



# Handelshøyskolen BI

## MAN 51181 Helseledelse

Term paper 60% - W

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	29-08-2022 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	202310
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2023 12:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	P		
<b>Flowkode:</b>	202310  10142  IN08  W  P		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

Navn;

### Arena for samhandling

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Arena for samhandling		
<b>Navn på veileder *:</b>	Kristin Woll		
<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Nei	<b>Kan besvarelsen offentliggjøres?:</b>	Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	9
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

# MAN 51181 Prosjektoppgave ved Handelshøyskolen BI

## Arena for samhandling



MAN 51181 Prosjektoppgave – Organisasjon og Ledelse

Utleveringsdato:  
29.08.2022

Innleveringsdato:  
26.05.2023

Stuedsted:  
BI - campus Oslo

Navn:  
Marius Ludvigsen

# Innholdsfortegnelse

## Innhold

<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>I</b>
<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>III</b>
<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
1.1. BAKGRUNN .....	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING .....	1
1.3 LESEVEILEDNING .....	4
<b>2. FAGLIGE PERSPEKTIVER .....</b>	<b>6</b>
2.1 NASJONALE OG LOKALE FØRINGER .....	6
2.1 YTRINGSKLIMA .....	7
2.2 HØYKVALITETSFORBINDELSER .....	8
2.3 IDEARBEID .....	9
2.4 ORGANISASJONSKULTUR.....	9
2.5 OPPSUMMERING .....	10
<b>3. METODE.....</b>	<b>11</b>
3.1 DATAINNSAMLING .....	11
3.1.1 Spørreundersøkelse .....	11
3.1.1.1 Spørreundersøkelse – veien videre .....	12
3.1.2 Gruppeintervju - workshop.....	12
3.2 ANALYSEPROSESSEN .....	14
3.2.1 Styrker og svakheter ved metoder.....	14
3.2.2 Spørreundersøkelsen .....	15
3.2.3 Gruppeintervju – workshop .....	15
3.3.1 Spørreundersøkelse .....	15
3.3.2 Gruppeintervju – workshop.....	16
3.4 ETISKE BETRAKTNINGER .....	16
<b>4. FUNN .....</b>	<b>17</b>
4.1 FUNN I METODENE.....	17
4.1.1. Spørreundersøkelsen .....	17
4.1.2 Gruppeintervjuer – workshop.....	18
4.2 PROTOTYPER .....	21
4.2.1 Prototype 1 .....	21
4.2.1.1 Prototype 1 – forsøk 1 .....	22
4.2.1.2 Prototype 1 – forsøk 2 .....	23

4.3 PROTOTYPE 2 .....	25
<b>5. DISKUSJON.....</b>	<b>29</b>
5.1 NASJONALE FØRINGER .....	29
5.2 YTRINGSKLIMA .....	29
5.3 HØYKVALITETSFORBINDELSER .....	30
5.4 IDEARBEID .....	31
5.5 ORGANISASJONSKULTUR.....	32
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>34</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>37</b>

## Sammendrag

**Tittel:** Arena for samhandling

**Kommune:** Øyer kommune

**Gruppemedlem:** Marius Ludvigsen

**Tema:** Samarbeid på tvers av tjenester for å drive effektivt og med god kvalitet ved å bruke kompetansen bevisst og ubevisst. Både på formelle arenaer som for eksempel møter, men også i den daglige driften.

**Bakgrunn:** Slik det er i dag er samarbeid på tvers av tjeneste begrenset til en bestiller rolle fra hjemmetjenestens side og en utfører rolle fra fagtjenestens side. Samarbeidet bærer lite preg av å være på «tilbudssiden» og dette gjør ofte at man går med dårlige faglige løsninger istedenfor å løse disse raskt ved bruk av riktig kompetanse på området. En kan se at dette samarbeidet kan være utfordrende mellom flere tjenester. Med fagtjeneste i denne kommunen menes tjenesten som omfatter ergoterapeut, fysioterapeut, demenskoordinator, kreftkoordinator, aktivitør ved dagtilbudene og sjåfør til hjelpemidler.

**Problemstilling og avgrensning:** Hvordan skape arenaer for god samhandling mellom helsetjenestene i kommunen? Dette er avgrenset til å gjelde arenaer for samhandling mellom hjemmetjenestene og fagtjenesten i kommunen.

**Forsøk:** Det er gjort forsøk med enkel spørreundersøkelse blant pleiere i hjemmetjenesten og ansatte ved fagtjenesten. Det er også gjennomført workshop med avdelingsledere i hjemmetjenesten og ansatte ved fagtjenesten. Dette for å finne gode holdepunkter og ideer for hvordan samhandlingsarenaer kan utvikles.

**Funn:** Det er gjennomført oppstart av tverrfaglige møter mellom fagtjenesten og hjemmetjenesten og det er gjennomført hospitering fra fagtjenesten sin side opp mot hjemmetjenesten. I tillegg er det gjort tiltak inn mot å skape en organisasjonskultur der det å kontakte og bruke kompetanse på tvers av tjenester skal være normen og ikke unntaket.

**Konklusjon:** Funnene viser at både systematiske og strukturerte møtepunkt der det kan jobbes tverrfaglig fungerer godt. Her må det være klar agenda for møte der saker må være av tverrfaglig karakter. At denne arenaen skapes viser også at de mer uformelle arenaene blir til ved at man er tryggere på hverandres

kompetanse og samtidig begrensning av sin egen. Det blir dermed større takhøyde for å ta kontakt ved behov for bistand.

# 1. Introduksjon

## *1.1. Bakgrunn*

Dette prosjektet handler om hvordan vi som organisasjon kan være bevisst på utviklingspotensialet vårt og utnytte dette til god samhandling som ganger pasientene.

Mitt navn er Marius Ludvigsen og jobber som tjenesteleder for hjemmetjenesten i Øyer kommune, noe jeg har vært siden sommeren 2022. I tillegg er jeg leder for felles fagteneste som inneholder dagtilbud, fysioterapi, ergoterapi mm. Jeg er også leder for stab i helse og omsorg. I februar 2023 tok jeg i tillegg over ledelsen for Øyer helsehus som omfatter ca. 55 plasser fordelt på 3 langtidsavdelinger, 2 demensavdelinger og 1 korttidsavdeling. Med andre ord er jeg nærmeste leder for 7 avdelingsledere i 3 forskjellige tjenester i tillegg til staben.

Min utdanning og erfaring består i at jeg er sykepleier og har et årsstudium i organisasjon og ledelse i tillegg til en videreutdanning i helserett. Kommunen jobber, Øyer, er en relativt liten kommune med i overkant av 5000 innbyggere. Kommunen er delt i 2 sogn med legekontorer i hvert sogn og helsehus i det ene med ca. 45 operative plasser. Det er en kommune med mye hytter, så folketallet mangedobles i helger og ferier. Dette er blant annet merkbart i tjenesten jeg leder ved at arbeidspresset ofte øker i ferier, helger og helligdager da folk på hyttene trenger helsehjelp.

## *1.2 Problemstilling og avgrensning*

Problemstillingen min er: Hvordan skape arenaer for god samhandling mellom helsetjenestene i kommunen?

Det presenteres videre her hva bakgrunnen for denne problemstillingen er. Jeg velger i første omgang i denne prosjektoppgaven å rette fokuset på hjemmetjenesten i forhold til de enhetene jeg leder, men er åpen for at aktuelle tiltak eller resultater kan prøves ut i andre tjenester tilknyttet meg. Jobben som leder for hjemmetjenesten har jeg hatt siden august 2022 og jobbet tidligere som avdelingsleder i samme teneste i 3 år før det. Tjenesten har per i dag 25 årsverk

med en kombinasjon av 5 heltidsansatte og 30 deltidansatte i tillegg til vikarer. Tjenesten er ledet av 2 avdelingsledere som jeg da er nærmeste leder til. Tjenesten har hatt en jevn bemanning de siste årene med få ledige stillinger over tid. Pasientomfanget varierer noe, men ligger på ca. 120 pasienter. Under hjemmetjenesten er også fagtenesten organisert der en avdelingsleder leder fysioterapeuter, ergoterapeuter, demenskoordinator, kreftkoordinator, aktivitører mm.

Intervjuer av aktuelle personer ble gjennomført i løpet av september. Jeg valgte her ut en kombinasjon av administrasjon og pleiere. I administrasjonen intervjuet jeg kommunalsjef for helse og omsorg, avdelingsleder i hjemmetjenesten og avdelingsleder på helsehuset i kommunen. Alle er erfarne i sin stilling. Her kunne det vært aktuelt å intervjuene nyansatte for å få et annet perspektiv inn, men på det gitte tidspunktet var det ingen i denne kategorien. Selv om fokuset var hjemmetjenesten valgte jeg og intervju avdelingsleder på helsehuset for å få med et perspektiv fra noen som er knyttet til tjenesten utenfra som en interessant med tanke på at de pasientene vi har i hjemmetjenesten på et tidspunkt ofte kommer til helsehuset. I forhold til pleiere valgte jeg å intervju 3 forskjellige fagretninger, det vil si en sykepleier, en hjelpepleier og en assistent. Dette er alle personer jeg visste ikke var redd for å si sin mening. Sykepleier og hjelpepleier som ble intervjuet er i tillegg plasstillitsvalgte for sine forbund. Jeg gjennomførte alle intervjuene av ledere på mitt kontor og intervjuene av pleierne på et møterom i tilknytning til arbeidsplassen deres. Dette var bevisst med tanke på trygghet. Lederne er jevnlig inne på mitt kontor både til formelle samtaler, men også uformelle samtaler. Jeg anså dette da ikke som en skremmende arena for dem. Derimot konkluderte jeg fort med at det vil være en mer skremmende arena for pleierne og valgte derfor å ta intervjuene med dem i tilknytning til arbeidsplassen deres. I forkant hadde jeg laget en intervjuguide med 6 spørsmål. Jeg innledet alle intervjuene med å forklare om utdanningen jeg i dag går i tillegg til hensikten for intervjuet. Spørsmålene jeg stilte var:

1. Hva er vi gode på i dag?
2. Hva ser du som den største utfordringen vi har i hjemmetjenesten i dag?
3. I utfordringen du beskriver, er det noe sentralt du spesielt vil trekke frem?
4. Hva er grunnen til at du trekker frem spesielt dette som sentralt?



5. Er det andre instanser i organisasjonen som kan være bidragsyter inn i denne utfordringen?
6. Hva tror du dine kollegaer ser som den største utfordringen?

Et interessant funn jeg sitter igjen med etter intervjuene er at perspektivet til administrasjonen samsvarer godt og perspektivet til pleierne samsvarer godt. Administrasjonen fokuserer mye på hvordan vi skal klare å rigge tjenesten som en helhet til å stå klar for å møte utfordringene med stadig flere som trenger helsehjelp og samtidig dårlige tilgang på helsepersonell og lønnsmidler. Dette fokuset øker jo lengre vekk fra tjenesten man er, og det sees en viss forskjell på kommunalsjef og avdelingsleders svar. Dette vil nok også være naturlig med tanke på nærheten til tjenesten og da også kjennskap til denne. Med å rigge tjenesten for fremtiden trekkes det frem flere momenter rundt dette fra administrasjonen. Her nevnes rekruttering, være attraktiv arbeidsplass og tenke mer helhetlig på tjenesten som gis. Avdelingsleder fra samarbeidene tjeneste setter stort fokus på hvordan de som et helsehus skal få inn «riktig» pasient. Det vil si en pasient som faktisk er i behov av plassen. Fokuset her er hvordan hjemmetjenesten som en tjeneste legger til rette for at denne avdelingslederens tjeneste får brukt sine disponible plasser på en mest hensiktsmessig måte. Alle pleierne retter fokuset mer mot samhandling i den daglige tjenesten. Dette gjelder samarbeid på tvers av faggrupper som sykepleier, vernepleier, hjelpepleier og assistent. På spørsmål om hva som menes med samhandling trekkes det frem flere eksempler. Her nevnes kommunikasjon, forståelse av roller og kompetansenivå og motivasjonen til den enkelte. I forhold til det forskjellige utdanningsnivået deres ser en at det er en viss forskjell på deres perspektiv. Sykepleieren et noe mer overordnet perspektiv i ansattgruppen. Dette kan nok ha noe med at vedkommende er delaktig i flere saker enn de andre to. Hjelpepleieren er den som sitter med lengst erfaring og ansiennitet. Perspektiv til vedkommende blir i flere sammenhenger dratt mot historikk over hva som har vært tidligere både i positiv og negativ forstand. Det som kommer frem etter intervjuene hos pleierne har i større grad et perspektiv fra den daglige driften og hvilke utfordringer de selv kan være en del av å ta tak i. Så kan man samtidig se at utfordringen for pleierne og administrasjonen ikke er så ulik, da de begge handler om kvalitet på tjenesten. Både kvalitet i forhold til hva den er i dag med pleierne som jobber der, men også kvalitet for fremtidig kollegaer i forhold til rekruttering.

Slik jeg tolker resultatene av intervjuene så er det samhandling i tjenesten som er det viktigste. Dette for å ha en sterk tjeneste for fremtiden. Jeg vil videre fremover utfordre avdelingslederne og tillitsvalgte i organisasjonen til å sette mer ord på hva som skal til i dette område for å avklare en problemstilling. Dette vil bistå med forankring hos pleierne som jobber i tjenesten. Videre vil en aktuell problemstilling bli løftet opp til kommunalsjef og HR for forankring der. Det er viktig for meg at problemstillingen rettes opp mot et område jeg sitter i posisjon til å påvirke i stor grad direkte. Å gå direkte på samhandling mellom pleiere kan dermed være vanskelig da mye av jobben vil bli gjort via avdelingslederne. Enhver form for samhandling trenger en form for kommunikasjon Kommunikasjonen kommer i mange former og det er ofte den uformelle daglige kommunikasjonen vi møter. Samtidig vil denne kommunikasjonen bære preg av hvordan kommunikasjonen og strukturen rundt i organisasjonen er i formelle settinger. Man kan da gå inn på møtepunkter og se hvordan disse er bygget opp. I hjemmebaserte tjenester finnes det flere typer møter. Tverrfaglige møter, avdelingsmøter, samarbeidsmøter, tillitsvalgtmøter mm. I tillegg finnes det en rekke flere typer videre i helse og omsorg på andre nivåer. Får en til god struktur og en god arena på disse formelle møteplassene vil dette skape et godt utgangspunkt for god samhandling eller i tjenesten. Samtidig er samhandlingen utenfor de formelle arenaene viktig for å få til en lærende og utviklende organisasjon. Som tidligere nevnt er det viktig at jeg kan ha nærhet til problemstillingen. I tillegg til hjemmetjenesten har jeg også ansvar for rehabilitering i kommunen, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter. Å kunne se på samhandling på tvers av tjenester vil da være fokus. Både med tanke på samhandling i daglige utfordringer, men også de formelle samhandlingsarenaene. Her vil jeg også trekke inn helsehuset i kommunen.

### ***1.3 Leseveiledning***

I første delen av oppgaven belyses bakgrunnen min og organisasjonen og begrunner valg av tema og problemstilling. I del 2 av oppgaven vil jeg presentere relevant faglig litteratur knyttet opp mot problemstillingen begrunne hvorfor jeg tenker den har relevans for oppgaven. Det vil også presenteres relevante nasjonale føringer innenfor temaet, som er førende for samhandling i helsetjenesten.

I del 3 vil beskrive hvilke metoder som er benyttet og noe teori rundt dette. I del 4 beskrives det prototyper og forsøk, samt hvilke funn og erfaringer som ble gjort.. I del 5 vil funnene bli belyst med bakgrunn i problemstillingen og diskutere disse opp mot de faglige perspektivene. I del 6 vil det komme med en oppsummering av prosessen og bli presentert en konklusjon.

## 2. Faglige perspektiver

I problemstillingen som omhandler samhandlingsarenaer så er det flere faglige perspektiver som er naturlig å ta inn i dette tema. Her vil det variere noe i forhold til om vi snakker om generelle arenaer og de prinsipper som ligger rundt dette eller spisser oss inn på mere spesifikke arenaer som for eksempel møter. Jeg vil ta for meg begge deler. Med generelle arenaer menes arenaer der samhandling skjer på en ustrukturert måte som for eksempel tildeling møte i gangen, telefonkontakt ved problemstilling eller dialog i andre uformelle settinger.

### 2.1 Nasjonale og lokale føringer

På nasjonalt nivå er Samhandlingsreformen naturlig å trekke inn i forhold til hva gjelder samhandling på tvers av tjenester. Nå er hovedfokuset i denne reformen samhandling mellom kommunen og sykehus, men man ser allerede her hvor viktig det er å fremme samhandling mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordeling og i tillegg kunne etablere god samarbeidspraksis. Særlig punkt 5.5 i veilederen som omfatter utskrivningsklare pasienter fra sykehuset som trenger kommunale tjenester er viktig å se på. For at kommunen skal være godt rustet til å ta imot disse pasientene på en helhetlig måte må også kommunen være organisert på en slik måte at samhandling kan skje på tvers av faggrupper og tjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2009).

Helse og omsorgstjenesteloven (2011, § 1) er også naturlig å trekke inn her. At denne er relevant for problemstillingen kommer blant annet tydelig frem i § 1-1 punkt 5 der det beskrives at et av formålene med loven er å sikre samhandling.

I helsepersonelloven (1999, § 4) legges forsvarlighetskravet til grunn når det kommer til samhandling. I § 4 andre ledd står det beskrevet: «*Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell.*».

I forhold til lokale føringer så finnes det lite skriftliggjort utover lovbestemmelsene. Det er noen lokaleprosedyrer og rutiner som omhandler samarbeid og samhandling ved innkomst av nye avdelinger på langtids plass, men lite utover dette.

## ***2.1 Ytringsklima***

Ytringsklima er noe som er sentralt å ta med seg inn i dette arbeidet. Kvalnes (2019) skriver at ytringsklima kan være utfordrende i hierarkiske organisasjoner ved at ujevnheter i makt og innflytelse kan være store. Dette kan være fremtredende i min organisasjon og vil også variere i hvordan type arena det er, og hvilke forutsetninger deltakerne har for å si noe om temaet. I oppgaven vil jeg trekke frem flere aspekter ved ytringsklima og sette det i kontekst med utfordringer og mulige løsninger på problemstillingen. Hvordan snakker vi sammen og hvordan møter vi andre i det klima vi er i? Her vil det også være naturlig at perspektivene vil være forskjellige noe som også vil være et område jeg vil gå inn på i denne prosjektoppgaven.

I forhold til ytringsklima vil det være naturlig å gå inn på det som påvirker et ytringsklima som vennlig friksjon, toleranse for aktive ytringsfeil, psykologisk trygghet, aktørklima og plussknapper som Kvalnes beskriver (Kvalnes, 2019). Her vil man videre måtte se på hva ytringer gjør for den enkelte og hvordan de kan være i både positiv og negativ forstand. Samtidig vil ytringsdilemmaer være aktuelt å ta opp med tanke på at mange av tjenestene i denne kommunen står alene om oppgavene sine og at det kan bli et gap mellom den enkeltes interesse. At det ikke er arenaer på tvers kan gjøre at man glemmer det felles målet hele kommunen jobber mot, men fokuserer heller på det en selv representerer internt. For å komme mot et større mål om god samhandling i tjenesten kan en ikke forvente at dette skal være på plass med en gang. Her er det som nevnt tidligere mange faktorer som er viktig for å komme dit en vil og en skal ikke sette som mål og revolusjonere alt med en gang. Småskrittsforbedringer må være fokus og klare å feire de små endringene en har i positiv retning og tørre å skape de gode forbindelsene mellom mennesker. Her må det også være rom for at erfaringen og refleksjonene man gjør seg resultere i ny læring slik at organisasjonen stadig utvikler seg (Kvalnes, 2019).

Å kunne feile og deretter lære av det kan være en prøvelse. Har en god psykologisk trygghet i en organisasjon og det er aksept for å dele de dårlige resultatene sine kan en også legge til rette for at organisasjonen kan lære av

nettopp disse. Dette peker Edmondsen (2006) på ved vise til at en organisasjon nettopp kan legge til rette for utvikling ved å systematisk identifisere feil, analysere disse og deretter bevisst eksperimentere med disse for å finne bedre løsninger på det som feilet.

## **2.2 Høykvalitetsforbindelser**

Her vil Kvalnes (2019) sin litteratur om høykvalitetsforbindelser være aktuelt å ta for seg der felles respekt, tillit og annerkjennelse mellom personene er fremtredende. Har man dette på plass kan man begynne å snakke om hvordan man også kan kjenne tilhørighet i gruppen og unngå eksempler på aktive ytringsfeil, passive ytringsfeil og tilskuereffekten. Dutton (2003) underbygger dette ved å beskrive 5 verktøy som trengs for å skape disse høykvalitetsforbindelsene. Her handler det mye om å være til stede i situasjonen og å være en aktiv lytter ovenfor den man samarbeider med.

- Formidle tilstedeværelse ved å rette fokuset mot den som er i situasjonen fullt og helt.
- Vær ekte ved å kommunisere sin genuine mening om temaet.
- Kommunisere bekreftende ved å vise interesse og finne kjernen i det det kommuniseres om.
- Lytte effektivt ved å for eksempel gjenta det som blir sagt med egne ord for å få bekreftelse på at man har forstått budskapet.
- Kommunisere støttende ved å formidle tilbake hva man selv mener uten å være følelsesladet.
- 

Kvalnes (2019) viser også til disse verktøyene og beskriver de som svært viktig iblant annet akutte faser. I den tjenesten jeg leder vil det være varierende grad om ting er akutt eller ikke og i hvilken grad det eventuelt er akutt, men verktøyene som blir presentert er svært relevante å se på videre i prosessen.

Dette er svært relevant til problemstillingen da nettopp gode samhandlingsarenaer trenger disse høykvalitetsforbindelsene. Dutton (2014) viser blant annet til at ved å oppnå dette i en gruppe vil det ha positivt innvirkning ikke bare på kvaliteten av tjenesten, men også den fysiske og psykiske helsen til deltakerne.

### ***2.3 Idearbeid***

I denne prosjektoppgaven vil blant annet det å skape god samhandling og struktur i de formelle arenaene som møter på tvers av tjenester være et fokus, men man kan alltid spørre seg hva struktur er. At man skal gjennom et gitt antall saker er opplagt, men for å ha en lærende organisasjon må man ikke stoppe å utvikle seg.

Ved noen av tiltakene som settes i gang er det naturlig å tenke hvordan man kan legge til rette arenaer for å være mest mulig utviklende for organisasjonen og til bunn og grunn gagne innbyggerne i kommunen best mulig. Det å legge til rette for en skapende motstand kan være helt riktig i noen tilfeller. Da er det viktig å være bevisst på at dette ikke nødvendigvis legger til rette for harmoni, fred og forståelse, men en kamp der de gode poengene vil komme frem i lys ved å utfordre hverandre (Carlsen et al., 2011). På denne måten kan organisasjonen legge til rette for et idearbeid og ta for seg de vanskelige problemstillingene. Dette blir godt belyst av Carlsen, Clegg og Gjersvik i boken «Hard Work». Her vil det som tidligere nevnt igjen være viktig å tenke på hvilket arenaer man legger til rette for dette og på hvilket tidspunkt den aktuelle gruppen er klar for dette. Idearbeid må sees i sammenheng med psykologisk trygghet. Dersom er lav grad psykologisk trygghet kan det være sannsynlig at momenter ikke kommer frem og man skaper dermed ikke en arena for idearbeid der det er toleranse for aktive ytringsfeil (Kvalnes, 2019).

### ***2.4 Organisasjonskultur***

Organisasjonskultur vil være en naturlig del av å ta opp når man snakker om å skape gode samhandlingsarenaer i en organisasjon. Det er vanskelig å definere hva en organisasjonskultur er da denne kulturen påvirkes av utallige faktorer og er under konstant utvikling. Hatch og Thorbjørnsen (2001) tar for seg nettopp dette temaet og det vil videre i prosjektoppgaven bli satt fokus på hvordan organisasjonskulturen er, hvordan den påvirkes av tiltakene som blir gjort, men også hvordan tiltakene blir påvirket av kulturen som allerede er der.

Hatch og Thorbjørnsen (2001) tar videre for seg blant annet Edgar Scheins teori om organisasjonskultur. Dette deles i grunnleggende antakelser, verdier og artefakter. I forhold til organisasjonen som presenteres i denne oppgaven er det

som tidligere nevnt valgt å avgrense det til hjemmetjenesten. Man kan må mange måter kalle si at hjemmetjenesten har sin egen subkultur i organisasjonen som er Øyer kommune. Inne i hjemmetjenesten kan det også finnes egen subkultur i for eksempel de forskjellige arbeidslagene eller de forskjellige faggruppene. Dette er ikke unaturlig da en her ser en mellommenneskelig tiltrekking til dem som er like en selv (Hatch og Thorbjørnsen (2001). Dette viser bare kompleksiteten av å forstå vår en organisasjonskultur.

## ***2.5 Oppsummering***

Det å skape gode samhandlingsarenaer er avhengig av svært mange faktorer. Likevel er det noen som er sentrale og små må ligge der som et grunnlag for å muligheten til å både skape disse arenaene, men også utvikle dem. Ytringsklima kan være avgjørende i forhold til kvaliteten på samhandlingen. Klarer man ikke å ta opp de vanskelige temaene eller rette på hverandre? Forblir den tause kunnskapen taus? Er det ingen psykologisk trygghet til stede? Da vil også man stagnerer og sjelden klare å utvikle seg videre fra de feilene man gjør.

Det trengs å bygge en kultur innad i organisasjonen der nettopp ytringsklima er viktig, og det blir skapt høykvalitetsforbindelser. Her kan det skapes idearbeid ved at medarbeiderne tørr og tenke nytt. Tørr å utnytte hverandres styrker og svakheter og utvikle organisasjonen til å gi et best mulig tilbud til kunden, her da kommunens innbyggere som er avhengig av helse og omsorgstjenester i hjemmet.



### 3. Metode

Gode møtearenaer vil skape en effektiv og god kultur i organisasjonen. Dette vil igjen gagne pasienten som må være hovedfokuset. Dette reflekterer da problemstillingen; Hvordan skape arenaer for god samhandling mellom helsetjenestene i kommunen?

#### *3.1 Datainnsamling*

Da bakgrunnen for noen av de videre metodene var nettopp svarene som kom frem i spørreundersøkelsen har jeg under 3.1.1.1 presentert noen utdrag fra resultatet. Dette for å vise bakgrunn for hva hensikten med videre metoder var.

##### *3.1.1 Spørreundersøkelse*

Det ble sendt ut en kort spørreundersøkelse relevante aktører. Dette var de innenfor min sektor som er naturlig at trenger eller bør samarbeide. Dette ble da avdelingsledere, fysioterapeuter, sykepleier, ergoterapeut, tildelingsenheten mm. Undersøkelsen hadde bare et spørsmål som omhandler hva som er viktigst for dem når det kommer til samhandling. Folkeheletjenesten har over flere år hatt «Hva er viktig for deg»-kampanjen som skulle sette fokus på brukermedvirkning for brukere av helsetjenesten og da tilstrebe å gjøre tjenesten mer personsentrert (Folkehelseinstituttet, 2019). På en lignende måte var hensikten med denne spørreundersøkelsen å undersøke hva som var «viktig for deg» når det kom til tjenestens ønsker rundt samhandling. Videre var hensikten å kunne skaffe seg en pekepinn på hva som er viktigst å da kunne forsøke noen tiltak i enkelte settinger ut fra dette. Et eksempel på dette kan være på et tverrfaglig møte i tjenesten der man setter i gang et tiltak med en mer strukturert agenda enn det man har i dag. I forbindelse med tiltaket jeg setter i gang vil jeg også ta høyde for å kunne feire de små resultatene man da får på veien. Korte sagt ville småskrittsforbedringer være fokusområdet og ved opplagte oppdagelser underveis vil et mer dybdeintervju være aktuelt å gå inn i.

Det ble sendt ut en spørreundersøkelse til totalt 20 stk. Av disse besvarte 16 stykker spørsmålet. 5 av disse jobbet ved korttidsavdeling ved helsehuset, 8 av de jobbet i hjemmetjenesten og 3 av de jobbet ved fagtjenesten. Spørsmålet som ble

stilt var: Hva er viktigst for deg for å skape god samhandling mellom tjenestene i kommunen?

Spørsmålet ble sendt ut på e-post til alle tjue. Den ble ikke lagt til rette for anonyme svar da det var viktig å kunne se på hvilken faggruppe som svarte hva. Spørsmålet ble stilt som et åpent spørsmål med fritekst som svar. Dette for at respondentene kunne besvare spørsmålet med egne ord. Frist for svar på spørsmålet var 1 uke og svarene ble gitt direkte tilbake til meg.

Her er en oversikt over antall det ble sendt ut til og antall som besvarte:

<b>Avdeling</b>	<b>Antall sendt ut</b>	<b>Antall respondert</b>
Tildeling	3	3
Hjemmetjenesten	6	5
Korttidsavdeling	6	3
Fagtjenesten	5	5

#### *3.1.1.1 Spørreundersøkelse – veien videre*

Ved utlevering av spørreundersøkelsen, så var det et spørsmål som kom opp flere ganger etter å ha sett på svarene. De aller fleste på korttidsavdeling og hjemmetjenesten tok for gitt at det var opp mot hverandre de skulle svare. Et fåtall var bevisst på at spørsmålet om samhandling også gjaldt fagtjenesten.

Fagtjenesten ble nok ikke sett på som en egen tjeneste, men mer som en støttefunksjon. Det ble gjort oppmerksom på til respondentene at spørsmålet gjaldt alle tjenester i kommunen som det kan være relevant å samarbeide med. Dette ga grunnlag for å gå dypere inn i denne oppfattelsen av samarbeid og samhandling.

#### *3.1.2 Gruppeintervju - workshop*

Funn i denne spørreundersøkelsen presenteres videre i kapittel 4.1.1. På bakgrunn av det som kom frem i den enkle spørreundersøkelsen kalte jeg inn avdelingsledere i hjemmetjenesten og alle ansatte ved fagtjenesten. I tillegg valgte jeg å kalle inn avdelingslederne på helsehuset også slik at de var delaktig i

prosessen og at eventuelle tiltak kunne implementeres der også opp mot samarbeidende tjenester.

Møte fant sted på møterom som var kjent for alle på helsehuset. Det ble satt av 3 timer til møte og i innkallingen ble det informert om at møte gjaldt samhandling og samarbeid på tvers av tjenester. Totalt var det 8 deltagere til stede. Deltakerne på møte var 2 avdelingsledere i hjemmetjenesten, 1 avdelingsleder fra helsehuset og 5 ansatte fra fagtjenesten. De 5 fra fagtjenesten var 1 ergoterapeut (som også er avdelingsleder i deler av stillingen), 1 demenskoordinator, 1 kreftkoordinator og 2 fysioterapeuter.

Hovedfokuset var i første omgang hjemmetjenesten og deres samarbeid med andre tjenester, men jeg lot temaet være åpent ved å beskrive at dette kunne gjelde alle tjenestene. Det ble presisert i innkallingen at tjeneste det gjaldt var hjemmetjenesten, helsehuset og fagtjenesten. Dette var på bakgrunn av svarene i spørreundersøkelsen der det kunne bære preg av et noe snevert syn på hvem man kunne samarbeide med. Med dette hadde jeg lagt en forventning om at deltakerne på gruppeintervjuet måtte reflektere over samarbeid mellom alle tjenesten og ikke bare opp mot en av dem.

Jeg startet møte med å gi en kort introduksjon av hva lovverket sier. Deretter ble det en runde rundt bordet med hvilke forventinger den enkelte hadde til de andre tjenestene. På forhånd hadde jeg laget 3 kort pasientcaser som skulle diskuteres i plenum og deretter komme opp med forslag til hvordan casene kunne blitt løst bedre.

Case 1:

Olga Hansen på 93 år er innlagt på sykehuset med FCF. Ingen tidligere hjelp fra kommunen. Hun er oppe å går med underarmsrullator på sykehuset. Trenger et opptreningsopphold før hun skal hjem til egen leilighet.

### Case 2:

Mads Steffensen på 76 år skal hjem fra Rikshospitalet om 2 dager. Han har cancer pancreas med spredning flere steder. All kurativ behandling er avsluttet og det er palliativ behandling som gjelder. Han ønsker å avslutte livet hjemme.

### Case 3:

Hjemmetjenesten er hos Kari Olsen x4 per dag. Hun er svært tung i forflytning da det er trange døråpninger og man helst skulle vært 2 pleiere der slik at man kunne være en på hver side. Hun står nesten ikke på beina og flere pleiere har fått ryggvondt etter å ha vært der.

På hver enkelt case ble det tatt opp hva som var ønskelig med deltakelse fra hver enkelt tjeneste. Det ble også lagt til rette for at man kunne utfordre hverandres tjeneste på hvordan de alternativt kunne ta fatt på sine arbeidsoppgaver.

Til slutt ble deltakerne utfordret på tiltak organisasjonen kunne sette i gang nå for å nærme oss den måte vi ønsker å jobbe på slike eller sammenlignbare case. Det ble lagt vekt på at ikke alle tiltak nødvendigvis trengte å være svært omfattende, da med fokus på småskrittsforbedringer.

## **3.2 Analyseprosessen**

### *3.2.1 Styrker og svakheter ved metoder*

I alle metoder vil det finne styrker og svakheter. På generelt grunnlag vil jeg si at alle metoder jeg som leder bruker ovenfor de jeg selv leder kan et spørsmål om deres psykologiske trygghet ovenfor meg være avgjørende om det er reelle svar som kommer. Noen kan være opptatt av å blidgjøre sin nærmeste leder, mens andre er klarere å være objektive med sine meninger og forslag til forbedring. Det kan være en svakhet at jeg direkte har gjort alle intervjuer eller workshop selv, men samtidig kan det være en styrke da deltagerne vet at den som undersøker dette og får tilbakemeldingene også har myndighet til å gjøre tiltak opp mot det man finner ut.

### *3.2.2 Spørreundersøkelsen*

I spørreundersøkelsen ble det svarene delt opp i forskjellige kategorier for å systematisere det. Dette var da kategorier som åpenhet, forventningsavklaring og kunnskapsbevissthet.

Med kategorien åpenhet mentes det å kunne være åpen om ting som fungerte og ikke fungerte opp mot hverandre både innad i sin enhet, men også utenfor denne. Med kategorien forventningsavklaring mentes det å vite hva den andre tjenesten kunne gjøre og samtidig være bevisst utad på hva sin egen tjeneste kunne gjøre. Med kategorien kunnskapsbevissthet mentes det å kunne være bevisst sin egen kunnskap og bevisst sin egen.

### *3.2.3 Gruppeintervju – workshop*

I forhold til møte med avdelingslederne og fagtjenesten var analyseprosessen noe delt. Det ble gjort systematisk oppsummering av møtet på slutten som ble dokumentert. I møte ble dette dokumentert på whiteboard og da finskrevet i etterkant. Notatet ble sendt ut til møtedeltakerne for gjennomlesing slik at de kunne kommentere på eventuelle misforståelser. Her ble det delt opp i forslag til tiltak opp mot hver enkelt case fra hver enkelt tjeneste. I tillegg ble det satt opp forslag til tiltak fremover for å bedre samarbeidet.

For å vite hvor vi skal, må vi også vite hvor vi er. Her ble det gjort en analyseprosess underveis i møte i form av å se hvor de forskjellige tjeneste var i forhold til samarbeid på tvers. Dette var en skjønnsvurdering av meg som leder av møte. På denne måte ville jeg har et større grunnlag for å vite hvor man eventuell skulle sette inn tiltakene. Det ble her delt i å se på hvor bevisst tjenestene var på å samarbeide med andre tjenester i dag og hvordan det kom frem at viljen var til å gjøre dette i fremtiden.

### *3.3.1 Spørreundersøkelse*

Ved å sende ut en svært kort spørreundersøkelse i forkant av mer omfattende arbeid ville jeg få en pekepinn på hvor det skulle startes. Dette mener jeg er en styrke i form av at det var enkelt, men samtidig mulighet til å gå sin mening.

Likevel ser man av noen svar at ikke alle forsto at samhandling av tjenester kan være andre enn de man tradisjonelt samarbeider med. Selv om det var presisert at det gjaldt alle relevante samarbeidspartnere kan dette ha gjort at noen svar ble mer snevert enn det trengte å være.

### *3.3.2 Gruppeintervju – workshop*

Opprinnelige var det gruppeintervju jeg hadde planlagt, men så at dette ble mer som en workshop slik det var lagt opp. Igjen kan man kanskje se en svakhet ved at det var jeg som ledet det og om alle da kom med sin genuine mening. Min refleksjon over det var at det gjorde de.

Det var en styrke at det ble diskutert tverrfaglig og at det var lagt til rette for å utfordre på tvers av tjenester og på tvers av faggrupper.

### *3.4 Etiske betraktninger*

I etterkant av analysene og arbeidet rundt dette kan man diskutere om man burde hatt en bredere delaktighet i analysearbeidet. Dette arbeidet ble primært gjort av meg og det kan dermed også være en fare for at analysene som ble gjort ikke åpnet opp for flere perspektiver eller tolkninger. Likevel ble det aktivt brukt de tilbakemeldingene som kom i både spørreundersøkelse og workshop for å danne et best mulig grunnlag for prototypene.

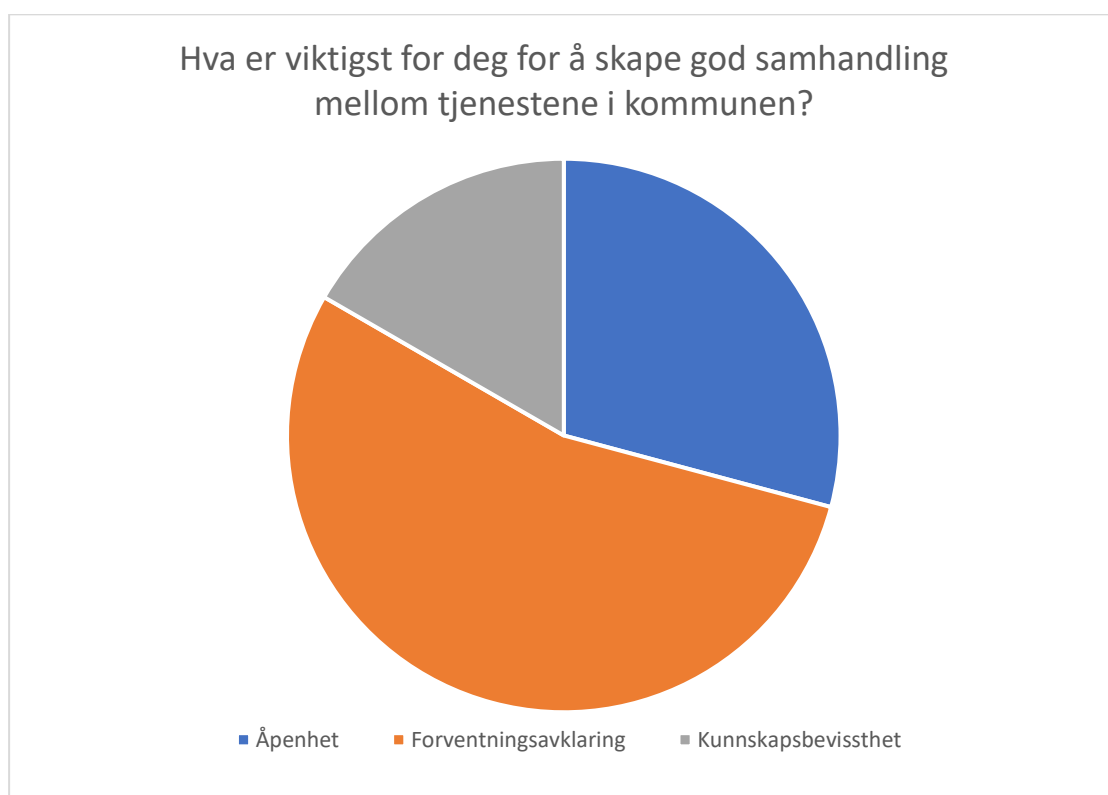
En betraktning man også kan gjøre seg her er om medarbeiderne som skal stå i disse endringene som blir gjort føler tilhørighet til grunnlaget for endringen. At involveringen har vært der fra starten av og at dette er en del av prosessen rundt endringer vil være avgjørende for enkeltes motivasjon.

## 4. Funn

### 4.1 Funn i metodene

#### 4.1.1. Spørreundersøkelsen

Gjennom den enkle spørreundersøkelsen ble det gjort noen konkrete funn som ga godt grunnlag for veien videre. Disse ble skjematisk satt opp som nevnt tidligere og man kan se at det er noe som skiller seg ut gjennom de 3 kategoriene åpenhet, forventningsavklaring og kunnskapsbevissthet. Selv om 16 svarte kunne noen svar bære preg av å være i flere kategorier.



Her ser man en overvekt i kategorien forventningsavklaring. Jeg ønsker å trekke frem noen relevante sitater fra undersøkelsen som underbygger dette.

«Å vite hva jeg kan sette i gang av tiltak rundt opptrening uten å forhøre meg med fysioterapeut først»

«Noe av det viktigste er å vite når jeg har «lov» å be noen andre om hjelp»

Som sagt skulle denne undersøkelsen bare gi en pekepinn på hvilke retning det skulle gås videre og det var dette som la grunnlaget for møte med

avdelingslederne ved hjemmetjenesten og helsehuset og medarbeiderne i fagtjenesten.

#### *4.1.2 Gruppeintervjuer – workshop*

På starten av workshopen ble det gjort en presentasjonsrunde. Her presenterte alle seg med navn, stilling, ansvarsområde og forventinger. Allerede i presentasjonsrunden kunne en observere at det var et konkret forbedringspotensial når det kom til samhandling. Dette ble tydelig ved presentasjonsrunde der en skulle si noe om forventningene til hverandre. Helse og omsorgstjenesten i kommunen vil jeg si er relativ liten med tanke på at kommunen er liten og en kan anta at de fleste kjenner hverandre greit og vet hva de andre kan bidra med rent faglig. Ved forventningsrunde ble det klart at forventningene de hadde til hverandre sprikte noe. Eksempelvis var helsehuset i den oppfatning at fysioterapeut måtte inn i bilde før pleierne ved helsehuset kunne starte aktiv opptrening av pasienter. På den annen side mente fysioterapeuter at pleierne ved helsehuset hadde god kunnskap om «vanlige» diagnoser som lårhalsbrudd der belastningsgrense for pasienten var beskrevet fra sykehuset og at pleierne dermed kunne begynne aktiv trening opp mot dette på tross av at fysioterapeut ikke hadde vært hos pasienten enda. Et annet eksempel var hjemmetjenesten som hadde en oppfattelse av at demenskoordinator utelukkende drev med demensutredning og direkte kontakt med pasient og pårørende. Demenskoordinator på den andre siden ønsket gjerne å være mer involvert i veiledning av pleiere inn mot vanskelige situasjoner der pasienten har en kognitiv svikt.

Ved pasientcasene var det mye enighet om løsninger, men det ble diskutert hvor tidlig inn de forskjellige tjenestene/fagpersonene skulle. Dette ble utfordret der man måtte se nødvendighet og ønske opp mot kapasitet og ressurser. For eksempel ønsket det på Case 1 fra hjemmetjenestens side at fysioterapeut skulle se pasienten allerede første dag, men her måtte fysioterapeut gi beskjed om at det nok ikke var mulig med tanke på kapasitet. På Case 3 kjente hjemmetjenesten veldig igjen situasjonen og en utfordring de møter på mange ganger. På den annen side var dette ikke så kjent for ergoterapeut og fysioterapeut som kunne vært en god ressurs inn her.



Jeg velger skjematisk å synliggjøre ønskelig momenter som kom frem i vårt case og om dette var kjent/innarbeidet praksis på det gitte tidspunktet. Her trekker jeg også frem hvem ønsket kom fra og velger bare å ta med de momentene som kom opp som det også var enighet om i gruppen at var realistiske og ønskelige.

#### Case 1

<b>Moment</b>	<b>Hvem?</b>	<b>Allerede praksis?</b>
Pleiere må starte med opptrening som passer lårhalsbrudd opp mot vektbelastning.	Fysioterapeut	Nei
Ergoterapeut bør tilrettelegge hjemmet i forhold til hjelpemidler når opptreningsoppholdet holder på.	Hjemmetjenesten	Delvis
Samarbeidsmøte med pasient og relevante tjenester tidlig i opptreningsopphold.	Hjemmetjenesten	Nei
Ønske om å ha med pasienten til hjemmet tidlig for å kartlegge behov for hjelpemidler.	Ergoterapeut	Sjelden

#### Case 2

<b>Moment</b>	<b>Hvem?</b>	<b>Allerede praksis?</b>
Ønske som medikamentskrin for palliativ pleie forskrevet før hjemreise. Ønskelig at kreftkoordinator sørger for dette.	Hjemmetjenesten	Delvis
Ergoterapeut bør være med tidlig til pasient i forhold til hjelpemidler som «akutt» trengs.	Kreftkoordinator	Sjelden

Mulighet for korttidsplass på helsehuset på svært kort varsel dersom pasienten angrer på at livet avsluttes hjemme.	Kreftkoordinator	Nei
Kreftkoordinator må kunne veiledere personell som er usikre på prosedyrer eller situasjoner som omhandler døden. Dette gjelder særlig nyutdannet helsepersonell.	Hjemmetjenesten	Nei
Få vite om pasienten tidlig så tjenesten kan forberede seg og diskutere gode løsninger.	Hjemmetjenesten	Sjelden

### Case 3

<b>Moment</b>	<b>Hvem?</b>	<b>Allerede praksis?</b>
Ta kontakt med fysioterapeut for å hjelpe til med å finne gode forflytningsmåter.	Fysioterapeut	Nei
Ta kontakt med ergoterapeut som kan blir med hjem og se aktuelle situasjoner. Deretter se om hjelpemidler kan endres eller skaffe nye.	Ergoterapeut	Sjelden
Ha med seg fagpersoner på forflytning til pasienten som for eksempel ergoterapeut og/eller fysioterapeut.	Hjemmetjenesten	Sjelden
Kunne diskutere problematikken med andre faggrupper som en gruppe da pleierne kan ha noe ulik oppfatning av situasjonen.	Hjemmetjenesten	Nei
Helsehuset har pleier som har videreutdanning og kursing innen forflytning. Vedkommende kan forespørres om bistand.	Helsehuset	Nei

## ***4.2 Prototyper***

Diskusjonene rundt alle casene ga utgangspunkt i prototypene som ble prøvd ut. Det ble kommet med konkrete forslag til prototypene og deler av hvordan protypene skulle gjennomføres ble utarbeidet av meg som tjenesteleder sammen med avdelingsleder på det aktuelle stedet. Som en innledning ble det gjort noen grep for å legge til rette for bedre samarbeid mellom tjenestene. Dette var basert på den første runde med forventninger til hverandre. Jeg tok kontakt med alle avdelingslederne både i hjemmetjenesten og på helsehuset og ba om at fagtjenesten kunne få bli på med deres neste personalmøte for å presentere seg selv. Fysioterapeut, ergoterapeut, demenskoordinator og kreftkoordinator ble med på disse møter. Per midten av mars hadde fagtjenesten fått presentert seg i nesten alle avdelinger. Hensikten med å gå frem på denne måten var i første omgang å gi pleierne i de respektive områdene en innsikt i hvilken kompetanse fagtjenesten har, og hva de kan brukes til. Etter en stund ba jeg om tilbakemelding fra avdelingslederne til avdelingene som hadde hatt personalmøte i forhold til hvordan tilbakemeldingene var. Tilbakemeldingene var utelukkende positive, og dette ble tatt videre tilbake til fagtjenesten.

Dette tiltaket var ikke ment som et komplett løsningsforslag, men småskrittsforbedringer med tanke på å gjøre blant annet fagtjenesten mer kjent for andre og dermed skape et bindeledd mellom tjenester slik at det kan samarbeides på tvers av grenser.

### ***4.2.1 Prototype 1***

I første prototype valgte jeg å fokusere på hjemmetjenesten og deres samhandling med fagtjenesten rundt pasientsituasjoner. Status inntil nå i forhold til kommunikasjon mellom disse tjenestene er at denne foregår enten per telefon eller per internmelding i journalsystemet, deretter at det dokumenteres i pasientens journal hva som er avtalt. Erfaringen med dette er at det fort blir en bestiller og utfører jobb, men lite vurderinger og kommunikasjon rundt pasientsituasjonen.

#### 4.2.1.1 Prototype 1 – forsøk 1

Første prototype gikk ut på å lage et fysisk møtepunkt mellom hjemmetjenesten og fagtjenesten. Dette ble satt opp ukentlig og startet da opp i månedsskifte november/desember. Her skulle da pleiere i hjemmetjenesten delta i tillegg til fagtjenesten. Det var på forhånd meldt fra til alle pleiere at de måtte ha klar saker til møte dersom det var noe de ville ta opp. Møte ville foregå på pleierens lokasjon da det var flest av disse og på grunn av at de hadde et mer rigid tidsskjema på dagen sin. Det ble satt et fast tidspunkt i uken med en varighet på 30 minutter. Ansvarlig pleier på vakt i hjemmetjenesten skulle lede møtet. Allerede etter første møte var erfaringen delt. Arenaen ble sett på som nyttig, men samtidig noe uoversiktlig. Likevel ble det tatt et valg om å fortsette i samme format for å høste erfaringer om hva som kunne gjøre annerledes. Tillitsvalgt og verneombudsgruppen i de to tjenestene ble valgt til å være en evalueringsgruppe i prosessen for å kunne justere retningen dit vi ville.

Før jul 2022 ble det evaluert erfaringer fra forsøket. Her er noen av tilbakemeldingene som kom:

- «Svært nyttig å kunne diskutere saker før vi bare bestiller nye hjelpemidler.»
- «Føler ikke alltid vi har tid til alle sine saker.»
- «Synes det er lurt å ha møtene, men de blir ofte litt rotete.»
- «Mange synes det ofte er vanskelig å forklare hva problemet egentlig er hjemme hos pasienten.»

Det ble naturlig å justere noe på formen av denne samhandlingsarenaen. Det ble utarbeidet 3 punkter man skulle sette søkelys på fra starten av 2023:

1. Struktur i form av innmeldte saker og oppfølging av disse.
2. Skape rom for samhandling utenfor møtet.
3. Bevisstgjøring av samhandling i forkant av møtene. Få en «vi-følelse» av utfordringene og ikke at utfordringene bare er for eksempel hjemmetjenesten sin.

Ressursperson innen journalsystemet fikk på plass eget journalnummer for møtene der disse kunne brukes til å melde inn saker som var av tverrfaglig

karakter. På denne måte kunne man legge opp en struktur innenfor tidsrammen til det gitte møtet og dermed få kommet gjennom de sakene man måtte komme gjennom. Det ble her brukt erfaring fra andre type journaler som var brukt tidligere der saker skulle meldes inn og utføres. Dette ble kalt for snujournal. Det vil si at journalen hadde et nummer når den ble lagt inn og var kalt «til tverrfaglig møte». Etter møte ble det journalført på samme journalen ved å legge til tekst og deretter endre journalnummeret så den da het «etter tverrfaglig møte».

En så også at det kunne være vanskelig for den som leder møte og alltid gjøre dette på en god måte. Personene var forskjellige fra gang til gang og de hadde nok også forskjellig autoritet i avdelingen. Det ble diskutert i evalueringsgruppen om avdelingsleder skulle lede møte, men at det på sikt ikke kunne være avhengig av at avdelingsleder var der. Likevel ble det bestemt at avdelingsleder i starten skulle lede for så å veilede andre pleiere på strukturen av møte. Både ved hjelp av 1 til 1 veiledning, men også ved å lede ved eksempel ved at pleierne kunne se hvordan avdelingsleder ledet møtet.

Det ble gitt info til fagtjenesten at det var en forventning om at de skulle mer synlig for pleierne og oppfordre til å bli tatt med i de settingene pleierne sto i som var utfordrende. Tanken her var at samarbeid mellom fagpersonene skulle skape bevisstgjøring rundt de felles utfordringene som kunne løses og at kommunikasjonen mellom dem også da ville gå lettere. I tillegg til å være synlig for pleierne i hjemmetjenesten, fikk også fagtjenesten i oppgave å være synlig på avdelingene på helsehuset. Dette for å opprettholde den kontakten som allerede var der etter introduksjonen på personalmøte og legge til rette for at eventuelle tiltak som fungerte i hjemmetjenesten på en lettere måte kunne overføres til helsehuset.

#### *4.2.1.2 Prototype 1 – forsøk 2*

Etter erfaringen fra oppstarten av prototype 1 ble gjort noen justeringer som skulle legge til rette for at prototypen kunne fungere på en bedre måte. Det ble dermed gjort et forsøk nummer 2. Før forsøk 2 ble det utarbeidet en kort mal for det tverrfaglige møte med hvordan saker skulle meldes inn via journalsystemet.

Ytringsklima var viktig å legge til rette for, så avdelingslederne ble gjort bevisst på at det var viktig å få med flest mulig sin mening.

Det ble også presisert som tidligere nevnt av fagpersonene fra fagtjenesten kan tas med ut til pasienten for å kunne vurdere problemstillinger sammen. For eksempel kunne dette være forflytningsteknikk til slagpasienter der hverken arbeidsstilling eller hjelpemidler var gunstige.

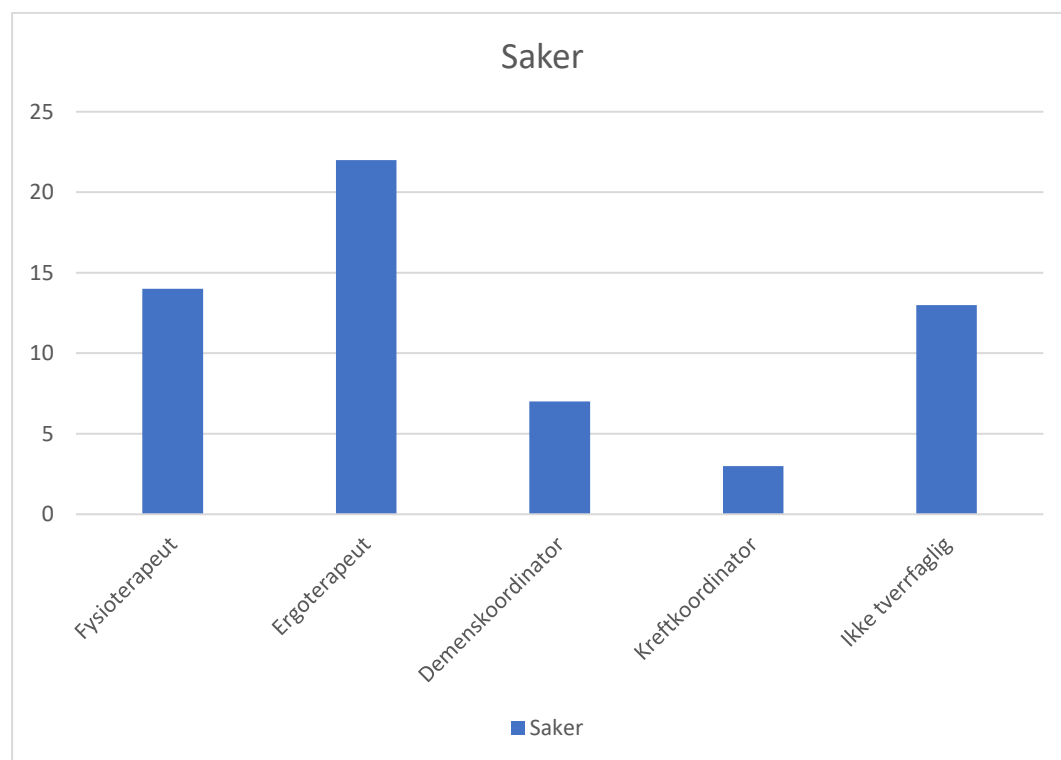
På starten av nyåret ble evalueringsgruppen presentert for fokusområde og endringene som var gjort. Det ble gjennomført møter ukentlig etter nyttår med de justeringer som var gitt og det ble en viss fremgang i hvordan saker ble løst allerede etter få møter.

Tidlig i fasen på nyåret ble det gjort en rask evaluering internt i fagavdelingen for å få en pekepinn på veiene videre utenfor den formelle møtearenaen. Det ble gjort tilbakemeldinger om at de følte de hadde et bedre samarbeid med noen pleiere, mens andre merket de ingen endring. I forhold til helsehuset, så var det også her delte erfaringer. Noen følte de var blitt fortere involvert i saker hvorpå andre synes det ikke var noen stor endring.

Møte fortsatt ukentlig utover våren 2023. Man så at strukturen på møte var veldig avhengig av om avdelingsleder var til stede eller ikke. En så også at pleierne i hjemmetjeneste kunne ha noe problemer med hva som var relevante saker å melde inn til møte. Hensikten med møte var at det skulle være tverrfaglig og dermed skulle også sakene være av tverrfaglig natur. For eksempel kunne det være meldt inn saker om hyppighet av hjelp til dusj eller at pasienter trenger oppdatert sårprosedyre. Hvilke type saker som skulle meldes inn til møte ble informert hyppig utad om fra avdelingsleder og man så en viss bedring. Likevel var man avhengig av at møteleder filtrerte bort saker som ikke var tverrfaglig slik at tiden som var satt av ble brukt mest mulig effektivt for alle deltakerne.

Det var også noe varierende om det var aktuelle saker for alle fra fagtjenesten. Som sagt var fysioterapeut, ergoterapeut, demenskoordinator og kreftkoordinator med herfra. Erfaringen som ble gjort var at det for det meste var fysioterapeut og ergoterapeut som hadde flest saker som omfattet dem. Demenskoordinator hadde jevnt saker, men få av gangen. Kreftkoordinator hadde saker i bølgedaler. En

gjennomgang av journaler som var meldt inn til tverrfaglig møte i februar der det var gjennomført 4 møter viser denne statistikken over «eierskap» til sak som var meldt inn for representanter fra fagtjenesten:



Selv om denne fremstillingen er fra en kort periode ser man likevel tendensen til hvilke saker som kommer opp. Likevel ble det poengtert under saker der kreftkoordinator var involvert at dette ble sett på som svært nyttig på grunn av kompleksiteten med sakene der kreftkoordinator var tidlig inne i fasen og kunne ha god informasjon videre til pleierne i hjemmetjenesten når vedkommende pasient skulle hjem med diverse prosedyrer som skulle utføres.

Møtene forsetter når frem mot sommeren i den strukturen som er satt med en evaluering i starten av juni.

#### **4.3 Prototype 2**

Fokuset måtte settes på samhandling og samskaping på flere arenaer enn den formelle og strukturerte. Med den formelle og strukturerte arenaen menes her da eksempelvis et fast møtepunkt med faste møtedeltakere og en viss form for fast agenda. Det var lagt et godt grunnlag med prototype 1 der det var utarbeidet en strukturell samarbeidsarena. Arbeidsgruppen med representanter fra hjemmetjenesten og fagtjenesten ble utfordret med å komme opp med ideer for

hvordan vi kunne teste ut en arena for samhandling der ikke nødvendigvis et møte er løsningen. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra denne arbeidsgruppen ble det laget en prototype 2 som tok for seg en mer ustrukturert tilnærming der fagenheten tok del i arbeidshverdagen til pleierne ved hjemmetjenesten. Tanken var å utfordre grensene en kunne oppleve mellom tjenestene og dermed skape en bedre inn blikk i hverandres situasjon. Dette ble prøvd ut relativt systematisk i 2 uker der fysioterapeut, ergoterapeut, demenskoordinator og kreftkoordinator ble med forskjellige pleiere ut på sine ruter i hjemmetjenesten.

På forhånd var dette tatt opp i ledergruppen og ved fagtjenestegruppen i forhold til om dette var en metode som skulle testes ut for å se om man kunne oppdage situasjoner i tjenesten der tverrfaglig samarbeid kom godt til nytte for begge parter. Det var her positiv stemning for å prøve og det ble besluttet at de skulle være med forskjellige faggrupper på forskjellige ruter. Med hensikt ble dette gjort noe intensivt for å se om det var å hente på dette på lang sikt.

I pleiegruppen ble presentasjonen av denne måten og skape samhandling tatt imot positivt, og det var ingen som av pleierne som ga uttrykk for at dette ikke skulle forsøkes.

Fagtjenesten hadde naturlig nok andre oppgaver som også skulle gjennomføres i samme periode og det ble bestemt at når de skulle være med pleier fra hjemmetjenesten, så ble dette gjort halve dagen. Altså fra morgenen av og frem til lunsj på ukedager. Det ble ført opp hvor mye de enkelte var med for å se at grunnlaget var godt for å mene noe om effekten av tiltaket. Her er oversikt over hvor mange dager fagtjenesten var med de 2 ukene det var snakk om.

F = Fysioterapeut

E = Ergoterapeut

K = Kreftkoordinator

D = Demenskoordinator

	Uke 1	Uke 2
Mandag	F + D	K + E
Tirsdag	F + E	K + D
Onsdag	K	F + E
Torsdag	D + F	F
Fredag	E + D	



I etterkant ble det gjort en evaluering der tillitsvalgte og verneombudsgruppen i hjemmetjenesten deltok sammen med fagtjenesten. Her ble det dratt ut mye positivt av erfaringen, men også en del utfordringer med denne prototypen. Det positive var at flere til stadighet hadde møtt på situasjoner der tverrfaglig vurderinger var nødvendig og situasjonen var løst effektivt og med god kvalitet. For eksempel ble det dratt frem at demenskoordinator fikk veiledet pleier i en utfordrende situasjon der pasienten som hadde Alzheimer demens ikke forsto at det å stille seg var lurt. Her ble det tilnærmingen til pasienten justert etter innspill fra demenskoordinator. Fysioterapeut ga også eksempel der hun så at noen pleier jobbet dårlig med forflytningsteknikk. Dette fikk hun gitt tilbakemelding om direkte til pleier det gjaldt. Med dette hadde mange gode erfaringer fra utprøving som både kunne gi effekt i form av kvalitet og effektivitet med umiddelbart. Likevel ble dette satt noe på siden da man trakk frem utfordringer med denne form for jobbing. Av utfordringer så var det disse hovedutfordringene som ble trukket frem:

- Tilfeldig om du traff på «rett» pasient som for fagtjeneste.
- Økonomiske ressurser da fagtjenesten i denne perioden ikke kunne sine andre oppgaver.
- Pleiere mister fokuset på sitt eget klinisk blikk da de har med seg en «ekspert» i de utfordrende situasjonene.
- Tilbakemeldingen satte de aller fleste pris på, men det ble gitt tilbakemelding fra pleiere i hjemmetjenesten at det var uvant å få så direkte tilbakemelding.
- Personell i fagtjenesten synes det kunne være utfordrende å gi veldig direkte tilbakemelding til enkelte pleiere de følte seg usikre på i forhold til reaksjon.

Det at det var tilfeldig om de traff på «rett» pasient la fagtjenesten vekt på ved at de flere ganger kunne føle seg overflødig. Dette gjaldt særlig demenskoordinator og kreftkoordinator da de da var med til pasienter som ikke falt innenfor deres fagfelt. Dette ble sett på som ineffektiv tid der også dette kunne stresse pleieren som skulle gjøre jobben noe da han/hun følte de kastet bort tiden til fagtjenesten. Det er vanskelig i en så liten kommune der avstandene likevel er store å legge opp

ruter med pasienter med tanke på diagnoser. Her må da ren geografi hensyntas mer for å ha høyest mulig effektivitet i tjenesten.

I forhold til økonomiske ressurser ble det sett på som vanskelig å gjennomføre dette jevnlig da fagtjenesten i denne perioden ikke fikk gjort de oppgavene de normalt gjorde. Med tanke på dette ville det vært behov for å ansette flere in i fagtjenesten. Med tanke på rent økonomiske ressurser var dette ikke aktuelt da det vil bety en økning av den økonomiske rammen på 2-3 millioner avhengig av hvor mange man skulle ansatt.

Det at pleiere mistet fokus på sin egen kompetanse og kliniske blikk var heller ikke heldig. Å jobbe i hjemmetjenesten er en jobb der det trengs en viss form for selvstendighet og ha evne til å lese situasjonen du står i på en god måte. Da er også det å kunne øve på det kliniske blikket i praksis viktig og ikke la andre gjøre dette for deg.

## 5. Diskusjon

Problemstillingen om hvordan skape arenaer for god samhandling mellom helsetjenestene i kommunen var det som var utgangspunktet for denne oppgaven. Jeg velger å ta for meg de teoretiske perspektivene systematisk slik de er presentert i kapittel 2.

### *5.1 Nasjonale føringer*

Med nasjonale føringer er det stort sett lovverket som kommer til anvendelse herunder da helse og omsorgstjenesteloven § 1-1 punkt 5 og helsepersonelloven § 4. Man kan tenke seg at det er naturlig for helsepersonell og være klar over lovkravet som kreves av en. Det ble ovenfor deltakerne både i forarbeidet til prototypene og under prototypene ikke vektlagt noe informasjon om lovverket. En kan spørre seg om dette var riktig, eller om det hadde vært lurt å være tydelig med lovverket som argument.

Om en hadde hatt dette fokuset ved presentasjon av problemstilling og prototyper kan dette fort ha blitt grunnen for mange til at endringene skulle skje. Fokuset ble heller lagt på det faglige perspektivet og hvordan hjelpe pasienten best mulig gjennom god samhandling.

### *5.2 Ytringsklima*

Når man snakker om samhandling på tvers av tjenester kan man møte på de samme utfordringene på flere områder. I denne oppgaven så er primært fokuset lagt på hjemmetjenesten og fagtjenesten med sine ansvarsområder. Et ytringsklima vil det være i de forskjellige tjenestene, men ytringsklima når disse tjeneste møtes kan da være veldig forskjellig. Det var et fokus å kunne skape et godt ytringsklima på tvers av tjeneste. I hierarkiske organisasjoner kan ytringsklima være utfordrende på grunn av ujevnheten i makt og innflytelse (Kvalnes 2019). Selv om det rent hierarkisk ikke vil være noe særlig forskjell på de som skal samhandle i denne organisasjonen, er det fremdeles en forskjell. Den faglige forskjellen blir tydelig når for eksempel fysioterapeuter kommer inn med sin ekspertise på området eller demenskoordinator kommer inn med sin ekspertise på sitt område. Sett opp mot pleierens mer generelle kompetanse i

hjemmetjenesten blir det er en forskjell som kan hemme yringsklima. Den skapende motstanden kan oppfattes som ren motstand.

Særlig opp mot situasjonen i prototype 2 ser man at yringsklima ikke er omforent med å være på plass begge tjenestene som en helhet selv om det er på plass i en av tjenestene. At enkelte pleiere peker på det ukomfortable ved å direkte få tilbakemelding på arbeidsmåten deres er et tegn på at det kanskje ikke var forberedt på dette. Man kan stille seg spørsmålet om jobben med yringsklima hadde vært godt jobbet med foran denne prototypen. At enkelte pleiere synes det er ukomfortabelt med den direkte tilbakemeldingen kan tyde på at det er lite rom for skapende motstand i denne situasjonen (Kvalnes 2019).

Samtidig kan man videre se i forhold til plussknapper at hvordan denne tilbakemeldingen gis ikke har vært satt nok fokus på. Hadde situasjonen føltes annerledes for pleieren dersom for eksempel fysioterapeuten ga tilbakemelding om det positive i stor grad også? Hadde totalinntrykket til pleien da vært annerledes? Den psykologiske tryggheten er også ikke til stede mellom alle parter. Her vil det de være forskjell på forskjellige situasjoner, men at personellet i fagenheten er usikre på å gi tilbakemelding til enkelte pleiere fordi de ikke vet hvordan den enkelte reagerer kan tyde på at det er liten psykologisk trygghet til stede (Kvalnes 2019). Hva er fokuset og hensikten med tilbakemeldingen? Er det for å gi kritikk eller er det for å utvikle seg til det beste for pasienten? Edmondsen (2006) underbygger at nettopp disse tilbakemeldingene er noe man bevisst kunne satt fokus på når det gjelder å utvikle seg og bli en organisasjon som lærer og utvikler seg kontinuerlig.

### ***5.3 Høykvalitetsforbindelser***

I prototype 1 der det beskrives tverrfaglige møter mellom hjemmetjenesten og fagtjenesten er det gjort en bevissthet med å lage høykvalitetsforbindelser i forkant. Fagtjenesten har vært med å avdelingsmøter for å presentere seg i større grad enn det som er gjort tidligere. På denne måten ble pleierne kjent med fagtjenesten mer enn de var fra tidligere der fagtjenesten ble sett som noe mer distansert til tjenesten. Det var her bevisstgjøring rundt å snakke om samhandling og det felles målet man har med å hjelpe pasienten på en best og mest effektiv måte. Her var anerkjennelse av hverandres jobb og tillit til de vurderingen som ble gjort et fokus. Som tidligere nevnt kan det sees på at det kan være en viss

faglige forskjell på tjenestene og dette var da et ledd i å skape høykvalitetsforbindelser. Metoden underbygges ved Kvalnes (2019) som beskriver blant annet dette med felles respekt, tillit og annerkjennelse mellom personene som fremtredende. Dutton (2003) viser også at fremgangsmåten som ble valgt i forkant av prototype 1 og under prototype 1 rette mot nettopp høykvalitetsforbindelser. Dette viser seg for eksempel ved oppstarten av tverrfaglige møter med et klart fokus og tilstedeværelse der man tar for seg tema for tema. Veiledning som ble gitt til møtestyrer ble også fokusert opp mot å ha få alle med i diskusjonen ved å lytte til dem effektivt og kommunisere bekreftende. Ringvirkningene av en slik bevisst jobbing på dette område gjør at pleierne vil være bedre rustet til å håndtere akutt situasjoner sammen som vi har en positiv innvirkning på tjenesten. Dette underbygges både av Kvalnes (2019) og Dutton (2014).

#### ***5.4 Idearbeid***

Hensikten med de tverrfaglige møtene var å ta for seg enkelte problemstillinger som kunne løses tverrfaglig mellom de som deltok på møtet. En så at sakene som kom inn at noen kunne ha en konkret løsning, mens andre var ikke nødvendigvis løsningen så enkel.

Nettopp i disse tilfelle kommer idearbeid inn og dette ble godt implementert i bruken av tverrfaglige møter. Det var nettopp det å få på plass flere fagpersoner som kunne belyse situasjonen som ble tatt opp og utfordre den med sine faglige synspunkter. Her ble det da på best mulig måte lagt til rette for en skapende motstand der det kom diskusjoner som skapte løsninger. I starten kunne man se at premisene for møte ikke var lagt godt nok til rette og det kunne bli diskusjoner som ikke nødvendigvis resulterte i gode faglige utfall. Her er skapende motstand nødvendig å akseptere og legge til rette for som Kvalnes (2019) beskriver. Dette underbygges også av Carlsen et. Al. (2011) ved at man ikke nødvendigvis skal legge til rette for harmoni og fred i alle situasjoner. Får man ikke frem motstanden og de gode ideene, får man heller ikke de gode løsningene.

Det som var interessant å trekke frem var at det nettopp idearbeid og da skapende motstand var lettere å legge til rette for i prototype 1 enn i prototype 2. Dette

handler nok mye om gruppesituasjonen der man ikke nødvendigvis blir alene med meningene sine og får heller underbygget og støtte disse av andre. I prototype 2 ble nok dette for enkelte mer skummelt og stå alene med sin egen ide om hvordan oppgaven skulle løses. Dette ser ut til at gjaldt både enkelte i fagtjenesten og enkelte i hjemmetjenesten. Etter mer arbeid i en felles arena som tverrfaglige møte kan man anta at det vil bli mer rom for dette også i de situasjonene man er færre.

### ***5.5 Organisasjonskultur***

Organisasjonskultur som er som tidligere nevnt kompleks. Det er vanskelig å definere en spesifikk organisasjonskultur hele organisasjonen har. Når det kommer til en kommune som er det som er aktuelt i denne oppgaven, består denne av svært mange forskjellige deler. Man har alt fra skole og helse til saksbehandling av byggesøknader og økonomer. Bare innen helse kan det være vanskelig å definere en organisasjonskultur og dette kommer godt frem på flere områder i denne oppgaven.

Når det kom til prototype 1 så man i de tverrfaglige møtene at det var forskjellig møtekultur for de forskjellige tjenestene. Fagtjenesten på den ene siden var vant til å jobbe selvstendig og forberede seg så godt de kunne til hva de møtte, men pleierne i hjemmetjenesten var ikke så vant til den mer formelle møteformen. Samtidig kunne en se at fagtjenesten nok var vant til å være forberedt i større grad og det kunne da samtidig være vanskelig for dem å svare opp spørsmål og utfordringer som kom brått på. Som det ble nevnt etter forsøk nummer 1 så måtte det tas grep for å finne en bedre måte å få struktur på. Her ser man et godt eksempel på at organisasjonskulturen i de forskjellige tjeneste ikke var den samme. Dette påvirkes naturlig av hvordan de har jobbet tidligere, hva deres forventinger er og andre faktorer. Dette underbygges av Hatch og Thorbjørnsen (2001). Her settes det fokus på hvordan alle tiltak som blir gjort kan endre kulturen som er og hvordan denne kulturen påvirkes av antakelser, verdier og artefakter. Hjemmetjenesten kan på mange måter bli sett på som et sted med godt aktørklima i sin organisasjonskultur. Som Kvalnes (2009) skriver tar de ansvar og ser setter løsninger når det er kritiske situasjoner. Og da få overført dette til

samhandlingsarenaene er viktig for å skape muligheter ut av problemstillingene de møter.

Man kan med sikkerhet si at det finnes en subkultur i hjemmetjenesten og en subkultur i fagtjenesten. At forskjellige subkulturer skal fungere sammen er ingen selvfølge, men en fellesnevner for fagtjenesten og hjemmetjenesten i dette tilfellet er at de begge er en helsetjeneste. Samtidig kan dette gjør at de blir mer styrt av sine verdier for sine tjenester og ikke lar andre slippe til. Dette kunne det bære preg av i prototype 2, men det var også gode eksempler på godt samarbeid og åpenhet. Ved at det ble rettet fokus på hvordan man kunne best mulig hjelpe pasienten bidro nok dette til å skape en felles verdi. Øvelsen som ble gjort i workshopen med forventningsavklaring bidro nok også godt til å bekrefte eller avkrefte noen antakelser man hadde om hverandre og åpnet noen dører. Dette forarbeidet, og fokus beskriver Hatch og Thorbjørnsen (2001) også i forhold til hva som kunne ha delt kulturene i større grad og muligens satt de opp mot hverandre.

## 6. Konklusjon

Prosjektet har tatt utgangspunkt i samhandling mellom tjenestene hjemmetjenesten og fagtjenesten i Øyer kommune. Her har problemstillingen vært; Hvordan skape arenaer for god samhandling mellom helsetjenestene i kommunen? Det er gjort intervjuer i forkant for å finne nettopp denne problemstillingen. Videre i prosjektet ble det gjort en kort spørreundersøkelse og deretter workshop med relevante deltagere. Her var fokuset på pasientcaser og hvordan man kunne finne gode løsninger i sin tjeneste på disse og samtidig utfordre andre tjenester for å få til et best mulig resultat for pasienten.

Det ble forsøkt med 2 forskjellige prototyper. Prototype 1 måtte bli justert noe på etter at en hadde gjort noen erfaringer, men resulterte i tverrfaglig møte mellom tjenesten på jevnlig basis. Prototype 2 gikk ut på hospitering inn i hjemmetjenesten fra fagtjenestens side der de ble med på ruter og kunne veilede eller sette i gang aktuelle tiltak fortløpende.

I forkant av prototypene var det gjort noe grunnarbeid ved at fagtjeneste ble mer synlig enn det hadde vært tidligere ved å delta på personalmøter både i hjemmetjenesten og på helsehuset i kommunen.

Prototype 1 ble relativt raskt satt i gang. Dette bar det også preg av med tanke på at det ikke var lagt godt nok til rette for gode rutiner. En fikk etter tilbakemeldinger justert dette tilbake på riktig spor og en del av den ukentlige rutinen for begge tjenester. Etter dette justeringen var erfaring god og tilbakemeldingen var at man fikk godt utbytte av møtene. Det kunne fremdeles være at saker som ble tatt opp var lite tverrfaglige, men her var det også et fokus på at møteleder måtte bli bevisst på sortering og hvordan anvende tiden på en mest mulig måte. På grunn av dette tverrfaglige møte har tjenestene fått en felles samhandlingsarena som nettopp er ene og alene til samhandling. Dette har videre lagt til rette for at det er lettere for den enkelte pleier i hjemmetjenesten å ta kontakt med fagtjenesten for bistand i vanskelige situasjoner. Der hvor denne veien ikke fantes før eller var veldig vanskelig å gå, har det nå åpnet seg opp en vei for samhandling som vil gagne pasientene på en god måte. Her kan man se at yringsklima har endret seg. Tidligere var yringsklima bare innad i den ene



enheten og situasjonen man sto skulle gjerne løses der. Man kan stille seg spørsmål om det var en form for profesjonsstolthet som gjorde dette. Ytringsklima har endret seg til at man være bevisst på sine svakheter og mangler, og heller innhente bistand der det trengs. Da innhente denne bistanden uten at det trenger å sees på som et nederlag. På denne måte blir også særlig hjemmetjenesten utfordret på sin vurderinger, noe som igjen skaper en rom for å komme frem til de gode løsningene. Nettopp ved at ytringsklima har blitt så godt at man aksepterer den vennlige friksjonen og utnytter ned til utvikling.

Prototype 2 hadde en god tanke bak seg ved at fagtjenesten ville være med på ruter til hjemmetjenesten jevnlig. Da kommunen er så geografisk stor som den er, er det vanskelig å rendyrke pasientlister pleierne har til å bare for eksempel være en pasientgruppe. Da ble også hensikten med denne hospiteringen mindre effektiv da fagtjenesten følte de «kastet bort» mye tid på besøk hos pasienter der det ikke hadde noe faglige å komme med. Likevel trakk man frem noe positivt fra denne prototypen. En så at det var en stor fordel i noen situasjoner og ha med ressurspersonen fra fagtjenesten direkte ut til pasienten i pasientsituasjonen istedenfor å bare diskutere situasjonen på kontoret. Igjen som i prototype 1 ble en dør åpnet for at man i mye større grad spør om fagtjenesten kan bli med i pasientsituasjonen og deretter finne gode løsninger.

Gjennom denne prosessen har jeg sett at det å skape endringer ikke lar seg gjøre ved å kunne gjøre selve endringen. Det er enkelt for en leder å si «nå gjør vi det på denne måten», men det er ikke gitt at resultatet på den andre siden blir «denne måten». For å skape endring må det legges et grunnlag for endringen. Det må være en grunn til at endringen skal skje og de som skal være med på endringen må også kjenne seg igjen i dette. Som helsetjeneste er vi her for pasienten og det er det perspektivet man må forankre endringen i. Gagner det vi nå gjør pasienten? Gjør det det, og de som står i denne jobben også har en formening om at det er tilfelle er denne jobben lettere å ta fatt på. Her tror jeg både intervjuer og workshop i denne prosessen har hatt mye godt grunnlag for seg. At man har prøvd og også feilet har bidratt til at et samarbeid har blomstret. Det er lagt til rette for å samhandle, som igjen skaper et felles mål for jobben vi gjør.

Videre i arbeidet vil fokuset være på å bevare det tverrfaglige møte i den formen det er nå. Det vil også legges til rette for å kunne invitere andre aktuelle tjenester der man ser behov for det. Fagtjenesten må fortsette å være synlig og tilgjengelig. Her vil det fremdeles sees på å fortsette med jevnlig deltakelse på personalmøter og videre se på muligheten for større synlighet ut i lokalsamfunnet. Da jeg også er leder for helsehuset i kommunen, vil jeg se på muligheten for å implementere denne modellen for samhandling inn der. Dette er da spesielt i korttidsavdelingen med tanke på god rulling av korttidsopphold.

Konklusjon på hvordan skape arenaer for god samhandling mellom helsetjenestene i kommunen? Legg til rette for at denne samhandling kan skje og la den skje. Det må noen aktive grep til for å kick-starte den, men når den først har startet så legg videre til rette for at den får lov å skje også uten de formelle møtepunktene. Legg til rette for at tjenesten vet om hverandre og hva hverandre kan bidra med. På den måte utvikler organisasjonen seg kontinuerlig og lærer både av de gode erfaringene og av de mindre gode.

## LITTERATURLISTE

Carlsen, A., Clegg, S. & Gjesvik, R (2011), *Hard work* (1 utg.). Cappelen Damm

Dutton, J. (2014), *How to Be a Positive Leader: Small Actions, Big Impact*.

Berret-Koehler Publishers, Incorporated

Folkehelseinstituttet (2019). Hva er viktig for deg? En retningsendring.

Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>

Hatch, M. J. & Thorbjørnsen, K. M. (2001), *Organisasjonsteori; moderne, symbolsk og postmoderne perspektiver*. Abstrakt forl.

Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse og

omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64).

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>

Helse og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld.nr.47). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Kvalnes, Ø. (2019), *Ytringsklima* (2. utg.). Cappelen Damm