetanse, motivasjon og tankesett (Espedal & Kvitastein, 2012). Der det er uklare og motstridende premisser for handling, kan ledere finne handlingsrom (Strand, 2007). De førende elementene som er rettet mot leders rolle kan beskrives som det formelle handlingsrom og består av regler, normer, ansvar og ressurser. Ledere i organisasjoner som i stor grad styres av krav, rutiner og prosedyrer vil ha mindre handlingsrom og mulighet til å velge mål eller midler. Likevel kan ledere finne mulighetsrom mellom krav og begrensninger som fremmer tillatelse mer enn forbud. Handlingsrom kan derfor også beskrives som et mandat til å utøve skjønn (Strand, 2007).

4. Metode

I dette kapittelet presenterer jeg studiens vitenskapsteoretiske forankring, forskningsmetoden jeg har benyttet for å innhente empiriske data og min analytiske tilnærming. I analysen har jeg fokus på å finne hvordan samhandlingsrutiner som er initiert av kommunen har påvirket og endret samhandlingen i pasientoverganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor. Videre vil jeg se etter hvilke former samhandling har tatt i de ulike tjenestene, hvordan avdelingsledere har oversatt ambisjoner om samhandling til konkrete initiativ i sin tjeneste og hvilket handlingsrom ledere har i iverksettelse av samhandling og endring av rutiner for samarbeid. Først presenteres min vitenskapsteoretiske tilnærming, valg av kvalitativ metode og forskningsdesign. Videre gjennomgås metode for innsamling av empiriske data ved hjelp av dybdeintervju, og til slutt redegjøres det for prosessen med å identifisere mine overordnede tema i analysen og hvordan jeg har tolket data.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Det er ulike måter å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenkning på. Malterud (2017) viser til at valg av metode som skal benyttes i en studie er avhengig av hvordan forskeren forstår virkeligheten og verden og hva man oppfatter som aktuelle, gyldige og relevante måter å undersøke verden på. Det er derfor nødvendig å gjøre rede for hvilket ståsted som er lagt til grunn i denne studien.

Når man skal redegjøre for hvordan man velger å tilnærme seg studiet av sosiale fenomen og hvordan frembringe kunnskap om dette, er *ontologi* og *epistemologi* to sentrale begrep. Ontologi viser til ulike oppfatninger av hva som er riktig forståelse av virkeligheten (Jacobsen, 2022) eller hvordan ting faktisk er (Tjora, 2021). Epistemologi beskriver den beste måten å forstå hvordan kunnskap tilegnes, altså læren om kunnskap og hva som er den korrekte måte (metode) å samle inn empiri på (Jacobsen, 2022). Dette kan ifølge Jacobsen (2022) oppsummeres i et skille mellom positivistisk og fortolkningsbasert tilnærming. Positivismen tar utgangspunkt i at virkeligheten og verden er stabile fenomen som kan observeres og måles som objektive fakta. En antar at samfunnet kan studeres på en nøytral måte og den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av kvantitative metoder som gir informasjon i form av tall (Jacobsen, 2022; Tjora, 2021). Ved fortolkningsbasert tilnærming eller sosial konstruktivisme er målet å få tak i menneskers virkelighetsforståelse. Sentrale elementer for forståelse og kunnskap er kultur, tekst og dialog (Malterud, 2017). Sosial konstruktivisme bygger på fenomenologi og virkeligheten betraktes som samfunnsskapt, da

den forstås på bakgrunn av ulike sosiale faktorer. Det vil si mennesker kan oppfatte samme fenomen forskjellig (Tjora, 2021). Forhold i samfunnet som tas for gitt, er i et sosialt konstruktivistisk perspektiv menneskeskapt og kan forandres til det bedre. En fordel med sosial konstruktivisme kan altså være at den bidrar til et mer kritisk blikk på etablerte «sannheter» (Ringdal, 2018).

Et fortolkende paradigme avviser tanken om at forskeren kan innta en nøytral rolle uten å påvirke hva man studerer (Malterud, 2017; Postholm, 2010). Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, valg av perspektiv og hva som regnes som relevant metode og utvalg. Spørsmålet er ikke om forskeren påvirker prosessen, men hvordan hen gjør det (Malterud, 2017). Det er derfor nødvendig å være bevisst på forskerens ståsted og rolle når man gjennomfører en studie.

Når man skal velge hvilken metode som er mest relevant i en studie, er problemstillingen avgjørende (Malterud, 2017; Ringdal, 2018). Min problemstilling spør etter hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling mellom ulike tjenesteområder i Trondheim kommune. Sett i lys av denne problemstillingen vil det ikke være hensiktsmessig med en positivistisk tilnærming der man tar utgangspunktet i en stabil virkelighet som kan observeres og måles som objektive fakta, da det ikke vil være overførbart til min studie som skal kartlegge avdelingslederens ulike erfaringer med, og variasjoner i fenomenet samhandling. Deres erfaringer vil påvirkes av sosiale faktorer som innebærer at fenomenet jeg er interessert i å undersøke kan forstås ulikt i ulike kontekster (Tjora, 2021). Samhandling kan altså studeres som noe menneskeskapt, som er under konstant påvirkning og endring. Mennesker påvirkes av konteksten de opptrer i, noe som er viktig å ta hensyn til når avdelingslederne skal beskrive behovet for samhandling og bruk av samhandlingsrutiner. Min studie har derfor en sosial konstruktivistisk tilnærming og bruker en kvalitativ forskningsstrategi.

4.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode beskrives av Malterud (2017) som en metode som «representerer en felles strategi for kunnskapsutvikling, forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra hermeneutisk filosofi, fenomenologi og sosialkonstruktivisme». Utgangspunktet for kvalitativ tilnærming er at virkeligheten er for kompleks til å reduseres til tall. Innsamling av data i form av ord åpner for flere nyanser (Jacobsen, 2022). Tjora (2021) viser til at kvalitativ metode preges av innlevelse og kreativitet, men også struktur og systematikk, noe også Malterud

(2017) beskriver ved at metoden innebærer et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling. Der kvantitativ metode vektlegger forklaring, legger kvalitativ metode vekt på *forståelse* og det er i kvalitative studier nødvendig med nærhet til deltakere (Tjora, 2021). Forskningsstrategien er derfor ofte basert på få enheter eller informanter (Ringdal, 2018), hvor man søker informanters opplevelse og meninger om et gitt fenomen (Tjora, 2021). Malterud (2017) beskriver kvalitativ metode som egnet for beskrivelse, analyse og fortolkning av alle slags fenomen, der målet er forståelse mer enn forklaring.

Kvalitativ metode er egnet for å få tilgang til refleksjoner, opplevelser og erfaringer (Sandvin et al., 2022). Det krever at man må snakke med mennesker, og gjøre analyser av deres intensjoner og erfaringer. Kvalitativ metode er en forskningsstrategi for beskrivelse, analyse og fortolkning av egenskaper eller kvaliteter ved fenomen som skal studeres. Det kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer. Det vil derfor være en nyttig metode for å vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Kvalitative tilnæringer passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017).

Ved bruk av kvalitativ metode produseres data i form av tekst og fremgangsmåten er *induktiv*, altså eksplorerende og empirisk (Malterud, 2017). Tjora (2021) og Jacobsen (2022) beskriver at ved induktiv tilnærming, trekkes slutninger fra det enkeltstående til det allmenne, en innhenter data om et fenomen man skal forstå, for deretter innhente teori for å forstå og tolke data.

Hensikten med min studie er å finne hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling i pasientoverganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune, og med det belyse samhandlingsbehov, hvordan avdelingsledere oversetter samhandlingsinitiativ og om samhandlingsrutiner legger til rette for god samhandling. For å finne svar på dette vil det være hensiktsmessig å snakke med avdelingsledere fra alle tre tjenesteområdene og de ansvarlige for utarbeidelsen av samhandlingsrutinen, for så gjøre en analyse av deres erfaringer. Malterud (2017) beskriver samtaler som informasjonsutveksling og sosial samhandling. Med bakgrunn i dette vil en kvalitativ, fortolkningsbasert forskningsstrategi være best egnet, hvor dybdeintervju benyttes for å innhente tanker, vurderinger og opplevelser fra utvalgte informanter som danner grunnlaget for en kvalitativ analyse.

4.3 Studiens design

Studiens design beskriver forskerens plan eller skisse for undersøkelsen (Ringdal, 2018). Ved valg av design tas utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål og bestemmes ut fra om ønsket er å gå i dybden, et *intensivt* design, eller i bredden, altså et *ekstensivt* design. I tillegg må forskeren velge om tilnærmingen skal være kvalitativ eller kvantitativ. Som beskrevet i forrige kapittel er metoden i denne studien kvalitativ. Problemstillingen og forskningsspørsmålene er eksplorerende eller utforskende, hvor det søkes forståelse av fenomenet samhandling, noe som krever en åpen og fleksibel tilnærming (Jacobsen, 2022). Tilnærmingen er derfor intensiv med mindre antall enheter, for å kunne gå mer i dybden og finne detaljer og nyanser.

Formålet med min studie er å finne en dypere forståelse av samhandling mellom tre tjenesteområder i Trondheim kommune. Tjenesteområdene er organisert ulikt og har forskjellig handlingsrom, både økonomisk og med tanke på faglige ressurser. Kontekst vil derfor kunne ha betydning for opplevelse samhandling. For å finne hvilke erfaringer avdelingsledere i de ulike områdene har med samhandling, må jeg velge enheter som skal undersøkes. En studie av en eller noen få undersøkelsesenheter kalles ifølge Jacobsen (2022) for en *case*. Felles for casestudier er at studieobjektet er avgrenset i tid og rom og at det som studeres skjer i den konteksten der fenomenet utvikler seg. En strategi for å avgrense et prosjekt er å enten bruke en eller flere caser, eller velge ut deltakere til studien med bakgrunn i spesielle kriterier, altså et kriterieutvalg (Tjora, 2021). For å kunne velge mellom case eller kriterieutvalg må jeg ta utgangspunkt i studiens problemstilling. Casestudier benyttes for å generere kunnskap om selve casen, gjerne i tillegg til studiens deltakere. Kriterieutvalg er der man studerer noe uavhengig av en på forhånd eksisterende avgrensning og er knyttet til deltakerne som erfaringer, opplevelser, problemer og så videre. I og med at jeg i min studie sammenligner hvilke erfaringer avdelingsledere i hjemmetjenesten, helsehus og helse- og velferdskontoret har med samhandling mellom tjenesteområdene, er det forhåndsdefinerte grenser for hva og hvem undersøkelsen inkluderer og ekskluderer, noe som gjør at dette kan betegnes som en komparativ casestudie (Tjora, 2021). Jeg har som ambisjon å sammenligne og diskutere likheter og forskjeller på hvilke samhandlingsbehov avdelingsledere ved de tre tjenesteområdene har, kriterier de mener må være til stede for å lykkes med samhandling, hva de opplever som barrierer, hvordan de oversetter samhandlingsinitiativ og samhandlingsrutiner og hvordan lederrollen og muligheten til samhandling påvirkes av avdelingsledernes handlingsrom.

I casestudier kan man benytte seg av alle mulige metoder for å innhente data, intervjuer, observasjoner, survey, dokumentstudier og så videre, gjerne kombinasjon av flere (Tjora, 2021). Datainnsamling er ifølge Malterud (2017) å etablere egne empiriske data som skal systematiseres, fortolkes og sammenfattes i analysen. Jeg har i min studie samlet inn empiriske data ved hjelp av intervju og fremgangsmåten beskriver jeg i neste underkapittel.

4.4 Innsamling av empiriske data

Hvilken metode som skal benyttes ved innsamling av empiriske data påvirkes av innholdet i problemstillingen og da er det ifølge Jacobsen (2022) nødvendig å avklare fire forhold. Det første er en undersøkelses *variabler*, altså hva man er interessert i å belyse. Det kan være et fenomen, en tilstand eller prosess. Det andre er *enheterne* man ønsker å undersøke, som viser til hvem man er interessert i. Hvor undersøkelsen skal finne sted er det som kalles *romlig kontekst* og når den skal finne sted er *tidsmessig kontekst*. Variabler og enheter danner kjernen i problemstillingen, mens romlig og tidsmessig kontekst representerer rammen for undersøkelsen.

For å finne hvilke erfaringer avdelingsledere har med intern samhandling i Trondheim kommune, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming og et intensivt design. Det krever derfor innsamling av kvalitative data, noe Sandvin et al. (2022) hevder er egnet for å få tilgang til refleksjoner, opplevelser og erfaringer. Ved innsamling av kvalitative data, beskriver Jacobsen (2022) at de vanligste metodene er eksisterende kvalitative kilder som dokumenter, individuelle åpne intervju, fokusgruppeintervju og observasjon. Metoden som benyttes påvirker dataenes gyldighet, også kalt *validitet*, da det kan diskuteres om metoden er egnet til å finne svar på problemstillingen. Metode for datainnsamling påvirker også dataenes pålitelighet, både fordi selve metoden kan påvirke resultatene, men også at alle metoder fører til at noe informasjon systematisk faller ut.

I de fleste studier finnes relevante dokumenter som gir nødvendig informasjon ut over egne innsamlede data (Tjora, 2021). Et av forskningsspørsmålene i min studie er hvilke samarbeidsrutiner som eksisterer for tjenestene og i hvilken grad de tas i bruk. En av Trondheim kommunes samhandlingsrutiner (vedlegg 3) gir retningslinjer for samarbeidet og ansvars- og oppgavefordeling i pasientoverganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor. Dokumentet er derfor relevant for min studie og er inkludert som en del av datainnsamlingen og videre i den empiriske analysen.

Tjora (2021) viser til intervju som en egnet metode til å utforske menneskers oppfatning av virkeligheten, hvordan individer tolker sin verden og hvordan dette har betydning for handling og samhandling. Min studie ønsker å belyse avdelingslederens erfaringer med samhandling og bruken av samhandlingsrutiner, og intervju er derfor valgt som metode for innsamling av empiriske data. Det finnes ulike former for intervju. Spørreundersøkelser er eksempel på strukturerte intervju der det ofte benyttes lukkede spørsmål, mens dybdeintervju er mer fleksible og består for det meste av åpne spørsmål. Utfordringen med åpne spørsmål er at data er vanskeligere å sammenligne fordi spørsmålene som stilles til hver informant vil variere (Ringdal, 2018). Jeg ønsker i min studie å sammenligne erfaringer med samhandling fra de ulike tjenesteområdene, og har brukt intervjuguide for å strukturere intervjuene noe slik at jeg kan stille sentrale spørsmål forholdsvis likt. Jeg har derfor valgt *semistrukturerte dybdeintervju* som metode for å innhente data. Malterud (2017) hevder at semistrukturerte dybdeintervju er en god fremgangsmåte for å lære mer om menneskers erfaringer og opplevelser. Ulempen er at det er tidkrevende og begrenser muligheten for antall deltakere. Fokusgrupper eller gruppeintervju er en tidsbesparende måte å innhente data fordi man som forsker får informasjon fra en gruppe personer på kort tid (Ringdal, 2018). Jeg valgte likevel ikke det i min studie, fordi noen deltakere kan dominere diskusjonen i grupper og det kan hindre at individuelle synspunkter kommer frem.

4.4.1 Utvalgsriterier for informanter i studien

I en studie vil man under utarbeidelsen av problemstillingen foreta valg knyttet til tema, fenomen og kontekst. Det er viktig å være bevisst på at det man undersøker alltid er et utsnitt av temaer og fenomener, kontekst, tid og personer og hendelser, noe som må tas hensyn til ved utvalg av *enheter*. Utvalget av enheter har stor betydning for undersøkelsens pålitelighet. Hva som betegnes som enhet avhenger av datainnsamlingsmetoden. Ved individuelle intervju er enheter personer (Jacobsen, 2022) og i min studie er avdelingsledere fra de ulike tjenesteområdene og de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen valgt ut som enheter eller informanter.

Kvalitative data, altså tekster, kjennetegnes av at de er omfattende og komplekse, noe som betyr at de er ressurskrevende å samle inn og analysere. Målet er å finne nyanser og detaljer og for å kunne gjennomføre det, er det begrenset hvor mange informanter som kan inkluderes (Jacobsen, 2022). Kriterier for utvalg av informanter knyttes tett opp til problemstillingen og på bakgrunn av det viser Jacobsen (2022) til at utvalget i kvalitative metoder er formålsstyrt.

Det vil si at formålet med undersøkelsen bestemmer hvilke enheter som skal studeres. For å finne hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling i overganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor, har jeg derfor gjort et *strategisk utvalg* av informanter sammensatt ut fra mål om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Det er derfor hensiktsmessig med informanter som representerer alle tjenesteområdene og målet var å intervju tre avdelingsledere fra hvert område. Det ble sendt forespørsler på e-post til sytten avdelingsledere, hvorav fem ikke ønsket å delta, tre svarte ikke på henvendelsen og et intervju ble avlyst. I og med at det var flere som ikke ønsket å delta er utvalget skjevt og derfor er det kun intervju med to avdelingsledere fra hjemmetjenesten, mens det er tre fra helsehus og helse- og velferdskontor. Det er til sammen gjennomført intervju med åtte avdelingsledere (tabell 4.1).

Som et samhandlingsinitiativ og strategi for god samhandling, har Trondheim kommune innført rutinen “*Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte tjenester*” (vedlegg 3). Rutinen er utarbeidet av en arbeidsgruppe sammensatt av ledere fra ulike tjenesteområder i kommunen og den legger føringer for samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i pasientoverganger. I og med at min studie søker svar på hvordan samarbeidsrutiner kan legge til rette for god samhandling, er lederne som var med i denne arbeidsgruppen og hadde ansvar for utarbeidelsen av samhandlingsrutinen forespurt på e-post om å delta i studien og de er derfor inkludert. På den måten kan de bidra til å belyse bakgrunnen for innføring av samhandlingsrutinen og om den er implementert og tatt i bruk i henhold til intensjonen. Jeg endte da opp med til sammen elleve informanter i min studie (tabell 4.1).

Tabell 4.1: oversikt over inkluderte informanter.

	Informanter
Helsehus	3 avdelingsledere
Hjemmetjeneste	2 avdelingsledere
Helse- og velferdskontor	3 avdelingsledere
Ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen	3 mellomledere
Totalt	11 informanter

Da jeg sendte ut forespørsel om deltakelse i studien, ble det lagt ved informasjons- og samtykkeskjema (vedlegg 1). Etter hvert som deltakerne takket ja til å delta i studien min, ble

de fortløpende kodet etter hvilket tjenesteområde de tilhører og rekkefølgen intervjuene skulle gjennomføres. Dette for å sikre anonymitet.

4.4.2 Dybdeintervju

Dybdeintervju er ifølge Tjora (2021) egnet til å utforske menneskers oppfatning av virkeligheten, hvordan individer tolker sin verden og hvordan dette har betydning for handling og samhandling. Ved bruk av semistrukturerte dybdeintervju, kan man lære mer om menneskers erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017; Tjora, 2021). Sandvin et al. (2022) viser til at den mest egnede metoden å forske på hvordan tjenesteytere forstår samhandling, er intervju. Det er derfor i min studie gjennomført intervju med elleve utvalgte informanter, for å innhente deres erfaringer med samhandling, tanker og opplevelser fra disse erfaringene, hvor dette danner grunnlaget for en kvalitativ analyse.

Semistrukturerte dybdeintervju er en fri samtale om spesifikke tema som er forhåndsbestemt av forskeren. Målet med intervjuet er at informanten skal reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til temaet. Spørsmålene som stilles er åpne og de tillater og ønsker digresjoner (Tjora, 2021). Jeg hadde avsatt en time for hvert intervju og de ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. Intervju bør ifølge Tjora (2021) gjennomføres på arbeidsplassen dersom tema er arbeidsrelatert. I forkant av intervjuene hadde jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2), med tema som tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene (tabell 4.2). Det sikrer at alle temaene jeg vil undersøke, blir tatt opp i intervjuene (Jacobsen, 2022). Jeg valgte å gjennomføre intervjuene individuelt for å gi informantene tid og rom til å hente frem erfaringer. Intervjusituasjoner med ro og fortrolighet gir god ramme for historier og erindringer om sammenhenger (Malterud, 2017).

Tabell 4.2: Forskningsspørsmål knyttet til tema i intervjuguidene.

Forskningsspørsmål	Tema
1. Hvordan beskriver avdelingsledere behovet for samhandling mellom tjenester?	1.1 Tjenestebehov og utvikling 1.2 Samhandlingsbehov
2. Hvilke samarbeidsrutiner eksisterer for tjenestene og i hvilken grad tas disse i bruk?	2.1. Samhandlingsrutiner
3. Hvilket handlingsrom har avdelingsledere for å legge til rette for samhandling mellom tjenestene?	3.1 Ledelse og samhandling

Til forskningsspørsmål 1: «*Hvordan beskriver avdelingsledere behovet for samhandling mellom tjenester*» er det i intervjuguiden spørsmål som gjelder organisering av tjenestene. Det omhandler hva informantene mener er tjenesteområdenes viktigste oppgaver, om det har vært endringer over tid, om de har opplevd utfordringer ved levering av tjenester og om kjennskap til de andre tjenestene. Videre ønsker jeg å belyse hvilke samarbeid de ulike tjenesteområdene har behov for, hvordan de opplever samarbeidet i overganger mellom tjenestene i dag, utfordringer knyttet til samhandlingen, om de har opplevd endringer over tid og hvordan man kan sikre god samhandling.

Til forskningsspørsmål 2: «*Hvilke samarbeidsrutiner eksisterer for tjenestene og i hvilken grad tas disse i bruk*», har jeg stilt spørsmål om kjennskap til samhandlingsrutinen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune, hvordan denne benyttes og om det har vært uenigheter knyttet til rutinen. Videre spurte jeg informantene om de kan si noe om fordeler og ulemper med rutinen i forhold til samarbeid, om de har andre, uformelle rutiner og hva som kan forbedre rutiner for samhandling mellom tjenestene.

Til forskningsspørsmål 3: «*Hvilket handlingsrom har avdelingsledere for å legge til rette for samhandling mellom tjenestene*» vil jeg finne svar på hva avdelingsledere legger i begrepet samhandling, hvilket handlingsrom de har for å iverksette endringer, og hva ledere og de ulike tjenestene kan bidra med for å legge til rette for eller sikre god samhandling mellom tjenesteområdene. Avslutningsvis spurte jeg informantene om hvordan de kommuniserer ut behovet for samarbeid til sine ansatte og hvilke verktøy som er viktig for å sikre godt samarbeid.

Jeg brukte intervjuguiden som retningslinje og huskeliste under intervjuene for lettere å kunne holde fokus. Likevel er spørsmålene åpne i og med at jeg ønsker at informantene skal dele av egen erfaring. Informantene er blant annet oppfordret til å gi eksempler på hvor de har lyktes eller mislykkes i samhandlingen. Malterud (2017) viser til at man finner best kunnskap hvis deltakeren deler egne erfaringer, gjerne i form av konkrete hendelser. Jeg stilte avdelingslederne spørsmål som omhandler alle temaene, mens til de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen har jeg kun stilt spørsmål som omhandler samhandlingsbehov og samhandlingsrutiner. Intervju ingen nøytral rapportering av informantens erfaringer og opplevelser. Som forsker må man ta høyde for at meningen som produseres må ses i lys av kontekst og dynamikken i samtalen (Sandvin et al., 2022).

Etter intervjuene er gjennomført, er første steg i den kvalitative analysen renskrivning av data. Ideelt sett bør intervjuene der det er gjort lydopptak transkriberes, altså overføres fra tale til skrift i sin helhet (Jacobsen, 2022). Jeg har gjort en fullstendig transkribering av intervjuene og hvordan jeg har gått frem for å gjøre dette blir presentert i neste underkapittel.

4.4.3 Transkribering av intervju

Ved dybdeintervju anbefales lydopptak og fullstendig transkribering (Tjora, 2021). Jeg har derfor gjort lydopptak av intervjuene ved hjelp av «nettskjema» (Universitetet i Oslo, 2017), et undersøkelsesverktøy som kan benyttes til å lage, lagre og administrere undersøkelser og datainnsamling. Dette er en sikker måte å behandle data på og er godkjent av SIKT. Ved hjelp av mobiltelefon og bruk av appen «diktafon», er opptakene direkte overført og sikkert lagret på «nettskjema» etter intervjuene. Ingen opptak ble lagret på mobiltelefonen. Universitetet i Oslo (2017) anbefaler opptak med en vanlig diktafon i tillegg for at ikke data skal gå tapt i tilfelle feil under overføring til «nettskjema». For å sikre at jeg ikke mistet noe av dataen, brukte jeg en diktafon samtidig. Disse opptakene ble slettet med en gang vellykket overføring til sikker lagring i «skyen» var bekreftet.

Intervjuene har jeg transkribert fullstendig, men endret fra dialekt til bokmål.

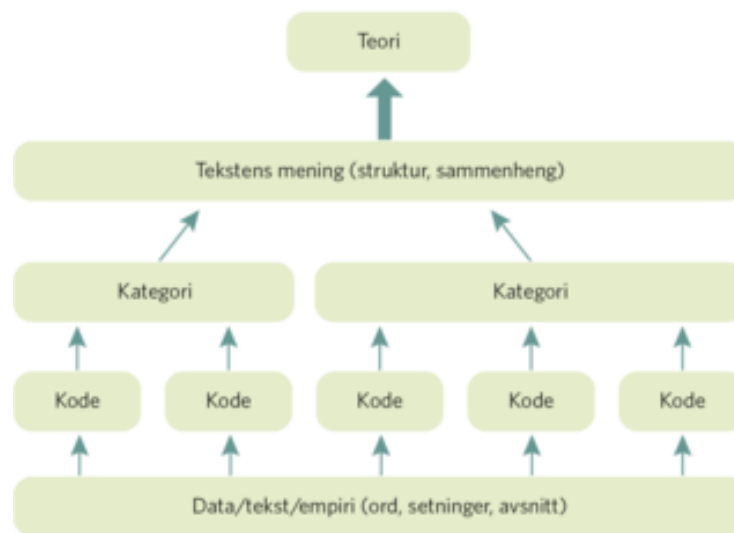
Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert i transkriberingen. «Nettskjema» kan transkribere intervjuene automatisk, men det fungerte ikke optimalt. Intervjuene er derfor transkribert manuelt, noe som var en tidkrevende prosess. Det som er positivt er at transkriberingen ga meg god oversikt over datamaterialet, noe som var en fordel når data skulle analyseres.

4.5 Analyse og tolkning av data

Målet med analysen er å strukturere og systematisere tekstene slik at man kan forstå hva de sier om problemstillingen jeg ønsker å belyse. Analyse av data gjøres innenfor en metodisk ramme og metoden benyttet for å analysere data i denne studien, er en induktiv innholdsanalyse. Innholdsanalyse er ifølge Jacobsen (2022) en samlebetegnelse for en rekke analyseteknikker med klare fellestrekk, hvor man skiller mellom der man tar utgangspunkt i det induktive, altså tekst/empiri eller det deduktive, som er mening/teori. Ved en induktiv tilnærming innhentes data og overføres til tekst, som her ved transkribering av intervju. Dette analyseres så med uformelle teknikker (Ringdal, 2018). Jacobsen (2022) viser til at man ved induktiv innholdsanalyse, tar utgangspunkt i tekst/empiri og kartlegger hvilke ord som brukes,

hvordan de brukes og hva som faktisk sies. En tar altså utgangspunkt i tekstene i seg selv. Corbin & Strauss (1998, som referert i Jacobsen, 2022) kaller induktiv innholdsanalyse for «*grounded theory*», som betyr databasert teoriutvikling, der logikken er at man beveger seg fra tekst/empiri til mening/teori som illustrert i figur 4.1.

Figur 4.1: Induktiv innholdsanalyse, fra data til teori (Jacobsen, 2022).



Den kvalitative analysen skal ved å sammenstille tekster gi mulighet for å påpeke mønster, regulariteter, spesielle avvik eller underliggende årsaker. Ved å trekke frem sentrale detaljer, kan man finne ny innsikt i et fenomen. Det vil derfor i en kvalitativ analyse være nødvendig å veksle mellom detaljer og helheten (Jacobsen, 2022). Transkribering av intervjuene ga en stor og uoversiktlig mengde med data. Jeg måtte derfor redusere kompleksiteten, altså forenkle og strukturere data for å få oversikt. Det første jeg gjorde var derfor å redusere teksten til mindre bestanddeler som ord, setninger eller avsnitt.

Målet med analysen er å bevare innholdet i empirien og jeg gjennomførte først en empirinær koding. Tjora (2021) beskriver at målet med koding er å finne essensen i data, redusere volum og legge til rette for å finne ideer på bakgrunn av detaljer i empirien. En induktiv empirinær koding kan også redusere forskerens påvirkning av forventninger i analyse av empirien. For å finne koder ble det brukt begreper i datamaterialet, altså var kodene tett på utsagn fra informantene (in-vivo koder). Både ord, utsagn, setninger og avsnitt ble brukt. Alle intervjuene ble gjennomgått på samme måte og nye koder ble opprettet underveis. Dette genererte et stort antall koder som da sammen med analysedata måtte struktureres. I neste steg ble kodene gruppert tematisk i kodegrupper eller kategorier. Kodegruppering gjøres induktivt

og koder der man finner innbyrdes tematisk sammenheng samles i grupper (Tjora, 2021). Etter at kodene var fordelt og samlet i kategorier, så jeg en tydelig sammenheng mellom kategoriene og tema i intervjuguiden. For å få oversikt over data og struktur i analyseprosessen, laget jeg en tabell med tema, underliggende kategorier og koder tilknyttet disse kategoriene (tabell 4.3).

Tabell 4.3: Presentasjon av tema, kategorier og koder.

Tema	Kategori	Koder
1.1 Tjenestebehov og utvikling	1.1.1 Organisering	1.1.1.1 Ressurser 1.1.1.2 Effektivitet 1.1.1.3 Kontinuitet
	1.1.2 Endring	1.1.2.1 Kompleksitet 1.1.2.2 Press på tjenesten
	1.1.3 Kompetanse	1.1.3.1 Rekruttering 1.1.3.2 Ressurspersoner 1.1.3.3 Helhetsforståelse
1.2 Samhandlingsbehov	1.2.1 Felles mål	1.2.1.1 Kjennskap, forståelse og tillit
	1.2.2 Møtepunkter	1.2.2.1 Nettverk 1.2.2.2 Hospitering
	1.2.3 Informasjonsflyt	1.2.3.1 Kommunikasjon 1.2.3.2 Dokumentasjon
	1.2.4 Fragmentering, en barriere for samhandling	1.2.4.1 Maktbalanse 1.2.4.2 Ulik praksis 1.2.4.3 Arbeidsmiljø
2.1. Samhandlingsrutiner	2.1.1 Hensikt og mål	2.1.1.1 Sikre pasientforløp 2.1.1.2 Effektivitet
	2.1.2 Fordeler	2.1.2.1 Ansvarsfordeling 2.1.2.2 Forventningsavklaring 2.1.2.3 Struktur
	2.1.3 Ulemper	2.1.3.1 Møtetidspunkt 2.1.3.2 Mange rutiner 2.1.3.3 Rutine følges ikke
	2.1.4 Behov	2.1.4.1 Initiativ 2.1.4.2 Sjekklistor 2.1.4.3 God implementering
3.1 Ledelse og samhandling	3.1.1 Lederrollen	3.1.1.1 Fasilitator 3.1.1.2 Rollemodell, veiviser 3.1.1.3 Involvere, støtte 3.1.1.4 Bindeledd
	3.1.2 Handlingsrom	3.1.2.1 Ressursmangel 3.1.2.2 Krysspress 3.1.2.3 Sykefravær 3.1.2.4 Prioritering

Jeg har lest de transkriberte intervjuene flere ganger, også etter koding og gruppering i kategorier. Etter gjennomlesning er det skrevet en empirisk analyse med mål om å binde delene sammen og med det finne en helhet. Prosessen med slik veksling mellom deler og helhet, der en skal binde sammen og prøve å forstå delene i lys av helheten som dannes, kaller Jacobsen (2022) for *hermeneutisk metode*. Jeg har også sett etter likheter og ulikheter i funnene hos informantene ved de ulike tjenesteområdene. Empirien er deretter tolket og sammenliknet med tidligere forskning og teori. Tolkning i forskningsprosessen gjøres ved å lese materialet og se etter mønster i datamateriale i lys av relevante teoretiske perspektiver (Malterud, 2017). En teoretisk analyse og hvor mine funn diskuteres i lys av teoretisk rammeverk presenteres i kapittel 6.

4.6 Kvalitetssikring - validitet og reliabilitet

I et forskningsprosjekt er det viktig med kritisk drøfting knyttet til kvaliteten på studien og konklusjonene man kommer frem til (Jacobsen, 2022; Miles & Huberman, 1994). Jacobsen (2022) bemerker at man ved studier må prøve å minimere problemer knyttet til gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Viktig begrep i kvalitetssikringen av studier er derfor intern gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (ekstern gyldighet). Ved refleksjoner knyttet til intern gyldighet, kan man stille spørsmål om man har fått tak i det man ønsker å få tak i. Når jeg skal ta stilling til min studies interne gyldighet, må jeg vurdere om resultatene oppfattes som riktige. En validering innebærer at forskeren stiller spørsmål om det er samsvar mellom virkeligheten og forskerens beskrivelse av virkeligheten. Dataenes gyldighet er derfor avhengig av kildene (Jacobsen, 2022). I kvalitetssikringen av min studie er derfor det første spørsmålet jeg stiller, om kildene er riktige. Gir de en sann representasjon av virkeligheten? Utgangspunktet for valg av kilder er problemstillingen og jeg har derfor valgt å intervju informanter fra alle tre tjenesteområder. Flere av de som ble spurt ønsket ikke å delta i studien. Jeg sendte forespørsel til sytten avdelingsledere, hvor åtte takket nei eller ikke svarte på henvendelsen. To av avdelingslederne som takket nei begrunnet avslaget med at de ikke hadde noe med samhandling å gjøre. Det ble også sendt ut forespørsel til de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen, og alle takket ja til å delta i studien. Det kan altså være en mulighet for at informantene som er inkludert i studien takket ja til å delta fordi de føler seg kompetente og trygge på samhandling og har kjennskap til samhandlingsrutinen. Dersom det stemmer kan det gi et upresist bilde på hvordan samhandlingen fungerer mellom tjenesteområdene, men også hvilken kunnskap og holdninger avdelingsledere har om

samhandling og samhandlingsrutiner. Det er også viktig å ta høyde for at det kan være at noen av de som ble forespurt om å delta vegret seg for å uttale seg om temaet, selv om jeg som forsker ikke har vurdert tema som sensitivt.

En annen faktor en som forsker må vurdere er om informantene gir riktig informasjon (Jacobsen, 2022). Med tanke på mine informanternes nærhet til fenomenet jeg studerer, altså samhandling mellom tjenesteområdene der de jobber, er informantene førstehåndskilder. Det gjør at man i større grad kan ha tiltro til informasjonen de gir (Jacobsen, 2022). Likevel er det viktig å vurdere om man kan stole på det informantene sier. Er det de sier troverdig og autentisk? (Miles & Huberman, 1994). Informantene har ulik erfaring som avdelingsledere, fra at de har hatt en lederrolle i et par år til de som har vært leder i flere år. De har likevel alle mange års erfaring i praksis og har god kjennskap til eget praksisfelt. Informantene er intervjuet uavhengig av hverandre og selv om de har noen ulike tolkninger, gir de et ganske likt bilde på erfaringer knyttet til avdelingslederrollen og intern samhandling i Trondheim kommune. Det kan tyde på at summen av informasjonen informantene gir, er en gyldig beskrivelse av samhandling i overføring av pasienter internt i kommunen. Informantene påpekte en viktig barriere for samhandlingen, og det var tidspunktet for samarbeidsmøter som var satt i samhandlingsrutinen. Intervjuene ble gjennomført kort tid før samhandlingsrutinen ble revidert. Tidspunktet for samarbeidsmøter mellom tjenesteområdene er endret etter revisjon og jeg vil derfor anta at dette ikke lenger er en like stor barriere for samhandlingen.

Forskeren som person påvirker forskningsprosjektet og resultatene, spesielt i kvalitative studier (Malterud, 2017; Tjora, 2021). For å vurdere studiens pålitelighet, må forskeren se på om det er noe ved selve undersøkelsen, datainnsamlingen og analysen som har skapt resultatene (Jacobsen, 2022). Jeg må derfor se etter om det er måter jeg kan ha påvirket datainnsamlingen. Jeg har jobbet i Trondheim kommune i mange år og som avdelingsleder ved helsehus de siste sju årene, men hadde ikke lenger rollen som avdelingsleder i perioden intervjuene er gjennomført. Erfaringen som avdelingsleder gir meg god kjennskap til organisasjonen og problemstillinger knyttet til intern samhandling. Fordelen med nærhet til organisasjonene er at det har vært lett å finne informasjon og aktuelle informanter. Det var også enklere å stille relevante oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Likevel kan min nærhet til organisasjonen påvirket datainnsamlingen, da en forsker som ikke har kjennskap, kunne stilt andre oppfølgingsspørsmål. Jeg har underveis i studien også hatt stort fokus på bevissthet rundt egen rolle, mulig forutinntatthet og tilstrebet å ha en objektiv tilnærming både under intervjuene, men også i analysen og tolkning av data. Miles & Huberman (1994) påpeker at

forskeren skal være troverdig og objektiv i fortolkningen av resultatene. Jacobsen (2022) presiserer at informantene påvirkes av hvordan forskeren opptrer i intervjusituasjonen og det kan ha innvirkning på hvilken informasjon de gir (Jacobsen, 2022). Det jeg erfarte tidlig i prosessen var at jeg måtte være bevisst på ikke å «legge ord i munnen på» informantene. Jeg må likevel ta høyde for at det kan ha skjedd. Informantene ble intervjuet på arbeidsplassen sin, slik at kontekst ble mest mulig naturlig med tanke på at fenomenet som skulle undersøkes var jobbrelatert.

For å si noe om studiens eksterne gyldighet, må man vurdere om resultatene kan overføres til andre kontekster. Ekstern gyldighet eller overførbarhet sier noe om i hvilken grad funnene i studien kan overføres til andre enn de som er undersøkt (Jacobsen, 2022). Det forteller noe om grenser og betingelser for hvordan funnene på en eller annen måte gir ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger. Overførbarhet er derfor en måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern validitet (Malterud, 2017). Styrken med kvalitativ metode er ifølge Jacobsen (2022) teoretisk generalisering. Teoretisk generalisering er å avdekke fenomener, etablere kausalmekanismer og avdekke forutsetninger for at noe skal ha effekt. Om funn i en kvalitativ studie også gjelder i andre kontekster eller for enheter som ikke er studert er vanskelig å si noe om. Det kommer gjerne av at det er få enheter som er undersøkt, noe som også er tilfellet i min studie. Informantene er valgt ut for at de kan belyse problemstillingen og gi god informasjon, men det er vanskelig å påstå at utvalget er representativt for en større populasjon.

Spørsmålet jeg også kan stille som forsker er om funnene er overførbare til andre enheter i samme kontekst og/eller kan overføres til andre kontekster. Funnene i min studie stemmer mye med tidligere forskning, noe som gir en indikasjon på at funnene kan være overførbare til andre kontekster. Dette gjelder spesielt i forhold til funn som belyser faktorer som er avgjørende for å lykkes med samhandling, men også det som oppleves som barrierer. Behovet for samhandlingsrutiner og behovet for god implementering ved hjelp av ansatte eller ledere med utvidet ansvar og kompetanse på dette, er også sammenfallende. En kan ifølge Jacobsen (2022) til en viss grad generalisere til en større populasjon av enheter, dersom flere studier fra ulike kontekster kan påvise det samme, noe den teoretiske analysen i min studie viser. En kan derfor si at min studie understøtter funn som er gjort i tilsvarende studier om samhandling innen helse- og omsorgstjenesten.

4.7 Forskningsetiske refleksjoner

Alle forskningsprosjekter skal vurderes ut fra noen grunnleggende etiske kriterier.

Forskningsetiske retningslinjer er verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som bidrar til å regulere studier. Det stilles spesielle krav til metode og det som kjennetegner god metodebruk. Sentralt er refleksjon knyttet til forskerens verdier og holdninger og hvordan det kan påvirke valg av problemstilling, metode og tolkning. I tillegg skal det være åpenhet om hvordan innsamling av data er gjort og hvordan data er behandlet (Jacobsen, 2022).

Informert samtykke en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker. Deltakere skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om man ønsker å bidra (Jacobsen, 2022; Malterud, 2017). I min studie fikk alle informantene ved forespørsel om deltakelse, tilsendt informasjon om studien og samtykkeskjema (vedlegg 1). Det er også sendt inn meldeskjema for personopplysninger i forskning til SIKT, kunnskapssektorens tjenesteleverandør, og studien er godkjent og fyller kravene til ivaretagelse av personvern. Det at man som forsker ivaretar personvern og anonymitet er sentralt i en studie, og man må sikre at innsamlede personopplysninger ikke spres til uvedkommende. For å kunne sikre informantenes anonymitet i min studie ble de etter hvert som de ble rekruttert, kodet med tall ut fra hvilket tjenesteområde de tilhører, og rekkefølgen intervjuene er gjennomført. Dette for å sikre at det ikke er mulig å identifisere informantene. Intervjuene er kodet med de respektive kodene og lagret som lydopptak på nettskjema, som automatisk slettes når studien er ferdigstilt. Transkripsjoner er anonymisert og lagret på NTNUs server på en sikker måte i henhold til reglene for oppbevaring av forskningsdata. Ved presentasjon av empiriske funn har jeg vært bevisst på at det ikke skal være mulig å identifisere hvem opplysningene kommer fra. Informantene omtales derfor som avdelingsleder eller ansvarlig for utarbeidelse av samhandlingsrutinen.

Til slutt er det viktig å presisere at denne studien er forskning i egen organisasjon, noe som jeg som forsker må være bevisst på. Det er fordeler med studier som gjøres i egen organisasjon, blant annet at man har lettere tilgang til informasjon, man møter ofte større åpenhet og tillit, har kjennskap til uformelle strukturer og språk og kan lettere vurdere kvaliteten på informasjonen (Jacobsen, 2022). Det er likevel viktig å være bevisst sin egen forforståelse slik at det i minst mulig grad påvirker resultatene. En annen ulempe Jacobsen (2022) presenterer er at man kan ha «blindsoner». Det er enkelte sider ved organisasjonen man er opplært til å ikke se. I tillegg kan det være vanskelig å holde kritisk avstand på grunn av egne erfaringer og meninger og kan oppfattes som partisk selv om man klarer å holde en

nøytral tilnærming. I hele denne prosessen har jeg tilstrebet å ha et objektivt blikk på studien, men det er likevel viktig å ta høyde for at min nærhet til organisasjonen som studeres kan være en svakhet ved studien.

5. Empirisk analyse

I den empiriske analysen er målet å strukturere og systematisere empiriske data for å finne forståelse av hva data sier om problemstillingen jeg ønsker å belyse. Jeg har valgt en induktiv innholdsanalyse som fremgangsmåte i gjennomgangen av mine data og jeg har hele tiden hatt fokus på problemstilling og forskningsspørsmål i min analyse der jeg har identifisert relevante tema, tekstutdrag og tilhørende koder. Hvordan samhandling oversettes fra politisk masteridè, inn i organisasjonen og videre ned til enhets- og avdelingsnivå i Trondheim kommune, er utgangspunktet for min studie. For å finne svar på dette har jeg satt søkelyset på samhandling ved pasientoverganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor, der jeg har innhentet intervjudata fra avdelingsledere. I tillegg har jeg også analysert samhandlingsrutinen som gir retningslinjer for samarbeidet mellom de tre tjenesteområdene og intervjuet de ansvarlige for utarbeidelsen av denne rutinen. I og med at min studie er en komparativ casestudie vil jeg underveis i den empiriske analysen se etter likheter og ulikheter i forhold til erfaringer avdelingsledere fra de ulike tjenesteområdene har med samhandling og samhandlingsrutiner, samt hvordan de fortolker overordnede ambisjoner om samhandling.

I analysen av intervjudata har jeg identifisert følgende fire overordnede tema som jeg også legger til grunn for presentasjonen av mine funn:

- tjenestebehov og utvikling av koordinerte tjenester
- samhandling for å sikre gode overganger
- erfaringer med samhandlingsrutiner
- ledelse av samhandling

Under første hovedtema, tjenestebehov og utvikling av koordinerte tjenester, presenterer jeg det de ansvarlige for utarbeidelsen av samhandlingsrutinen sier om samhandlingsbehov og bakgrunnen for initiativet til samhandlingsrutinen. Her beskrives også samhandlingsrutinen nærmere og hvilke føringer den legger for samhandlingen mellom tjenesteområdene. I andre hovedtema, samhandling for å sikre gode overganger, viser jeg hvilke faktorer avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret peker på som de mener er avgjørende for å sikre gode overganger mellom tjenestene. Mine funn viser her at det de anser som viktigst er tillit til hverandres kunnskap og kartleggingsverktøy, felles møtepunkt og nettverk, hospitering og informasjonsflyt. Deretter presenterer jeg det avdelingslederne peker på som barrierer for å sikre gode overganger mellom tjenestene. De

viser til en ubalanse i maktforholdet mellom tjenestene og behovet for vedtak med fokus på klar ansvarsfordeling og integrerte tjenester.

Tredje hovedtema tar utgangspunkt i avdelingslederens erfaringer med samhandlingsrutiner og om rutiner kan bidra til å imøtekomme samhandlingsbehov og med det bidra til å sikre gode overganger mellom tjenestene. Videre vil det være interessant å se om det er forskjeller i hvordan avdelingsledere ved de ulike tjenestene har tolket og iverksatt samhandlingsrutinen. Det fjerde og siste hovedtema er ledelse av samhandling. Avdelingsledere har en viktig rolle ved innføring av nye strategier og rutiner. Formålet er her å belyse hvordan avdelingsledere oppfatter det å lede samhandlingsprosesser, hvilke utfordringer peker de på og betydningen samhandlingsrutiner har for ledelse av samhandlingsprosesser.

5.1 Tjenestebehov og utvikling av koordinerte tjenester

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Trondheim kommune har helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor ulike ansvarsområder og oppgaver knyttet til pasientforløpene. Helse- og velferdskontoret innvilger helse- og omsorgstjenester og/eller bolig til innbyggere som har behov for det, med mål om rett tjeneste, til riktig pasient, til riktig tid. Helsehusene kartlegger pasientenes ressurser, observerer, behandler og rehabiliterer. Press på tjenestene og manglende tilbud gjør at det er en forutsetning at eldre bor lengst mulig hjemme, så den viktigste oppgaven til hjemmetjenesten er derfor å tilrettelegge, tilpasse tjenesten, og imøtekomme behov og behandling som kreves for at det skal være mulig. I min studie sammenligner jeg disse tre tjenesteområdene, hvordan de samhandler i pasientoverganger og om samhandlingsrutinen sier noe om overgangene mellom tjenestene. En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen aktualiserer dette og sier: «Det at vi kjenner tjenestetilbudet ellers i kommunen og vice versa, er innmari viktig for å få til gode pasientforløp, sømløse overganger [...] for det er i de overgangene mellom tjenestene [...] der er pasienter og pårørende veldig sårbare».

De ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen peker på et økende behov for samarbeid og koordinering mellom kommunale tjenesteområder for å sette helsetjenestene i stand til å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer. De beskriver et høyt press på helsetjenestene i forhold til utskrivningsklare pasienter fra sykehus, mange komplekse og motstridende krav og oppgaver, knapphet på ressurser og manglende tilgang på nødvendig kompetanse og ikke minst behovet for effektive og gode pasientforløp med sømløse overganger. Dette utfordringsbildet presenterer de som bakgrunnen for initiativet til

utarbeidelsen av samhandlingsrutinen (vedlegg 3), et oppdrag de fikk i 2017. Arbeidsgruppen var sammensatt av ledere fra ulike tjenesteområder. De beskriver prosessen som tidkrevende og det tok flere år før samhandlingsrutinen var ferdigstilt og klar til implementering.

Samhandlingsrutinen har som formål å sikre hensiktsmessig utnyttelse av ressurser som ligger i de ulike tjenestene og sikre bedre og effektive pasientforløp ved å legge til rette for erfaringsutveksling mellom helsepersonell. Fokuset er på å bedre pasientenes funksjon, mestring og selvstendighet, med mål om at pasienter skal reise hjem så raskt som mulig fra helsehus. Tjenesteområdene skal ved hjelp av samhandling bidra til framdrift i pasientforløpet, sikre gode overganger mellom tjenestene og med det trygge pasienter og pårørende i større grad.

Samhandlingsrutinen har en detaljert arbeidsbeskrivelse og hvordan *informasjonsflyten* mellom tjenesteområdene skal være beskrives først. Før innleggelse ved et helsehus skal pasientene ha en klar målsetting, noe helse- og velferdskontoret har ansvar for. Ved endringer i behov under opphold på helsehus, er det tydeliggjort hvem som skal orienteres, når og hvordan. *Samarbeidsmøter* skal alltid gjennomføres dersom pasientenes behov endrer seg. Hensikten med samarbeidsmøter er å koordinere pasientforløpet og utforme en felles plan videre. Alle aktuelle tjenester er forpliktet til å delta på slike samarbeidsmøter.

Samhandlingsrutinen beskriver ansvars- og oppgavefordeling i forberedelse og gjennomføring av disse møtene, både hvem som skal initiere de, tidspunkt og lengde, hvem som er møteleder, tema for møtene, hvilken informasjon som skal gis og av hvem. *Samarbeidsmøter* er altså det rutinen har størst fokus på, hvor målet er at helsepersonell kobler på hverandre tidlig og møtes for informasjon- og kunnskapsoverføring. En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen presiserer at samhandling mellom helsepersonell er viktig for å lykkes i overganger mellom tjenester: «En ting er samhandling som skjer på enhetsleder- og avdelingsledernivå. Men den viktigste samhandlingen er den som skjer per pasient. At vi får til gode forløp og god samhandling der» (en av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen).

Samhandlingsrutinen er tilgjengelig for ansatte i Trondheim kommunes kvalitetssystem TQM, eller *kvaliteket*, der det finnes utallige prosedyrer, rutiner og arbeidsprosesser knyttet til organisering, roller og ansvar. Rutiner som er godkjent og tilgjengelig i kvalitetssystemet, skal brukes av ansatte i Trondheim kommune og er førende for tjenesteutøvelsen og med det hvordan samhandlingen mellom tjenesteområdene skal være. Ansatte er pålagt å følge rutiner. Dersom rutiner ikke følges skal det skrives avvik, men for at ansatte skal være i stand til å

følge rutiner må de være kjent med dem. En samhandlingsrutine kan være med å underbygge og styrke et samarbeid, men det krever altså kjennskap til rutinen og god implementering. De ansvarlige som var med å utarbeide samhandlingsrutinen stiller spørsmålsteget ved om alle ansatte er kjent med rutinen og som en av de sier: «Den er ikke godt nok kjent [...] Så spørsmålet er hvordan skal vi få det til bedre? Hvis det ikke er noe galt med rutinen, så er det jo praksisen vår vi må endre». Intensjonen er at avdelingsledere skal ha hovedansvaret for å implementere samhandlingsrutinen til sine ansatte, men en av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen sier at avdelingslederne mangler handlingsrom: «Vi må bruke avdelingslederne, men de har jo en ganske pressa hverdag. Alt som skal innføres da, krever også tid for ledelse. Uten at man skal skylde på det, men det er faktisk et kapasitetsproblem» (en av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen).

Videre peker en av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen på at tjenestene har mange fokusområder samtidig som ikke kan prioriteres bort. Eksempler på slike fokusområder er legemiddelhåndtering, ernæring, primærkontaktrollen, pårørendearbeid, økonomi, rekruttering og samhandling. Kombinert med mange driftsoppgaver fører dette til at ledere og ansatte ikke får god nok tid til å sette seg godt inn i strategier og rutiner, noe som også påvirker organiseringen av arbeidet og implementeringen av nye rutiner og retningslinjer:

Det er fryktelig mye ting som skal følges opp og så tenker vi at nå skal vi ha fokus på det her, så kommer det ofte nye ting som forstyrrer det vi har blitt enige om. Vi får liksom aldri tid til å jobbe og få det litt godt nok innenfor huden og så få det implementert godt nok i alle ansatte.

(En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen).

De ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen beskriver tjenestene som er preget av høyt press på grunn av antallet utskrivningsklare pasienter fra sykehus. I tillegg viser de til en økt kompleksitet i forhold til pasientforløpene. Pasientene er sykere og skrives gjerne tidligere ut fra sykehus med mer omfattende hjelpebehov. De peker på at utfordringen med dagens organisering og tjenestetilbud er manglende effektivitet i forløpene. Noe av årsaken til det er manglende samhandling i overganger mellom tjenestene. Tjenesteområdene er fragmenterte og har ikke god nok kjennskap til hverandre. Rutinene for samhandling følges ikke i stor nok grad og tjenestene er ikke raske nok til å koble på hverandre. Videre peker de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen på at det de siste årene har blitt et økt administrativt fokus som fører til at helsepersonell har mindre pasientnær tid, noe som påvirker

samhandlingen og overganger mellom tjenestene. Årsaken til dette er at systemene ansatte skal håndtere og kravene man skal levere på, krever mer administrativ tid. En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen beskriver det slik:

Den administrative tida, den går også med til å please en god del system som vi har, for nettopp å kunne hente ut rapporter og tall, for det er veldig målbart. Samhandling i seg selv er litt vanskelig å måle.

Innføringen av det nye journalsystemet Helseplattformen har også ført til et økt behov for administrativ tid, både i forhold til kompleksiteten med journalsystemet, men også i forhold til å koordinere pasientforløp og overganger mellom tjenestenivåene. Store mengder opplysninger gjør at systemet er uoversiktlig og kan bidra til at nødvendig informasjon ikke kommer frem. De ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen sier det er tidkrevende å finne viktige og relevante opplysninger, noe som underbygger behovet for bedre samhandling for å kunne sikre informasjonsflyt og gode overganger mellom tjenesteområdene.

5.2 Samhandling for å sikre gode overganger

For at kommunen skal kunne gi nødvendige tjenester til de som trenger det, er det avgjørende at eldre er mest mulig selvstendige og bor hjemme lengst mulig med minst mulig tjenester, noe som krever god samhandling mellom tjenesteområdene i kommunen. Avdelingsledere fra både helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor er enige om at målet med samhandling er å få til gode helsetjenester som er trygge og forutsigbare, og som gir en god flyt i pasientforløpene med gode overganger. En avdelingsleder fra helsehus hevder at Trondheim kommune ikke har hatt fokus på intern samhandling tidligere, men at dette er i endring og at flere rundt om på kommunale enheter nå viser en vilje til å få til noe. Dette støttes av avdelingsledere fra alle tre tjenesteområder og de beskriver samhandlingen mellom tjenesteområdene som bedre enn tidligere, men alle presiserer at det fortsatt må jobbes mye med samhandling fremover. De sier at god samhandling dreier seg om å koble på hverandre tidlig, der man møtes og eier pasientforløpet sammen, det å få til ting i fellesskap, at man forstår at løsningene ikke alltid er gitt, og at man ikke finner dem alene. Felles strategier og forståelse for fellesansvaret er avgjørende for å lykkes med pasientforløpene og overganger mellom tjenesteområdene. En avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret er opptatt av at fellesskap og god samhandling kan gi positive ringvirkninger, ikke bare til pasienter og

pårørende, men også hos ansatte: «Det vi får til i lag, gir en større mestringsfølelse enn det du får til alene. Teamarbeid er jo uvurderlig» (avdelingsleder, helse- og velferdskontor).

For å sikre god samhandling er det ifølge avdelingslederne behov for felles forståelse og systemforståelse hos alle ansatte. Det handler om rolleforståelse, både for hverandre, men også for egen rolle og at man jobber mot samme mål. Avdelingslederne peker på flere faktorer som er avgjørende for å sikre gode overganger mellom tjenestene og mine hovedfunn viser at de viktigste er tillit til hverandres kunnskap og kartleggingsverktøy, felles møtepunkt og nettverk, hospitering og informasjonsflyt.

Graden av tillit til andre tjenesteområder påvirker overganger mellom tjenestene.

Helsepersonell må ha *tillit* til faglige vurderinger som gjøres av andre fagpersoner og tjenester. En avdelingsleder fra helsehus undrer på om tilliten mellom de ulike enhetene kanskje ikke er godt nok forankret, og at det er årsaken til at man bruker sine egne kartleggingsverktøy. Kartlegging av pasienter kan være omfattende og innebærer blant annet kognitiv funksjon, psykisk helse, kommunikasjon, syn og hørsel, trygghet, sirkulasjon og respirasjon, hud og sår, smerte, mobilitet, ernæringsstatus og så videre. Selv om en tjeneste har kartlagt pasientstatus, gjøres det ofte på nytt når en annen tjeneste overtar ansvaret. Man stoler rett og slett ikke på kartlegginger som er gjort av andre tjenester. Dette fører til unødig dobbeltarbeid, manglende effektivitet og forsterker silotenkningen. Det er avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjenesten som i størst grad belyser slik mangel på tillit, samtidig som at de er tjenester som beskriver en arbeidshverdag med mye press på oppgaver og mangel på tid. Helse- og velferdskontoret stoler i hovedsak på kartlegginger gjort av helsehus og hjemmetjenesten, selv om avdelingsledere der sier de av og til utfordrer vurderingene som er gjort. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret har god kjennskap til helsehus og hjemmetjenesten, viser til mer tillit og sier at de ikke gjør nye kartlegginger dersom det foreligger en kartlegging fra før. På bakgrunn av dette kan man stille spørsmål om, dersom helsehus og hjemmetjeneste får mer kjennskap til andre tjenesteområder, kan det bidra til mindre dobbeltarbeid og frigjøre tid til andre oppgaver? En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret presiserer at det er viktig at tjenestene har kjennskap til hverandre:

Det er mye vi kan rydde opp i med god dialog og samhandling. Sånn at det å kjenne til hverandre og vite hva det er hjemmetjenesten kan gjøre, hva det er helsehusene kan gjøre, hva det er helse- og velferdskontoret kan gjøre, hva er mandatene til de forskjellige enhetene, tror jeg er viktig.

Fastsatte møtepunkter og deltagelse i nettverk der samarbeid drøftes trekkes frem av alle avdelingslederne som avgjørende for god samhandling. Det at man har et ansikt, gjør det mye lettere å ta kontakt senere. En avdelingsleder fra hjemmetjenesten sier: «communication is key, det er nå i hele livet, føler jeg. Vi må jo tørre å prate med hverandre, tørre å stille krav, si noe om forventningene, avklare hver sine roller». Helse- og velferdskontorene er avhengig av samhandlingsmøter for å kunne gi riktige vedtak på tjenester til pasientene. En avdelingsleder fra helse- og velferdskontor uttrykker at de ideelt sett bør delta på alle nettverksmøter i og med at de samhandler med alle. Selv om de har mye fleksibilitet i hverdagen, er det likevel ikke gitt at de har mulighet til å delta på alt av møter: «Vi har jo noen samhandlingsmøter med utførerene. Problemet vårt er jo at vi samhandler med alle. Så hvor mye tid skal man bruke på det?» (avdelingsleder, helse- og velferdskontoret).

Nettverksmøter er fastsatte møtepunkt mellom ulike enheter eller tjenesteområder. Slike møter bidrar til en større helhetsforståelse og fremmer god samhandling og er noe avdelingsledere fra alle tre tjenesteområdene opplever som positivt. Likevel har ikke avdelingsledere fra helsehus fastsatte nettverksmøter med avdelingsledere, hverken fra hjemmetjeneste eller helse- og velferdskontorene. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret sier de har nettverksmøter med hjemmetjenesten og helse- og velferdsstentrene (sykehjem), men ikke med helsehusene. Både avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste sier de ønsker nettverk med hverandre, men er ikke helt omforent om hvorfor de ikke har det i dag. Avdelingsledere fra helsehus vil gjerne delta i nettverk med andre tjenesteområder slik at de kan få kjennskap, skape forståelse for hverandre og se hvor skoen trykker. De sier de har etterspurt felles nettverk med hjemmetjenesten, men ikke lykkes med å få delta foreløpig. En avdelingsleder fra helsehus sier: «De [hjemmetjenesten] ønsker ikke å ha fast nettverk med oss. De vil invitere oss på sak. Så vi har prøvd oss igjen etter det her, men de ønsker fortsatt ikke det». En annen avdelingsleder fra helsehus sier om samarbeidsmøter med hjemmetjenesten: «Nå har vi gått inn og begynt å invitere dem på absolutt alle HVK [helse- og velferdskontoret]-møter da. Så får de selv beslutte om de skal delta eller ikke». Om det å ha samarbeidsmøter med helsehus sier en avdelingsleder fra hjemmetjenesten: «Vi skal jo bli invitert på møter. Og det er det lite av». En annen avdelingsleder fra hjemmetjenesten bekrefter dette og sier: «Det står jo i dag [i samhandlingsrutinen] at vi skal få tilbud om å delta på et møte ihvertfall. Men det er veldig sjeldent». Dette viser at avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste har ønske og behov for samarbeidsmøter og nettverk, men har ulik opplevelse av hvorfor det foreløpig ikke er

sånn i dag. Avdelingsledere fra begge tjenesteområder peker på at årsaken er den andre samhandlingsaktøren.

Felles møtepunkter kan bidra til at små ting og misforståelser lett kan løses opp i. I tillegg kan det bidra til økt kjennskap til hverandres tjenester og med det høyere grad av tillit. Dette er viktig for å kunne sikre effektive pasientforløp og med det øke kapasiteten på helsehus ved at pasientene reiser hjem tidligere. En avdelingsleder fra helsehus viser til at de har satt begrensninger for hjemmetjenesten på bakgrunn av at de ikke har god nok kjennskap til hva de kan utføre i hjemmet:

Hjemmetjenesten vil gjerne ha medisinske oppgaver med pasienten hjemme, fordi de har ressurser til det, og de har kapasitet. Så det har jo egentlig kanskje vært litt nytt at vi har satt begrensninger for dem, uten å nødvendigvis vite det helt konkret at det er sånn. Så har vi bare begrenset og tatt det selv, og latt pasientene være her lenger enn det har vært behov for. (Avdelingsleder, hjemmetjenesten).

Avdelingslederne beskriver en rekke virkemidler som de mener bidrar til gode overganger og bedre samhandlingsprosesser mellom tjenestene. *Hospitering* fremheves som positivt for samhandling av avdelingsledere fra alle tjenesteområdene. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret og helsehus viser til at de har hatt gjensidig hospitering og at det var en nyttig erfaring der man blir kjent, får forståelse for hverandre og utveksler informasjon. Det har i ettertid bidratt til bedre samhandling mellom enhetene og gjort at fastsatte møter blir prioritert i høyere grad. Avdelingsledere som ikke har hospitert uttrykker ønske om å hospitere hos andre tjenesteområder, men også at de andre hospiterer hos dem. Det som trekkes frem som en begrensning for hospitering er mangel på tid og ressurser.

Informasjonsflyt beskrives av avdelingslederne som avgjørende for god pasientbehandling, men også for en vellykket samhandling både mellom tjenesteområdene og internt på de ulike enhetene. Informasjonsflyt innebærer skriftlig og muntlig overføring av kritisk pasientinformasjon i forbindelse med overganger mellom tjenestene, men også nødvendig informasjon fra strategisk ledelse ned i organisasjonen, mellom tjenestenivå og internt på enhetene. Eksempel på slik informasjon er strategier og nye rutiner, kompetansehevende tiltak og møtereferat. Ved skriftlig overføring av pasientinformasjon benyttes journalsystemet Helseplattformen. Selv om Helseplattformen oppleves som utfordrende på flere områder, beskrives systemet som et unikt verktøy når det gjelder kommunikasjon og samhandling mellom tjenesteområdene. Der mottar man beskjeder i sanntid, noe som bidrar til økt

effektivitet. I tillegg ser man hvor pasienten er, hvem som er saksbehandler og hvilke hjelpemidler de har. På en annen side kan det være vanskelig å finne viktig informasjon på grunn av at systemet er komplekst og uoversiktlig. Det kan derfor være nødvendig med muntlig informasjonsoverføring i tillegg, noe flere avdelingsledere trekker frem som nyttig: «Vi må ikke komme dit at vi ikke kan snakke med hverandre. For da tror jeg det er mye informasjon som går tapt» (avdelingsleder, helsehus). Dette støttes av avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret: «Ring en venn. De sitter i hjemmetjenestene, de sitter på helsehus. De som har kjennskap til pasientene våre. Hvis vi lurar på noe, bruk samarbeidspartnerne våre». En avdelingsleder ved hjemmetjenesten påpeker også at det er viktig med muntlig kommunikasjon: «Prat, ikke skriv, bare snakk. Ta av telefonen».

Erfaringer knyttet til å sikre god informasjonsflyt er forskjellig hos avdelingsledere ved de ulike tjenestene. På helsehus og hjemmetjeneste beskriver avdelingsledere at det er krevende å nå ut til alle ansatte med informasjon og rutiner, altså sikre lik tilgang til informasjon. Dette kommer av at disse to tjenesteområdene har turnusdrift og mange deltidsansatte, i tillegg til at mange ansatte ikke leser e-post. For helse- og velferdskontoret er det annerledes. Alle ansatte er på jobb til samme tid slik at de kan ta opp rutiner i fellesskap og sikre lik forståelse og god implementering. De har heller ikke utfordringer med at ansatte ikke leser e-post. En konsekvens av at helsehus og hjemmetjenesten sliter med informasjonsflyten, er at mange ansatte der mangler systemforståelse og ikke har kjennskap til andre kommunale tjenester og rutiner som legger føringer for arbeidet. Mangel på systemforståelse forsterker silotenkningen og opplevelsen av fragmenterte tjenester. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret sier om manglende systemforståelse: «Det er litt sånn meg og mitt. Vi ser helheten vi. Hvordan vi skal få det ut til alle så alle skjønner det, det er utfordrende». Dette støttes av avdelingsleder fra helsehus som understreker at ansatte ved de ulike tjenestene må ha et helhetlig perspektiv på tjenestene: Hen sier: «Det er viktig at man forstår fellesansvaret. Det er ikke vi og dem, det er vi» (avdelingsleder, helsehus).

5.2.1 Barrierer for å sikre gode overganger gjennom samhandling

En av de store barrierene for samhandling er fragmenterte tjenester, noe alle avdelingslederne peker på som en av de største utfordringene. Bakgrunnen for at avdelingslederne opplever tjenestene som fragmenterte, kommer av ulike årsaker. Knappe økonomiske ressurser, mangel på tid, kompetanse, helhetsforståelse og kjennskap til hverandre er noe som fremheves, i tillegg til *ubalanse i maktforholdet* mellom tjenestene. En avdelingsleder fra helsehus

beskriver fragmenteringen slik: «Det blir mye privat praksis rundt omkring. Man lager egne rutiner. Det kjenner vi jo på. Så det blir gnisinger og motstand». En annen avdelingsleder fra helsehus viser til et behov for at ansatte ved de ulike tjenestene har felles mål og systemforståelse: «Så vi ikke sitter på vår egen tue og tenker bare mine pasienter [...] Det er en større helhet her» (avdelingsleder, helsehus).

Enhetene tilknyttet de ulike tjenesteområdene er organisert forskjellig, noe som utfordrer samhandlingen. Flere avdelingsledere ved de tre tjenesteområdene viser til at ulik organisering, rutiner og praksis er uforutsigbart og bidrar til opplevelsen av fragmenterte tjenester. Avdelingsleder fra helsehus har mottatt avvik når de har blandet fremgangsmåten i samhandlingen med helse- og velferdskontorene, fordi kontorene har forskjellige rutiner. Videre beskriver en avdelingsleder at helse- og velferdskontoret har endret sine rutiner uten å informere om det: «Saksbehandlere på HVK [Helse- og velferdskontoret] skulle kun ha et vurderingsmøte hver dag, per saksbehandler, uten at vi var informert om det» (avdelingsleder, helsehus). Den samme opplevelsen har også en avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret, men da med tjenester som gis av Enhet for psykisk helse og rus. Avdelingslederen viser til at tjenestene for psykisk helse og rus har omorganisert og etablert nye tilbud uten at de er informert, noe som utfordrer helse- og velferdskontoret som vedtaksfatter: «Det har skjedd en del ganger. At vi er ikke med i prosessene, og så sitter vi der og ikke aner hva som skjer. Det er ikke noe heldig» (avdelingsleder, helse- og velferdskontoret). Samhandling om pasienter som har utfordringer med psykisk helse og rus oppleves som utfordrende, ikke bare hos helse- og velferdskontoret som vedtaksfatter, men også ved helsehus. Når pasienter som har utfordringer med psykisk helse og rus har behov for *somatisk oppfølging* på helsehus, er ikke samhandlingen med enheter ansvarlig for tjenester knyttet til psykisk helse og rus god nok. Pasientgruppen er også krevende å ivareta på helsehusene, da de ofte bidrar til utrygghet hos eldre pasienter.

Helsehus og hjemmetjeneste som utførere av tjenestene har opplevelse av en *skjevhet i maktbalansen* mellom tjenesteområdene. Dette forsterker opplevelsen av fragmentering og påvirker samhandlingen på en negativ måte. Helse- og velferdskontoret som bestiller av tjenestene, viser til at uttalelser fra helsehus og hjemmetjeneste har stor betydning for vurdering av hvilket tjenestenivå man skal legge seg på og påpeker at det er viktig at utførerenheter har forståelse for sitt mandat. Avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret sier de er prisgitt utførerenhetenes faglige vurderinger og selv om beslutningen ligger hos helse- og velferdskontoret, så overprøver de ikke disse vurderingene så mye. Avdelingsleder

fra hjemmetjenesten på sin side sier: «Vi synes kanskje at det avgjøres mange ting uten at vi er involvert». En annen avdelingsleder fra hjemmetjenesten har samme opplevelse: «Det fattes bare vedtak uten at vi er med i dialogen». Dette støttes av en avdelingsleder ved helsehus som sier: «Vi er jo ikke en part i vedtaksskrivingen, vi er ikke en part i vurderingen av hvor de skal, vi er ikke en part i når de skal komme. Vi får bare beskjed om at de kommer i morgen».

Helsehus og hjemmetjeneste som utførerenheter har behov for *vedtak med fokus på klar ansvarsfordeling og integrerte tjenester* og viser til at de ønsker god samhandling med bestillerenhetene når vedtak skal fattes. Slik det fungerer i dag, får utførerenheterne en bestilling, et ferdig fattet vedtak. Avdelingsleder fra hjemmetjenesten sier de er litt kritiske til vedtakene når de kommer og at det alltid tas en revurdering eller kartlegging i forhold til om vedtaket faktisk stemmer:

Det er mange ganger vi har tenkt [...] kunne de ikke bare spurt oss før det er skrevet brev. For vi kan si veldig mye om [...] Men de skal jo og sitte med den her kunnskapen om hva vi gjør og ikke og da. Men i praksis er ikke det tilfelle.

(Avdelingsleder, hjemmetjenesten).

I komplekse saker viser avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret til at det er en fordel at de har avstand til pasient og pårørende og kan være den «store stygge ulven» ved å sette vilkår til vedtak og krav i forhold til arbeidsmiljøet. Det vil gjøre det lettere for utførere som er nærmest pårørende og pasient, å ivareta det relasjonelle, som er viktig i deres daglige virke. En avdelingsleder fra hjemmetjenesten sier derimot at pasientene «kommer hjem med vedtak som vi ikke mener at de trenger eller skal ha. Så da er det utfordrende for hjemmetjenesten å komme inn og være den stygge ulven som på en måte må ta fra dem det igjen». Dette tyder på at avdelingsledere fra de ulike tjenesteområdene sitter med ulik oppfatning av egen rolle og hvordan tjenesteområdene oppfattes av samhandlingsaktører. Holdninger, kultur og hvordan man snakker om hverandre, påvirker også samhandlingen. Det handler mye om å vite hvilken rolle alle har og ha respekt for det, at man innehar forskjellige funksjoner. «Vi snakker veldig mye om hva vi tenker om andre og andre typer tjenester, og det som vi opplever som utfordrende, og kanskje ikke tar tak i det alltid» (avdelingsleder, helsehus). En annen avdelingsleder fra helsehus understreker at det er viktig å framsnakke hverandre: «Vi må snakke om hvor gode tjenester vi har i Trondheim kommune, for de er skikkelig bra. Det er bra både på helsehus og i hjemmetjenestene» (avdelingsleder, helsehus).

Oppsummert peker avdelingsledere fra helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret på fire faktorer som bidrar til bedre overganger (tabell 5.1). Den første er tillit til hverandres kunnskap og faglige vurderinger, noe som kommer tydelig frem i forhold til kartlegging av pasienter. Stadige kartlegginger kan oppleves som belastende for pasientene, men er også tidkrevende for ansatte og øker arbeidsbelastningen i en allerede presset arbeidshverdag. Avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste har mindre kjennskap og grad av tillit til de andre tjenestene, enn helse- og velferdskontoret og gjør derfor ofte egne kartlegginger og med det mer dobbeltarbeid. Kjennskap til hverandre og de ulike tjenestene bidrar til mer tillit. Det krever felles møtepunkt og nettverk, som er andre faktor avdelingsledere sier bidrar til bedre overganger. Avdelingsledere ved alle tre tjenestene er enige om at felles møtepunkt er viktig og nettverk mellom tjenestene nyttig, men er uenig om hvem som tar initiativet til slike møter. Hospitering er tredje faktor som fremheves som viktig for gode overganger. Det bidrar til kunnskapsoverføring og legger til rette for god samhandling, noe som også kan påvirke den siste faktoren som er informasjonsflyt. Her er det også forskjell mellom tjenestene. Der avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret har gode forutsetninger for å formidle informasjon til sine ansatte, har avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjenesten større utfordringer knyttet til dette. Informasjonsflyt i forhold til pasientopplysninger oppleves likt hos avdelingsledere ved alle tjenesteområdene, der de viser til et behov for god skriftlig dokumentasjon, men også muntlig overføring av informasjon.

Ubalanse i maktforholdet mellom tjenestene og behovet for vedtak med fokus på klar ansvarsfordeling og integrerte tjenester er det som utfordrer samhandlingen og bedre overganger mellom tjenestene (tabell 5.2). Avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste sier de har liten grad av innflytelse i samhandlingen med helse- og velferdskontoret og understreker et behov for å bli hørt i forbindelse med vedtaksfating. Utfordringer med fragmentering mellom tjenesteområdene og de ulike enhetene, viser et klart behov for gode samhandlingsrutiner. Felles rutiner er nødvendig for å sikre sammenhengende pasientforløp og gode overganger mellom tjenester, hvilket krever at tjenester samhandler om kartleggingsrutiner, vedtaksfating og kompetanseoverføring på tvers av tjenestene.

Tabell 5.1: Betydning av samhandling for å sikre gode overganger mellom tjenester

	Helsehus	Hjemmetjenester	Helse- og velferdskontor
Tillit til hverandres kunnskap og kartleggingsverktøy	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liten kjennskap og manglende tillit til de andre tjenestene ➤ Gjør egne kartlegginger, mer dobbeltarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liten kjennskap og manglende tillit til de andre tjenestene ➤ Gjør egne kartlegginger, mer dobbeltarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Har større grad av tillit til kartlegginger gjort av de andre tjenesteområdene ➤ Har god kjennskap til de andre tjenestene
Felles møtepunkt og betydning av nettverk	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Har ikke nettverk med de andre tjenestene ➤ Ønsker nettverk med hjemmetjenesten, men sier de ikke får innpass ➤ Inviterer til samarbeidsmøter 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ønsker nettverk med helsehus og helse- og velferdskontor ➤ Bli ikke invitert til samarbeidsmøter 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deltar i nettverk ➤ Har behov for samarbeidsmøter
Hospitering	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bidrar til kunnskapsoverføring og legger til rette for god samhandling 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bidrar til kunnskapsoverføring og legger til rette for god samhandling 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bidrar til kunnskapsoverføring og legger til rette for god samhandling
God informasjonsflyt	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vanskelig å sikre informasjonsflyt ➤ Mange ansatte leser ikke e-post ➤ Ansatte mangler systemforståelse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vanskelig å sikre informasjonsflyt ➤ Mange ansatte leser ikke e-post ➤ Ansatte mangler systemforståelse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Har god intern informasjonsflyt ➤ Tar opp nye rutiner i fellesskap ➤ Ansatte leser e-post ➤ Ansatte har systemforståelse

Tabell 5.2: Barrierer for å sikre gode overganger mellom tjenester

	Helsehus	Hjemmetjenester	Helse- og velferdskontor
Ubalanse i maktforholdet mellom tjenester	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manglende innflytelse i samhandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manglende innflytelse i samhandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Høy grad av innflytelse i samhandlingen
Vedtak med fokus på klar ansvarsfordeling og integrerte tjenester	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Samarbeid om pasienter som har utfordringer med psykisk helse og ris ➤ Ønsker å bli hørt før vedtak fattes ➤ Har nærhet til pasienter og pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ønsker å bli hørt før vedtak fattes ➤ Er kritiske til vedtak, tar nye kartlegginger ➤ Peker på at helse- og velferdskontoret har manglende kjennskap til tjenesten ➤ Har nærhet til pasienter og pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utfordrende å gi vedtak på tjenester som ivaretar psykisk helse og rus ➤ Sier de har god kjennskap til de andre tjenestene ➤ Har avstand til pasient og pårørende

5.3 Erfaringer med samhandlingsrutiner

Samhandlingsrutinen (vedlegg 3) legger føringer for samarbeidet mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor. Formålet er at rutinen skal bidra til effektive og gode pasientforløp med sømløse overganger mellom tjenestene. Samhandlingsrutinen gir en

tydelig og detaljert ansvars- og oppgavefordeling, hvor den beskriver informasjonsflyten og hvordan samarbeidsmøter skal gjennomføres. Det vil derfor være interessant å se om samhandlingsrutiner kan bidra til å løse problemene belyst i kapittel 5.2 og som peker på behov for samhandling om kartleggingsrutiner, vedtaksfating og kompetanseoverføring på tvers av tjenestene.

I intervjuene er avdelingslederne bedt om å si noe om hva de mener er fordeler og ulemper med samhandlingsrutiner. De peker på flere fordeler. Rolle- og forventningsavklaring, samt ansvarliggjøring trekkes frem som positivt. Videre er det bra at rutiner er tydelig på hvem som skal gjøre hva og at det er skriftliggjort, noe som gjør at man unngår diskusjoner. I og med at premisene for samarbeidet er lagt, kan man melde avvik, noe som er en del av forbedringsarbeidet og kan være nyttig når samhandling skal evalueres. En avdelingsleder fra helsehus viser til at samhandlingsrutinen sikrer gode overganger mellom tjenestetilbud, og det at ansvaret er plassert kan spare tid i pasientforløpene: «Man vet alltid hva som er forventet og hva man skal gjøre til hvilken tid. Det er jo fornuftig, i og med at vi også har folk i turnus som ikke nødvendigvis er kontinuitetsbærere» (avdelingsleder, helsehus). Dette støttes av avdelingsleder fra hjemmetjenesten som sier: «Fordelen er jo [...] at hvis den [samhandlingsrutinen] er opp og nikker og fungerer helt sømløst, så er det kjempefordel i forhold til å få ned liggedøgn på helsehus».

Avdelingsledere fra helse- og velferdskontorene forteller at de jobber etter lovverk og rutiner og de er mer rutinefokuset enn det ansatte klarer å være på helsehus og i hjemmetjenesten. De hevder de er godt kjent med rutinene som finnes og at de alltid går gjennom nye rutiner i fellesskap for å sikre felles forståelse. Likevel beskrives *kvaliteket* som vanskelig å navigere seg i og holde seg oppdatert på. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret forteller at enhetene er gode på å produsere rutiner, men kanskje ikke like gode på å vedlikeholde og avslutte dem. Det krever derfor erfaring for å vite hvilke rutiner det er som er gjeldende og ikke.

For at rutiner skal fungere krever det forankring, det krever god implementering og det er avgjørende at det er utpekte ansatte som har ansvar for å holde fokus over tid. utfordringer med oppfølging av samhandlingsrutinen ute på enhetene gjorde at strategisk ledelse i kommunen bestemte at det skulle være fokusmåned i oktober 2023. Ekstra fokus på samhandlingsrutinen hadde ikke noe særlig effekt og det var ingen merkbar endring i bruken av rutinen og samhandlingen. En av de ansvarlige for utarbeidelse av rutinen forklarer dette med at det er for mange andre fokusområder samtidig, kombinert med driftsoppgaver som må

prioriteres først og at det å ha en fokusmåned derfor ikke er nok. Implementering av nye rutiner krever rendyrking i lengre perioder for å sikre at det blir en naturlig del av arbeidshverdagen. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret stiller spørsmål om hvordan nye rutiner implementeres på utførelsenhetene, helsehus og hjemmetjeneste. Ved helse- og velferdskontoret gjennomgås nye rutiner alltid i fellesskap for å sikre felles forståelse av ansattes rolle i pasientforløpet. Avdelingslederen ved helse- og velferdskontoret anerkjenner at det er mer utfordrende med implementering av rutiner i turnustjenester der ansatte har deltidsstillinger og er på jobb til forskjellige tider av døgnet. Dette bekreftes av avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste som beskriver en hverdag som gjør det vanskelig å lykkes med god implementering: «Jeg tror ikke jeg har tatt opp den [samhandlingsrutinen] en eneste gang og vist den frem på avdelingsmøtet og sagt at det ligger til grunn for arbeidet» (avdelingsleder, helsehus).

Selv om det er flere fordeler med samhandlingsrutinen, viser avdelingslederne også til noen ulemper. En avdelingsleder fra hjemmetjenesten mener rutinen er for rigid, noe også en avdelingsleder fra helsehus peker på. Avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret synes det er en ulempe dersom rutine blir for lange og med mye tekst, som en prosessbeskrivelse. Rutiner bør være korte og oversiktlige. En avdelingsleder ved helsehus sier det også oppleves som negativt dersom en rutine ikke passer inn i praksis og at det da er viktig at man sier ifra: «Da blir det negativt. At det blir stående noen ord der, som ikke passer, og ingen bryr seg» (avdelingsleder, helsehus).

Den største utfordringen og ikke minst uenigheten ved samhandlingsrutinen er ifølge avdelingsledere ved alle tre tjenesteområdene tidspunktet for samarbeidsmøtene. I utarbeidelsen av rutinen fikk helse- og velferdskontorene gjennomslag for sitt ønske om tidspunkt, til tross for at både helsehus og hjemmetjeneste sa at det var vanskelig å få til møter på grunn av press på andre oppgaver i samme tidsrom. En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen uttrykker det på denne måten: «Der var HVK [Helse- og velferdskontoret] en viktig premissleverandør til å si at vi vil ha det sånn og sånn [...] Det er et komplisert tidspunkt». Om uenigheter rundt tidspunktet for samarbeidsmøtene sier en avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret: «Det som vi kjente på, og som jeg vet hjemmetjenesten og helsehusene sliter med, er at vi var veldig fornøyde med å få landet det tidspunktet for møter». Det at helse- og velferdskontorene fikk gjennomslag for tidspunkt på bekostning av behovene til helsehus og hjemmetjeneste, tyder igjen på at det er en ujevn maktbalanse.

Samhandlingsrutinen er revidert i etterkant av intervjuene i min studie og tidspunktet for samarbeidsmøter er nå endret slik at helsehus og hjemmetjeneste har bedre forutsetninger for å kunne delta. Det er likevel god grunn til å anta at det fortsatt er uenighet rundt dette, da en avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret var tydelig på at kampen om tidspunktet skulle de ta når det skulle evalueres på nytt.

Ansvars- og oppgavefordeling er noe avdelingslederne viser til som en av fordelene med samhandlingsrutinen. Det pekes også på noen ulemper med dette, spesielt av avdelingsledere ved helsehus som synes at helsehusene har for mye ansvar. Det har blant annet vært diskusjoner rundt hvem som skal innkalle pårørende til samarbeidsmøter. «Det står litt mye at helsehus skal [...] Vi synes kanskje at det ikke er så mye samarbeid sånn i utgangspunktet. Det er en type enhet som har fått veldig stort ansvar» (avdelingsleder, helsehus). Avdelingslederen fra helsehus er tydelig på at helsehusene har fått mye av koordinatorrollen som helse- og velferdskontoret burde ha hatt og at det er en rolle ansatte på helsehuset verken har kompetanse eller kapasitet til å ha.

Oppsummert viser avdelingsledere fra de tre tjenesteområdene til flere fordeler med samhandlingsrutiner (tabell 5.3). Klare rollebeskrivelser, hvor ansvar og oppgaver er fordelt, oppleves som positivt og kan være tidsbesparende og føre til mer effektivitet i pasientforløpene. Avdelingslederne peker også på ulemper, hvor dette i hovedsak går på innholdet i samhandlingsrutinen i forhold til ansvarsfordeling og tidspunkt for møter (tabell 5.3). Avdelingsledere og ansatte ved helse- og velferdskontoret følger opp rutiner i større grad fordi de har mer fokus på rutiner og bedre forutsetninger for god implementering. Avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjeneste har ikke implementert samhandlingsrutinen i samme grad. Det er derfor vanskelig å vurdere om samhandlingsrutiner har bidratt til å løse problemene og behovene belyst i kapittel 5.2 (tabell 5.1), som peker på at helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor må samhandle på tvers om kartlegginger, vedtaksfating og kompetanseoverføring for å lykkes med gode i overganger mellom tjenestene.

Tabell 5.3: Avdelingsleders erfaringer med samhandlingsrutiner for å sikre gode overganger mellom tjenester

	Helsehus	Hjemmetjenester	Helse- og velferdskontor
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rollebeskrivelser ➤ Forutsigbart ➤ Ansvarliggjøring ➤ Tidsbesparende 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rollebeskrivelser ➤ Forutsigbart ➤ Ansvarliggjøring ➤ Økt effektivitet 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rollebeskrivelser ➤ Forutsigbart ➤ Ansvarliggjøring ➤ Implementering gjøres i fellesskap
Utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Passer ikke inn i praksis ➤ For mye ansvar ➤ Tidspunkt for samarbeidsmøter ➤ Implementering 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tidspunkt for samarbeidsmøter ➤ Implementering 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ For detaljert, mye tekst ➤ Kvalitetssystemet er uoversiktlig

5.4 Ledelse av samhandling

De siste årene har det vært flere endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i Trondheim kommune, både i forhold til ledelsesnivå, struktur og organisering av tjenestene. En av endringene er avdelingsledelse, som ble innført i 2017 med mål om nærledelse, og som skal sette kommunen i stand til å implementere strategier i organisasjonen og ut på enhetene. For å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene er det en tydelig politisk bestilling at kommunene skal initiere samhandling. Som et ledd i et samhandlingsinitiativ har Trondheim kommune utarbeidet samhandlingsrutiner som skal oversettes og implementeres ned på enhetsnivå. Avdelingsledere har derfor en viktig rolle ved innføring av nye strategier og rutiner, noe som krever translatørkompetanse, men også handlingsrom. Formålet med dette temaet er derfor å vise hvordan avdelingsledere oppfatter det å lede slike samhandlingsprosesser. Hva er deres erfaringer, og hvilke utfordringer peker de på? Hvilken betydning har samhandlingsrutiner i ledelsen av samhandlingsprosesser?

Avdelingslederens nærmeste leder er enhetsleder, og de sier at enhetsledere er rollemodeller, nøkkelen eller bindeleddet mellom strategi og praksis, spesielt fordi de møter flest tjenesteområder i sitt virke. De skal sikre informasjonsflyt og videreformidle utfordringer og suksessfaktorer til og fra overordnet nivå og andre tjenesteområder og ned til enhetsnivå. Enhetslederne har ansvar for å sikre at tjenesteområdene og enhetene har samme mål og at de holder fokus på samhandling. En avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret kaller enhetsleder for fasilitator og utdyper: «Det er jo en slags arkitekt å legge til rette for, og støtte opp under. Og være med å legge litt retning på hvordan man ønsker at denne samhandlingen skal være».

Avdelingslederne beskriver samhandling som det å jobbe mot og nå et felles mål, et samarbeid på bakgrunn av mål enten for pasienten, eller kommunen: «Vi må ha felles mål. Samme forståelse» (avdelingsleder helse- og velferdskontoret). Ledelse av samhandlingsinitiativ er derfor viktig, og avdelingslederens rolle innebærer blant annet å være *administratorer* der de viser vei for ansatte og er tydelig på målet. Målet om samhandling må forankres fra ledelsen og videre ned i organisasjonen. Videre må avdelingsledere være medarbeiderorienterte, *integratorer*, som er forbilder i samhandlingsprosessen gjennom å støtte, motivere og trygge ansatte. En avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret bruker ordet *veiviser* om lederrollen, der avdelingsledere må være en pådriver eller *produsent* for samhandling. Dette innebærer at avdelingsleder er resultatorientert og tar ansvar for å ta kontakt, kommunisere, viser og formidler forståelse for at man er organisert ulikt, og finner felles løsninger. Avdelingsledere skal altså bidra til å skape rolleforståelse for ansatte og ikke minst sikre informasjonsflyt til samhandlingsaktører.

Samhandlingsrutiner har som formål å bidra til effektive og gode pasientforløp med sømløse overganger mellom tjenestene. Samhandlingsrutinen (vedlegg 3) gir en tydelig og detaljert ansvars- og oppgavefordeling og beskriver hvordan informasjonsflyten skal være.

Utfordringen flere av avdelingslederne peker på er at det er ledere ved de ulike tjenestene som ikke har god nok kjennskap til samhandlingsrutinen. Videre kan en annen årsak til mangelfull implementering være at avdelingsledere ikke videreformidler eller oversetter rutinene til ansatte på en god nok måte, altså de mangler translatørkompetanse. Avdelingslederne er enige om at det er de som skal ha rollen som *translatører* og dermed har et utvidet ansvar for å oversette strategier til ansatte, gjøre rutiner kjent og implementere dem. Rollen som translatør innebærer for avdelingslederne at de først presenterer for sine ansatte hvordan rutinene knyttet til pasientoverganger mellom tjenestene har vært tidligere og at denne praksisen skal endres. I forbindelse med implementering av ny praksis må avdelingslederne deretter bistå ansatte med å tolke samhandlingsrutinen, se på egen praksis og med det omdefinere denne praksisen for å følge den nye rutinen. Det er avgjørende at avdelingsledere som translatører i forbindelse med implementering av nye strategier og rutiner også sikrer informasjon ut til alle sine ansatte.

Translasjon av samhandlingsrutiner er tidkrevende og avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret beskriver at de har ulike forutsetninger for å lykkes med informasjonsflyt, implementering av nye rutiner og samhandling. God samhandling stiller krav til tid, til ressurser, mulighet for å involvere de riktige aktørene. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret sier det tidvis er utfordrende å få alle viktige

aktører på banen samtidig. Kombinert med mange driftsoppgaver presenterer avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjeneste at deres hovedutfordring i prosesser der overordnede strategier skal implementeres, er mangel på handlingsrom i form av tid, økonomiske ressurser og tilgang på nødvendig kompetanse: «I en sånn hektisk hverdag for alle sammen, der vi er opptatt av akkurat de oppgavene vi har her og nå, så tror jeg at vi må løfte oss litt mer», (avdelingsleder, helsehus). En annen avdelingsleder fra helsehus bekrefter at de mangler tid til å samhandle og sier: «Det er veldig stramme rammer, så da trenger man ikke noe samhandling, for da gjør man jobben sin, og så sender man det videre». Avdelingslederne er tydelig på at de har en opplevelse av at alle ønsker et godt samarbeid. En avdelingsleder fra helsehus stiller spørsmålstegn ved om manglende samhandling handler om ressurser og tid til å sette seg ned og faktisk jobbe sammen da driften er så tidkrevende. Samhandling krever handlingsrom, og det som gjør det komplekst er at ved mangel på handlingsrom oppleves behovet for samhandling større. Avdelingsleder fra helsehus sier: «Det er jo det jeg tenker på, ressursstyring. Vi har knappe ressurser [...] At vi i hvert fall overlapper og har et godt samarbeid, sånn at det ikke blir gjort dobbelt opp». En annen avdelingsleder fra helsehus sier de ikke har rom for å bruke ressursene så optimalt som de faglig sett kunne ha tenkt seg, fordi at rammebetingelsene er for stramme. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontoret peker på for liten effektivitet i pasientforløpene og at dårlig samhandling mellom tjenestene kan komme av tidspress, spesielt hos ansatte ved helsehus og hjemmetjeneste. En avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret mener at man noen ganger må ta seg tid likevel og sier: «Jeg tror det er travelt til folk i helsehus og hjemmetjeneste. Også sitter vi på vår side og venter på en henvendelse, også kommer det for sent».

En avdelingsleder fra helsehus hevder det ikke er rom for å skape utvikling i dag. Det handler om at det ikke er rom til å gjøre andre ting enn det man må, det er nok å bare slukke de brannene man har. Det er tusen ting som er viktige, og man må da prioritere hva som er viktigst. En avdelingsleder fra hjemmetjenesten prøver å finne tid til at ansatte kan samhandle: «Jeg prøver å legge til rette for at de skal kunne samarbeide. Finne tid til det, hvis det er det de har behov for. Det er jo det det ofte blir etterspurt. Tid». God samhandling krever kommunikasjon, møtepunkt og kjennskap til hverandre, men dette må balanseres med tanke på tidsbruk og ressurser. Handlingsrommet begrenser da kvaliteten på samhandlingen. Avdelingsleder fra hjemmetjenesten undrer på om måten man kommuniserer på påvirkes av handlingsrommet:

Det er en helt annen kommunikasjon å snakke med noen enn at du får en bestilling med noen spørsmål. Det kan jo handle om bemanning og ressurser. At det er kortere tid å skrive ned, og så sende av gårde enn å ta den telefonen.

(Avdelingsleder, hjemmetjenesten).

Høyt sykefravær presenteres som noe som «spiser av» handlingsrommet til avdelingsledere ved helsehus, men dette oppleves også som utfordrende i hjemmetjenesten. En avdelingsleder ved hjemmetjenesten sier: «Vi har hatt noen år med heftig sykefravær. Det er kanskje årsaken til mye av utfordringene med kontinuitet». En avdelingsleder ved helsehus viser også til høyt sykefravær, men i tillegg har de stor «turnover» i ansattgruppen og spesielt sykepleiere som føler på et stort ansvar og liten trygghet og støtte: «Utfordring er stor utskifting i personalet. Det er hele tiden en gyngende grunn. Vanskelig med rekruttering. Sykepleiere føler seg for alene med ansvaret. De er ikke trygge nok, og at de ikke har noen å støtte seg på», (avdelingsleder, helsehus). En avdelingsleder fra helse- og velferdskontoret viser til at de har de beste planene og rutinene, men at også de sliter med kontinuiteten på grunn av fraværsbildet. Det er med på å ødelegge mye både i forhold til generell samhandling, men også i det å sikre gode overganger mellom tjenestene. Det stilles spørsmålsteget til det høye fraværet, spesielt innenfor helse- og velferdskontoret der ansatte har stor grad av fleksibilitet og autonomi i arbeidshverdagen: «Vi har fått unna alle arbeidsoppgaver vi, hvis ingen har vært borte. Ja, alle har det» (avdelingsleder, helse- og velferdskontor). Dette tyder på at god sykefraværsoppfølging er noe avdelingsledere bør prioritere. Høyt sykefravær påvirker kvaliteten og kontinuiteten i pasientforløpene, men også lederes mulighet til å tilrettelegge for kompetanseheving, nødvendig informasjonsflyt og gode samhandlingsprosesser i overganger mellom tjenestene.

Noe av det som oppleves som krevende, spesielt i helsehus, er rekrutteringsutfordringer, noe som påvirker lederrollen og handlingsrommet. Hjemmetjenesten viser også til rekrutteringsutfordringer, men ikke i samme grad som ved helsehus. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret derimot beskriver en stabil og faglig sterk ansattgruppe og har ingen utfordringer knyttet til rekruttering. En avdelingsleder ved helse- og velferdskontor beskriver dette på følgende måte: «Vi er heldigstilte. Det er relevante søkere. De aller fleste fyller kravspekken vår. Når vi skal drive også vurdere ut, så blir vi veldig kynisk og kritisk. Det er helt utrolig». Dette understøttes av en annen avdelingsleder ved helse- og velferdskontor som viser at de har god tilgang på kompetanse og rom for fagutvikling:

Det er så bra! Og kun treåringer vet du, så det er utrolig høy kompetanse. Det er så dyktige medarbeidere vi har at det kunne ikke vært det bedre. Det er så artig med disse faglige diskusjonene, og mye etisk refleksjon.

(Avdelingsleder helse- og velferdskontor).

Oppsummert viser dette at avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor har samme syn på viktige ledelsesfunksjoner i samhandlingsprosesser, der rollen som administrator, integrator, produsent og translatør fremheves som viktige (tabell 5.4). Videre har de forskjellig fokus på handlingsrom. Der opplevelsen av handlingsrom er minst, er fokuset også størst på slike utfordringer. Avdelingsledere fra både hjemmetjeneste og helsehus snakker mye om handlingsrom, begrensninger og krysspress i forhold til ressurser, tid, mangel på kompetanse og rekrutteringsutfordringer. Likevel er det avdelingsledere fra helsehus som i størst grad peker på at dette er noe som begrenser de i utøvelsen av lederrollen og muligheten de har for å implementere strategiske mål. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret opplever ikke på samme måte at handlingsrommet utfordrer dem, da de beskriver god tilgang på kompetanse, de har forutsetninger og tid til å skape felles forståelse hos ansatte ved implementering av strategier og rutiner (tabell 5.4).

Tabell 5.4: Avdelingslederens erfaringer med ledelse av samhandlingsprosesser

	Helsehus	Hjemmetjenester	Helse- og velferdskontor
Eget handlingsrom i translasjon av strategiske mål og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mange driftsoppgaver ➤ Knapphet på tid, økonomiske ressurser og tilgang på kompetanse ➤ Utfordringer med informasjonsflyt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Knapphet på tid ➤ Utfordringer med informasjonsflyt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ God tid til implementering ➤ God informasjonsflyt ➤ God tilgang på kompetanse ➤ Rom for fagutvikling og refleksjon
Viktige ledelsesfunksjoner i samhandlingsprosesser	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avdelingsledere skal endre eksisterende praksis og oversette samhandlingsrutiner til egen tjeneste (translatør) ➤ Avdelingsledere må initiere samarbeidsmøter med hjemmetjenesten (produsent). ➤ Avdelingsleder må finne tid til at ansatte kan samhandle (integrator) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avdelingsleder må oversette samhandlingsrutiner til egen tjeneste og bidra til at ansatte har forståelse for egen rolle i samhandlingen (translatør) ➤ Avdelingsleder må oppfordre ansatte til å delta på samarbeidsmøter med helsehus (produsent) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avdelingsleder er tydelig på formålet med, og gode mål på, god samhandling (administrator) ➤ Avdelingsleder må sikre felles forståelse av samhandlingsrutiner (translatør) ➤ Avdelingsleder må bidra til å finne felles løsninger i utfordrende pasientforløp (produsent)
Betydningen av samhandlingsrutiner for ledelse av samhandling	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avdelingsledere sier samhandlingsrutiner gir gode beskrivelser av ansvar og roller som legger til rette for samhandling og bidrar til å gjøre det lettere å lede samhandling ➤ Avdelingsledere rapporterer at det er vanskelig å implementere rutiner på grunn av mangel på handlingsrom ➤ Det er utfordrende å sikre felles forståelse og god informasjon til ansatte fordi de ikke leser e-post ➤ Avdelingsledere peker på at dårlig implementering av rutiner fører til at ansatte ikke følger rutiner, men heller lager egen praksis og derfor ikke involverer samhandlingsaktører til riktig tid. ➤ Høyt sykefravær påvirker lederes mulighet for kompetanseheving og sikre kontinuitet i samhandlingsprosesser 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avdelingsledere viser til at samhandlingsrutiner gir nødvendige ansvars- og rollebeskrivelser som bidrar til bedre samhandling ➤ Avdelingsledere hevder det er vanskelig å sikre felles forståelse og god informasjon til ansatte på grunn av at det er mange deltidsansatte og turnusdrift ➤ Avdelingsledere viser til at tjenesten har mindre tillit til andre tjenesteområder, noe som fører til dobbeltarbeid og mindre effektivitet i pasientforløpene ➤ Høyt sykefravær i tjenesten utfordrer muligheten for kontinuitet i arbeidet og påvirker overganger og pasientforløp negativt. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avdelingsledere peker på at rutiner bidrar til bedre overganger mellom tjenestene på grunn av tydelige ansvarsbeskrivelser ➤ Avdelingslederens mulighet for gjennomgang av rutiner i fellesskap i ulike enheter, sikrer felles forståelse og god implementering av rutiner ➤ God implementering av rutiner gjør det lett å lede samhandling fordi ansatte følger rutiner, noe som gir god organisering og struktur i arbeidet og med det økt effektivitet ➤ Ansatte har forståelse for egen rolle i samhandlingen og har dermed mindre silotankegang. ➤ Avdelingsledere rapporterer at samhandlingen utfordres av at ansatte ved helsehus og hjemmetjeneste ikke har god nok kjennskap til samhandlingsrutinen og mangler system- og rolleforståelse i samhandlingen.

6. Teoretisk analyse

I den teoretiske analysen vil jeg ta utgangspunkt i min problemstilling og de tre forskningsspørsmålene jeg har formulert for studien. Problemstillingen for studien var følgende:

Hvilke erfaringer har avdelingsledere med samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene i Trondheim kommune, og hvordan kan samarbeidsrutiner legges til rette for god samhandling?

Forskningsspørsmålene omhandler hvordan avdelingsledere beskriver behovet for samhandling mellom tjenestene, hvilke samarbeidsrutiner som eksisterer og i hvilken grad disse tas i bruk og hvilket handlingsrom avdelingsledere har for å legge til rette for samhandling mellom tjenestene. I den empiriske analysen identifiserte jeg fire overordnede tema, tjenestebehov og utvikling av koordinerte tjenester, samhandling for å sikre gode overganger, erfaringer med samhandlingsrutiner og ledelse av samhandling. Funntil min studie viser at avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor har like erfaringer knyttet til de overordnede temaene, men at det også er forskjeller. I dette kapittelet vil jeg diskutere mine empiriske funn, sett i lys av teori og tidligere forskning. På den måten kan jeg drøfte om jeg ved hjelp av mine funn kan besvare problemstillingen og hvordan funn i min studie bidrar til forskning på feltet.

6.1 Tjenestenes behov for samhandling

Det første forskningsspørsmålet i min studie omhandler hvordan avdelingsledere beskriver behovet for samhandling mellom tjenester. For å belyse dette spørsmålet vil jeg vise til funn i min empiriske analyse som forteller om det er ulike forventninger til samhandling ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor og hvordan tjenestene oversetter politiske og strategiske ambisjoner om samhandling. Avdelingsledere i min studie beskriver at målet med samhandling er å gi helsetjenester som er trygge og forutsigbare, som gir en god flyt i pasientforløpene og gode overganger mellom tjenesteområdene, noe som også er i henhold til formålet med samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen viser til at tjenesteområdene skal koordinere tjenestene og fordele oppgaver med bakgrunn i et felles mål om helhetlige tjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i min studie, peker på et større behov for samhandling i overganger mellom tjenesteområdene enn det de har i dag, noe Kassah &

Tønnesen (2016) støtter og viser til at behovet for samhandling har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen.

Samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene i Trondheim kommune utfordres av at enhetene innen de ulike tjenesteområdene organiseres forskjellig. Flere avdelingsledere i min studie hevder at ulik organisering, rutiner og praksis er noe som hindrer sammenheng og kontinuitet i pasientforløpene og gode overganger mellom tjenestene. Anderson et al. (2020) formidler at samhandling mellom de ulike tjenestetilbudene er et sårbart punkt i pasientforløpene. Dette støttes av Haggerty et al. (2003) og Sogstad & Bergland (2021) som hevder at sammenheng i helsetjenestene til eldre, sårbare pasienter påvirker opplevelsen av kvalitet i tjenesten som mottas. For å kunne yte tjenester av høy kvalitet er det derfor avgjørende med kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene.

Avdelingsledere i min studie beskriver at god samhandling dreier seg om å koble på hverandre tidlig, ha god informasjonsflyt og at man møtes og eier pasientforløpet sammen. Sammenheng i pasientforløpene sikrer rett altså tilgang til gode tjenester over tid, med god koordinering og informasjonsflyt på tvers av tjenesteområdene (Haggerty et al., 2003; NOU 2023:4, 2023; Sogstad & Bergland, 2021).

6.1.1 Translasjon av samhandling som masteridè

Det kommer stadig nye ideer knyttet til organisasjonsstruktur, styring og ledelse og hvordan organisasjoner og enheter skal organisere seg og utføre kjerneaktiviteter. Slike ideer som fremstår som «særdeles kraftfulle og formative» kalles for masterideer og kjennetegnes av utbredelse, gjerne over hele verden, uklare opphav, at de er selvbegrunnende, reformutløsende og eklektiske (Røvik & Pettersen, 2014). På bakgrunn av disse kjennetegnene kan samhandling betegnes som en masteridè. Oversetting av ideer, kunnskap og informasjon mellom organisasjoner beskrives av Røvik (2007) som translasjon. Deling av kunnskap er en grunnleggende forutsetning for samhandling (Røiseland & Vabo, 2016; Torgersen & Steiro, 2009). En kan derfor beskrive samhandling som oppskrift på hvordan man kan dele eller utveksle ideer, kunnskap og kompetanse på.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) er et eksempel på en reform som har blitt utarbeidet på bakgrunn av samhandling som masteridè. Det som vil være interessant i min studie er å vise hvordan avdelingsledere i Trondheim kommune har oversatt politiske og strategiske ambisjoner om samhandling i praksis. Rørvik (2007) deler overføring av kunnskap og ideer mellom organisasjoner inn i to prosesser. Dekontekstualisering er når ideer eller

praksis hentes ut av en organisasjon og kontekstualisering er når man skal hente inn eller introdusere ideer eller praksis fra organisasjoner inn i ny organisatorisk kontekst. Ved kontekstualisering vil en idé «pakkes ut» og materialiseres til aktiviteter, rutiner og strukturer i en bestemt kontekst. En slik uthenting, overføring og mottak er da en form for oversettelse. Så hvordan beskriver avdelingsledere i min studie kontekstualisering av samhandling i overganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor? Både de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen (vedlegg 3) og avdelingsledere påpeker at det er viktig med oversettelse av samhandlingsinitiativ til konkrete samhandlingsrutiner, og at rutinene er forankret og implementert i de ulike tjenestene. For å lykkes med dette er det nødvendig at avdelingsledere har et utvidet ansvar og at det holdes fokus og rendyrking av prosessen over tid, en rolle Røvik (2007) kaller for translatør. Min studie viser at ved implementering av samhandlingsrutiner, krever det avdelingsledere som translatører der de presenterer tidligere rutiner til sine ansatte og tydeliggjør endring i praksisen ved pasientoverganger mellom tjenestene. For å legge til rette for ny praksis må avdelingsledere bistå med å tolke samhandlingsrutiner, se på egen praksis og omdefinere denne praksisen slik at ansatte settes i stand til å følge ny rutine.

Avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret sier i mine intervju at nye rutiner må gjennomgås i fellesskap med ansatte for å sikre samme forståelse både i forhold til rutiner og betydningen av egen rolle i pasientforløpet. Likevel viser funn i min studie at avdelingsledere ved de ulike tjenestene har forskjellige forutsetninger og handlingsrom når de som translatører skal oversette samhandlingsinitiativ ned på enhetsnivå. Avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret er til stede på jobb til samme tid som sine ansatte og kan derfor sikre god informasjonsflyt. De opplever heller ikke samme press på tid og ressurser som avdelingsledere gjør ved utførerenhetene, helsehus og hjemmetjeneste. Utførerenhetene er turnustjenester og har mange deltidsansatte. Når ansatte jobber til ulike tider av døgnet er det vanskeligere for avdelingsledere å sikre informasjonsflyt og implementering av nye rutiner. I tillegg beskriver avdelingsledere spesielt fra helsehus, men også hjemmetjeneste, en hverdag med høy grad av *krysspress* der de mangler tid og ressurser til å oversette samhandlingsinitiativ til sine ansatte. Denne opplevelsen bekreftes også av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen. De hevder det er i implementeringsfasen det svikter når politiske og strategiske ambisjoner skal oversettes ned til enhetsnivå, spesielt på helsehus og i hjemmetjenesten. Årsakene de peker på er lite handlingsrom, mangel på felles møtepunkt for ansatte og god informasjonsflyt. Avdelingsledere ved alle tjenesteområdene understreker at

felles møtepunkter og god informasjonsflyt er avgjørende for samhandling i overganger mellom tjenestene. For at samhandling som politisk ambisjon og masteridè skal kunne kontekstualiseres inn i organisasjonen og ned på enhetsnivå, kan jeg sett i lys av mine funn hevde at organisasjonen må legge til rette for at avdelingsledere har tilstrekkelig med handlingsrom for å kunne oversette samhandlingsinitiativ og med det bidra til gode samhandlingsprosesser.

Røvik (2007) presenterer den hierarkiske oversettelseskjeden som bygger på antakelser om sammenhengende forutsetninger og forventninger til hva som er sentrale aktører og arenaer i en kontekstualiseringsprosess. Avdelingsledere i min studie peker på enhetsledere som et bindeledd mellom strategi og praksis, en fasilitator som skal sette retning og fastsette mål. Det presiseres at de må være lojale overfor beslutninger tatt på ledernivå over dem. Røvik (2007) hevder nye organisasjonsideer eller oppskrifter hovedsakelig blir introdusert via toppledelsen og nedover i organisasjonen, «top-down». I min studie er samhandlingsrutiner samhandlingsinitiativ iverksatt ovenfra, der formålet er translasjon av ideen samhandling som skal oversettes av avdelingsledere og forankres på tjenestenivå. En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen (vedlegg 3), sier rutinen var en bestilling fra strategisk ledernivå i kommunen, med mål om effektive pasientforløp og gode overganger mellom tjenestenivåene. Samhandlingsrutinen har en detaljert beskrivelse av samhandlingsprosessen og har lite rom for lokale tilpasninger. Røvik (2007), hevder at underliggende aktører vil ha begrenset frihet når de skal oversette strategiske initiativ og årsaken til det er at toppledelsen har klare strategier for hvordan ideen skal implementeres og vil ha kontroll på at lokale tilpasninger er innenfor rammene og at overordnede hensyn blir ivaretatt.

Den hierarkiske oversettelseskjeden modifiseres av Røvik (2007) på flere områder. Kurs, seminarer og studier som utviklingstiltak overfor bestemte profesjoner og yrkesgrupper er arenaer som er viktige bærere og «inntaksporter» for ideer og arena for oversettelse av disse. Slike utviklingsarenaer utfordrer den hierarkiske oversettelseskjedens tankegang om at ideer er initiert «top-down». En annen faktor er organisasjonens lokale mangfold, der man kan finne forskjellige versjoner av ideer eller konsepter på ulike nivå som ikke har utspring i en «mesterversjon» tatt inn av ledelsen. Funnet i min studie viser at enhetene tidvis ikke følger fastsatte rutiner, mangler kunnskap om samhandlingsrutiner eller ikke har implementert dem på en god nok måte (tabell 5.4). Avdelingsledere beskriver en fragmentering som gir rom for feil og avvik på bakgrunn av at enhetene gjør lokale tilpasninger eller lager egne rutiner. De hevder også at enheter gjør endringer i organisering og drift, uten å informere

samhandlingsaktører om dette. Dette bidrar til at man internt i Trondheim kommune, også på enhetsnivå innen samme tjenesteområde, finner ulik oversetting av masterideen samhandling og har ulike forventninger til samhandlingsprosessen. Eksempler på dette kan være når helsehus unnlater å invitere hjemmetjenesten til samarbeidsmøter, fordi de setter begrensninger for dem på bakgrunn av manglende kjennskap til tjenestens ressurser (tabell 5.1) eller når hjemmetjenesten gjør nye kartlegginger fordi de ikke har tillit til at helse- og velferdskontoret har fattet riktig vedtak på tjenester i hjemmet (tabell 5.2).

6.1.2 Viktige forutsetninger for god samhandling

For at kommunen skal kunne gi nødvendige tjenester til de som trenger det er det avgjørende at eldre er mest mulig selvstendige og bor hjemme lengst mulig, med minst mulig tjenester. Det krever en generell god samhandling i helsetjenesten og ikke minst gode overganger mellom tjenestenivå i kommunen. «Tid for handling» understreker at den overordnede organiseringen av helse- og omsorgstjenestene påvirker samhandlingen mellom de ulike områdene, og en hensiktsmessig organisering med god samhandling bidrar til gode tjenester og ressursutnyttelse. Det er nødvendig med et system for effektiv bruk av helsepersonell, hvor kompetanse og kapasitet må fordeles mellom tjenestene (NOU 2023:4).

Både avdelingsledere og de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen beskriver i min studie en arbeidshverdag preget av samtidskonflikter og høyt arbeidspress. En årsak de peker på er antallet utskrivningsklare pasienter fra sykehus. I tillegg viser de på lik linje med relevant litteratur (Forskningsrådet, 2019; Kassah & Tønnesen, 2016; Meld. St. 15 (2017–2018); NOU 2023:4) til en økt kompleksitet i forhold til pasientforløpene. Avdelingsledere i min studie har erfaring med at eldre pasienter er sykere og skrives tidligere ut fra sykehus med mer omfattende hjelpebehov. Det er likevel ikke bare økende antall eldre de peker på som skaper press på tjenestene. De angir også et økt behov for tjenester knyttet til rus og psykiatri. Samhandling om pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk, beskrives av avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret og helsehus i min studie som spesielt utfordrende, en utfordring som bekreftes av Hansen & Ramsdal (2014).

Avdelingsledere i min studie beskriver behovet for samhandling som større enn det som er i dag og at samhandling er avgjørende for å sikre gode overganger mellom tjenestene. De viser til at tillit til hverandres kunnskap og faglige vurderinger, felles møtepunkt og nettverk, mulighet for hospitering og god informasjonsflyt er faktorer som påvirker kvaliteten på samhandlingen. Med utgangspunkt i dette kan man dra paralleller til det Vik (2018)

presenterer som relasjonelt samarbeid. En samhandlingsform som krever nærhet og sammenkobling mellom aktørene, der de utvikler en gjensidig forståelse og kunnskap om hverandres profesjoner gjennom møteplasser, dialog og forhandlinger. Tønnesen et al. (2016) og Anderson et al. (2020) støtter det og viser til at samhandling forutsetter kjennskap til og forståelse for hverandres situasjon. Avdelingsledere i min studie har ulikt kunnskapsnivå om andre tjenester. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret sier de har god kjennskap og oversikt over tjenesteområdene, noe de må ha for å fatte riktig vedtak på tjenester.

Avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste har ikke like god kjennskap til andre tjenester og anerkjenner at det kan påvirke effektiviteten i pasientforløpene og samhandling i overganger mellom tjenestene. En avdelingsleder fra helsehus sier de har satt begrensninger for hjemmetjenesten på bakgrunn av manglende kunnskap om deres kompetanse og kapasitet. Og selv om avdelingsledere fra helse- og velferdskontor sier de har god kjennskap til andre tjenesteområder, sier avdelingsleder fra hjemmetjenesten at de er kritiske til vedtak som fattes av helse- og velferdskontoret fordi de bestiller tjenester som hjemmetjenesten ikke utfører.

Samhandling beskrives av avdelingsledere i min studie som det å jobbe mot og nå et *felles mål*, et samarbeid på bakgrunn av mål enten for pasienten, eller kommunen. De påpeker at det er viktig at strategisk ledelse setter tydelig retning, der målene forankres fra ledelsen og videre ned i organisasjonen. Anderson et al. (2020) hevder også det er avgjørende at samhandlende aktører må bli enige om felles mål, som også er i henhold til organisasjonens mål. Videre viser avdelingsledere i min studie til at samhandling dreier seg om å få til ting i fellesskap. At man har en forståelse av at løsningene ikke alltid er gitt, og at man ikke finner dem alene. Felles strategier og forståelse for fellesansvaret er avgjørende for å lykkes med pasientforløp og samhandling i overganger mellom tjenesteområdene. Dette belyses også i St.meld. nr. 47 (2008-2009), der det understrekes at helsepersonell skal motiveres til samhandling på bakgrunn av en felles helsefaglig og samfunnsmessig forståelse. De skal altså ta utgangspunkt i helhetsbildet og ikke egne interesser. Samhandlingskompetanse og holdninger til samarbeid er altså avgjørende for god samhandling (Danielsen & Fjær, 2010; Sogstad & Bergland, 2021). Mine funn tyder på at ansatte ved helsehus og hjemmetjeneste har liten grad av systemforståelse og helhetlig blick på tjenestene. Avdelingslederne sier manglende forståelse for andre tjenester hos ansatte medfører en del "privat praksis" rundt på enhetene. Det kan komme som et resultat av lite kjennskap til hverandre, som igjen påvirker tilliten på tvers av tjenestene (tabell 5.1). Tillit i samhandling bygges ved at man får kjennskap til og kunnskap om hverandre, gjerne ved hjelp av felles møtepunkter, nettverk og hospitering. Danielsen &

Fjær (2010) beskriver åpenhet og tillit som grunnleggende verdier som er nødvendig for å få til samhandling. Det støttes av Anderson et al. (2020), som fremhever tillit som en forutsetning for samhandling. Lien & Bjørke (2003) viser også til at tillit mellom samhandlingsaktører er en vesentlig faktor for å lykkes med samhandling, noe Torgersen & Steiro (2009) også påpeker. Graden av tillit mellom helsepersonell og tjenesteområder påvirker samhandlingen, noe også mine funn viser. Avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste beskriver i min studie, bruk av egne kartleggingsverktøy fordi de mangler kjennskap og tillit til andre tjenester. Tillit til hverandres faglige vurderinger er nødvendig for å unngå dobbeltarbeid ved at pasientene kartlegges flere ganger. Slikt dobbeltarbeid går ut over effektiviteten i pasientforløpene, øker ressursbruken og kan oppleves som belastende for pasientene. Sett i lys av mine funn, gjøres det doble kartlegginger på bakgrunn av manglende kjennskap og tillit til andre tjenester, noe som er en konsekvens av for dårlig samhandling.

Som et ledd målet om god samhandling og sømløse overganger viser mine funn at samhandlingsaktører må ha kjennskap og tillit til hverandre, og det krever *felles møtepunkter* (tabell 5.1). Dersom man har et ansikt, er det lettere å ta kontakt senere. Torgersen & Steiro (2009) beskriver det som en av tre samhandlingsformer som kan benyttes hver for seg eller kombineres, hvor den ene er ansikt-til-ansikt samhandling. Der har man direkte kommunikasjon og møtevirksomhet. Vik (2018) støtter at faste møtepunkter er en viktig faktor for god samhandling. Han hevder at samhandlingsutfordringer i helsevesenet blant annet kommer av mangel på møteplasser og kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Ansikt-til-ansikt-relasjon og teamarbeid er noe han fremhever som positivt for samhandling. At kjennskap til hverandre er viktig for god samhandling støttes i en rekke andre studier (Elstad et al., 2013; Skinner, 2015; Tønnesen et al., 2016) og nå også i min studie.

Faste møtepunkt bidrar til at samhandlingsaktører får mer kjennskap til hverandre, noe som er viktig for å kunne sikre effektive pasientforløp. I min studie viser avdelingsledere til at de i større og mindre grad har nettverksmøter mellom tjenesteområder og enheter innad i tjenestene. Nettverksmøter er fastsatte møtepunkt, hvor tjenestene kan utveksle kunnskap og erfaringer, noe som bidrar til helhetsforståelse og god samhandling. Likevel sier flere avdelingsledere i min studie at de ikke har nettverksmøter med alle samhandlingsaktører. Eklund et al. (2014) og Sogstad & Bergland (2021) hevder på lik linje med Vik (2018) at etablerte møteplasser for helsepersonell på tvers av tjenestene er et virkemiddel som styrker helse- og omsorgstjenestene. I tillegg til etablerte rutiner og tverrfaglig støtte er faste strukturer nødvendig for at samhandling skal fungere godt (Sogstad & Bergland, 2021). Til

tross for at alle avdelingslederne i min studie er enig om behovet og nytten av nettverksmøter og sier de ønsker denne møtestrukturen, er de ikke helt omforent om hvem som initierer og prioriterer møtene, og hvem som er velkommen til å delta i de ulike nettverkene.

Hospitering fremheves i min studie som et virkemiddel som påvirker samhandling positivt. Flere avdelingsledere har erfaring med gjensidig hospitering og beskriver det som nyttig. Ved hospitering blir man kjent, får forståelse for hverandre og kan utveksle kunnskap, kompetanse og informasjon. Funn i min studie viser at hospitering kan bidra til bedre samhandling mellom enhetene og bidrar til at fastsatte møter prioriteres i høyere grad. Andre studier beskriver også hospitering, gjerne obligatorisk, som et godt tiltak for bedre samhandling (Elstad et al., 2013; Skinner, 2015; Vik, 2018). Ved å møtes kan man som en avdelingsleder fra hjemmetjenesten i min studie sier, løse opp i småting og misforståelser.

For å ivareta pasientsikkerheten er det viktig med god informasjonsflyt (Anderson et al., 2020). *Informasjonsflyt* beskrives av avdelingsledere i min studie som avgjørende for god pasientbehandling, men også for samhandling i overganger mellom tjenestene (tabell 5.1). De hevder det er utfordrende å nå ut til alle ansatte med informasjon og rutiner, altså sikre lik tilgang til informasjon, spesielt hos utførerenhetene, helsehus og hjemmetjeneste. Ifølge avdelingsledere på helse- og velferdskontor har ikke de samme utfordringene. Der er ansatte på jobb samtidig og nye rutiner og informasjon kan introduseres og gjennomgås i fellesskap. Avdelingsledere i turnustjenestene meddeler at det er vanskelig å sikre god informasjonsflyt, noe som kan være medvirkende årsak til manglende systemforståelse hos ansatte. For å sikre systemforståelse kreves felles møtepunkter der man kan forhandle, diskutere ulikheter og bevisstgjøre ansatte om hverandres forståelse, mål og organisatoriske forhold (Vik, 2018). Dette støttes av Sogstad & Bergland (2021) som viser til at struktur, rutiner og møtepunkter for informasjonsdeling fremmer samhandling.

Nøkkelen til informasjonsflyt og samhandling er ifølge avdelingslederne i min studie god kommunikasjon mellom tjenester, noe som støttes av Røiseland & Vabo (2016) som angir at problemer med kommunikasjon er en viktig årsak til at samarbeid mislykkes. Avdelingsledere i min studie presenterer en arbeidshverdag med mange oppgaver, mangel på ressurser og kompetanse, noe som fører til høy arbeidsbelastning. Slike utfordringer preger kommunikasjonen mellom enhetene. Kommunikasjonsproblemer som fører til forsinkelser, feil, uklarhet eller mangler ved at informasjon uteblir, er problemer som blir mer tydelig i et presset system (Sogstad & Bergland, 2021). Avdelingsledere i min studie presiserer at god kommunikasjon, både skriftlig og muntlig, fremmer forståelsen for hverandre og påvirker

hvor god samhandlingen er. Journalføring er skriftlig kommunikasjon og informasjonsoverføring som er avgjørende for å sikre tilgang til kritisk pasientinformasjon. Mine funn viser at systemene ansatte skal håndtere og kravene man skal levere på, krever mer administrativ tid. Innføringen av journalsystemet Helseplattformen har vært en stor endring, som påvirker både ledere og ansatte. Både avdelingsledere og de ansvarlige for utarbeidelsen av samhandlingsrutinen, beskriver utfordringer med systemet, spesielt i forhold til kompleksitet. På en annen side hevder flere avdelingsledere at samhandlingen mellom tjenesteområdene fungerer bedre på grunn av de gode kommunikasjonsmulighetene i journalsystemet. En kommunikasjonsform hvor samhandling foregår skriftlig gjennom et journalsystem, e-post eller muntlig via telefon eller digitale møter presenteres av Torgersen & Steiro (2009) som mediert samhandling, en form for samhandling som min studie viser er avgjørende for å sikre informasjonsflyt og effektive og forsvarlige pasientforløp med gode overganger mellom tjenesteområdene.

6.1.3 Hva utfordrer samhandlingen?

Formålet med samhandling i helse- og omsorgstjenesten er ifølge Orvik (2015) å sikre helhetlige pasientforløp ved hjelp av integrerte tjenester. Anderson et al. (2020) bekrefter det og viser til at integrerte tjenester til pasienter med komplekse behov krever samhandling på tvers av faglige og organisatoriske grenser. På den måten kan integrerte tjenester bidra til helhetlige pasientforløp, økt brukertilfredshet og kvalitet, bedre tilgjengelighet, fleksibilitet og kontinuitet, i tillegg til økt effektivitet, mindre dobbeltarbeid og sløsing av ressurser. Dette understreker hvor avgjørende god samhandling er for å kunne imøtekomme utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Noe avdelingslederne i min studie beskriver som krevende med dagens organisering, er at pasientforløpene er for lite effektive. En årsak til det hevder de er manglende samhandling i overganger mellom tjenesteområdene. Denne opplevelsen forsterkes av faktorer som bidrar til fragmentering både mellom tjenesteområdene, men også mellom enhetene innenfor hvert område. Avdelingslederne understreker at det er utfordrende at enheter innad i de ulike tjenesteområdene er organisert forskjellig eller endrer på sin organisering og rutiner uten å informere samhandlingsaktører. Det gjelder både ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor. En avdelingsleder på helsehus beskriver slik fragmentering som *privat praksis*, som også finnes mellom avdelinger innad på enhetene. Fragmentering viser seg også i manglende kjennskap til andre tjenester, som kan bidra til misnøye og lite tillit mellom tjenesteområdene. Det fører til bruk av egne kartleggingsverktøy

og gjerne dobbeltarbeid, noe som påvirker effektiviteten i pasientforløpene og overganger mellom tjenestene (tabell 5.1).

I min studie bemerker både de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen og avdelingsledere at samhandlingsrutinen ikke følges i stor nok grad og at tjenestene derfor ikke er raske nok til å koble på hverandre, noe som forsterker opplevelsen av fragmentering. Avdelingsledere ved alle tre tjenesteområder uttrykker et ønske om bedre samhandling, et ønske som også formidles i en annen studie (Danielsen et al., 2017) som hevder at økende grad av fragmentering og spesialisering i det norske helsevesenet har ført til et ønske om bedre samhandling. Røsstad et al. (2013) bekrefter det og peker på en signifikant fragmentering internt i primærhelsetjenesten. En av årsakene som presenteres er endrede og mer komplekse oppgaver. Fragmentering i helse- og omsorgstjenesten beskrives også i stortingsmeldinger og hvordan det påvirker og utfordrer målet om helhetlige og sammenhengende pasientforløp (Meld. St. 15 (2017–2018); St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Tidligere forskning viser til flere årsaker til fragmentering, både spesialisering og profesjonalisering, men også desentralisering og differensiering. Fragmentering kan også oppstå hvis rutiner ikke følges (Orvik, 2015), slik som avdelingslederne viser til i min studie.

Avdelingsledere i min studie presenterer flere faktorer de mener påvirker opplevelsen av fragmentering. Hovedårsakene de fremhever er knappe økonomiske ressurser, mangel på tid, kompetanse, helhetsforståelse og kjennskap til hverandre. Selv om de peker på samme utfordringsbilde og årsaker til det, viser funn i min studie at forutsetningene og opplevelsene er forskjellige mellom tjenesteområdene. Avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste sier deres evne til å samhandle preges av ressursmangel, rekrutteringsutfordringer og press på oppgaver og tid. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret viser også til at de er presset, men det går mer på overordnede forventninger om effektivitet og tilgang til tjenester fra pasienter og pårørende. En annen viktig faktor som forsterker opplevelsen av fragmentering mellom tjenesteområdene i min studie, er det avdelingslederne fra helsehus og hjemmetjeneste beskriver som ubalanse i maktforholdet mellom tjenestene, spesielt mellom helse- og velferdskontoret som bestiller av tjenester og helsehus og hjemmetjeneste som utfører. Trondheim kommune har en bestiller-utførermodell. Målet med bestiller-utførermodellen er at det skal bidra til et mer helhetlig pasientforløp (Tønnesen et al., 2016). Mine funn viser en ubalanse i maktforholdet mellom bestiller og utfører som forsterker opplevelsen av fragmenteringen og påvirker samhandlingen negativt. Tønnesen et al. (2016) støtter dette funnet og understreker at begrenset makt og innflytelse i samhandlingen kan

oppleves som problematisk, som for eksempel når helse- og velferdskontoret bestiller og fatter vedtak på tjenester som utfører av tjenesten mener ikke er riktige. Mine funn viser at avdelingsledere fra bestiller- og utførerene har ulikt syn på maktforholdet i samhandlingen om pasientforløpene. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret hevder at utførerene har faglige vurderinger som har stor innflytelse på hvilket tjenestenivå det fattes vedtak på. De sier at de ikke overprøver utførerene så mye. Avdelingsledere fra utførerene sier derimot de har en opplevelse av at de ikke blir tilstrekkelig involvert og at vedtak fattes uten at de blir hørt. Kassah & Tønnesen (2016) viser på lik linje med min studie og Tønnesen et.al (2016) også til at helse- og velferdskontoret som beslutningsmyndighet og vedtaksfatter i tildeling av helsetjenester, berører maktbalansen mellom samhandlingsaktørene. Vik (2018) beskriver en samhandlingsform som han kaller operasjonelt lukket samarbeid som er preget av nærhet og differensiering, der det finnes møteplasser og diskusjon om de ulike forståelsesrammene, men ulikhet, usikkerhet og maktkamp preger relasjonene. Det oppnås her ikke enighet om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. Avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste beskriver i min studie altså grader av *operasjonelt lukket samarbeid*, men denne opplevelsen er ikke i tråd med synet avdelingsledere fra helse- og velferdskontoret har på samhandlingen. En mulig årsak til at det oppleves forskjellig kan være at saksbehandlere ved helse- og velferdskontoret ikke har samme nærhet til pasientene som helsehus og hjemmetjeneste har, men likevel avgjør hvilke tjenester pasientene skal ha vedtak på. Avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret sier i min studie at deres tjeneste har god kjennskap til både helsehus og hjemmetjeneste, men avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste sier at enkelte vedtak som fattes viser at dette ikke nødvendigvis stemmer helt.

Enhetene innad i de ulike tjenesteområdene er organisert forskjellig, noe avdelingslederne i min studie påpeker. Ulike rutiner og praksis gjør at mange vil ha ting gjort på sin måte, noe som utfordrer samhandling, kontinuitet, og bidrar til uforutsigbarhet. Eklund et al. (2014) understreker at ulik strukturell og intern organisering utfordrer samhandling på tvers i kommunehelsetjenesten. Vik (2018) beskriver en samhandlingsform han kaller for fragmentert oppgavefordeling. Kjennetegnet ved denne samhandlingsformen er avstand og differensiering, med lav gjensidighetskunnskap, og mangel på fysiske møteplasser og lokale retningslinjer. En slik samhandlingsform gjør at aktørene er mer opptatt av egen lokal kontekst og ikke det helhetlige behandlingssystemet rundt pasientene. Vik (2018) viser til at studier har funnet en slik form for samhandling internt i primærhelsetjenesten. Samhandlingen

er da påvirket av uklar ansvarsfordeling, mangelfull informasjonsflyt og noen ganger maktkamp mellom profesjoner og behandlingsidealer. I min studie finner jeg at avdelingslederne fra de ulike tjenesteområdene har ulik oppfatning av egen rolle og hvordan tjenesteområdene oppfattes av samhandlingspartnere. De viser til at holdninger, kultur og hvordan man snakker om hverandre, påvirker samhandlingen. Det handler mye om å vite hvilken rolle alle har og ha respekt for at man innehar forskjellige funksjoner i en samhandlingsprosess. Sett i lys av avdelingsledernes beskrivelse av organisering og fragmentering i min studie, så kan det tyde på at det finnes *fragmentert oppgavefordeling* som samhandlingsform også i Trondheim kommune.

6.2 Hvordan påvirkes samhandling av rutiner?

Det andre forskningsspørsmålet i min studie omhandlet avdelingslederens erfaringer med samhandlingsrutiner og hvorvidt samhandlingsrutinen som legger føringer for samarbeidet mellom tjenestene er tatt i bruk. For å belyse dette spørsmålet vil jeg vise til funn i min empiriske analyse som forteller noe om det er ulike former for samhandling og hvorvidt disse er et resultat av translatørens kompetanse eller ulike oversettelsestrategier vedrørende de innførte samhandlingsrutinene.

Trondheim kommunes samhandlingsrutine mellom helse- og velferdskontor, helsehus og hjemmetjenester, beskriver ansvars- og oppgavefordeling i pasientoverganger (vedlegg 3). De ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen sier arbeidet med rutinen ble initiert på bakgrunn av et høyt antall utskrivningsklare pasienter fra helsehus og sykehus, noe som har ført til et behov for økt effektivitet i pasientforløpene og med det bedre samhandling i overganger mellom tjenesteområdene. Som jeg har beskrevet tidligere viser mine funn at avdelingsledere opplever tjenestene som fragmenterte. Enhetene organiseres ulikt og har forskjellige forutsetninger og det resulterer i et behov for tydelige samhandlingsrutiner. Felles rutiner er dermed nødvendig for å sikre sammenhengende pasientforløp og at det samhandles på tvers av tjenestene. Dette støttes av Røssstad et al. (2013) som viser til nødvendigheten av detaljerte beskrivelser av prosedyrer, ansvar og informasjonsflyt i pasientoverganger mellom tjenestenivå.

Dale & Hvalvik (2013) hevder at koordinering, kommunikasjon og ansvarsavklaring mellom organisasjons- og tjenestenivå og samhandlingsaktører har stort behov for forbedring. Mange tjenesteytere er involvert i pasientforløpene, og de viktigste suksesskriteriene for god samhandling er forutsigbare rutiner. Rutiner er ifølge flere andre studier avgjørende for god

samhandling (Eklund et al., 2014; Olsen et al., 2013; Sogstad & Bergland, 2021) og kan bidra til økende grad av strukturell likhet innenfor og mellom tjenesteområdene.

Samhandlingsrutinen som gir retningslinjer for samarbeidet og er førende for samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune ligger tilgjengelig for ansatte i kvalitetssystemet, *kvaliteket*. Alle ansatte i kommunen er pålagt å følge prosedyrer og rutiner som finnes i kvalitetssystemet. Avdelingsledere i min studie beskriver det som utfordrende at ikke alle ansatte er kjent med kvalitetssystemet og rutiner, noe som gjelder spesielt ved helsehus og hjemmetjenester. De peker på flere årsaker til dette, som at systemet er uoversiktlig og vanskelig å navigere i og at det er vanskelig å sikre god informasjonsflyt og opplæring i turnusbaserte tjenester. En annen mulig årsak mine funn viser er at avdelingsledere fra de ulike tjenesteområdene ikke har samme fokus på rutiner og implementering av disse. Som vist i tabell 5.4 har ikke avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjeneste samme forutsetninger for å sikre god informasjonsflyt og implementering av nye rutiner til ansatte som avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret. De har mindre handlingsrom og må derfor prioritere annerledes. I tillegg er det sannsynlig at avdelingsledere har ulik translatørkompetanse, noe som påvirker hvordan de oversetter samhandlingsinitiativ til sine ansatte, og med det hvor godt rutiner blir implementert ned på enhetsnivå. Både de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen og avdelingsledere ved alle tjenesteområdene er enige om at det er avdelingsledere som har ansvaret for å oversette ambisjonene om samhandling til egen tjeneste, men mine funn viser klare forskjeller på hvordan de prioriterer dette arbeidet i de ulike tjenestene. I min tolkning av årsaker til dette, ser jeg en sammenheng mellom graden av fokus på rutiner, kombinert med den generelle arbeidsbelastningen i tjenesten og avdelingslederens manglende handlingsrom til å styre samhandlingsprosesser. En av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen påpeker at ansatte ved helse- og velferdskontoret er mer rutinefokusert, noe avdelingsledere der bekrefter. Ved helsehus og hjemmetjeneste er forutsetningene annerledes og i min studie kommer dette tydelig frem spesielt på helsehus, der en avdelingsleder sier at hen har helt glemt å snakke om samhandlingsrutinen til sine ansatte.

Organisasjoner påvirkes av hverandre og DiMaggio and Powell (1991) bruker begrepet isomorfisme for å vise til hvordan organisasjoner innenfor samme område utvikler felles normer og virkelighetsoppfatning som bidrar til en økende strukturell likhet mellom organisasjoner. De ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen og avdelingsledere i min studie hevder at dersom rutiner skal fungere, må de involverte være enige om innholdet i

rutiner, det krever forankring, det krever implementering og fokus over tid. God samhandling dreier seg om å koble på hverandre tidlig, der man møtes og eier pasientforløpet sammen. Avdelingslederne presiserer at det er behov for felles forståelse og systemforståelse, og at man har samme mål i pasientforløpene. Videre beskriver de en hverdag preget av økende komplekse krav, arbeidspress og forventning om effektive pasientforløp. Avdelingslederne understreker at det økende presset på tjenestene kommer av organisatoriske strukturer, administrative og politiske krav, men også forventninger fra pasienter og pårørende. Mine funn viser at avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor har innført rutinene i forskjellig grad og benyttet seg av ulike fremgangsmåter. De har altså ikke benyttet seg av en standardisert måte, isomorfisme, noe som forsterker opplevelse av fragmentering, men også påvirker overganger mellom tjenestene. Samhandlingsrutiner skaper en forventning om hva samhandlingsaktørene skal utføre i samhandlingsprosessen. Når dette ikke innfris, preger det tillitsforholdet og med det samhandlingen (tabell 5.1). Dette medfører at tjenestene bruker egne kartleggingsverktøy og gjør nye kartlegginger selv om det tidligere er utført av en annen tjeneste. Mine funn kan derfor tilsi at selv om ideen om samhandling på overordnet nivå ligner ideer i andre organisasjoner, har den blitt oversatt på ulike måter i de ulike tjenestene. Dermed er det slik at rutiner som kan være til hjelp i samhandlingsprosessen mellom de ulike tjenestene ikke bærer preg av isomorfisme på operativt nivå.

DiMaggio and Powell (1991) hevder at organisasjoner som påvirkes politisk og er utsatt for press fra omgivelsene, vil kunne oppleve en tvangspreget isomorfisme og med det bli presset til å innføre spesifikke organisatoriske løsninger. Mine funn viser at avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste har knappe økonomiske ressurser, ansatte som mangler helhetsforståelse, tid og kompetanse, i tillegg til at det er skjev maktbalanse i forholdet mellom tjenestene. Sett i lys av begrepet tvangspreget isomorfisme, tror jeg dette kan være en medvirkende faktor til det en avdelingsleder kaller for «privat praksis». Press på tjenestene gir økende grad av fragmentering og mangel på handlingsrom, noe som påvirker samhandling på en negativ måte. En avdelingsleder fra helsehus sier at ved økt press og stramme rammer, er det ikke rom for samhandling. Ansatte gjør sine oppgaver og sender pasienten videre. Ulike translasjoner av ideen om samhandling på tjenestenivå fører derfor fortsatt til fragmentering, noe som skaper utfordringer for samhandlingsprosessen.

Avdelingsledere i min studie peker på felles møtepunkter, gjerne i samarbeidsnettverk der tjenestene deltar, som en viktig faktor for god samhandling (tabell 5.1). Felles møtepunkt vil bidra til at man jobber mot et felles mål, skaper forståelse for hverandre og sikrer kunnskap-

og kompetanseoverføring. Dette kaller DiMaggio and Powell (1991) for normativ isomorfisme, der ulike tjenester utvikler lignende forventinger til, og normer for samhandling. Profesjonsnormer spres gjennom faglige nettverk og bidrar til å definere forhold ved arbeidet og legitimere faglig autonomi. Røvik (2007) presenterer translasjonsteorien som beskriver hvordan man kan forstå kunnskapsoverføring mellom organisasjoner. Han hevder at alle former for sosial kommunikasjon og ytringer kan forstås og studeres som translasjon, også utvikling og distribusjon av organisasjonsideer. Det vil derfor videre sett i lys av translasjonsteori være relevant å se på hvordan avdelingsledere som translatører oversetter samhandling som masteridè og med det bidrar til i ulik grad å legge til rette for god samhandling mellom tjenesteområdene i Trondheim kommune.

6.2.1 Avdelingsledere som translatører

Mine funn viser at en viktig årsak til mangelfull samhandling i overganger mellom tjenestene er at samhandlingsrutinen ikke er godt nok implementert i helsehus og hjemmetjeneste. Både de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen og avdelingsledere angir et behov for «spydspisser» eller «veivisere» som tar ansvar og holder fokus over tid, det Røvik (2007) beskriver som *translatører*. Videre peker de på at det er avdelingsledere som er avgjørende for at tjenestene kan sikre implementering av rutiner og for at ansatte i organisasjonen skal settes i stand til å samhandle med hverandre. For at avdelingslederne skal kunne utføre dette, kreves det at de har translatørkompetanse (Røvik, 2007). Ifølge Røvik (2007) gjøres det mange forsøk på overføring av kunnskap og ideer mellom organisasjoner med varierende hell. Han påstår at muligheten for å lykkes i oversettelse av organisasjonsideer øker dersom man har gode oversettere i organisasjonen. Translatørkompetanse er derfor en viktig ressurs i ide- og kunnskapsoverføringer. En av de ansvarlige i utarbeidelse av samhandlingsrutinen hevder at avdelingsledere ved de ulike tjenesteområdene ikke har vært så påkoblet som intensjonen er i rutinen. En annen av de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen antyder at det er avdelingsledere som ikke har kjennskap til rutinen, noe som kan være en forklaring på hvorfor den ikke er oversatt og implementert på en god måte.

Røvik (2007) presenterer tre årsaker til at organisasjoner mislykkes ved oversetting og implementering av ideer. *Frikopling* er når ideer tas inn, men ikke tas i bruk. En måte å beskrive dette på er når avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjeneste i min studie sier de mangler handlingsrom i samhandlingsprosesser. De forteller at de ønsker samhandling og er enige om at det er nødvendig for å sikre gode og helhetlige pasientforløp. Selv om de har «tatt

inn» ideen om samhandling, klarer de ikke å oversette den eller ta den i bruk på grunn av mangel på ressurser som tid, kompetanse og økonomiske betingelser. Manglende oppfølging av samhandlingsrutinene ved helsehus og hjemmetjeneste og at tjenestene har implementert ulike tolkninger av samhandling, er eksempel på frikobling og noe som gjør samhandlingsprosessene mer utfordrende.

Frastøting er hvor ideen blir tatt inn, forsøkt i praksis, for så å bli lagt vekk (Røvik, 2007). Avdelingslederne i min studie er uenige i deler av innholdet i samhandlingsrutinen. Det gjelder spesielt tidspunktet for felles møter, men også hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. I tillegg sier noen avdelingsledere at de har satt begrensninger på vegne av andre tjenesteområder og derfor ikke følger rutinen ved at de ikke inviterer til samarbeidsmøter slik rutinen tydelig beskriver de skal gjøre. Dette er eksempler som kan føre til frastøting, der de «legger vekk» rutinen fordi de har en formening om at den ikke fungerer etter intensjonen. Røvik (2007) beskriver når ideer tas inn og i bruk, men gir andre effekter enn ønsket som et tredje eksempel på dårlig eller mislykket oversetting av ideer og praksis. Avdelingsledere i min studie viser mangel på kjennskap til hverandre, opplevelse av fragmenterte tjenester og manglende kommunikasjon. De viser med sine utsagn at de har forskjellig syn på egen rolle, kontra hvordan de andre tjenestene opplever det. Det gjelder spesielt i forhold til skjev maktbalanse og egen rolle opp mot pasient og pårørende. I et translasjonsteoretisk perspektiv skyldes slike mislykkede forsøk på oversetting av ideer og praksis dårlig oversettelsesarbeid. Med tanke på eksemplene der avdelingsledere i min studie peker på at man har mislykkes i oversettelsen av samhandlingsinitiativ, vil det være relevant å se på hva god translatørkompetanse innebærer.

Translatørkompetanse beskrives av Røvik (2007) der en besitter og integrerer flere typer kompetanse og har ulike egenskaper som kunnskap, mot, tålmodighet og styrke. For å være en dyktig translatør eller oversetter må man ha inngående kjennskap til konteksten det oversettes fra. Avdelingsledere i min studie formidler ulike egenskaper de mener er viktig for ledere å inneha og at ledelse dreier seg om å være et forbilde, en som støtter, motiverer og trygger ansatte. Lederen skal være en pådriver for samhandling, ta kontakt, kommunisere, være åpen for de ulike tjenestene, vise og formidle rolleforståelse og finne felles løsninger. Røvik (2007) understreker at en god translatør også må ha dekontekstualiseringskompetanse. Det innebærer at man har evne til å identifisere god praksis i andre organisasjoner, ha innsikt i kompleksitet og eksplisitet og kunne fremstille det man ønsker å oversette være seg strukturer, teknologi og rutiner (Røvik, 2007). Mine funn viser at det er en utfordring at avdelingsledere kjenner

rutinene, men ikke oversetter det til ansatte på en hensiktsmessig måte, eller prioriterer det bort i en hektisk og presset arbeidshverdag. Flere avdelingsledere viser til forbedringspotensialer i egne tjenesteområder og egne roller, spesielt ved at de kan ta mer initiativ til samhandling. Som eksempel kan de bli flinkere til å invitere til møter og hospitering, for å sikre kjennskap til hverandre, god informasjonsflyt og enighet om felles mål. Røvik (2007) presiserer at for å inneha god translatørkompetanse, er det nødvendig med kunnskap om konteksten det oversettes til, altså til der ideen eller praksisen skal implementeres og materialiseres. Videre påpeker han at det må tas høyde for at implementering av organisasjonsideer og oversettelse av disse, ofte skjer i en kontekst av konflikt, interesser og motstand mot endring. Denne påstanden er i henhold til mine funn, hvor avdelingsledere beskriver ulike interessekonflikter og uenigheter både i forhold til praksis, maktforhold og innhold i rutinen. For avdelingsledere som translatører er dette nødvendig å ha med seg når man skal oversette nye ideer ned på enhetsnivå.

6.3 Betydningen av lederes handlingsrom i samhandlingsprosesser

Det tredje forskningsspørsmålet i min studie omhandlet avdelingslederens handlingsrom og hvordan det påvirker muligheten for å legge til rette for samhandling mellom tjenester. For å belyse spørsmålet vil jeg vise til funn i min empiriske analyse som forteller noe om ulike handlingsrom blant ledere til å iverksette samhandlingstiltak.

Ledelse i kommunehelsetjenesten, utøves i en politisk kontekst og krever innsikt i mange dimensjoner (Meld. St. 16 (2010–2011); Tortzen, 2016), og ledere må ta hensyn til et utstrakt sett av mål og verdier (Christensen, Lægreid, & Røvik, 2021). Fremtidens utfordringer gjør at det stilles store krav til både politisk og administrativ ledelse (Meld. St. 16 (2010–2011)). I kommunen møter ledere sammensatte og komplekse utfordringer, krav og forventninger, noe som krever individuell og organisatorisk kompetanse (Forskningsrådet, 2019). Dette understøttes av de ansvarlige for utarbeidelsen av samhandlingsrutinen og avdelingslederne i min studie i deres beskrivelse av hvordan tjenestene er organisert, endringer i tjenestene over tid og behovet for økt kompetanse om samhandling.

I 2017 ble det innført avdelingsledelse i Trondheim kommune, med mål om at en tydelig og tilstedeværende ledelse vil gi bedre forutsetninger for at kommunen lykkes med implementering av sine strategier (Trondheim kommune, 2016). Avdelingsledere i min studie beskriver lederrollen som kompleks og utfordrende, både med hensyn til arbeidspress og lite handlingsrom. De understreker at avdelingslederrollen er viktig for at kommunen skal sikre

god samhandling og overganger mellom tjenesteområdene og med det helhetlige og effektive pasientforløp. Eklund et al. (2014) støtter mine funn og hevder at ansatte er avhengig av lederstøtte for å lykkes med samhandling. Røiseland & Vabo (2016) er også enig og viser til at ledelse er en forutsetning for at det skal komme noe ut av et samarbeid, noe også Hansen & Ramsdal (2014) påpeker ved å vise til at det er behov for at ledere engasjerer seg sterkere i å etablere og utvikle samarbeidskulturer.

6.3.1 Samhandling og lederrollen

Avdelingsledere har en avgjørende rolle for å sikre god samhandling i overganger mellom tjenestene og det er derfor relevant å se på lederrollen og hvilke egenskaper en leder bør inneha i samhandlingsprosesser. Ifølge avdelingsledere i min studie innebærer lederrollen evne til å formidle system- og rolleforståelse og synliggjøre behovet for å jobbe mot felles mål som er i henhold til både mål for pasienter og organisasjonen. Det at avdelingsledere er tydelig på målet for samhandling og viser vei, er sammenfallende med lederrollen Adizes (1995) kaller for *administrator*. Adizes (1995) beskriver fire ulike lederroller: produsenten (P), administratoren (A), entreprenøren (E) og integratoren (I) som skal sikre god ledelse (tabell 3.3). Ledere klarer sannsynligvis ikke å være gode i alle rollene og det kan være fordeler og ulemper med dem alle. Med det tydeliggjør Adizes (1995) behovet for å jobbe i lederteam der man kan utfylle hverandre, der en ser andres ferdigheter og aksepterer at andre er sterke der en selv er svak. På den måten kan ledere danne lederteam med ulike ferdigheter, behov og lederstiler som vil bidra inn i samhandlingsprosesser. Teamarbeid beskrives av en avdelingsleder i min studie som uvurderlig, da samhandling dreier seg om å få til noe i fellesskap. Målet med samhandling er ifølge mine funn det å få til pasientforløp som er trygge og forutsigbare med gode overganger mellom tjenestene. Avdelingsledere påpeker at rolleforståelse er en forutsetning for at man skal kunne nå målet, både forståelse for sin egen rolle og hverandres. Rollen som enhetsleder og avdelingsleder beskriver avdelingslederne ganske likt, men enhetsleder har et mer strategisk utgangspunkt og skal sette retning for arbeidet og samhandlingen, altså være en administrator. Ledelse dreier seg ifølge avdelingslederne om å være et forbilde, som støtter, motiverer og trygger ansatte og finner felles løsninger, det Adizes (1995) beskriver som *integrator*, men også en pådriver eller *produsent* (tabell 5.4). Adizes (1995) mener det er nødvendig å fordele lederes rolle ut ifra kunnskap og ferdigheter de innehar og at de med utgangspunkt i det kan fordele og samarbeide om lederoppgavene. I min studie viser avdelingsledere til at de har ulike ansvarsområder og oppgaver som ikke er så lette å dele på og som problematiserer Adizes

(1995) tankegang om å dele lederoppgavene. I tillegg viser flere av avdelingslederne i min studie til at de opplever et stort press på oppgaver og mangler handlingsrom, noe som påvirker deres mulighet til samhandling og sannsynligvis også da muligheten til å samarbeide om lederrollen.

For at ledere skal ha mulighet til å påvirke og forme organisasjonens mål og resultater er handlingsrom en forutsetning (Espedal & Kvitastein, 2012). Handlingsrom begrenses ifølge Tønnesen (2011, referert i Kassah & Tønnesen, 2016) av økonomiske ressurser, organisatoriske strukturer og juridiske forpliktelser. Alsvåg (2015, referert i Kassah & Tønnesen, 2016) påpeker at for å gjøre helhetlige vurderinger av pasienter, kreves det faglig handlingsrom og helhetlige vurderinger krever samhandling. Avdelingsledere i min studie beskriver samhandling som tidkrevende, og at det er avgjørende at samhandlingsaktørene har ressurser og muligheter til å involvere de riktige deltakerne til riktig tid i samhandlingsprosesser. Det at alle viktige aktører er på banen samtidig beskrives av avdelingsledere ved helse- og velferdskontor som tidvis utfordrende. Det kan nok henge sammen med mitt funn om at avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjenester sier lite handlingsrom utfordrer lederrollen mest. De beskriver en hverdag med tidspress, mangel på økonomiske ressurser og kompetanse, kombinert med mange driftsoppgaver og høyt sykefravær, noe som begrenser mulighetene for samhandling.

Det formelle handlingsrommet er rettet mot leders rolle og består av regler, normer, ansvar og ressurser. Ledere i organisasjoner som i stor grad styres av krav, rutiner og prosedyrer vil ha mindre handlingsrom og mulighet til å velge mål eller midler (Strand, 2007). Adizes (1995) beskriver ulike egenskaper knyttet til lederrollen. Med lederrollen følger ansvar og oppgaver. Avdelingsledere i min studie er tydelige på sine ansvarsområder og oppgaver. Selv om avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret har mindre utfordringer knyttet til handlingsrom, beskriver også de en opplevelse av økende krav og arbeidsbelastning. Avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjeneste peker på det samme, men er mer tydelige på at de mangler handlingsrom i form av ressurser som tid og tilgjengelig kompetanse i arbeidshverdagen (tabell 5.4). Mine funn tyder på at manglende handlingsrom oppleves som spesielt utfordrende for avdelingsledere ved helsehus, noe som samlet sett medfører store utfordringer for lederrollen innen dette tjenesteområdet. Avdelingsledere ved helsehusene føler seg presset til å gjøre prioriteringer som i verste fall går på bekostning av effektivitet og kvalitet i pasientforløpene, en opplevelse som bekreftes i flere andre studier da rammebetingelser begrenser muligheten for at pasienter skal kunne oppleve god sammenheng

i tjenestene (Sogstad & Bergland, 2021; Sogstad & Skinner, 2020). Anderson et al. (2020) støtter det og bemerker at mangel på samsvar mellom ressurser og oppgaver kan føre til at ansatte gjør tilpasninger, tar snarveier og med dette lager egen praksis på bekostning av protokoller og rutiner, noe også Sogstad & Bergland (2021) skisserer. Videre beskriver de at rammene på tjenestene, som arbeidsbelastning, liten tid og mangel på kompetanse begrenser samhandling.

Som beskrevet ovenfor opplever avdelingsledere i min studie ulik grad av handlingsrom. Avdelingsledere fra helse- og velferdskontor sier de har mulighet til å delta på møter og de har tid til faglige refleksjoner, selv om de også viser til utfordringer med sykefravær. Avdelingsledere fra hjemmetjenesten beskriver også en presset arbeidshverdag, som preges av knapphet på tid og mange oppgaver. Likevel viser mine funn at avdelingsledere på helsehus er de som beskriver høyest grad av krysspress, mangel på tilgjengelig kompetanse og stabilitet i ansattgruppen, i tillegg til store rekrutteringsutfordringer. Deres evne til å oversette samhandlingsinitiativ til sine ansatte begrenses av manglende handlingsrom. Selv om avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret ikke på samme måte synes graden av handlingsrom utfordrer dem i hverdagen, viser de forståelse for at situasjonen er annerledes og mer krevende for avdelingsledere og ansatte ved helsehus og hjemmetjeneste. Avdelingsledere ved helse- og velferdskontoret gir uttrykk for at de har tilstrekkelig tilgang på ressurser, spesielt med tanke på fagkompetanse og har ingen utfordringer med å rekruttere helsepersonell som har relevant og høy kompetanse. Likheten mellom alle tjenesteområdene er at de angir sykefravær som en medvirkende faktor som utfordrer kontinuiteten i pasientforløpene og i hvilken grad avdelingsledere klarer å legge til rette for samhandling om gode overganger mellom tjenestene.

7. Konklusjon og innspill til videre forskning

Fremtiden viser et krevende utfordringsbilde for kommunale helse- og omsorgstjenester. De siste årene har presset på tjenestene vært økende og årsaken er flere antall eldre med komplekse utfordringer og bistandsbehov. Samtidig er de økonomiske ressursene i tjenestene som bistår denne gruppen knappe, tjenestene opplever en mangel på helsepersonell, de har rekrutteringsutfordringer og har mindre tilgang på frivillige. Dette utfordrer tradisjonell organisering, utvikling og styring av helse- og omsorgstjenester for eldre. Tidligere forskning og politiske dokumenter beskriver helsevesenet i Norge som fragmentert, og peker spesielt på manglende kontinuitet og koordinering av omsorgen hos eldre og kronisk syke (Meld. St. 15 (2017–2018); Røsstad et al., 2013; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). For at helse- og omsorgstjenesten skal være i stand til å gi helhetlige tjenester, må pasientforløpene og overganger mellom tjenestene organiseres på en hensiktsmessig måte og det krever god samhandling mellom ulike tjenesteområder. Samhandling som virkemiddel kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og gode tjenester. I min studie har jeg sett nærmere på avdelingslederes erfaringer med samhandling mellom tre tjenesteområder i Trondheim kommune og hvordan innføring av samarbeidsrutiner har påvirket samhandling mellom tjenestene. Den overordnede problemstilling for denne studien var følgende:

Hvilke erfaringer har avdelingsledere med samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene i Trondheim kommune, og hvordan kan samarbeidsrutiner legge til rette for god samhandling?

Første del av problemstillingen handler om hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling. I min studie har jeg vist hvordan Trondheim kommune på strategisk nivå har oversatt den politiske masterideen om samhandling ut i organisasjonen og ned til enhetsnivå ved hjelp av innføring av samhandlingsrutiner. Ved bruk av rutiner kan samhandlingsinitiativ oversettes til ansatte, hvor både formål med samhandling, forventninger og retningslinjer presenteres på en tydelig måte og med det kan bidra til felles forståelse på tvers av tjenester. Utfordringene i helsevesenet krever høyere grad av samhandling, ikke bare mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også internt mellom tjenesteområder og enheter i kommunen. Avdelingsledere i min studie bekrefter utfordringene som beskrives politisk og på forskningsfeltet. De belyser en arbeidshverdag med høyt press, knappe ressurser, både økonomisk og med tanke på tilgang på kompetanse. Dette kombinert med økt

kompleksitet i pasientforløpene og krav om smidigere overganger mellom tjenestetilbud gjør at avdelingsledere i de ulike tjenestene opplever et økt behov for samhandling om felles mål.

Min studie bekrefter tidligere studiers fokus på behov for felles mål, felles møtepunkter, god informasjonsflyt og ønske om bedre kjennskap og tillit mellom tjenestene. Selv om det er mange likheter mellom tjenestene, viser funn i min studie at det også er forskjeller på hvordan avdelingsledere ved de ulike tjenestene ser på egen rolle i samhandlingsprosessen, samt hvilke forutsetninger og ressurser de har og med det muligheten de har for å tilrettelegge for god samhandling. De største forskjellene er mellom helse- og velferdskontorene som bestiller av tjenestene og utførerenehetene, helsehus og hjemmetjeneste. Avdelingsledere hos helse- og velferdskontorene beskriver en hverdag med rom for faglige og etiske refleksjoner, muligheter for å samle ansatte og med det sikre felles forståelse og god informasjon innad i tjenesten. De har stor grad av innflytelse og makt i intern samhandling, noe som også bekreftes i tidligere studier. Videre stiller helse- og velferdskontoret høye krav til kompetanse ved rekruttering, noe de også kan tillate seg fordi de er en attraktiv arbeidsplass.

Avdelingsledere ved helsehus og hjemmetjenesten beskriver en annen hverdag. De opplever krysspress med mange og komplekse oppgaver, kombinert med knapphet på tid og ressurser. Ansatte jobber turnus og det er vanskelig å sikre god informasjon til alle. Mangel på kompetanse og rekrutteringsutfordringer gjør at avdelingsledere spesielt ved helsehus, opplever at de ikke har tilstrekkelig handlingsrom til å oversette samhandlingsinitiativ. Det er altså ikke nødvendigvis manglende translatørkompetanse som gjør at de ikke lykkes når nye ideer skal oversettes ut på enhetene, men at de har ikke forutsetningene og ressursene for å sikre kontinuitet og fokus over tid.

I den andre delen av min problemstilling var fokus på samarbeidsrutiner og hvordan de kan legge til rette for god samhandling. Samhandlingsrutinen med retningslinjer for samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret er implementert som en del av et overordnet samhandlingsinitiativ med mål om bedre intern samhandling. For å oversette denne rutinen og sikre god implementering har avdelingsledere på enhetene fått et delegert ansvar som translatører. Min studie viser at det er ulikt fokus på samhandlingsrutiner ved de ulike tjenesteområdene, og at det er stor forskjell på i hvilken grad rutiner blir implementert og etterlevd i tjenestene. På lik linje med at det er forskjellige erfaringer med samhandling hos avdelingsledere ved de ulike tjenesteområdene, viser min studie også det samme ved bruk av samhandlingsrutiner. Her går også hovedskillet mellom bestiller- og utførerenehetene, der helse- og velferdskontoret som bestiller hevder de har en

større systemforståelse og helhetsblikk, i tillegg til at de har god oversikt og kunnskap om rutiner. Avdelingsledere ved utførerene, helsehus og hjemmetjeneste peker også her på manglende handlingsrom til å implementere rutiner, og utfordringer med å nå ut med informasjon til alle ansatte og sikre felles forståelse av rutiner og samhandling. Selv om min studie viser at det er ulikheter knyttet til erfaringer avdelingsledere har med samhandling og samarbeidsrutiner, er de likevel omforent om at det er et stort behov for mer og bedre samhandling internt i kommunehelsetjenesten, et funn som støttes både av politiske dokumenter og tidligere forskning.

7.1 Begrensninger i studien

Jeg har i denne studien satt søkelyset på den politiske ambisjonen om samhandling og hvordan Trondheim kommune har oversatt den inn i organisasjonen og videre ned til tjenestenivå. Min studie gir innblikk i hvordan ambisjoner om samhandling har blitt erfart i de tjenestene, og enhetene jeg har sett på. Min studie har for øvrig noen begrensninger.

Trondheim kommune er en stor organisasjon som består av mange enheter. I og med at jeg har intervjuet et lite utvalg informanter fra noen få enheter, gir det en begrenset innsikt i hvordan denne problematikken ser ut i tjenestene som helhet i kommunen. Mitt utvalg er noe skjevt, da jeg hadde store utfordringer med å få informanter fra hjemmetjenesten, der jeg til slutt endte opp med kun to avdelingsledere som ville delta. To av avdelingslederne som ikke ønsket å delta, begrunnet det med at de ikke hadde noe med samhandling å gjøre. Jeg må derfor ta høyde for at de som takket ja, valgte å delta fordi de har god kompetanse på samhandling. Det kan gi et feil bilde på hvilke erfaringer avdelingsledere har med samhandling og hvordan bruken av samarbeidsrutiner er internt i Trondheim kommune, noe som er en svakhet med min studie. I en videre studie vil det være interessant å inkludere flere informanter fra flere enheter, spesielt fra helsehus og hjemmetjeneste der mine funn viser at handlingsrommet utfordrer og påvirker muligheten til samhandling, men også hvordan de oversetter rutiner til sine ansatte og muligheten til å holde tilstrekkelig fokus over tid.

En annen faktor som kan ha påvirket min studie og derfor kan være en begrensning, er min nærhet til organisasjonen. Jeg har i hele prosessen vært bevisst på å være objektiv. Likevel må jeg ta høyde for at min tidligere rolle som avdelingsleder og min forforståelse kan ha påvirket hvordan jeg har tolket data og hvilken informasjon avdelingslederne har delt med meg. I utgangspunktet mener jeg at temaet for studien ikke er sensitivt, men mange av spørsmålene jeg har stilt er tett knyttet opp mot avdelingsledernes rolle som ledere, deres arbeidshverdag

og praksis og hvordan de følger opp overordnede initiativ. Jeg kan derfor ikke med sikkerhet vite i hvilken grad informasjonen delt med meg er nøyaktig og virkelighetsnær. En annen mulig risiko og begrensning ved studien kan være at viktig informasjon har gått tapt i analyseprosessen, da intervjuene genererte en stor mengde data som jeg har transkribert og analysert. Ideelt sett burde jeg også ha gjennomgått funnene med informantene etter analysen, men på grunn av at det er såpass tidkrevende, har ikke det vært mulig å gjennomføre.

Til tross for flere begrensninger, har jeg ved å gjennomføre min studie bidratt til å synliggjøre faktorer som er avgjørende for å lykkes med interne samhandlingsprosesser som kan påvirke effektiviteten og kvaliteten i overganger mellom tjenesteområder. Studien gir Trondheim kommune som arbeidsgiver innsikt i hvilke behov og utfordringer avdelingsledere ved helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontoret har når de skal implementere politiske strategier ned på enhetsnivå.

7.2 Videre forskning på samhandling i kommunehelsetjenesten

Samhandling er en kjernesak både helsefaglig og politisk da det er behov for å optimalisere og effektivisere samhandlingen mellom aktører i helsetjenesten for å bedre koordinering og sammenheng i pasientforløpene, samt sikre gode overganger mellom tjenester. Det er gjort en rekke studier som har forsket på overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mens vi enda har manglende kunnskap om samhandling og informasjonsflyt mellom tjenestenivå i kommunen. Når man ser utfordringene kommunene har med store, komplekse arbeidsoppgaver, tvetydige mål og utilstrekkelige ressurser, tyder det på et behov for flere studier som ser på samhandling mellom kommunale aktører.

Min studie har bidratt til å belyse hvilke samhandlingsbehov avdelingsledere ved tre ulike tjenesteområder har, faktorer som bidrar til god samhandling og hva som oppleves som barrierer for samhandlingen. Det er tidligere gjort få studier som omhandler samhandling innad mellom tjenesteområder i kommunehelsetjenesten. Funnene i min studie viser at dersom organisasjoner skal lykkes med implementering av strategier, er det nødvendig med ansatte som har translatørkompetanse og som har handlingsrom til å kunne oversette ideene inn i organisasjonen og videre nedover til enhetsnivå. For at avdelingsledere skal settes i stand til å ivareta rollen som translatører på sine enheter, er det avgjørende at de har tilstrekkelig med handlingsrom. Avdelingsledere ved helse- og velferdskontorene formidler at de har mer handlingsrom enn avdelingsledere fra helsehus og hjemmetjeneste, hvor lederrollen preges av

knappe økonomiske ressurser, press på oppgaver og ikke minst mangel på tid og tilgang på kompetanse. Dersom avdelingsledere får tilstrekkelig med handlingsrom vil de i større grad være i stand til å oversette overordnede strategier og implementere nye rutiner til sine ansatte. På bakgrunn av mine funn tillater jeg meg derfor å anbefale at praksisfeltet bør prioritere å heve translatørkompetansen på enhetsnivå med kompetansehevende tiltak for avdelingsledere, og på den måten gi avdelingsledere kunnskap om hvordan overordnede strategier og rutiner oversettes til tjenestenivå, samt om den avgjørende rollen de som ledere har i slike prosesser. Det er ikke tilstrekkelig at ansatte informeres om at det finnes nye rutiner som de må oppdatere seg på. Avdelingsledere må være tydelig på mål og forventninger knyttet til implementering av nye strategier eller rutiner, der ansatte først presenteres for nåværende eller tidligere praksis og deretter hvorfor denne praksisen skal endres. I tillegg til å skape forståelse, må avdelingsledere bistå ansatte med å tolke nye rutiner, se på egen praksis og med det omdefinere denne praksisen. For at avdelingsledere skal ivareta slike prosesser er det likevel ikke nok at de har translatørkompetanse, de må også ha handlingsrom. Det vil derfor være naturlig å anbefale at organisasjonen ser på hvordan det kan legges til rette for at avdelingsledere ved hjemmetjeneste og helsehus får et større handlingsrom, slik at de på en bedre måte kan bidra til at kommunen lykkes med implementering av strategier de selv initierer på tjenestenivå. Økt grunnbemanning kan, sammen med god organisering og struktur i tjenestene, gi rom for at ansatte har mulighet til å involveres i prosesser der praksis skal endres og med det bidra til å innfri felles mål.

Min studie har bidratt med å synliggjøre likheter og ulikheter i erfaringer avdelingsledere har med samhandling i overganger mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontor i Trondheim kommune. Mine funn gir grunnlag for å stille flere nye spørsmål angående økonomiske prioriteringer og hvordan tjenestene kan organiseres slik at effektiviteten i pasientforløpene øker. Videre kan det være interessant å se på hvordan organisasjonen kan legge til rette for at avdelingsledere ved ulike tjenesteområder kan oppleve mer likhet i forutsetninger og handlingsrom i rollen som ledere. Avdelingsledere i min studie beskriver tjenestene i kommunen som fragmenterte. Det er få studier som omhandler hvordan en skal endre oppgavefordeling i helsetjenesten slik at tjenester oppleves som mindre fragmenterte og blir mer koordinerte, ikke bare av pasienter og pårørende, men også av de som leder og utfører disse tjenestene. Tidligere forskning om samhandling bidrar ifølge andre studier med få unntak, ikke til annet enn å presisere at det er samhandlingsutfordringer, og at det samhandles for lite. Altså viser forskning først og fremst til en legitimering av behovet for

mer forskning (Sandvin et al., 2022). Andre studier har pekt på at det er nødvendig med forskning på hva som hemmer og fremmer samhandling på tvers i helse- og omsorgstjenesten og studier som ser på hvordan de ulike aktørene ser på egen rolle og eget ansvar i å etablere og vedlikeholde god samhandling både på og mellom tjenestenivå (Skinner, 2015). Min studie har derimot satt fokus på avdelingslederrollen i samhandlingsprosesser, noe vi trenger mer kunnskap om. I tillegg ville det også vært av interesse å se nærmere på hvordan samhandling utspiller seg internt, mellom tjenesteområdene i kommunen, og da med ytterligere fokus på hvilke erfaringer og behov ansatte uten lederroller har.

Avslutningsvis vil jeg understreke det min studie viser, som er at dersom kommunehelsetjenesten skal kunne gi gode, helhetlige og koordinerte forløp til eldre pasienter, er det avgjørende at tjenesteområdene sikrer god samhandling i overganger mellom tjenestene. Det innebærer at implementering av nye strategier og rutiner må prioriteres, noe som krever tid, ressurser og kompetanse. Når dette er på plass vil samhandling og samhandlingsrutiner være gode verktøy for å sikre gode overganger mellom tjenester og effektive, helhetlige pasientforløp.

Referanser

- Adizes, I. (1995). *Lederens fallgruver og hvordan man unngår dem* (5. oppl. ed.). Vett & Viten.
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Macrae, C., & Wiig, S. (2020). Defining adaptive capacity in healthcare: A new framework for researching resilient performance. *Applied Ergonomics*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103111>
- Bentzen, T. Ø. (2020). *Samskabt styring : nye veje til afbureaukratisering* (1. udgave. ed.). Samfundslitteratur.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Fagbokforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., & Aars, J. (2021). *Forvaltning og politikk* (5. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Læg Reid, P., & Røvik, K. A. (2021). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (4. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Dale, B., & Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: home nursing leaders' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 379-389. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S51947>
- Danielsen, B., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleiem forskning*, 1, 28-34. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0021>
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom – En oppsummering av kunnskap. *Omsorgsbiblioteket*. https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2449882/pasientforl%c3%b8p%20for%20eldre%20med%20kronisk%20sykdom_ID2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields. *American Sociological Review*, 48, 147-160. <http://www.jstor.org/stable/2095101?origin=JSTOR-pdf>
- Eklund, M. L., Jensen, L. H., & Daykin, J. S. (2014). Samhandling på tvers kan styrke tjenestene til eldre med rusavhengighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 65-74. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-08>
- Elstad, T. A., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10, 296-305. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-04-02>
- Espedal, B., & Kvitastein, O. A. (2012). Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma: tidsskrift for økonomi og ledelse.*, 8, 30-38. <https://old.magma.no/rom-for-laring-betydningen-av-handlingsrom-for-ledelse>
- Forskningsrådet. (2019). *Programplan 2015–2024. Stort program – Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. <https://hdl.handle.net/11250/2730916>
- Gotvassli, K. A. (2021). *Henry Mintzberg : om organisasjon, strategi og ledelse* (1. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12. <http://hdl.handle.net/11250/2433316>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

- Hambrick, D. C., & Mason, P. A. (1984). Upper Echelons: The Organization as a Reflection of Its Top Managers. *The Academy of Management review*, 9(2), 193-206. <https://doi.org/10.2307/258434>
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(55-63). <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-07>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, 27.august 2012). *Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Helse og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012-2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/andre-dokumenter/hod/2012/forskning-og-innovasjon-for-bedre-samhan/id698024/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2018). *Utfordringsbilde for bedre oppfølging av brukere med store og sammensatte behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/bedre-oppfolging-av-pasienter-og-brukere-med-omfattende-behov-for-tjenester-krever-tydelig-ledelse/utfordringsbilde-for-bedre-oppfolging-av-brukere-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public administration (London)*, 69(Spring 91), 3-19.
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Jensen, P. H., & Lolle, H. (2013). The Fragmented Welfare State: Explaining Local Variations in Services for Older People. *Journal of Social Policy*, 42(2), 349-370. <https://doi.org/10.1017/S0047279412001006>
- Johnsen, E., Vanebo, J. O., Valstad, S. J., & Busch, T. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforl.
- Johnsen, E., Aarum Andersen, J., & Vanebo, J. O. (2011). Mot en ny ledelsespraksis. In T. Busch, E. Johnsen, K. Klaudi Klausen, & J. O. Vanebo (Eds.), *Modernisering av offentlig sektor : trender, ideer og praksiser* (3.utg. ed.). Universitetsforl.
- Kassah, B. L. L., & Tønnesen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342-358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Lien, Å., & Bjørke, R. P. (2003). ”I samme båt”. Fokus på samspill mellom politikk og administrasjon i norske kommuner. *KS*. https://www.ks.no/contentassets/7872746c61f04b939a0c7c3da8648ab2/2273_021007_samspill-mellom-pol-og-adm-i-samme-bat.pdf
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven), (2014). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42?q=Helse-%20og%20omsorgsdepartementet>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.

- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2. utg.). Sage.
- Nesheim, T. (2006). *Framtidens ledelse i kommunene* (26). Samfunns- og næringslivsforskning. https://snf.no/media/namlervr/r26_06.pdf
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I., & Hellzèn, O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19-20), 2964-2973. <https://doi.org/10.1111/jocn.12246>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377-387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. ed.). Universitetsforl.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. ed.). Fagbokforl.
- Rittel, Horst W.J.; Webber, Melvin M. (1973). "Dilemmas in a General Theory of Planning" (PDF). *Policy Sciences*. 4 (2): 155–169.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring : governance på norsk* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(121). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforl.
- Røvik, K. A., & Pettersen, H. M. (2014). Masterideer. In K. A. Røvik, T. V. Eilertsen, & E. M. Furu (Eds.), *Reformideer i norsk skole. Spredning, oversettelse og implementering* (pp. 53-86). Cappelen Damm akademisk.
- Sandvin, J. T., Lo, C., & Breimo, J. P. (2022). På stedet hvil? En kritisk analyse av norsk forskning om samhandling i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 63(2), 141-153. <https://doi.org/10.18261/tfs.63.2.4>
- Skinner, M. S. (2015). Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2). <https://doi.org/10.7557/14.3715>
- Sogstad, M. K. R., & Bergland, A. (2021). Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 7(2), 9-28. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02>

- Sogstad, M. K. R., & Skinner, M. S. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 6(2), 137-153. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-10>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Store norske leksikon (2005-2007). *fragmentere* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 22. april 2024 fra <https://snl.no/fragmentere>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. ed.). Gyldendal.
- Torgersen, G.-E., & Steiro, T. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner: en menneskeligjøring av styringssystemer*. Læringsforl.
- Tortzen, A. (2016). *Samskabelse i kommunale rammer. Hvordan kan ledelse understøtte samskabelse?* [Roskilde Universitet]. Roskilde.
- Trondheim kommune. (2016). *Eldreplan 2016 - 2026*. <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/04-helse-og-velferd/ergoterapitjenester/infosenteret/eldreplan.pdf>
- Tønnesen, S., Kassah, B. L. L., & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemme-sykepleien i samhandling med spesialist-helsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 11, 14-22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.5649>
- Universitetet i Oslo. (2017). *Nettskjema* Nettskjema. <https://nettskjema.no/?redirectTo=/user>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Øgård, M. (2014). Fra New Public Management til New Public Governance. In H. Baldersheim & L. E. Rose (Eds.), *Det Kommunale laboratorium : teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3. utg. ed., pp. 93-109). Fagbokforl.

Vil du delta i forskningsprosjektet

Avdelingslederens erfaringer med intern samhandling i Trondheim kommune – hvordan kan samarbeidsrutiner legge til rette for god samhandling?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med en masterstudie på Master of Public Administration (MPA) ved NTNU Handelshøyskolen. Formålet med prosjektet er å se på erfaringer med intern samhandling i helsetjenesten i Trondheim kommune, hvilke utfordringer oppleves i de ulike tjenesteområdene og hvilke rutiner finnes for å ivareta samarbeidet. I dette skrevet gis du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet utgjør den avsluttende masteroppgaven på studiet Master of Public Administration ved NTNU Handelshøyskolen. Tema for oppgaven er samhandling mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene i Trondheim kommune.

Bakgrunnen for prosjektet er å finne svar på hvordan kommunen kan sikre godt samarbeid for å effektivisere pasientforløpene og bidra til at pasientene får riktig tjenestenivå til riktig tid. Med god samhandling vil kommunen være bedre rustet i møtet med fremtidens utfordringer med økende antall eldre med pleiebehov, bidra til at eldre kan bo lenger hjemme og samtidig motta en forsvarlig og kvalitativ god tjeneste.

Formålet med prosjektet er å se på erfaringer og utfordringer med samhandlingen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene i Trondheim kommune og i hvilken grad tjenestene benytter seg av samhandlingsrutiner. Kunnskap om dette kan bidra til å identifisere tiltak som kan forbedre samhandlingen og på den måten bidra til bedre og mer effektive tjenester for hjemmeboende eldre.

Problemstillingen for oppgaven er «*Hvilke erfaringer har avdelingsledere i TK med samhandling mellom helsehus, hjemmetjenesten og helse- og velferdskontorene og hvordan kan samhandlingsrutiner legge til rette for godt samarbeid?*» Det er også utarbeidet forskningsspørsmål som skal bidra med å se nærmere på hvordan avdelingsledere beskriver behovet for samhandling mellom tjenestene, hvilke samhandlingsrutiner som eksisterer i dag og hvordan avdelingsledere kan legge til rette for godt samarbeid mellom tjenestene.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi en viktig del av prosjektet er å finne hvilke erfaringer avdelingsledere har med samarbeid mellom de ulike tjenesteområdene og intervju vil være et nyttig verktøy for å innhente kunnskap om dette. I tillegg vil intervju av ressurspersoner som har utarbeidet samhandlingsrutinen mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene være en viktig kilde til informasjon for å kunne belyse hvordan

samhandlingsnivå oppfattes og hva som defineres som utfordringer både på overordnet nivå og i hos ansatte med en mer direkte rolle i praksisfeltet.

Det totale antallet personer som intervjues vil være rundt 12 personer, med representanter fra de ulike tjenesteområdene og ressurspersoner som har vært med i utarbeidelse og implementering av samhandlingsrutinen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU Handelshøyskolen er ansvarlig for prosjektet

Student: Pia Elisabeth Rande

Veileder: Berit Irene Vannebo

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil bli gjennomført et intervju på ca. 1 times varighet. En intervjuguide vil danne grunnlaget for tema som skal belyses, og intervjuet vil bli tatt opp på lyd og transkriberes i etterkant. Intervjuet krever ingen forberedelser fra din side.

Det er ønskelig at intervjuet gjennomføres ved fysisk oppmøte.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er omtalt i dette skrevet. Jeg behandler dine personopplysninger konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. All informasjon du deler vil bli fremstilt i anonymisert form i oppgaven, inkludert informasjon som tilkjenner din arbeidsplass. Intervjutranskripsjoner vil også anonymiseres. Behandlingsansvarlig institusjon er NTNU Handelshøyskolen i Trondheim. Forskningsdata vil bli lagret på et sikret og godkjent område på NTNU's server, med passordbeskyttelse. Det er kun student Pia Elisabeth Rande og veileder Berit Irene Vannebo som vil ha tilgang til dine personopplysninger, og til data som ikke er anonymiserte.

Tiltak for å sikre personopplysningene til informantene:

Samtykkeskjema og transkriberte intervju vil bli lagret på separate lokasjoner på sikret server på NTNU. Lydopptak vil bli tatt opp med mobilappen «Nettskjema-diktafon». Denne appen er designet for sikkert opptak av lyd fra egen telefon og lydfilene lagres i skyen og kan ikke avspilles fra mobiltelefonen i etterkant. Lydfilene kan kun avspilles ved sikker innlogging fra en datamaskin. Transkribering i etterkant vil bli utført av studenten selv. For å anonymisere den enkelte informant vil hver person få et løpenummer som brukes i den påfølgende transkriberingen. Navn og tilhørende løpenummer vil kun fremgå av en egen liste som lagres separat fra øvrig innsamlet data, med egen passordbeskyttelse. På samme måte vil den

enkeltets tjenesteområde kategoriseres med en kode, med separat oversiktsliste, slik at dette anonymiseres i den videre analysen.

Deltagerne i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven. Det vil ikke fremkomme informasjon om hvilken enhet informantene representerer, og det vil settes fokus på de samlede bidragene som helhet. Dersom det i selve masteroppgaven er ønskelig å referere til en informant, vil det benyttes pseudonym eller navn på stillingskategori som ikke identifiserer informanten, for eksempel «avdelingsleder» eller «ressursperson», mens tjenesteområdene vil bli omtalt under en gruppering, for eksempel «helsehus», «helse- og velferdskontor» eller «hjemmetjeneste».

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i mai 2024, og endelig sensur/godkjenning forventes i august 2024. Personopplysninger og konfidensielle data vil slettes ved prosjektets slutt. Anonymiserte data vil oppbevares sikret på NTNUs servere, til bruk i fremtidig forskning.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Handelshøyskolen har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med NTNU Handelshøyskolen ved:

- student Pia Elisabeth Rande,
e-post: pemrande@stud.ntnu.no
- veileder Berit Irene Vannebo
e-post: berit.i.vannebo@nord.no
- personvernombud NTNU Thomas Helgesen
e-post: thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Pia Rande
student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Avdelingslederens erfaringer med intern samhandling i Trondheim kommune – hvordan kan samarbeidsrutiner legge til rette for god samhandling», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine personopplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguider

Intervjuguide til de ansvarlige for utarbeidelse av samhandlingsrutinen

TEMA	HOVEDSPØRSMÅL
Bakgrunnsinformasjon	<p>Kan du si noe om din utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring?</p> <p>Hva er din nåværende stilling?</p> <p>Antall år i stillingen?</p> <p>Hvor mange ansatte er du leder for?</p> <p>Hvilke oppgaver har du ansvar for?</p>
Samhandlingsbehov	<p>Hvilke samarbeid har Trondheim kommune behov for, for å kunne levere gode helsetjenester?</p> <p>Hvordan mener du samarbeidet mellom tjenesteområdene er i dag?</p> <p>Kan du si noe om hva som er utfordrende med samarbeidet slik det fungerer i dag?</p> <p>Hvordan har samarbeidet mellom (tjenestene) endret seg over tid?</p> <ul style="list-style-type: none">- Helsehus- Hjemmetjeneste- HVK <p>Hvordan kan vi sikre godt samarbeid mellom tjenestene?</p> <p>Hvordan sikre god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom tjenesteområdene?</p> <p>Hvordan kan de ulike tjenesteområdene bidra til bedre samarbeid?</p> <ul style="list-style-type: none">- Helsehus- Hjemmetjeneste- HVK <p>Har du eksempel hvor kommunen har lyktes med samarbeid?</p> <p>Har du eksempel hvor kommunen har mislykkes med samarbeid?</p>
Samhandlingsrutiner	<p>Kan du si litt om bakgrunnen for utarbeidelsen av samhandlingsrutinen?</p> <p>Hvilke behov har helsetjenesten for samhandlingsrutiner?</p> <p>Hva var formålet med rutinen?</p> <p>Hvordan var prosessen ved utarbeidelse av rutinen?</p> <p>Var det noen uenigheter? Og hva besto de av?</p> <p>Hvordan har rutinen blitt implementert?</p> <p>Hvordan har du inntrykk av at rutinen benyttes i dag?</p> <p>Har denne rutinen endret måten tjenesteområdene jobber på?</p> <p>Kan du si noe om fordeler med rutinen i forhold til samarbeid?</p> <p>Kan du si noe om ulemper med rutinen?</p> <p>Vet du om det finnes andre rutiner for samarbeid? (uformelle rutiner)</p> <p>Har du eksempler på hva som kan forbedre rutinen for samarbeid mellom tjenestene?</p> <ul style="list-style-type: none">- Helsehus- Hjemmetjeneste- HVK <p>Hvordan kan rutiner bidra til å sikre riktige og kvalitativt gode tjenester?</p> <p>Hvordan kan overordnet ledelse bidra til å sikre riktige og gode tjenestetilbud?</p>
Avsluttende spørsmål	<p>Er det noe vi ikke har snakket om som du tenker er viktig for å forstå samhandling og samarbeidsutfordringer mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene?</p>

Intervjuguide til avdelingsledere


TEMA	HOVEDSPØRSMÅL
Bakgrunnsinformasjon	<p>Kan du si noe om din utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring?</p> <p>Hva er din nåværende stilling?</p> <p>Antall år i stillingen?</p> <p>Hvor mange ansatte er du leder for?</p> <p>Hvilke oppgaver har du ansvar for?</p>
Tjenestebehov og utvikling	<p>Hvordan er tjenesten der du jobber organisert?</p> <p>Hva er ditt tjenesteområdes viktigste oppgaver?</p> <p>Hvilken kompetanse har dere behov for, for å kunne gi de tjenestene?</p> <p>Har dere formelle/uformelle rutiner for arbeidet?</p> <p>Hva har vært utfordrende ved levering av tjenestene?</p> <p>Har det vært endringer over tid og evt hvilke?</p> <p>Har du kjennskap til de andre tjenesteområdene og hvilke tjenester de tilbyr?</p> <p>Hva mener du er de viktigste oppgavene for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsehus - Hjemmetjeneste - HVK
Samhandlingsbehov	<p>Hvilke samarbeid har dere behov for, for å levere gode tjenester?</p> <p>Hvordan mener du samarbeidet mellom tjenesteområdene er i dag?</p> <p>Kan du si noe om hva som er utfordrende med samarbeidet slik det fungerer i dag?</p> <p>Hvordan har samarbeidet mellom (tjenestene) endret seg over tid?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsehus - Hjemmetjeneste - HVK <p>Hvordan kan vi sikre godt samarbeid mellom tjenestene?</p> <p>Hvordan sikre god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom tjenesteområdene?</p> <p>Hvordan kommuniserer du med interne samarbeidspartnere på andre enheter?</p> <p>Hvordan kan din tjeneste bidra til bedre samarbeid mellom tjenesteområdene?</p> <p>Har du eksempel hvor dere har lykket med samarbeid?</p> <p>Har du eksempel hvor dere har mislykket med samarbeid?</p>
Samhandlingsrutiner	<p>Har du kjennskap til TK samhandlingsrutine?</p> <p>Hvordan benyttes denne rutinen i din tjeneste?</p> <p>Har denne rutinen endret måten dere jobber på?</p> <p>Har det vært møter som omhandler rutinen?</p> <p>Har det vært uenigheter rundt innholdet i rutinen? Hva består uenighetene i?</p> <p>Kan du si noe om fordeler med rutinen i forhold til samarbeid?</p> <p>Kan du si noe om ulemper med rutinen i forhold til samarbeid?</p> <p>Har dere andre rutiner for samarbeid? (uformelle rutiner)</p> <p>Har du eksempler på hva som kan forbedre rutiner for samarbeid mellom tjenestene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsehus - Hjemmetjeneste - HVK <p>Hvordan kan ditt tjenesteområde være med å sikre riktige og gode tjenestetilbud?</p>
Ledelse og Samhandling	<p>Hva legger du i begrepet samhandling?</p> <p>Hva mener du er enhetsleders rolle for å sikre god samhandling og godt samarbeid mellom tjenesteområdene?</p> <p>Hva er avdelingsleders rolle når det gjelder å legge til rette for samhandling og samarbeid mellom tjenestene?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Helsehus - Hjemmetjeneste - HVK <p>Hvordan kan man som leder være med å sikre godt samarbeid mellom tjenesteområdene?</p> <p>Hvordan kommuniserer du behovet for samarbeid til dine ansatte?</p> <p>Hva gjør du som leder for å bidra til at ansatte kan samarbeide?</p> <p>Hvilke verktøy tenker du er viktig for å sikre godt samarbeid?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innad i tjenester - På tvers av tjenester
Avsluttende spørsmål	<p>Er det noe vi ikke har snakket om som du tenker er viktig for å forstå samhandling og samarbeidsutfordringer mellom helsehus, hjemmetjeneste og helse- og velferdskontorene?</p>

Vedlegg 3: Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte helsetjenester

Dokument-ID: 16961-6

Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte helsetjenester

Felles Trondheim kommune 

Sted og prosess	Helhetlig pasientforløp dagrehabilitering / jDenne skal endres ifm innføring av helseplattformen - Helhetlig pasientforløp dagrehabilitering / Henvendelse	Dokumentkategori	
Sist godkjent dato	20.09.2023 (Storhaug Hilde Carin (SHC) (Helse og velferd))	Siste revisjonsdato	20.09.2023
Dato endret	20.09.2023 (Vesterhus Elise B (EBV) (Organisasjon og Finans))	Neste revisjonsdato	03.06.2024
		Dokumentansvarlig	Vesterhus Elise B (EBV) (Organisasjon og Finans)

Rutinen skal sees i sammenheng med rutine ID 16644 (Olavsgården dagrehabilitering, Mestringshuset, målgruppe, kriterier, innhold, prioritering og ventetid). Ved opphold i dagrehabilitering er det viktig med tidlig samhandling med oppsøkende rehabiliteringstjenester og evt. hjemmetjenesten for å sikre et sammenhengende rehabiliteringsforløp.

Formål

- Sikre god ressursutnyttelse, tidlig innsats og effektive pasientforløp med fokus på funksjon og mestring, selvstendighet og deltakelse.
- Pasienter skal hjem raskest mulig fra døgnopphold i helsehus når dette vurderes faglig forsvarlig.
- De aktuelle tjenestene skal sammen bidra til framdrift i forløpet og sikre overgangen til hjemmet på best mulig måte.

Omfang

- Helse- og velferdskontor (HVK)
- Rehabiliteringsavdelinger og korttidsavdelinger ved Trondheim rehabiliteringssenter, Søbstad helsehus og Øya helsehus.
- Dagrehabiliteringen i Enhet for friskliv, læring og mestring.
- Hjemmebaserte helsetjenester (rehabiliteringsteam, ergo- og fysioterapitjenesten, hjemmetjenestene, evt. andre).

Arbeidsbeskrivelse

- Døgn- og dagopphold er kun aktuelt for pasienter som har behov for medisinsk observasjon, behandling og rehabilitering som ikke kan gjøres/følges opp forsvarlig i hjemmet.
- Målsetting for oppholdet i helsehus og tilbud om dagrehabilitering skal være avklart av HVK før innleggelse. Målsetting kan endres under oppholdet og skal dokumenteres. Dersom behovet endrer seg i løpet av oppholdet i helsehus eller dagrehabilitering skal HVK få beskjed gjennom oppdatert informasjon i pasientjournal. HVK må bli varslet om evt endringer. Hvis det kun er orientering

26.10.2023 13:05:30

1/4

Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte helsetjenester

Sted og prosess	Helhetlig pasientforløp dagrehabilitering / i Denne skal endres ifm innføring av helseplattformen - Helhetlig pasientforløp dagrehabilitering / Henvendelse	Dokumentkategori	
Sist godkjent dato	20.09.2023 (Storhaug Hilde Carin (SHC) (Helse og velferd))	Siste revisjonsdato	20.09.2023
Dato endret	20.09.2023 (Vesterhus Else B (EBV) (Organisasjon og Finans))	Neste revisjonsdato	03.06.2024
		Dokumentansvarlig	Vesterhus Else B (EBV) (Organisasjon og Finans)

kan dette gjøres via personalmelding til HVK mottak gruppe. Ved behov for nye/endrede tjenester må dette sendes som egen forordning.

- Helsehuset/dagrehabiliteringen skal ved behov og så tidlig som mulig opprette kontakt og samarbeid med aktuelle hjemmebaserte helsetjenester.
 - Pasienter som har vedtak på hjemmetjeneste eller der det er nyoppstått behov for hjemmetjeneste: Helsehus sender en "Personalmelding" (InBasket) til aktuell hjemmetjeneste og legger inn hvilken avd. ved helsehus som ønsker tilbakemelding/bekreftelse for mottatt, i "gruppe for svar" i Helseplattformen. Skriv tilstrekkelig informasjon om hva henvendelsen gjelder. Dette gjøres innen 3 dager.
 - Det *skal* gjennomføres samarbeidsmøte med hjemmetjenesten før utskrivelse fra helsehus når pasienten har et nyoppstått eller økt behov for hjemmetjeneste.
- Helsehuset/dagrehabiliteringen vurderer om det er nødvendig med hjemmebesøk før hjemreise/før avsluttet dagrehabilitering sammen med andre hjemmebaserte helsetjenester.
- [Hjemmepermisjonsdag](#) kan være aktuelt for noen pasienter.
- Helsehus har ansvar for å avklare behov for og bestille helt nødvendige hjelpemidler som må være på plass før hjemreise.

SAMARBEIDSMØTE

- Ved behov inviteres det til *samarbeidsmøte* med aktuelle hjemmebaserte helsetjenester. Henvendelse til fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten sendes som forordning i Helseplattformen. Møtet kan være tidlig i oppholdet, og/eller i forbindelse med utskrivelse. Hensikten er å sikre samordning av forløpet etter oppholdet og utforme en felles pasientplan /aktuelt tjenestetilbud videre. Dette er spesielt viktig dersom pasienten har nyoppståtte og/eller sammensatte behov som omfatter flere livsområder (egenomsorg, hjem/familie, nettverk, tjenesteomfang, boligtilpasning, avklaring rundt bolig, arbeid, utdanning, økonomi mv).

For helsehus gjelder følgende:

- *Tidspunkt for samarbeidsmøte* planlegges i samarbeid mellom helsehus, dagrehabilitering, HVK og hjemmebaserte helsetjenester:
 - Samarbeidsmøtet planlegges som hovedregel kl. 10:30 og bør ikke vare lenger enn en time.
 - Helsehuset avklarer med pårørende hvilke dager i uken som ikke passer. Sendes som "Forordning" til HVK.
 - HVK må bekrefte angitt tid for møte tilbake til helsehuset. Sendes som "Personalmelding" til helsehuset ved aktuell avdeling/etasje.
 - Helsehuset sørger for informasjon til de som skal delta i møte (pasient, pårørende og aktuelle hjemmebaserte helsetjenester).
 - Dersom pårørende ikke kan møte på det angitte tidspunktet, må pårørende ta direkte kontakt med HVK for å avtale nytt møtetidspunkt.

Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte helsetjenester

Sted og prosess Høiløkk pasientforløp dagrehabilitering / (Denne skal endres ifm innføring av helseplattformen - Høiløkk pasientforløp dagrehabilitering / Henvendelse)

Dokumentkategori

Siste revisjonsdato 20.09.2023

Neste revisjonsdato 03.06.2024

Sist godkjent dato 20.09.2023 (Storhaug Hilde Carin (SHC) (Helse og velferd))

Dokumentansvarlig Vesterhus Elise B (EBV) (Organisasjon)

Dato endret 20.09.2023 (Vesterhus Elise B (EBV) (Organisasjon og Finans))

- Alle aktuelle tjenester er forpliktet til å delta i samarbeidsmøtet for å sikre godt samarbeid om beste løsning for pasienten.
- Ved behov (f. eks. i sammensatte/komplekse saker) gjennomføres et internt formøte før samarbeidsmøtet med pasient/pårørende. Formøtet brukes for å avklare tverrfaglig vurderinger i helsehus og anbefalte tiltak videre.
- Hovedregel er at HVK (saksbehandler) leder samarbeidsmøtet.

Samarbeidsmøte underveis i oppholdet:

- Målet er dialog om plan for oppfølging mens pasienten enda er i helsehus, planlagt utreisetidspunkt og plan for videre oppfølging etter opphold. Helsehuset redegjør for: tverrfaglige vurderinger og anbefalinger, utvikling og måloppnåelse så langt, aktuelle problemstillinger/nødvendige tiltak videre, svarer på spørsmål fra pasient og pårørende.

Samarbeidsmøte før utskrivelse:

- Målet er at utskrivningsdato skal fastsettes, og konkludere om hva som er tjenestebehov etter utskrivning. Helsehuset redegjør for: forløpet i helsehus, tverrfaglige vurderinger og anbefalinger, utvikling og måloppnåelse, beskrivelse av bistandsbehov og hjelpemidler, svarer på spørsmål fra pasient og pårørende, forventet utskrivelse tidspunkt og det praktiske vedrørende utreise, transport, medisiner. Når hjemmebaserte helsetjenester deltar i møtet, informerer de om videre plan for oppfølging ved hjemkomst.
- Møtet avsluttes med oppsummering fra saksbehandler(HVK) om konklusjoner: Hvilke tjenester som planlegges, videre saksgang, informasjon om tjenester og egenandeler, innhenting av samtykke, mv. Saksbehandler fordeler oppgaver og dokumenterer i pasientjournal.


OPPGAVE- OG ANSVARFORDELING ETTER UTSKRIVELSESMØTE/FØR UTSKRIVELSE

- Saksbehandler (HVK) dokumenterer i pasientjournal, fatter nødvendige vedtak og formidler til utførerenehetene.
- Helsehuset har ansvar for oppdatert ADL ved utreise og skriver sluttrapport med sammenfatning av kartlegging/vurdering, mål/tiltak, status ved utreise og videre anbefalinger.
- Helsehuset avtaler praktiske forhold med pasient/pårørende og aktuelle hjemmebaserte helsetjenester (tidspunkt for utreise, resepter, medisiner, mv.)

Bakgrunnsinformasjon

Dokument-ID: 16961-6

Samhandlingsrutine mellom HVK, helsehus, dagrehabilitering og hjemmebaserte helsetjenester

Felles Trondheim kommune 

Sted og prosess	Helhetlig pasientforløp dagrehabilitering / (Denne skal endres ifm innføring av helseplattformen - Helhetlig pasientforløp dagrehabilitering / Henvendelse)	Dokumentkategori	
Sist godkjent dato	20.09.2023 (Storhaug Hilde Carin (SHC) (Helse og velferd))	Siste revisjonsdato	20.09.2023
Dato endret	20.09.2023 (Vesterhus Elise B (EBV) (Organisasjon og Finans))	Neste revisjonsdato	03.06.2024
		Dokumentansvarlig	Vesterhus Elise B (EBV) (Organisasjon og Finans)

Rutinen erstatter ID 16961 *Samhandlingsrutine rundt utskrivelses møte (HVK, helsehus, hjemmetjeneste)*.

Referanser

Googlesite:

- [Kriterier for rehabiliteringstjenester i TK](#)

Lover og forskrifter:

- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)
- [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

Nasjonale veiledere:

- Helsedirektoratet: [Nasjonal veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- Helsedirektoratet: [Nasjonal veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen](#). For bakgrunn for det som står beskrevet som "innhold" i Olavsgården dagrehabilitering, se [punkt 9. "Rapportering av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon"](#) og underoverskrift "Anbefalinger for gjennomføring av rehabilitering og habilitering"
- NOU 2018:16 [Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester](#)

Sentrale planer fra regjeringen:

- Helse- og omsorgsdepartementet: [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)](#)

Kommunale planer:

- Trondheim kommune: [Temaplan for habilitering og rehabilitering for voksne 2019-2023](#), [Eldreplan 2016-2026](#)

