

KAPITTEL 3

Tverrprofesjonelt samarbeid i ulike styringskontekster – hverdagsrehabilitering som eksempel

Mia Vabø

NOVA, Senter for velferds- og arbeidslivsforskning, OsloMet - storbyuniversitetet

Sammendrag: Tverrfaglighet og tverrprofesjonelt samarbeid er blitt et mantra i helse- og omsorgstjenestene. Bak begrepene skjuler det seg imidlertid varierende praksiser. Det varierer hvem som samarbeider, om hva, i hvilken fase av tjenesteforløpet og ut fra hvilken hensikt. Med eksempler fra hverdagsrehabilitering i to kommuner viser jeg hvordan slike variasjoner henger sammen med ulike styringskrav og styringssystemer. Jeg viser hvordan en likelydende idé om et tverrfaglig samarbeid ble fortolket i lys av kommunenes ulike styringsambisjoner, og hvordan omfanget og formen for samarbeid ble preget av ulike forvaltningsstrukturer, ulik tildelingspraksis og ulik tiltro til faglig skjønn. Med henvisning til disse ulikhetene argumenterer jeg for at det på ingen måte er entydig og gitt hva et tverrprofesjonelt samarbeid innebærer. Det er heller ikke gitt at det er noe selvinnskende fordelaktig. En må alltid reise spørsmål ved hvilken hensikt det tverrprofesjonelle samarbeidet skal tjene, og for hvem det eventuelt vil være en fordel.

Nøkkelord: tverrprofesjonelt samarbeid, praksislæring, styringsbetingelser, hverdagsrehabilitering

Innledning

Med en aldrende befolkning og stadig flere som lever med kroniske og sammensatte lidelser, anbefaler norske helsemyndigheter at ressurser fra ulike fagdisipliner koordineres og utnyttes bedre (Helse- og

Sitering av dette kapitlet: Vabø, M. (2019). Tverrprofesjonelt samarbeid i ulike styringskontekster – hverdagsrehabilitering som eksempel. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 69–94). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch3>.

Lisens: CC BY 4.0

omsorgsdepartementet, 2014). Ambisjonen om å skape helhet og sammenheng på tvers av faggrenser er ikke noe nytt. I et spesialisert helsevesen har det vært en vedvarende utfordring å unngå at ulike profesjoner opererer innfor sine egne «lukkede» kunnskapssiloer. Det som likevel er nytt, er at idealer om tverrfaglighet og tverrprofesjonelt samarbeid nå løftes opp på et ideologisk og politisk nivå som del av en strategi for å utnytte helsevesenets fagressurser på en mer kostnadseffektiv måte (Lehn-Christensen, 2016). Ifølge WHO kan ikke presset på helsevesenet dempes utelukkende gjennom økt tilgang på personell. Det vil i tillegg kreve at både utdanninger og praksis i større grad legger til rette for samarbeid på tvers av ulike disipliner. Tverrprofesjonell samarbeidslæring i utdanningene anbefales både av norske myndigheter (Kunnskapsdepartementet, 2011) og av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2010), og regnes både nasjonalt og internasjonalt som et vesentlig element i et mer integrert og personsentrert tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; WHO, 2015).

I likhet med tidligere populære ledelses- og organisasjonstrender blir tverrfaglighet og tverrprofesjonelt samarbeid ofte omtalt som noe selvinnytsende positivt, noe som bør optimeres. Mye av det som skrives om emnet, er handlingsforeskrivende eller rettet mot å dokumentere effekter. Det er ikke så mye som handler om å få en dypere forståelse av hva som menes med tverrprofesjonelt samarbeid, og om hvordan ulike former for tverrprofesjonelt samarbeid utfoldes i praksis innenfor ulike strukturelle og institusjonelle rammer (Barr, 2013; Højholdt, 2016; Lehn-Christensen, 2016; Paradis & Whitehead, 2015). Et unntak er Lehn-Christensen (2016) som, gjennom å undersøke hvordan fagfolk i helsevesenet selv anvender begrepet, konkluderer med at det er et generelt og flertydig begrep. Det er bred enighet om at det dreier seg om å koble sammen kunnskap fra ulike disipliner. Praksis viser imidlertid at sammenkoblingen kan foregå på ulike måter. Det kan skje gjennom jevnbyrdige eller hierarkiske samarbeid (Lehn-Christensen, 2016), gjennom et mer eller mindre integrert teamarbeid, gjennom en form for overlevering i et behandlingsforløp eller ved å utnytte hverandres ressurser i et løst nettverk (Højholdt, 2016). Det varierer også hva som vektlegges som mål og mening med det tverrprofesjonelle samarbeidet. Lehn-Christensen (2016) viser hvordan det begrunnes med utgangspunkt i ulike rasjonaler (fornuftsgrunnlag).

Ofte anlegges et *problemløsningsrasjonale*, der det argumenteres for at innsikt fra flere fag er nødvendig for å løse komplekse problemer, og et *pasientsentreringsrasjonale*, der det argumenteres for at et tverrprofesjonelt samarbeid vil sikre en mer helhetlig forståelse av pasientens helseproblem. Hun viser også til hvordan samarbeid på tvers av fagfelt begrunnes med utgangspunkt i et *profesjonaliseringsrasjonale*, der det vektlegges at et samarbeid vil fremme gjensidig læring og dermed bidra til faglig utvikling. Profesjonaliseringsrasjonale assosieres med et demokratisk ideal og et paradigmeskifte som tar til orde for et likeverdig samarbeid, der profesjonsutøvere søker å overskride innbyrdes forskjeller til beste for pasienten (D'Amour & Oandasan, 2005). Ifølge Lehn-Christensen kan idealet stå i kontrast til et *systemoptimaliseringsrasjonale*, der argumentet er at tverrprofesjonelt samarbeid kan betraktes som en kilde til bedre utnyttelse av faglige og økonomiske ressurser i et presset helsevesen. Det siste rasjonale åpner opp for en nivellering av faglighet via en forestilling om at sentrale oppgaver kan delegeres og løses av flere faggrupper.

Flertydigheten som omgir ideen om «tverrprofesjonelt samarbeid», tilsier at vi har å gjøre med et fenomen som kan oversettes til praksis på mange ulike måter. Skal vi få mer kunnskap om hvordan det offentlige tjenesteapparatet i praksis blir berørt av ideene, er det derfor nærliggende å undersøke nærmere hvordan ideen blir fylt med meningsinnhold i konkrete kontekster. Karl Weick (1995) kaller slike meningsskapende prosesser for *sensemaking*.¹ Meningsskapende prosesser skjer ikke i et sosialt vakuum, men veves inn i en historisk og institusjonell kontekst (Weber & Glynn, 2006).

I dette kapitlet retter jeg søkelyset mot tverrprofesjonelt samarbeid og viser hvordan begrepet tilskrives ulikt meningsinnhold innenfor rammen av ulike styringskontekster. Det empiriske grunnlaget er hentet fra en undersøkelse omkring *hverdagsrehabilitering* (HVR heretter), en form for hjemmebasert rehabilitering der flere faggrupper samarbeider om å bistå personer med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter. De

1 *Sensemaking* skjer kontinuerlig og retrospektivt i den forstand at man stadig forsøker å rettfærdiggjøre egne handlinger. Weick bruker begrepet *enactment* som en betegnelse på at ideer og begreper (tanker) og iverksettingen av ideer er to sider av samme sak. Å skape mening er både en individuell og en sosial prosess. Den forutsetter menneskelig kognisjon, men vil alltid ha et kollektivt preg, ettersom den inngår i en sosial kontekst.

to kommunene som deltok i undersøkelsen, var inspirert av den samme generelle ideen om HVR, men fortolket og oversatte ideen forskjellig, herunder også oppfatninger omkring hvordan ulike fagfolk skulle bidra i et samarbeid. Jeg ønsker her å vise hvordan ulike forståelser og praksiser omkring tverrprofesjonelt samarbeid kom til uttrykk i de to kommunene, og hvordan disse ble preget av at de ble iverksatt innenfor rammen av ulike styringssystemer og styringskrav.

Før jeg går dypere inn i den empiriske redegjørelsen, skal jeg innlede med å si litt om distinksjonen mellom ulike styringsmodeller norske kommuner har vært inspirert av, og litt om hvilken rolle profesjonene er blir tilskrevet innenfor hver av modellene. I dette avsnittet utdyper jeg også kort hvordan styringsmodellene kan tenkes å sameksistere.

Velferdsprofesjonenes rolle og legitimitet innenfor ulike forvaltningsmodeller

Når det er snakk om ulike modeller for offentlig styring, blir det ofte vist til Stephen Osbornes distinksjon mellom klassisk *Public Administration* (PA), *New Public Management* (NPM) og *New Public Governance* (NPG) (Osborne, 2010). De tre modellene baserer seg på ulike styringslogikker og på ulike og til dels motstridende syn på profesjonenes rolle (Brandsen & Honingh, 2013).

- (1) Den klassiske administrasjonsmodellen (PA), som dominerte i velferdsstatens utbyggingsfase, baserer seg på en form for styring der maktutøvelse legitimeres med utgangspunkt i demokratisk vedtatte regler og profesjonalisert yrkeskompetanse. Selv om ikke velferdsprofesjonene hadde den samme friheten som de tradisjonelt frittstående profesjonene (legene og juristene), utøvde de betydelig grad av faglig skjønn, ettersom de ble ansett å inneha den kunnskapen som var nødvendig for å nå velferdspolitiske mål. PA-modellen ble etter hvert kritisert for å tilskrive de profesjonelle en *for* beskyttet rolle. Kritikerne pekte på at profesjonsutøvernes faglige perspektiver ikke nødvendigvis sammenfalt med brukernes interesser (Brandsen & Honingh, 2013; Flynn, 1999; Osborne, 2010).

- (2) Den markedsinspirerte styringsmodellen (NPM) ble på flere måter tuftet på denne skepsisen til profesjonene. Tanken var å skape et korrektiv til profesjonsmakten gjennom å sette «kundens» interesser i høysetet. Offentlige byråkratier skulle gjenskapes i bedriftens og markedets bilde gjennom å styres ved hjelp av klare bestillinger og kvalitetskrav. Dette innebar at det ble opprettet et skille mellom forvaltningen som *bestiller* (stiller krav til) tjenesten, og den som *utfører* tjenesten. I tillegg ble det skapt en oppsplitting i ulike resultatenheter som skulle underlegges kontroll og prestasjonsmålinger. Aller helst skulle resultatenheter utsettes for konkurranse – enten i en myk form basert på sammenligninger (*benchmarking*) eller gjennom å utfordres av «ekte» private tilbydere (Vabø, 2007).

NPM skapte et insentiv for at de ulike driftsenhetene skulle konsentrere seg om å oppfylle egne prestasjonsmål. Kritikken mot NPM har blant annet vært at dette har gjort tjenestene «innadvendte» og mer opptatt av måloppnåelse i egen resultatenheter framfor i de totale velferdsløsningene. NPM ble beskyldt for å bidra til en fragmentering av tjenesteapparatet. Dette skapte igjen et behov for å samordne ulike tjenester – «lime sammen» det som er oppsplittet (Christensen & Læg Reid, 2007; Newman, 2001).

- (3) På samme måte som NPM betraktes som en samlebetegnelse for bedriftsinspirerte styringsoppskrifter (Vabø, 2007), blir NPG i dag lansert som en samlebetegnelse for en rekke initiativer orientert mot å få til gode velferdsløsninger *på tvers* av etater og sektorer (Koppenjan, 2012). NPG-tiltak er – i motsetning til typisk *intraorganisasjonelle* NPM-tiltak – orientert mot et bredere interorganisatorisk nedslagsfelt. Torfing, Sørensen & Røiseland (2016) anvender betegnelsen *co-creation* for å understreke at det dreier seg om å skape velferdsløsninger i samarbeid med borgere og tjenesteytere som opererer utenfor det offentlige styringsfeltet. NPG er en form for pragmatisk selvstyring i nettverk, der løsningen på problemer krever kommunikasjon og tillit like mye som spesifikk kunnskap (Branden & Honingh 2013). I Norge kommer ideen til uttrykk dels via sentrale politiske dokumenter som den såkalte Hagen-rapporten

(NOU 11: 2011) og dels via utviklingsprogrammer og håndbøker om innovasjon (Kobro, 2018).

Det har vært hevdet at sistnevnte styringstrend vil styrke profesjonenes posisjon gjennom å understøtte nye profesjonsidealer om *collaborative professionalism* (Adler, Kwon & Heckscher, 2009) eller *multi-professionalism* (Noordegraaf, 2011). Enkelte hevder at profesjonsutøvere dermed også spiller en nøkkelrolle i å fremme NPG-ideene (se også Bureau, Carstensen, Lou & Kuhlman, 2017; Hudson, 2002; Suddaby & Viale, 2011). Ifølge Brandsen & Honingh (2013) er imidlertid styringstrenden foreløpig så ung at det er vanskelig å si noe klart om hvordan den faktisk berører profesjonenes posisjon. Forfatterne antyder at styringsidealet like gjerne kan true profesjoners rolle, ettersom tverrprofesjonelt samarbeid også åpner opp for at deres allment aksepterte kunnskapsbase blir utfordret og dermed svekket. De bygger med andre ord på et systemoptimeringsrasjonale som legger til grunn at man, innenfor et presset helsevesen, vil forsøke å «tøye» personalets faglighet og kompetanse i håp om å få mest mulig igjen for knappe ressurser (Lehn-Christensen, 2016, s. 63).

Hvordan skifter styringstrender?

Selv om de tre styringsmodellene ofte presenteres som trender som etterfølger hverandre i kronologisk rekkefølge, blir det advart mot å forstå dem i lys av en strengt definert faseteori, der den ene modellen byttes ut med en ny. Det som i praksis ofte skjer, er at de ulike styringslogikkene overlapper hverandre og sameksisterer – noen ganger i et vanskelig spenningsforhold (Newman, 2001). Forskning fra den kommunale omsorgstjenesten har vist at endringstiltak med utspring i NPM noen ganger sporer av i uintenderte retninger når de «legges ovenpå» en klassisk profesjonsbyråkratisk organisasjon (Vabø, 2007, 2014). Stramme NPM-inspirerte styringstiltak har blitt myket opp og tilpasset gjeldende praksis, eller de har blitt «paret med» statlige prosedyrekrav, slik at de i virkeligheten har bidratt til mer papirarbeid og «byråkrati» – ikke mindre, slik NPM-tilhengere ofte vil hevde (Vabø, 2014).

Det er nærliggende å tro at tilsvarende spenninger vil oppstå når det nå i økende grad tas initiativer til å iverksette ideer om NPG. Erfaringer fra Storbritannia har vist at forsøk på å stimulere offentlige tjenesteytere til å inngå i samarbeidsnettverk i noen tilfeller hemmes av at de i for stor grad er «låst» til NPM-inspirerte rapporteringssystemer (Newman, 2001). Ifølge Torfing mfl. (2016) krever iverksetting av NPG noe mer enn god vilje. Det krever i tillegg en rekke systemendringer. Forfatterne nevner blant annet at det vil være nødvendig med en mer tverrprofesjonell tenkning. Om en skal få til samskaping, bør det legges til rette for dialog, åpenhet og nysgjerrighet på tvers av profesjoner. Man bør altså bryte med tradisjonelle forestillinger om at visse profesjoner besitter «hellig» og ubestridelig kunnskap. Dersom man ønsker å stimulere til at ulike aktører utveksler ressurser og lærer av hverandre, er det også viktig å dempe anvendelsen av prestasjonsmålinger og i stedet legge større vekt på horisontal og profesjonell ansvarsutkreving (*accountability*). Dette vil igjen forutsette at en nullfeilkultur og et kort-siktig perspektiv på effektiv problemløsning dempes til fordel for en mer risikovillig kultur og et mer langsiktig perspektiv på hva som er gode løsninger.

Hvorvidt initiativer til ulike former for samskaping virkelig ledsages av denne typen systemendringer, er på ingen måte gitt (Torfing mfl., 2016). I sin undersøkelse av hvordan ledere takler misforhold mellom etablerte styringskontekster og nye ideer, argumenterer Termeer (2009) for at endringsprosesser bør analyseres med utgangspunkt i Weicks begrep om *sensemaking* – det vil si med søkelys på hvordan ideer formuleres og iverksettes slik at de framstår som logiske og meningsfulle i en bestemt kontekst. Hun hevder, i tråd med det andre forskere har påpekt (Newman, 2001), at det er først når en forstår hvordan ideene fortolkes innenfor rammen av etablerte styringssystemer, at en kan få innsikt i hvorvidt og hvordan de bidrar til å endre praksis.

En komparativ casestudie

De empiriske eksemplene jeg viser til i dette kapitlet, er hentet fra et følgeforskningsprosjekt der prosessen med å iverksette hverdagsrehabilitering

ble fulgt i to norske kommuner. Undersøkelsen ble designet som en komparativ casestudie. Fordelen med to eller flere ulike caser er at det blir mulig å peke på kontraster både innenfor en case og mellom caser, noe som igjen gir grunnlag for å utvikle forklaringer på hvordan fenomener henger sammen (Yin, 1994). Her baserte vi oss på casestudier fra to kommuner som begge var inspirert av ideen om hverdagsrehabilitering, men som i utgangspunktet var preget av *ulike styringskontekster og styringskrav*. Den ene (Sørkommunen) var organisert i tråd med en klassisk profesjonsbyråkratisk organisasjonsmodell (Mintzberg, 1985), der betydelig grad av makt og ansvar var delegert til ledere og koordinatorene som befant seg nær praksisnivået i organisasjonen. Den andre (Nordkommunen) hadde (ca. 15 år tidligere) latt seg inspirere av en bedriftsøkonomisk organisasjonsmodell. Denne modellen innebar at makt og ansvar i større grad var samlet i en sentral bestillerenhet – atskilt fra praksisnivået. En viktig grunn til at vi valgte oss kommuner med ulik styrings- og organisasjonsform, var nettopp at vi ønsket å få bedre innsikt i hvordan kontekstuelle forhold kunne tenkes å få betydning for hvordan ideen om hverdagsrehabilitering ble oversatt til praksis.

Prosjektet la opp til en formativ, dialogbasert prosessanalyse, der en viktig del av hensikten var å skape et «refleksjonsfelleskap» (Winther & Munn-Giddings, 2001) og et «lærings samarbeid» (Gredig & Sommerfeld, 2008) mellom forskere og utforsket. Det ble gjennomført intervjuer, samtaler og møter med personer som var involvert i referansegruppe/styringsgruppe for hverdagsrehabilitering. Datainnsamlingen ble gjort på ulike tidspunkter gjennom den treårige prosjektperioden. Det ble blant annet arrangert tre fellessamlinger der begge kommunene deltok: et kickoff-seminar, et midtveisseminar og et avsluttende møte for planlegging av en formidlingskonferanse. I tillegg ble det gjennomført individuelle intervjuer med terapeuter og annet personell som arbeidet med hverdagsrehabilitering, samt tolv gruppesamtaler med pleiepersonale fra hjemmetjenesten og andre tilstøtende tjenester. Sammen med plandokumenter, interne evalueringer og ulike former for informasjonsmaterieell gav dette oss et godt innblikk i vurderinger og begrunnelser som dannede utgangspunkt for kommunenes ulike veivalg, inkludert veivalg som berørte det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Forskningsdesignet la til rette for kommunikativ validering (Kvale, 1990). Forskernes beskrivelser og analyser av implementeringsprosessen ble prøvd ut og diskutert med ledere og ansatte i de to kommunene – både underveis i prosjektet og i slutfasen, da utkast til rapport forelå (Vabø & Vik, 2017).

Systemoptimering med utgangspunkt i ulike styringsmodeller

Hverdagsrehabilitering (HVR heretter) er et tjenestetilbud som i løpet av kort tid har fått stor oppslutning i nordiske kommuner. I beskrivelser av den populære tjenesten går det igjen at det dreier seg om en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabiliteringsprosess som foregår i hjem og nærmiljø, og som tar utgangspunkt i aktivitetsmål som er viktige for personen selv. Ofte blir det understreket at det dreier seg om «tidlig innsats» for å forhindre at mennesker som nylig har opplevd et akutt funksjonsfall, blir svekket eller passivisert. Og det understrekes at tilnærmingen skal være *tverrfaglig* (Førland og Skumsnes, 2016; Tuntland & Ness, 2014). Til tross for at ideen har fått stor oppslutning, gir den rom for mange fortolkninger – for eksempel omkring hvem som er målgruppen for tjenesten, hva som menes med at intervensjonen er tidsavgrenset og intensiv (hvor lenge, hvor ofte), hva som menes med tidlig innsats (hvor tidlig), eller hva en tverrfaglig tilnærming innebærer.

Når det gjelder tverrfaglig tilnærming (som det skal handle om i dette kapitlet), er det teoretisk mulig å tenke seg at en sammenkobling av ulike fagkunnskaper kan skje på ulike måter og i ulike stadier av tjenesteforløpet. I den norske faglitteraturen om hverdagsrehabilitering blir det gjerne understreket at det dreier seg om en form for tverrprofesjonelt samarbeid basert på tette, forpliktende relasjoner. Fagfolk fra ulike disipliner forutsettes å utvikle felles tverrfaglig kunnskap med utgangspunkt i brukerens mål, samtidig som de utnytter den særlige kunnskapen som de enkelte fagfolkene besitter (Tuntland & Ness, 2014; Moe & Brataas, 2016). Ikke desto mindre er det relevant å stille spørsmål om hvordan profesjonenes idealer om et samarbeid på tvers av ulike disipliner oversettes til praksis.

Ved oppstarten av prosjektet i Sørkommunen og Nordkommunen opplevde vi at aktører som sto ansvarlige for iverksettingen, snakket om HVR i generelle og positive vendinger. De anså HVR som en tjeneste som, gjennom å understøtte de eldres egne ressurser, ville bidra til en mer kostnadseffektiv og bærekraftig tjeneste. Etter hvert som ideen materialiserte seg i praksis, ble det imidlertid gradvis tydeligere at de to kommunene foretok ganske ulike veivalg. Begrunnelsene for veivalgene var preget av praksiser og diskurser (talemåter) som var relatert til kommunenes ulike styringsmodeller.

Sørkommunen: HVR – en spydspiss i et interorganisatorisk samarbeid om tidlig innsats

I Sørkommunen, der tjenesteapparatet var organisert i tråd med en klassisk velferdsbyråkratisk modell, var det nylig erkjent at kommunen burde tenke mer langsiktig og satse mer på forebygging. Viktige kilder til omsstillingsambisjonene var den tidligere nevnte Hagen-rapporten – Innovasjon i omsorg 2011:11 – samt en studietur til Fredericia i Danmark, der Sørkommunens representanter hadde fått høre om hvordan HVR med sin vekt på «tidlig innsats» og intensiv trening hadde klart å redusere omfanget av kostnadskrevende hjemmehjelp. Ledelsen festet lit til at HVR, til tross for å være en kostbar tjeneste, ville lønne seg på sikt – fordi den ville redusere behovet for langvarig hjelp. Ut fra denne langsiktige investeringstenkningen gav det mening å ta utgangspunkt i at tjenesten skulle være et tilbud til personer som viste typiske typiske tegn på å bli gradvis avhengig av hjelp, men som fortsatt hadde en viss restkapasitet og et potensial for å bli selvhjulpne.

Sørkommunen etablerte et selvstendig tverrfaglig team for hverdagsrehabilitering, «HVR-teamet», bestående av en fysioterapeut, en ergoterapeut, en sykepleier og etter hvert en helsefagarbeider. Teamet skulle ideelt sett fungere som en spydspiss i en omstilling der hele tjenesteapparat i kommunen skulle gjøres mer proaktivt og forebyggende. Tanken var at fagfolk i alle tjenestene skulle utvikle en årvåkenhet for å fange opp personer som sto i fare for å rammes av et funksjonsfall – med påfølgende hjelpeavhengighet. En viktig begrunnelse for å organisere tjenesten i et

selvstendig team var at det var ønskelig å utvikle spisskompetanse i grenseoppgangene mellom ulike fagfelt. Dersom HVR ble integrert som en del av den ordinære hjemmetjenesten, så man en fare for at fagutviklingen ville bli nedtonet, og at særlig sykepleierens kompetanse ville bli absorbert i annet, mer akutt helsearbeid.

Et interessant trekk ved Sørkommunens strategi var at den, gjennom å tilskrive HVR-teamet en rolle som spydspiss, bygde på et systemoptimeringsrasjonale som var i tråd med NPG og en interorganisatorisk tenkning. Kommunalsjefen understreket at arbeidet med å spore opp personer med et rehabiliteringspotensial ideelt sett skulle være et samarbeid *på tvers av alle tjenestene i kommunen*. For å få denne tenkningen inn under huden ble det etablert en ressursgruppe bestående av representanter fra fire soner av hjemmetjenesten, fra en korttidsavdeling (som mottok ferdigbehandlede pasienter fra sykehus), fra en mestringsenhet for hjemmeboende med psykiske plager og fra dagsenteret der hjemmeboende eldre fikk ekstra tilsyn og sosialt samvær. Ressurspersonene skulle holde seg faglig oppdatert om HVR, og de skulle hver for seg sørge for at egen tjenesteenhet hadde rutiner og oppmerksomhet rettet mot å identifisere aktuelle kandidater for HVR. Ressurspersoner fra hjemmetjenesten skulle også ha et særlig ansvar for oppfølgingen av pasienter som til tross for gjennomført HVR-forløp ville ha behov for visse tjenester.

Lederen for HVR-teamet fungerte som pådriver og katalysator for å finne kandidater. Hun inviterte seg selv til rapportmøter, utskrivingsmøter og informasjonsmøter i andre tjenesteenheter. Det viktige spørsmålet omkring hvem som har potensial for å få utbytte av hverdagsrehabilitering, involverte dermed et bredt spekter av fagfolk: fastleger, terapeuter fra andre rehabiliteringstjenester, miljøarbeidere fra psykiatri samt personale fra hjemmesykepleie og dagsenter. Fagfolkene ble oppfordret til ikke å være for defensive med å henvise kandidater. HVR-lederens motto var følgende:

Det er bedre å henvise for mange enn for få. At noen kandidater blir avvist, er «naturlig» når det dreier seg om mennesker som befinner seg i gråsonen mellom å være hjelpeavhengig og selvstendig.

Et viktig tilleggsargument bak mottoet var at mange henvisninger samtidig ville være en kilde til læring og faglig utvikling (mer om dette

nedenfor). På denne måten senket de terskelen for å få henvist kandidater som kunne ha et potensial for å gjenvinne eller bedre sin funksjonsevne. Dette medførte igjen at relativt mange mennesker fikk tilbud om HVR, samtidig som det også var relativt mange som ble avvist etter en nærmere kartlegging.

Nordkommunen: HVR som en ny aktiverende arbeidsform i hjemmetjenesten

Nordkommunen hadde, i likhet med mange andre norske kommuner, en delt forvaltningsstruktur der ansvaret for å vurdere behov og tildele tjenester var lagt til en sentral bestillerenhet – atskilt fra den operative tjenesten. En viktig del av hensikten med bestiller–utfører-strukturen var å sørge for bedre ressursstyring. På det tidspunktet HVR ble iverksatt, var helse- og omsorgstjenestene inne i en innsparingsprosess, der saksbehandlere ved bestillerenheten skulle være særlig påpasselige med å holde seg strengt innenfor rammen av sitt lovpålagte ansvar. KOSTRA-tall fra kommunen hadde indikert at ressurser i for stor grad var blitt tildelt personer med moderate hjelpebehov. Det ble forventet at saksbehandlere skulle bidra til å få tallet ned gjennom å prioritere de pasientene som hadde størst behov.

Prosjektgruppen som hadde ansvaret for iverksettingen av HVR, forklarte at de kortsiktige innsparingskravene også la klare begrensinger på hvor mange og hvem som kunne få vedtak om HVR, og hvor store faglige ressurser de kunne anvende på tjenesten. Det ble umulig å tenke seg at de skulle bedrive aktiv oppsporing av kandidater som kunne tenkes å ha nytte av et rehabiliteringsforløp på et tidlig stadium i et funksjonsfall. HVR skulle, på linje med ordinære hjemmetjenester, forbeholdes personer som etter kriterier i loven hadde behov for «nødvendig helsehjelp». Det viste seg etter hvert at Nordkommunen tilbød HVR til relativt få personer – kun en fjerdedel av det antallet som mottok tjenesten i Sørkommunen, (jf. Vabø & Vik, 2017, s. 44).

Innenfor disse økonomiske og administrative rammene gav det mening for prosjektgruppen for HVR-satsingen å forstå den nye tjenesten som *en endret arbeidsform i hjemmetjenesten*. Hensikten var ikke primært å

tilby HVR som en forebyggende tjeneste, men å bidra til at arbeidet i den ordinære hjemmetjenesten var mer orientert mot å understøtte brukernes egne ressurser. Dette var en ny måte å jobbe på som utnyttet fysio- og ergoterapeutenes rehabiliteringskompetanse, og som derigjennom gjorde tjenestene mer treffsikre og kostnadseffektive. Ut fra denne forståelsen mente styringsgruppen at det var mest fornuftig å velge en integrert modell. To terapeuter ble ansatt i hjemmetjenesten i hver sin halve stilling, samtidig som de beholdt en halv stilling og arbeidsplass tilhørighet i kommunens fysio- og ergotjeneste. Terapeutene hadde ansvaret for kartlegging og utarbeidelse av rehabiliteringsplan, men delegerte det praktiske rehabiliteringsarbeidet til det ordinære pleiepersonalet. Underveis i prosjektet ble det understreket at dette bidro til en smartere måte å jobbe på i hjemmetjenesten. Pleiepersonalet fortalte at de lærte små knep og triks som bidro til at brukerne ble selvhjulpne med oppgaver som hjemmetjenesten tidligere hadde brukt mye tid på. Som en av de ansatte sa:

Vi er kvitt en hel del tulleoppgaver – oppgaver vi tidligere brukte mye tid på. For eksempel det å gå inn og ut til folk for å hjelpe dem av og på med støttestrømper. Nå har vi strømpepåtreakkere.

Fortellinger om hvordan hjemmetjenesten i noen tilfeller hadde lyktes med å «delegere» oppgaver til brukeren selv, ble presentert som suksesshistorier i dobbelt forstand: Den nye måten å jobbe på hadde ført til at brukerne fikk bedre kontroll over eget liv, samtidig som den hadde bidratt til å redusere pleiernes tidsbruk. Dette var helt i tråd med den kortsiktige effektiviseringsstrategien kommunen hadde sporet inn på.

Samme tverrfaglige tjenestetilbud – to ulike former for tverrprofesjonelt samarbeid

HVR blir ofte omtalt som en tjenesteform som er relativt likeartet på tvers av kommunegrenser.² I forskningslitteraturen blir det likevel påpekt at

2 Dette lå blant annet implisitt i den nasjonale effektstudien som ble utført på oppdrag for Helse- og sosialdepartementet, der effekter av 833 HVR-intervensjoner ble målt og sammenlignet med ordinære hjemmetjenester på tvers av 43 kommuner (Langland mfl., 2016, s. 4).

det er uklart, ikke bare hvilke pasientgrupper som blir antatt å være relevante kandidater for HVR, men også hva slags intervensjon HVR dreier seg om (Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016). I Norge synes det å være bred enighet om at HVR dreier seg om et tverrprofesjonelt samarbeid «der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv» (Førland & Skumsnes, 2016, s. 11). Denne vide definisjonen ble anvendt i begge våre kommuner. Imidlertid avdekket undersøkelsen vår at det tverrprofesjonelle samarbeidet omkring HVR-pasientene ble utviklet på helt forskjellige måter.

Sørkommunen - et integrert teamarbeid

I Sørkommunen, der HVR-tjenesten var organisert som et team – «et hold» (Højholdt, 2016), var tanken at de spesifikke fagkunnskapene hos sykepleier, ergo- og fysioterapeut skulle utnyttes når det gjaldt kartlegging, operativt rehabiliteringsarbeid og evaluering/plan for videre oppfølging. Medlemmene av teamet beskrev samarbeidet som fleksibelt. Hvorvidt det var en sykepleier, fysio- eller ergoterapeut som tok hovedansvaret for å kartlegge pasientens situasjon og funksjonsevne, kom helt an på hva slags funksjonsnedsettelse det dreide seg om. Dersom en rekke medisinske problemstillinger var involvert, var sykepleierens monofaglige kompetanse påkrevd, og dersom det gjaldt opptrening etter en bruddskade, var fysioterapeutens kompetanse påkrevd. Etter som teamet jobbet under samme tak til daglig, diskuterte de kontinuerlig hvilke erfaringer de fikk i møte med ulike pasienter, og utvekslet kunnskap med hverandre. For eksempel ville ergoterapeuten spørre om bistand fra sykepleieren dersom hun opplevde at pasienten klaget over smerter eller svimmelhet. Sykepleieren forklarte at hun aldri ville finne på å endre et treningsprogram som fysioterapeuten hadde foreslått, men ville be fysioterapeuten om å vurdere en endring dersom hun opplevde at treningsprogrammet ble for krevende for pasienten. De hadde som en tommelfingerregel at alle fagfolkene skulle ha vært innom hver pasient i løpet av den første uken.

Målet var også å lære av hverandre – og derigjennom utvikle noen arbeidsformer som var felles for alle deltakerne i teamet. Som eksempel nevnte fysioterapeuten at hun, etter å ha samarbeidet med sykepleieren, hadde lært å spørre om søvn, ernæring og væskeinntak. Tilsvarende lærte sykepleieren å utføre de enkleste treningsøvelsene fra fysioterapeuten og de mest elementære støttetiltakene fra ergoterapeuten.

Da teamet var nyopprettet, hadde det en fast praksis med å la to fagfolk gå sammen på kartleggingsbesøk. Dette ble dels gjort fordi teamet ønsket å utvikle et felles tilpasset kartleggingsverktøy som var flerdimensjonalt og egnet til å mobilisere alle fagkunnskaper temaet hadde, dels fordi det ønsket å justere og avklare hva som måtte til for at brukerne kunne nå sine mål (jf. Vabø & Vik, 2017, kap. 4). Etter hvert som medlemmene av teamet ble trygge på kartleggingsprosedyrene, avviklet de rutinen med å gå to og to. De fant også ut at det var hensiktsmessig å ansette en helsefagarbeider som kunne fungere som «hjemmetrener» og avlaste i det rent operative rehabiliteringsarbeidet. De ulike fagfolkene var likevel kontinuerlig involvert i alle delene av rehabiliteringsforløpene, og hadde hovedansvar for å evaluere og utarbeide en videre plan for pasienter som skulle overføres til hjemmetjenesten med noe hjelp.

Nordkommunen: Et sekvensielt stafettløp

I Nordkommunen hadde organiseringen av HVR i større grad karakter av å være et «stafettløp» (en overlevering, jf. Højholdt, 2016). Det var i utgangspunktet bestillerenheten som hadde ansvaret for å ta den endelige beslutningen om hvem som var egnede kandidater. Selv om fagfolk i hjemmetjenesten kunne foreslå kandidater, var de klart underordnet vurderingen fra bestillerenheten. I neste etappe hadde de to deltidsansatte terapeutene et hovedansvar for å kartlegge pasientens situasjon samt utarbeide en plan. Ansvaret for å utføre det operative rehabiliteringsarbeidet i tråd med planen, ble så overlatt til det ordinære personalet i hjemmetjenesten. Terapeutene tok siste etappe med avsluttende evaluering og anbefalt oppfølging.

Ifølge en av terapeutene innebar modellen at de måtte lage planer og rehabiliteringsopplegg som var enkle nok til at «alle» kunne utføre det.

Hun mente at rehabiliteringsarbeidet dermed fikk et noe mer standardisert preg enn det ville ha fått dersom tjenesten hadde blitt utført av dem selv innenfor et profesjonelt team. Hjemmetjenestens personale fortalte at de hadde begrenset med tid til rådighet. Ettersom vedtak fra bestillerkontoret var preget av at tjenesteomfanget skulle begrenses, ble normen at rehabiliteringsarbeidet skulle holdes innenfor de samme tidsrammene som de ordinære pleieoppgavene. Dermed var det begrenset med fleksibilitet til å justere innsatsen utover de standardiserte oppleggene som i utgangspunktet var fastsatt av terapeutene.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring eller kompetansedelegasjon?

Det var et uttrykt mål i begge kommunene at HVR generelt skulle inspirere og bidra til kompetanseutvikling i de hjemmebaserte tjenestene. Det skulle bli et tankesett og en arbeidsform som skulle internaliseres og praktiseres også i det ordinære arbeidet i hjemmetjenesten. Begge kommunene hadde lagt opp til at ansatte i hjemmetjenesten fikk faglige opplæringsdager om HVR, og de var opptatt av at nye samarbeidsflater på tvers av faggrupper skulle utnyttes til mer situert læring – læring på arbeidsplassen.

Til tross for at kommunenes mål og visjoner var like også på dette punktet, viste det seg at både betingelsene for og formen for situert læring ble forskjellig i praksis. Forskjellene handlet dels om at kommunene fikk ulik erfaringsmengde som følge av ulikt antall HVR-løp; dels om at de opererte med ulike læringsbegreper.

Sørkommunen: Gjensidig læring

I Sørkommunen førte det aktive arbeidet med å spore opp kandidater til at det ble skapt flere læringsarenaer i grenseflatene mellom HVR-teamet og de øvrige kommunale tjenestene. HVR-teamet deltok på nettverksmøter omkring pasienter som ble skrevet ut fra kommunens korttidsavdeling, og det deltok jevnlig på hjemmetjenestens møter der status for

ulike pasienter ble gjennomgått. Mange diskusjoner om egnethet, kartleggingssamtaler omkring ulike kategorier av pasienter og stadig flere gjennomførte rehabiliteringsforløp bidro til økt erfaringskunnskap både i HVR-teamet og i hjemmetjenesten.

En viktig kilde til læring var en intern hospiteringsordning som først ble tilrettelagt for at ressurspersoner (fra de ulike tjenesteenhetene) skulle få et konkret innblikk i hvordan HVR-teamet jobbet. Hospitering i HVR-teamet ble etter hvert en obligatorisk del av opplæringen for alle nyansatte i hjemmetjenesten, og det ble et generelt tilbud til andre interesserte (fra hjemmetjenesten, mestringsteamet, rehabiliteringsavdelingen og dagsenteret). Tanken var at alle skulle lære seg «den nye måten å jobbe på». Gjennom faglige diskusjoner som oppsto i grenseflatene mellom HVR-teamet og hjemmetjenesten, ble det også bestemt at hospiteringsordningen skulle «snus på hodet», slik at terapeutene fra HVR-teamet fikk et mer erfaringsnært innblikk i hjemmetjenestens hverdag. Tanken var at de skulle få se konkrete eksempler på hva slags pasienter pleierne anså for å være «lite egnede» eller «kanskje egnede» for HVR. Terapeutene skulle også få et bedre innblikk i hvordan tidspresset i hjemmetjenesten påvirket muligheten for å følge opp planer fra HVR-teamet. Læringsprosessen og læringsutbyttet i Sørkommunen ble dermed i stor grad beskrevet som gjensidige prosesser, der HVR-teamet og hjemmetjenestens personale skulle lære av og om hverandre.

Det gjensidige læringsperspektivet kom også tydelig til uttrykk i beskrivelser av læringen innad i HVR-teamet. Terapeutene understreket hvor viktig det var at sykepleieren var en del av teamet og ikke bare en «ekstern» samarbeidspartner (slik de hadde hørt om i andre kommuner). De opplevde det betryggende å ha en som kunne «se» når det er nødvendig å ta kontakt med lege, og som kunne stille kritiske spørsmål til deres terapeutiske vurderinger. Som eksempel på hvordan hun hadde fått styrket sin egen faglighet og evne til å agere kvalifisert, fortalte fysioterapeuten om hvordan hun nå var blitt mer bevisst på smerteproblematikk – for eksempel at det kunne være aktuelt at pasienten tok smertestillende før trening, men at en måtte være oppmerksom på at for mye kunne medføre forstoppelse.

Nordkommunen: Formidlingslæring

I Nordkommunen var en viktig del av tanken bak det å integrere HVR i hjemmetjenesten at dette ville inspirere personalet til en rehabiliterende arbeidsform, også overfor pasienter som ikke fikk innvilget et fullstendig HVR-forløp. Læring og fagutvikling var med andre ord en vesentlig del av hensikten med å velge en integrert form. Personalet skulle dessuten få faglig påfyll – dels gjennom et kort hospiteringsopphold i en dansk kommune, dels gjennom ukentlige lunsjmøter sammen med terapeutene. Den opprinnelige planen for lunsjmøtene var at de skulle veksle mellom refleksjoner omkring bestemte forhåndsdefinerte temaer knyttet til HVR og refleksjoner omkring erfaringer med konkrete HVR-forløp. Med et relativt lavt antall kandidater for HVR ble møtene imidlertid gjerne for teoretiske. Personalet ønsket seg mer praktisk opplæring. Dermed ble lunsjmøtet omdefinert til et ukentlig fagmøte som i bredere forstand handlet om hvordan HVR-tankegangen kunne smitte over på det ordinære arbeidet. I disse møtene opptrådte terapeutene som kunnskapsformidlere som gav tips, råd og små leksjoner, samtidig som de oppfordret de ansatte i hjemmetjenesten til å stille spørsmål og ta opp konkrete utfordringer de hadde støtt på i hverdagen, når de forsøkte å bistå pasienter med å være mest mulig selvhjulpne.

Både samarbeidet med terapeutene og lunsjmøtene ble høyt verdsatt av personalet i hjemmetjenesten. Terapeutene hadde gitt dem faglig påfyll i form av nye arbeidsverktøy som satte dem i stand til å understøtte brukernes mestringsevne. Vi hørte imidlertid ikke om tilsvarende læringsutbytte fra terapeutenes side. Beskrivelsene av dem som instruktører og møteledere (i lunsjmøtene) vitnet om en tradisjonell enveisoverføring av fagkunnskap fra terapeutene (lærerne) til pleiepersonalet (elevne). Det var underforstått at det først og fremst var terapeutenes faglighet som ble ansett for å være relevant kunnskap for å utvikle den nye arbeidsformen.

Oppsummering og diskusjon

I et presset helsevesen – der knapphet på fagutdannet personell merkes tydelig, og der komplekse helseproblemer står i kø –, er det blitt en nesten udiskutabel sannhet at fagfolk fra ulike disipliner bør samarbeide mer.

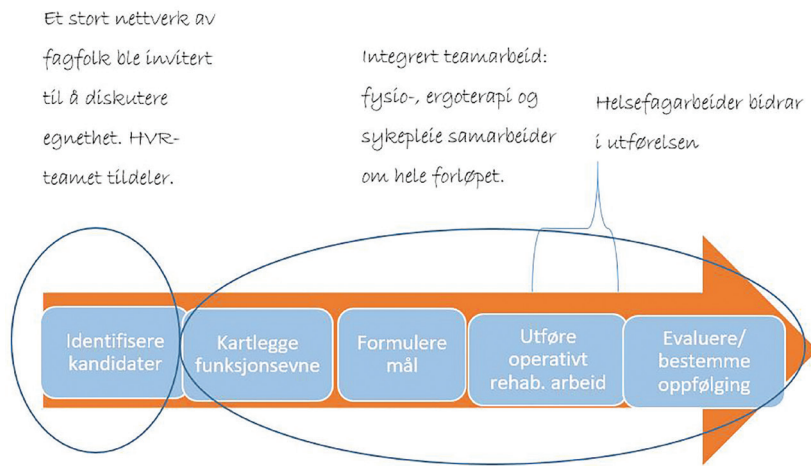
Ideer om tverrprofesjonelt samarbeid skaper håp om bedre ressursutnyttelse og mer kvalifiserte og innovative løsninger. I pedagogiske tekster er det ofte underforstått at et tverrprofesjonelt samarbeid er noe som vil lykkes dersom fagfolk tilegner seg tverrprofesjonell samarbeidskompetanse (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017; Almås, Vasset, & Ødegård, 2018). Denne typen tekster synes å overse det faktum at samarbeidet mellom ulike profesjonsutøvere utspiller seg i institusjonelle settinger preget av bestemte maktstrukturer og motstridende krav (Paradis & Whitehead, 2015).

I dette kapitlet har jeg – med utgangspunkt i casestudier fra to kommuner – vist hvordan kommunenes ulike styringsambisjoner og styringssystemer spiller en viktig rolle når ideen om et tverrprofesjonelt samarbeid skal fylles med et konkret meningsinnhold. De to kommunene som ble undersøkt, var inspirert av samme idé om hverdagsrehabilitering (HVR), og de var enige om at det dreide seg om en form for tverrfaglig rehabilitering der fagfolk samarbeider om å bistå pasienter som hadde hatt et funksjonsfall, med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter (Førland & Skumsnes, 2016, s. 11). Til tross for den generelle enigheten landet de på løsninger som innebar at samarbeidet mellom fagfolk ble begrunnet forskjellig og fikk høyst forskjellig innhold, omfang og form.

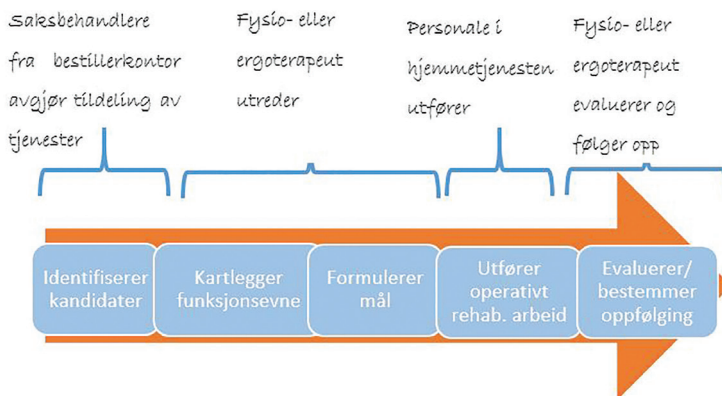
I Sørkommunen (se figur 1) ble iverksetting av HVR vevet inn i kommunens ambisjon om å jobbe mer forebyggende. Innenfor rammen av en langsiktig investeringsstenkning gav det mening å legge opp til et samarbeid på tvers av tjenester og faggrupper for å spore opp kandidater som sto i fare for å få et funksjonsfall. Invitasjonen til ulike fagfolk om å spille inn forslag til hvilke konkrete personer som var aktuelle kandidater, bidro til at spørsmålet om egnethet for HVR ble belyst fra ulike faglige perspektiver. For øvrig ble både kartlegging, målformulering, praktisk utførelse og oppfølging av rehabiliteringsarbeidet noe som ble diskutert og løst i fellesskap i et team der sykepleier, ergo- og fysioterapeut samarbeidet tett. Det tverrprofesjonelle samarbeidet – både på tvers av tjenester og innad i teamet – ble forstått og beskrevet som et gjensidig lærings- og utviklingsarbeid. Man skulle lære om og av hverandre.

I Nordkommunen (se figur 2) var organiseringen av HVR-arbeidet i større grad preget av en kortsiktig innsparingspolitikk, noe som kom til uttrykk gjennom en strengere tildelingspraksis og en mer hierarkisk

arbeidsdeling: Saksbehandlerne i bestillerenheten hadde ansvaret for å avgjøre hvem som skulle få tildelt HVR, terapeutene hadde hovedansvaret for å kartlegge funksjonsevne, identifisere mestringsmål, legge planer og evaluere resultater, mens ansvaret for det operative rehabiliteringsarbeidet ble delegert til det ordinære pleiepersonalet. Det dreide seg om en form for vertikal delegering (Nancarrow & Borthwick, 2005), der pleiepersonalet fikk utvidet sitt oppgaverepertoar, samtidig som arbeidet var kontrollert av terapeutene.



Figur 1. Sørkommunen: Samarbeid preget av gjensidig utveksling av fagkunnskap



Figur 2. Nordkommunen: Samarbeid preget av «stafettløp» og hierarkisk arbeidsdeling

Undersøkelsene fra de to kommunene viser hvordan forståelsen omkring det tverrprofesjonelle samarbeidet blir farget av styringsambisjoner og styringsstrukturer som omgir praksisfeltet. At det i Sørkommunen så tydelig ble lagt opp til at både tildeling og utførelse av HVR skulle skje i samarbeid mellom ulike faggrupper på det utøvende nivået, må sees i lys av at kommunen i utgangspunktet hadde tradisjon for å delegeres ansvaret for behovsvurderinger til fagfolk. Idealet ble understøttet av kommunens strategiske satsing på forebygging og langsiktig tenkning. Det var simpelthen bruk for den informasjonen fagfolkene var i besittelse av i kraft av sin nærhet til brukerne. Fagfolkenes egen forståelse av hva det vil si å samarbeide på tvers av ulike disipliner, ble farget av de demokratiske samarbeidsidealene de brakte med seg fra lærebøker om tverrprofesjonell samarbeidslæring (Almås mfl., 2018; Moe & Brataas, 2016; Tuntland & Ness, 2014). Den interne hospiteringsordningen og det tverrprofesjonelle samarbeidet om å finne egnede kandidater for HVR, fungerte dermed som en «indre» (endogen) drivkraft i retning av en mer NPG-inspirert styringslogikk (se også Suddaby & Viale, 2011; Temeer, 2009).

At Nordkommunen landet på en løsning som innebar et mer hierarkisk og sekvensielt samarbeid, må sees i lys av kommunens NPM-inspirerte styringssystem og tilhørende vektlegging på kortsiktige resultatmålinger. Her ble ideen om HVR som en form for «tidlig innsats» nedtonet, med henvisning til at kommunen primært ville satse på forebygging gjennom mer kollektive virkemidler – ikke gjennom å gi ressurskrevende tjenester til enkeltpersoner. Innenfor rammen av kommunens styringsstrategi var det mer meningsfullt å anse HVR som en særegen arbeidsform i hjemmetjenesten – en aktiverende arbeidsform som ville understøtte de eldres evne til selvhjelpenhet og samtidig bidra til kostnadsreduksjon for kommunen. Det gav også mening at knappe terapeutressurser skulle utnyttes bedre gjennom å bidra til at pleiepersonalet tilegnet seg nye metoder og teknikker for en aktiverende arbeidsform.

Beskrivelsene av de to kommunene må ikke leses som eksempler på hvordan tverrfaglig samarbeid blir determinert av ulike styringsmodeller. Norske kommuner er preget av komplekse endringsdynamikker der ulike styrings- og organisasjonsformer stadig brytes mot hverandre

(Vabø, 2014). Det er ikke gitt at alle kommuner som har holdt fast på en tradisjonell profesjonsbyråkratisk modell, vil handle så proaktivt som det ble gjort i Sørkommunen. Grepene som ble tatt, var dels et resultat av at ledelsen delte Hagen-utvalgets anbefalinger om en langsiktig forebyggende strategi, dels et resultat av HVR-lederens offensive lederstil. Det er fullt mulig å tenke seg at andre ledere og fagfolk ville ha vært mer tilbøyelige til å tenke mer kortsiktig og mer monofaglig. Motsvarende er det mulig å tenke seg at andre typiske NPM-kommuner ville ha beveget seg i retning av en mer tillitsbasert styringsform – gjennom å redusere detaljstyring samt understøtte fagfolks egen kapasitet til å gjøre riktige vurderinger. En slik dreining ser vi konturene av gjennom såkalte tillitsreformer, som for tiden prøves ut i flere bydeler i hovedstaden (Eide, Gullslett, Nilsen, Dugstad & Eide, 2018; Dyrhol, 2018; Vatn, 2018).

Beskrivelsene fra de to kommunene er heller ikke ment å gi en vurdering av hva som er en «riktig» form for tverrprofesjonelt samarbeid. Hensikten er snarere å vise hvor elastiske begreper om tverrfaglighet og tverrprofesjonalitet er, og at de kan tjene mange ulike hensikter og romme ulike former for samarbeid. Begrepene kan begrunnes med utgangspunkt i ulike systemrasjoner: langsiktige og interorganisatoriske eller kortsiktige og intraorganisatoriske. De kan vise til samarbeidspraksiser som er basert på tillit og gjensidig læring så vel som praksiser basert på vertikal delegering og enveislæring. Å hevde at en tverrfaglig tilnærming i seg selv er noe selvvinnende fordelaktig eller bra, blir dermed meningsløst. En må alltid reise spørsmål ved «hva slags hensikt» det har å samarbeide, og for hvem eller hva samarbeidet kan tenkes å være en fordel.

Referanser

- Adler, P., Kwon, S.-W. & Heckscher, C. (2019). Professional work: The emergence of collaborative community. *Organization Science*, 19(2), 359–37. <https://doi.org/10.1287/orsc.1070.0293>
- Almås, S.H., Vasset, F. & Ødegård, A. (Red.) (2018). *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Barr, H. (2013). Towards a theoretical framework for Interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 4–9. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.698328>

- Burau, V., Carstensen, K., Lou, S. & Kuhlmann (2017). Professional groups driving change toward patient-centered care: Interprofessional working in stroke rehabilitation in Denmark. *BMC Health Service Research*, 662. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2603-7>
- Bergold, J. & Thomas, S. (2012). Participatory research methods: A methodological approach in motion. *Forum: Qualitative Social Research*, 1. <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1801>
- Brandsen, T. & Honingh, M. (2013). Professionals and shift in governance. *International Journal of Public Administration*, 36(12), 876–883.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Dyrhol, V.V. (2018). *Oversetting, demping og filtrering av tillitsreformen i Oslo kommune. En studie i to sektorer* (Masteroppgave i styring og ledelse), OsloMet – storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsvitenskap. Oslo.
- Eide, T., Gullslett, M.K., Nilsen, E.R., Dugstad, J. & Eide, H. (2018). *Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017–18*. Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge, nr. 4/2018. Drammen: USN / Vitensenteret helse og teknologi.
- Flynn, R. (1999). Managerialism, professionalism and quasi-markets. I M. Exworth & S. Halford (Red.), *Professionals and the new managerialism in the public sector* (s. 18–36). Buckingham: Open University Press.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning, vest, Bergen. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2414929>
- Gredig, D. & Sommerfeld, P. (2008). New proposals for generating and exploiting solution-oriented knowledge. *Research on Social Work Practice*, 18(4), 292–300. <https://doi.org/10.1177/1049731507302265>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hudson, R. (2002). Interprofessionality in health and social care: The Achilles' heel of partnership? *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 7–17. <https://doi:10.1080/13561820220104122>
- Højholdt, A. (2016). *Tværfaglig samarbejde i teori og praksis* (2. utg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Kamp, A. & Hvid, H. (2012). Introduction: Elderly care in transition. I A. Kamp & H. Hvid (Red.), *Elderly care in transition – management, meaning and identity at Work. A Scandinavian perspective* (s. 13–28). København: Copenhagen Business School Press.

- Kobro, L.U. (Red.) (2018). *La oss gjøre det sammen! Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon*. Høgskolen i Sørøst-Norge / Senter for sosialt entreprenørskap og samskapende sosial innovasjon.
- Koppenjan, J. (2012). *The new public governance in public service delivery. Reconciling efficiency and quality*, The Hague: Eleven International Publishing.
- Kvale, S. (1990). Det kvalitative interview. I I Andersen (Red.), *Valg af organisations sosiologiske metoder: et kombinationsperspektiv*. (s 215–241) København: Samfundslitteratur.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Utdanning for velferd*. (Meld. St. 13 (2011–2012)). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jacobsen F.F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabiliteing, en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukere og gevinster for kommunene?* (Rapport 6/2016). Senter for omsorgsforskning, vest, Bergen.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741–749. <https://doi.org/10.1177/0269215515603220>
- Lehn-Cristiansen S. (2016). *Tværfaglig samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard.
- Minzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Moe, A. & Brataas, H.V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: A pilot study. *Journal of Multiprofessional Healthcare*, 9, 173–182. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S103696>
- Nancarrow, S. & Borthwick, A.M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology og Health and Illness*, 27(7), 897–919. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x>
- Newman, J. (2001). *Modernizing governance. New labour, policy and society*. London: Sage.
- Newman, J., Barnes, M., Sullivan H. & Knops, A. (2004). Public participation and collaborative governance. *Journal of Social Policy*, 33(2), 203–223. <https://doi.org/10.1017/S0047279403007499>
- Noordegraaf, M. (2011). Risky business: How professional and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, 32(10), 1349–1371. <https://doi.org/10.1177/0170840611416748>
- Osborne, S. (2006). Editorial: The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377–387. <https://doi:10.1080/14719030600853022>
- Nygård, L. (1984). *Korleis bør kommunane organisere omsorgstenesta si?* Rapport 4/84. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.

- Paradis E. & Whitehead, C.R. (2015). Louder than words: Power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. *Medical Education*, 49(4), 399–407. <https://doi.org/10.1111/medu.12668>
- Suddaby, R. & Viale, T. (2011). Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project. *Current Sociology*, 59(4), 423–442. <https://doi.org/10.1177/0011392111402586>
- Termeer, C.J.A.M. (2009). Barriers to new modes of horizontal governance. *Public Management Review*, 11(3), 299–316. <https://doi.org/10.1080/14719030902798180>
- Torfing, J., Sørensen, E. & Roiseland, A. (2016). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Drivers, barriers and ways forward. *Administration and Society*. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>
- Torfing, J. & Triantrafillou, P. (2016). What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9–25. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250>
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (Red.). (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vabø, M. (2015). Changing welfare institutions as sites of contestation. I F. Engelstad & A. Hagelund (Red.), *Cooperation and conflict the Nordic way. Work welfare and institutional change in Scandinavia* (s. 252–261). Berlin: de Gruyter Open.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S.I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 11–78). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Avhandling for dr.philos.-graden (NOVA rapport 22/2007). Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Oslo.
- Vabø, M. & Vik, K. (2017). *Sammen om en aktiv hverdag. Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune – erfaringer og refleksjoner fra et forskningsamarbeid* (NOVA rapport 17/2017). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2017/Sammen-om-en-aktiv-hverdag>.
- Vatn, G. (2018). *Troen på tillitsreformen – en studie av sentrale aktørers forståelse av Tillitsreformen i Oslo kommune* (Masteroppgave i styring og ledelse). OsloMet – storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsvitenskap. Oslo.
- Weber, K.E. & Glynn, M.A. (2006). Making sense with institutions: Context, thought and action in Karl Weick's theory. *Organization Studies*, 27(11), 1639–1660. <https://doi.org/10.1177/0170840606068343>
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

- WHO (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*, A69/39 Report by the Secretariat http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1
- Winter, R. & Munn-Giddings, C. (Red.) (2001). *A handbook for action research in health and social care*. London: Routledge.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.