



UNIVERSITETET I AGDER

Samhandling, oppgavefordeling og koordinering

Hva er de største utfordringene i forhold til samhandling, oppgavefordeling og koordinering 1,5 år etter oppstart av samhandlingsreformen?

Skrevet av:

Lise Grøvan Røyland og Tone-Lill Grøvan

Veileder:

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, høsten 2013
Fakultet for Økonomi og Samfunnsvitenskap
Institutt for Statsvitenskap og Ledelsesfag

Forord

Denne masteroppgaven er siste del av studiet Helseledelse ved Universitetet i Agder. Vi er to studenter som til daglig jobber som mellomledere på sykehjemmet i Mandal kommune. Begge har arbeidet i sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem i ulike deler av landet, og har opplevd helsetjenesten fra mange sider.

Temaet vi valgte for oppgaven er fra et spennende felt vi står midt oppi til daglig. Studiet er erfaringsbasert og vi har derfor kunnet trekke inn egne erfaringer fra arbeidslivet.

Utdannelsen har vært et deltidsstudie som vi har tatt ved siden av full jobb. Det har vært spennende å lære mer om samarbeidet mellom kommune og sykehuset.

Oppgaven er veiledet av Dag Olaf Torjesen. Vi vil rette en stor takk til ham for godt engasjement og interessante diskusjoner rundt temaet vi skriver om.

Vi vil også takke alle som har stilt opp på intervju og delt av sin erfaring.

Videre vil vi takke familie og venner for god støtte og oppmuntring.

Tone-Lill Grøvan

og

Lise Grøvan Røyland

Holum 11.11.13

Sammendrag

I denne oppgaven har vi sett på utfordringer knyttet til samhandling, oppgavefordeling og koordinering i helsetjenesten etter samhandlingsreformens oppstart i januar 2012. Som grunnlag i oppgaven bruker vi funn fra intervju, organisasjonsteori, tidligere erfaringer fra tilsvarende reformer og egen arbeidserfaring i helsetjenesten. Vi har valgt å se på utfordringene ut fra et faglig, organisatorisk, juridisk, økonomisk og kulturelt perspektiv.

Samhandlingsreformen er en omfattende reform i helsetjenesten. Bakgrunnen for reformen var en erkjennelse av at koordineringen mellom ulike nivåer av helsetjenesten ikke fungerte godt nok. I tillegg til statistikker som viste en økende utfordring i forhold til eldre og kronikere, ble et stadig voksende helsebudsjett en pådriver for reformen. I motsetning til tidligere fokus på det operative nivå har denne reformen konsentrert seg om det administrative nivå. Ideene til reformen er blant annet hentet fra ulike deler av andre lands helsetjeneste, blant annet Sverige og Danmark.

Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i at kompetanse overføres mellom de ulike nivåene etter behov. Foreløpig er det lite endring i hvordan kompetanseoverføring foregår og det er lite samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på dette området. IKT-verktøyet er fortsatt i utvikling og stadig flere ansatte ser at dette er et viktig bidrag både i forhold til standardisering av kunnskap og kommunikasjon.

Organisatorisk er reformen foreløpig implementert på et høyt nivå. Det meste foregår som før blant dem på gulvet. Det blir en stor oppgave for lederne å nå frem til alle sine ansatte med informasjon og få dem til å se helheten etter hvert som reformen utvikler seg og nye momenter dukker opp. Dette er ikke en engangsjobb men et arbeid som krever stort fokus over lang tid. Spesialisthelsetjenesten bygger på en spiss struktur mens kommunen er organisert i en flat struktur. Dette kan kanskje gjøre arbeidet med å implementere reformen i kommunen lettere da det er kortere avstand fra øverste til nederste nivå.

Samarbeidsavtalene har krevd mye tid og ressurser hos alle parter. I ettertid har det blitt diskusjoner rundt hvordan man skal tolke noe av det som står i avtalene. Det er også en utfordring å få alle parter til å føle seg likeverdige i dette samarbeidet. Endring av forutsetninger underveis skaper utfordring for et godt samarbeidsklima partene imellom.

Legenes rolle er litt ulik i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestene. Fastlegene sitter litt på siden og interessen for å delta i samarbeidet kan variere fra lege til lege. Legene på sykehuset er spesialister og genuint opptatt av sitt fagfelt. Her kan motivasjonen/evnen til å se pasienten i en helhet være noe fraværende.

De ulike finansieringsmodellene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan være en utfordring i samarbeidet med avtalene og oppgavefordeling. Ved ressursknapphet blir det fort mest fokus på eget budsjett og bunnlinje istedenfor å se oppgavene i et helhetlig perspektiv. Dette kan føre til et spill som ikke gagnar pasienten.

De ulike delene av helsetjenesten har også utviklet ulik kultur og forståelse internt. Dette er en stor utfordring i samarbeidet på tvers hvor forståelsen av hverandres synspunkter ikke alltid er like stor. Dette kan føre til mistillit og dårlig kommunikasjon. Samarbeidet på høyere nivå har blitt bedre og de har fått en større forståelse av hverandres oppgaver og utfordringer. Det har imidlertid blitt jobbet lite på tvers på det laveste nivået og her ligger det en stor oppgave i fremtiden når det gjelder å utvikle felles kultur og målforståelse.

Innhold

1	Innledning.....	8
1.1	Problemstilling.....	8
1.2	Hvordan går vi frem	9
1.3	Hva finner vi.....	9
1.4	Oppgavens oppbygning	10
2	Metode.....	12
2.1	Kvalitativ metode	12
2.2	Gjennomføring.....	12
2.3	Utvelgelse av informanter	13
2.4	Om å forske i egen organisasjon.....	13
2.5	Analyse	14
2.6	Pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet)	14
3	Teori	16
3.1	Aktørenes ulike forutsetninger og kultur.....	16
3.2	Organisasjonsstruktur	17
3.2.1	Organisasjonsdesign.....	17
3.3	Organisasjonskultur og kommunikasjon	23
3.4	Ekspertorganisasjon.....	25
3.4.1	Koordinering	25
3.4.2	Struktur.....	26
3.4.3	Problemer med ekspertorganisasjon.....	26
3.5	Kan kommunehelsetjenesten kalles en ekspertorganisasjon?	27
3.6	Reformer i det offentlige	28
4	Empiri.....	30
4.1	Koordineringsformer i samhandlingsreformen	30
4.1.1	Bakgrunnen for Samhandlingsreformen	30
4.1.2	Koordinering gjennom avtaler	31
4.1.3	Koordinering av pasientforløp og fordeling av oppgaver	31
4.1.4	Koordinering via økonomiske insentiver	32
4.1.5	Standardisering av kunnskap.....	32

4.2	Avtaler mellom sykehusene og kommunene	33
4.2.1	Oppsummering av sentrale avtaler mellom SSHF og Mandal kommune	34
4.3	Aktører på kompetansefeltet pr i dag	36
4.4	Utvikling innenfor IKT pr i dag	37
4.5	Tidligere erfaringer med tilsvarende reformer	37
4.5.1	Danmark og Sverige	37
4.5.2	England og Skottland	39
4.6	Funn fra intervjuene.....	40
4.6.1	Faglig utfordringer	40
4.6.2	Organisatoriske utfordringer	41
4.6.3	Juridiske utfordringer	44
4.6.4	Økonomisk utfordringer	44
4.6.5	Kulturelle utfordringer	45
5	Drøfting	47
5.1	Faglige utfordringer	47
5.1.1	Kompetanseoverføring	47
5.1.2	Standardisering av kunnskap.....	49
5.1.3	Diskusjonen rundt delavtale 5	49
5.1.4	Legene	51
5.2	Organisatoriske utfordringer.....	51
5.2.1	Implementering	52
5.2.2	Nettverksstyring	53
5.2.3	Organisasjonsdesign.....	55
5.2.4	Bruk av IKT som felles kommunikasjonsplattform	58
5.3	Juridiske utfordringer	59
5.3.1	Samarbeidsavtalene og gråsoneproblematikken	60
5.4	Økonomiske utfordringer	61
5.5	Kulturelle utfordringer.....	63
5.5.1	To ulike perspektiver.....	63

5.5.2	Organisasjonskultur.....	65
6	Konklusjon	67
6.1	Forslag til videre forskningsprosjekter	70
7	Litteraturliste	71
8	Vedlegg Intervjuguide.....	73

1 Innledning

1.1 Problemstilling

Problemstillingen vi ønsker å se på i denne oppgaven er følgende:

Hva er de største utfordringene i forhold til samhandling, oppgavefordeling og koordinering 1,5 år etter oppstart av samhandlingsreformen?

Noe av bakgrunnen for samhandlingsreformen var erkjennelsen av at helsetjenestene var for fragmenterte. Ulike deler av helsetjenesten hadde ulik kultur og virkelighetsforståelse. Dette førte til samhandlingsproblemer mellom nivåene. I tillegg lå det en demografisk utfordring fremover i tid hvor man forventet en stor økning av antall eldre og kronikere. Et hurtig økende helsebudsjett gav i tillegg et sterkt økonomisk insentiv til å vurdere omorganiseringen av helsetjenesten.

Gjennom samhandlingsreformen er det utarbeidet mange avtaler som er styrende for samhandling mellom helseforetak og kommuner. Vi lurer på hvordan samhandlingsreformen har påvirket utfordringene med de ulike kulturene? Er man kommet nærmere en felles forståelse og dermed enda bedre samhandling? Har situasjonen forandret seg eller kan man forvente de samme problemene fremdeles?

Er avtalene implementert ned i organisasjonene? Hva er de faglige utfordringene? Har reformen gjort noe med kulturen for hvordan man tenker og forstår? Klarer man å overføre kompetanse fra den ene tjenesten til den andre, eller bruker man kun egne systemer for kompetanseheving? Hva er de organisatoriske utfordringene? Har organisasjonene endret noe på strukturen og måten man samhandler på eller fortsetter man på gamle opptråkkede stier? Hva er de juridiske utfordringene? Klarer nivåene å bli enige om gode avtaler eller blir det en maktkamp mellom de ulike aktører som hver for seg kjemper for sitt område uten å se helheten? Hva blir de økonomiske utfordringene? Og til slutt hvor blir det av fastlegene oppi dette systemet?

Reformarbeid bygger ofte på strømninger i samfunnet nasjonalt og globalt. Det har over mange tiår vært flere pådrivere for å gjennomføre en reform som skal bedre samhandlingen i helsetjenesten. I starten var fokuset på det operative nivå men etter hvert dreide fokuset til det administrative nivå. (Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011)

Ideene som samhandlingsreformen bygger på, er blant annet hentet fra Sverige og Danmark. De har et helsevesen som bygger på samme prinsipper og struktur som Norge. England og Skottland har tidligere gjennomført reformer bygd på lignende ideer med vekslende hell.

1.2 Hvordan går vi frem

Oppgaven er et case-studie hvor vi bruker kvalitativ metode for å belyse problemstillingen. Vi har intervjuet en håndfull informanter og bruker deres svar som en del av grunnlaget for oppgaven. I tillegg til å trekke inn teori og tidligere erfaring fra tilsvarende reformer, bruker vi også vår egen erfaring fra hverdagen i helsetjenesten.

1.3 Hva finner vi

Det er kort tid siden samhandlingsreformen startet opp. Det er en retningsreform som skal utvikle seg over tid. Dette fører til at det er kun et øyeblikksbilde vi får av situasjonen i denne oppgaven. Ved å trekke inn intervjufunn, teorier, tidligere erfaringer fra tilsvarende reformer og egen opplevelse kan vi likevel få noen svar på hva som er de største utfordringene i helsetjenesten per i dag.

Når det gjelder faglige utfordringer, har det skjedd lite endringer i forhold til kompetanseoverføring mellom nivåene til nå. IKT hjelper oss å standardisere kunnskap ved blant annet verktøy som prosedyreprogrammer. På dette området er det imidlertid lite nasjonal overordnet styring. Dette fører til at ulike nivåer i helsetjenesten har ulike programmer som ikke kommuniserer sammen.

Diskusjonen rundt delavtale fem har ifølge informantene, blant annet handlet om hvem som kan bestemme at en pasient er ferdig behandlet og dermed utskrivningsklar. Denne avgjørelsen ligger nå hos legene på sykehuset. Det har vært en stor diskusjon rundt hva en epikrise eller tilsvarende dokumentasjon er. Kommunene opplever fremdeles å få pasienter overført fra sykehusene med svært mangelfull dokumentasjon.

Når det gjelder organisatoriske utfordringer er reformen foreløpig implementert på et høyt nivå i organisasjonene. Det er skapt nye samhandlingsarenaer hvor det legges ned mye arbeid i å utarbeide avtaler og skape et godt samarbeidsklima. Nettverksstyring er ressurskrevende men samtidig en nødvendighet i et slikt arbeid. Selve implementeringen er en stor utfordring da reformen utvikles over flere år. Dette gir lederne en stor oppgave med å nå frem til alle sine ansatte med informasjon og få dem til å se helheten etter hvert som nye momenter

kommer inn. Når det gjelder organisasjonsdesign har det skjedd lite endring på grunnplanet. Bruk av IKT som en felles kommunikasjonsplattform er det området ansatte på gulvet merker størst forandring. Dette oppleves som en forbedring for mange ansatte.

Samarbeidsavtalene har vært en juridisk utfordring i forhold til å få partene til å føle seg likeverdige. Det er også en utfordring å lage avtaler som er så gode at ikke det blir diskusjon om tolkningen i etterkant. Styringssignalene som kommer fra nasjonalt hold skaper endrede forutsetninger. Dette setter samarbeidet på prøve. Alle avtaler revideres en gang i året. På den måten kan partene forhandle og justere underveis. Det har vært store diskusjoner rundt oppgavene som ligger i gråsonen mellom nivåene. Hvordan disse oppgavene fordeles kan ha store økonomiske konsekvenser. Legene har ulike roller i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette fører til at deres interesse og målforståelse for samhandlingsreformen kan variere. Fastlegene har lite økonomisk gevinst ved å delta på samarbeidsarenaene som ikke er direkte pasientrelatert.

I tillegg til at helseforetakene og kommunen er veldig ulikt oppbygd med spiss og flat struktur har de ulike finansieringsmodeller. Sykehusene er delvis innsatsfinansiert mens kommunene er rammefinansiert. Dette gir økonomiske utfordringer i forhandlinger om avtaler og oppgavefordeling.

Helsetjenesten har ulike kulturer på forskjellige nivåer. Dette kan føre til samhandlingsproblemer da målforståelsen kan være ulik og misforståelse og mistillit kan prege kommunikasjonen. På høyt nivå har samhandlingsreformen ført til mer samarbeid og bedre forståelse av hverandres oppgaver og utfordringer. Dette har foreløpig ikke kommet ned til den operative delen av organisasjonen slik vi kan se det.

1.4 Oppgavens oppbygning

Etter innledningen kommer kapittel 2 hvor vi beskriver fremgangsmåten i arbeidet vårt. Vi skriver litt om kvalitativ metode, gjennomføring, utvelgelse av informanter og om å forske i egen organisasjon. Tilslutt vurderer vi oppgavens validitet og reliabilitet.

Kapittel tre tar for seg teoriene vi bruker i oppgaven. Vi skriver om aktørenes ulike forutsetninger og kultur. Under temaet organisasjonsstruktur, legger vi blant annet vekt på Mintzberg sin organisasjonsteori. Så kommer et punkt om organisasjonskultur og kommunikasjon. Det blir spesielt lagt vekt på trekkene ved en ekspertorganisasjon. Tilslutt kommer et avsnitt om reformer i det offentlige.

I kapittel fire tar vi for oss empirien. Her skriver vi om bakgrunnen for samhandlingsreformen, avtaler mellom sykehus og kommuner, aktører på kompetansefeltet i dag, utvikling innenfor IKT, tidligere erfaring fra tilsvarende reformer og funnene fra intervjuene.

Drøftingen kommer i kapittel fem. Her ser vi på faglige, organisatoriske, juridiske, økonomiske og kulturelle utfordringer i helsetjenesten per i dag.

Tilslutt i oppgaven kommer konklusjonen i kapittel seks. Her trekker vi frem de viktigste punktene fra drøftingen.

2 Metode

Oppgaven er et case-studie med Mandal kommune (Lindesnesregionen) og SSHF (Sørlandet sykehus helseforetak) som utgangspunkt. Innføringen av samhandlingsreformen er en prosess over lang tid hvor det stadig kommer nye momenter inn. Opplevelsen vi har av reformen i dag, kan endre seg betydelig i løpet av kun et år.

2.1 Kvalitativ metode

Reformen er forholdsvis ny og vårt inntrykk var at ansatte på gulvet ikke hadde særlig forhold til reformen foreløpig. Vi valgte derfor ikke å gå ut med en kvantitativ spørreundersøkelse men heller intervju noen nøkkelpersoner om hvordan de oppfatter situasjonen.

Vi brukte dermed kvalitativ metode i oppgaven vår. ”Kvalitativ metode vektlegger detaljer, nyanserikdom og det unike med hver enkelt respondent.” (Jacobsen, 2005, p. 129) Når vi delvis skal forske i egen organisasjon er kvalitative metoder en god måte for å stille med åpent sinn og fange opp mer av kompleksiteten i opplevelsene. Respondentene har ved intervju mulighet til å snakke forholdsvis fritt og vi får forhåpentligvis tak i nye tanker og ideer vi selv ikke har forutsetning for å ha. Både intervjuer og informanter bringer med seg ulike kvaliteter inn i intervjuet basert på tidligere erfaringer. Vår utfordring er å forstå intervjuobjektene uavhengig av egen erfaring.

Ved å velge et case-studie med få informanter er det vanskelig å generalisere funnene over til andre organisasjoner. Vi håper imidlertid å belyse temaet med interessante vinklinger.

2.2 Gjennomføring

Vi har intervjuet en håndfull nøkkelinformanter i organisasjonene. Det var satt av 1 time til hvert intervju. Intervjuguide ble utarbeidet ut fra teorien og temaene vi ønsket å utforske nærmere. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert samme dag. Det virket ikke som diktafonen plaget informantene. Intervjuene ble gjennomført uforstyrret, og stort sett på informantens arbeidsplass. Vi øvde oss på intervjusituasjonen på forhånd og testet ut spørsmålene med 3 prøveintervju. Risikoen med en intervjuguide er at man kan bli veldig opphengt i den, samtidig er den en hjelp for å huske viktige sider av problemstillingen. Gjennom prøveintervjuene ble vi tryggere på intervjuguiden og fikk mer frimodighet til å la det være stille slik at informanten kunne tenke og snakke videre uten hyppige avbrytelser.

Informantene fikk ikke spørsmålene på forhånd, de fikk kun vite temaet. Under intervjuet hadde vi to hovedspørsmål med noen underkategorier (se vedlegg). Vi prøvde i størst mulig grad å få informantene til å snakke fritt om temaet. Ved at informantene snakket fritt prøvde vi å unngå å være ledende i spørsmålsstillingen vår, men heller løfte opp igjen det de sa og få dem til å utdype det. Vi hadde likevel noen temaer vi tok opp med alle hvis de ikke kom innom det av seg selv. Vi avsluttet alle intervjuene med et åpent spørsmål hvor de fikk mulighet til å tilføye synspunkter de ikke hadde vært innom. På den måten fikk de mulighet til å komme inn på vinklinger vi ikke hadde tatt høyde for i intervjuguiden.

2.3 Utvelgelse av informanter

Vi valgte å intervju noen som ikke har direkte samarbeid med oss i hverdagen for å få litt avstand til informantene. For å finne interessante informanter har vi forhørt oss litt rundt og fått tips til hvem vi bør snakke med. Etter å ha vurdert innspillene kom vi frem til fire sentrale personer på administrasjon/ledelsesnivå vi ønsket å snakke med. To av informantene var fra sykehussektoren og to fra kommunesektoren. Vi vurderte flere informanter, men kunne ikke se at det ville komme frem så mye nytt etter 3 prøveintervju og 4 ordinære intervju. Vi valgte derfor å stoppe med det.

Vi sendte e-post til de aktuelle informantene med et formelt forespørselsbrev om å delta i intervju. Det ble også opplyst om at de ville være anonyme, at opptakene ble slettet når oppgaven var ferdig, men senest 1. juni 2013 og at de har mulighet til å trekke seg underveis uten noen begrunnelse hvis de hadde behov for det. Resultatene av intervjuene vil vi bruke i drøftingen sammen med egne erfaringer fra praksis og teori.

Vi har meldt oppgaven inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. (NSD)

2.4 Om å forske i egen organisasjon

Vi forsker delvis i egen organisasjon. Mange advarer mot å forske i egen organisasjon. Risikoen for å bli for nærsynt og ta utgangspunkt i egne fordommer både bevisst og ubevisst er stor. Samtidig er det flere fordeler med å kjenne organisasjonen en forsker i. Blant annet kjenner en til hverdagspråket, kjenner den uformelle delen av organisasjonen og har lettere for å gjennomskue festtaler som er langt fra handling i virkeligheten. (Repstad, 1993) At vi snakker samme språk som informantene kan bidra til begrensninger i oppgaven fordi vi

kjenner kodene og ikke dekode det for leserne. Vi kan også anta at vi har samme tolkning av ulike begreper som vi dermed ikke sjekker ut. Dette kan føre til misforståelser.

Ved å intervju informanter fra egen organisasjon risikerer vi at de ikke føler seg frie til å si hva de egentlig mener. På den andre siden kan det føre til at de sier mer enn de ellers ville gjort. Samtidig har vi en bakgrunnsinformasjon som gjør at vi kan spørre dypere om temaer som i første omgang ikke blir belyst. Vi som intervjuere har et etisk ansvar for ikke å skade informanten med opplysninger som blir brukt.

Det kan være vanskelig å skrive sannheten, spesielt hvis den er av negativ karakter, når en forsker i egen organisasjon da en skal møte igjen kollegaer og overordnede senere. En kan da bli fristet til å ta strategiske hensyn (Repstad, 1993).

Som forsker vil man aldri være bare forsker. Man vil ha med seg sin egen bakgrunn og forståelsesramme, dette må vi være bevisst når vi intervjuer og tolker. Vi klarer ikke å være helt objektive. Ved å være bevisst fallgruvene kan forskning i egen organisasjon fange opp mye nyttig informasjon og kunnskap som en utenforstående ikke ville fått tak i.

2.5 Analyse

Vi transkriberte først alle opptakene. Deretter samlet vi meningsytringene tema for tema pr informant, før vi tilslutt samlet all informasjon under hvert tema i et skjema. Vi så gjennom dette at informantene er ganske samstemte i sine uttalelser.

2.6 Pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet)

For at oppgaven skal være pålitelig er det viktig at vi forteller om vårt ståsted til leserne og bruker fornuftige teorier som kan stå mellom oss og virkeligheten (Repstad, 1993). På den måten kan leserne ha tillit til at våres perspektiv blir testet opp mot fornuftige teorier. Vi har intervjuet 4 personer fra sykehus og kommune på ledelse/administrasjonsnivå. Når vi valgte å gå høyere opp enn de ansatte på gulvet, var det ut fra en antagelse om at ansatte på operativt nivå, var lite involvert i det som var skjedd frem til nå. Informantene vi valgte å bruke, har jobbet noe sammen og kan dermed ha utviklet en større forståelse for hverandres situasjon og utfordringer gjennom samarbeidet. Selv om de er fra både sykehus og kommune, er det dermed en fare for at de blir forholdsvis like og at vi ikke får frem forskjeller. Utvalget er lite, resultatene kan derfor ikke gjøres allment gyldig men må stå som et bidrag til å belyse noe av kompleksiteten i innføringen av samhandlingsreformen. Det er gått halvannet år siden

reformen ble satt ut i livet. Det er kort tid og det kan være vanskelig å måle og evaluere så tidlig. Faren er at det er omstillingseffekter vi får frem og ikke selve reformens effekter. Når det i tillegg er en reform hvor avtaler skal reforhandles hvert år og praksis skal endres i forhold til disse, er det stor mulighet for at senere resultater vil være forskjellige fra de vi får nå. Vi prøver å finne et bilde av situasjonen her og nå. Resultatene kan derfor ikke generaliseres til å gjelde andre regioner eller tidsepoker.

3 Teori

Det finnes mange ulike organisasjonsteorier med forskjellig vinkling og utgangspunkt. Organisasjoner kan være veldig komplekse og hver for seg kan disse teoriene være med på å belyse deler av denne kompleksiteten. Vi har valgt å legge hovedvekt på Mintzberg sin organisasjonsteori i denne oppgaven. Han beskriver fem ulike typer organisasjoner som er en hjelp for oss når vi skal prøve å beskrive hvordan helseorganisasjonene i Norge fungerer.

Vi vil begynne dette kapittelet med å se litt på aktørenes ulike forutsetninger og kultur for så å ta for oss teori på dette området.

3.1 Aktørenes ulike forutsetninger og kultur

Kommuner, sykehus og fastleger skal samarbeide om å gi pasienten en god og sømløs tjenestekjede (St.meld.nr.47, 2008-2009).

I følge Vrangbæk (Vrangbæk, 2011) kan vi i grove trekk si at:

Kommunene er styrt av sosialfaglig og serviceorientert tenking og er rammefinansiert. Økt aktivitet gir dermed økte utgifter. Flertallet av landets kommuner er organisert med flat struktur. Pasientperspektivet er helhetlig tenking og man ser sykdom og god helse som et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale omgivelser. Arbeidskulturen har et pleie- og rehabiliteringsfokus.

Fastlegene er også sosialfaglig og serviceorientert men også helsefaglig evidensbasert i sin tenking. Legene er selvstendig næringsdrivende, økt pasientbehandling gir økte inntekter. De har per i dag ingen inntjening på å sitte i samarbeidsmøter. De har som kommunen et helhetsperspektiv på pasienten mens de har en arbeidskultur med både pleie og behandlingsfokus.

Sykehusene/helseforetakene har en helsefaglig evidensbasert tenking. Helseforetakene er rammefinansiert og aktivitetsfinansiert, økt aktivitet gir økte inntekter. Sykehusenes forskjellige tilbud er ofte lokalisert på ulike fysiske steder. De er organisert i klinikker og flere nivåer og har dermed en spissere struktur enn kommunene. Sykehusene har et spesialiseringsfokus, man behandler i stor grad deler av mennesket. Arbeidskulturen har et behandlingsfokus.

De ulike sektorene/samarbeidspartene preges av ulike kulturer, betingelser, ideologier og arbeidskulturer som ikke automatisk er lette å forene.

Innad i sykehus og kommune finnes det syn som bryter med grunnfokuset. Vi opplever at pasienter fra Lindrende avdeling på SSHF oftere blir holdt igjen på sykehuset fordi de skal til en poliklinisk time dagen etterpå, enn andre pasienter fra sykehuset. Det kan dermed se ut som om Lindrende avdeling i større grad har fokus på både helhetlig behandling enn andre deler av spesialisthelsetjenesten. I hjemmesykepleien er aktiviteten vedtaksstyrt, personalet utfører enkeltoppdrag, på bakgrunn av en helhetsvurdering av pasienten.

3.2 Organisasjonsstruktur

En organisasjon kan spenne fra helt enkle til veldig komplekse konstruksjoner. Jacobsen og Thorsvik definerer organisasjon på følgende måte:

”Organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål” (Jacobsen & Thorsvik, 2002, p. 12).

Målene kan være veldig forskjellig fra organisasjon til organisasjon. Dette gjør at måten organisasjonene er strukturert på dermed også er forskjellige. Ifølge Jacobsen og Thorsvik fremmer imidlertid Silverman en kjent kritikk av denne målforståelsen. Organisasjoner er et sosialt system som består av mennesker og grupper av mennesker. Selve begrepet organisasjon kan ikke tillegges menneskelige trekk som at den tenker og handler. Når vi sier at organisasjonen har et mål så er det noen personer i organisasjonen som har formulert målene på vegne av organisasjonen. Innenfor den enkelte organisasjon er det derfor svært vanlig å finne individer og grupper med forskjellige og til tider motstridende mål.

Sørensen (Sørensen, 1991) viser til at enhver menneskelig organisert aktivitet har to grunnleggende og motstridende behov. Det første er behovet for å fordele arbeidet mellom flere aktiviteter og personer. Det andre er å koordinere arbeidsflyten. Måten den enkelte organisasjon strukturerer sine arbeidsprosesser på, bestemmer hvordan denne fordelingen og koordineringen foregår. En organisasjons struktur sier altså noe om hvordan arbeidsoppgavene er oppdelt i aktiviteter og hvordan disse aktivitetene er koordinert.

3.2.1 Organisasjonsdesign

Sørensen (Sørensen, 1991) skriver at organisasjonene designes ulikt på de ulike nivåene. Hvordan organisasjonen er designet legger føringer for produksjonsmønstrene i virksomheten. Innenfor samhandlingsreformen finner vi eksempler på endring av oppgaver som tvinger frem endring i struktur/arbeidsmønster. Et eksempel er at kommunene må håndtere flere nye

pasientkategorier som sykehuset tok seg av før. I tillegg har utskrivningsmønsteret endret seg. Nå blir pasientene i større grad enn før, overført til kommunen både på kveld og i helg.

Mintzberg, en kjent organisasjonsteoretiker, trekker frem 6 ulike organisasjonsformer i sin teori som forklarer de fleste forhold som får effektive organisasjoner til å strukturere seg som de gjør (Sørensen, 1991):

1. Den enkle struktur (entreprenørorganisasjon)
2. Maskinbyråkrati
3. Fagbyråkrati (ekspertorganisasjon)
4. Den divisjonaliserte form
5. Adhocratiet
6. Ide-organisasjonen

Videre beskriver Mintzberg 6 ulike koordineringsformer som da kommer til uttrykk i ulik grad i de ulike organisasjonsformene som er nevnt ovenfor (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Disse koordineringsformene er følgende:

1. Gjensidig tilpasning

Gjensidig tilpasning er den enkleste form for koordinering. Personer prater direkte sammen og tilpasser seg hverandre og oppgavene. Denne form for koordinering finner vi ved enkle arbeidsformer men også når oppgavene blir veldig komplekse. Mange oppgaver innenfor helsetjenesten er svært komplekse og gjensidig tilpasning blir brukt i stor grad.

Et eksempel på gjensidig tilpasning er samarbeid rundt medisiner. Pasientene skrives ut fra sykehus med endringer i medisinene og nye medikamenter. Som hovedregel skal de ha med seg resepter på nye medisiner. Apotekene som leverer medisiner til kommuner sitter ikke inne med alle typer medikamenter og antibiotika. Vi er derfor avhengig av gjensidig tilpasning for å sikre at pasienten får den medikamentelle behandlingen den skal ha i overgangen mellom nivåene. Over telefon får sykehuset avklart om kommunen har tilgjengelig de aktuelle medikamentene. Hvis de ikke har det, sender de med medikamenter tilsvarende et par døgn forbruk slik at kommunen har mulighet til å anskaffe dem.

Det har over mange år blitt påpekt hvordan gapet i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har ført til dårlig oppfølging, spesielt av gruppene med kronisk syke. Samhandlingsreformen er et forsøk på å tette dette gapet.

Ifølge samhandlingsreformen skal elektronisk kommunikasjon være førstevalget i den daglige samhandlingen mellom kommune og helseforetak. De ulike aktørene har imidlertid litt ulik oppfatning av hva som er nødvendig informasjon og telefonen blir derfor et viktig redskap for å utfylle hverandre og overføre ”rik” informasjon. Dette er et eksempel på gjensidig tilpasning.

2. Direkte tilsyn

Organisasjonen designes i et hierarki hvor enkelte personer får formell myndighet til å gi ordre til, overvåke og koordinere de under seg. Utviklingen innenfor IKT har ført til at ledelsen har større mulighet til å overvåke de ansatte enn tidligere. Via databasen kan de enkelt hente ut statistikker på ulike områder. Et interessant spørsmål er om vi endrer måten vi arbeider på ut i fra hva vi blir målt på. Saker som har vært oppe i media rundt manipulererte ventelister viser at enkelte i organisasjonene mister det egentlige målet for øyet.

3. Standardisering av arbeidsoppgaver

Ved bruk av regler, rutiner og prosedyrer kan en sikre at arbeidsoppgavene blir gjennomført likt fra gang til gang. Avtalene mellom kommune og helseforetak er med på å fordele og standardisere arbeidsoppgavene.

Delavtale 5 (<http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/avtaler/mandal/Sider/side.aspx>, 2013) beskriver for eksempel hvordan informasjonsutveksling og dialog skal foregå ved utskriving av pasient fra sykehus til kommune.

Elektroniske meldinger er en måte å standardisere på. Mellom nivåene i helsetjenesten er det er målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være førstevalget der det er mulig.

Det er et gjennomgående trekk (erfaringer fra andre land) at man satser på IKT- systemer for å understøtte koordineringen av omsorg og behandling, understøtte informasjon til forskning og utvikling, og for raskt å iverksette nye, dokumenterte behandlingsopplegg.

Bruk av IKT til undersøkelser, monitorering, behandling, administrasjon, kunnskapshåndtering og opplæring vil kunne føre til at brukerne ikke behøver å reise til sykehus og derved føre til besparelser i reisekostnader og reisetid.

Stortingsmeldingen (St.meld.nr.47, 2008-2009) erkjenner at det er behov for en klarere nasjonal strategisk styring og ledelse av utviklingsarbeidet både når det gjelder myndighetsfunksjoner og implementering av nasjonale løsninger.

Standard prosedyrerredskap er en måte å sikre at arbeidsoppgavene blir utført likt uansett hvor i organisasjonen den ansatte er. Lite statlig styring har imidlertid ført til at det er utviklet både

journalssystemer og prosedyreprogrammer som ikke kommuniserer med hverandre på tvers av organisasjonene.

4. Standardisering av resultater

Arbeidsresultatet spesifiseres for eks ved å si noe om omfanget av arbeidet eller adferd til den ansatte. Staten har gjennom lovregulering lagt opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak. Intensjonen er å unngå dobbeltoppbygging og hindre at man blir stående uten noen tilbud.

Stortingsmeldingen nr 47 (St.meld.nr.47, 2008-2009) legger vekt på at de inngåtte avtalene skal hindre at det oppstår uklarhet om ansvar og oppgavemessige forhold. Samarbeidsavtalene skal bl.a. vise planlagt fordeling av oppgaver. For å sikre helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud er forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene dermed et sentralt verktøy.

Birgitte Kalseth og Bård Paulsen (Kalseth & Paulsen, 2008) foretok i 2008 en kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak. Resultatet viste at en slik form for samarbeid ikke bare er uproblematisk.

Rapporten viser at den hyppigste nevnte utfordringen for kommunene er opplevelsen av at kommunene og helseforetakene ikke oppleves som likeverdige parter. Den hyppigste nevnte utfordringen for sykehusene er manglende ressurser for å utvikle samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene.

Et annet område som viser seg å være problematisk er selve implementeringen.

Samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene har sin forankring på et høyt organisatorisk nivå. Implementering på tjenestenivå – der de praktiske samarbeidsutfordringene gjerne finnes, kan møte betydelig motstand. Nye samarbeidsformer krever kanskje nye rutiner, omlegging av innarbeidede arbeidsformer og utfordrer dermed praksisnivået i organisasjonene på mange måter. Mange av svargivere i rapporten gir uttrykk for at avtalenes gode intensjon ikke har hatt det ønskede gjennomslaget i form av ny praksis.

Ferlie med flere (Ferlie, Fitzgerald, & Hawkins, 2005) omtaler dette i en artikkel hvor de har sett på spredning av ny kunnskap innenfor og mellom ulike fagfelt og profesjoner. De konkluderer med at det er sterke grenser mellom faggruppene på mikronivå ute i praksis. Dette fører til langsom innovasjonsspredning. De ulike praksisfellesskap utvikler seg videre ved intern læring og endring men blokkerer eksterne saklig orienterte kilder som kan føre til

endring og læring. De blir dermed selvkonserverende grupperinger som ikke lett lar seg påvirke utenfra.

Delavtale 5 mellom kommunene og helseforetak beskriver hva som skal skje ved utskrivelse av en pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Utfordringen som Hellesø og Fagermoen (Hellesø & Fagermoen, 2010) peker på er at de ulike partene ikke er enige om hva en utskrivningsklar pasient er. Pasienter blir skrevet ut tidligere fra sykehus en tidligere. For å sikre en god behandling videre må nødvendig informasjon følge med pasienten. Kommunen opplever at det går så fort ved utskrivelse i dag at lege-epikrise i mange tilfeller ikke følger med pasientene. Både lege og sykepleier i kommunen er avhengig av god informasjon for å gi pasienten riktig behandling videre. Pasientene kommer ofte til kommunene på kveldstid og i helger. Da er det kun legevaktsleger å forholde seg til som ikke kjenner pasientene.

5. Standardisering av kunnskap

For å standardisere kunnskap beskriver man hvilken faglig kunnskap den ansatte må ha (utdannelse).

Delavtale 6 mellom kommunene og helseforetaket gir retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering. Formålet med avtalen er å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak gjennom gjensidig dialog og informasjonsutveksling i tillegg til kompetanseoverføring. Dette er sentrale samhandlingselementer og helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp.

Avtalen beskriver en plan for hvordan partene skal bygge et forutsigbart, kvalitetssikret system med arenaer og prosesser knyttet til gjensidig kompetanseoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering.

Kompetanseoverføring kan imidlertid være en stor utfordring å få til mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Ferlie med flere (Ferlie et al., 2005) beskriver hvordan komplekse organisasjoner inneholder mange forskjellige profesjonelle grupper, som hver kan operere i et lukket fellesskap. Disse forholdene forsinker spredning, gitt sterke sosiale og kognitive grensene mellom lokale fagfolk og profesjonell grupper.

I undersøkelsen til Birgitte Kalseth og Bård Paulsen (Kalseth & Paulsen, 2008) er nesten halvparten av kommunene helt eller delvis uenig i at det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetak og kommuner. 63 prosent av

helseforetakenes representanter var helt enig i at det er en slik kompetanseutveksling. Dette sier kanskje noe om de ulike aktørenes syn på hva kompetanseutveksling er.

Torodd Strand (Strand, 2007) sier at faglig veiledning og utvikling stort sett går på profesjonens premisser og ikke har karakter av lederstyring. Måten å påvirke sine kollegaer på er å beskytte faglig frihet under tydelige normer.

Daværende Helseminister Jonas Gahr Støre var vinteren 2013 fremme i media og satt kjernejournal på dagsorden. Tanken er at aktørene i helsevesenet skal ha lett tilgjengelig alle nødvendige pasientdata når de trenger det. Slik det fungerer nå har pasientene ulike journaler hos ulike aktører som ikke kommuniserer med hverandre. 30. august 2013 startet et prosjekt i noen kommuner for å teste ut kjernejournal.

6. Standardisering av normer

Den felles kulturen i en organisasjon hjelper de ansatte i å ta beslutninger. Tar man en avgjørelse med grunnlag i den kulturen som råder i organisasjonen blir beslutningen akseptert. Når ulike nivåer med ulik kultur skal samarbeide vil man fort reise spørsmål med avgjørelser som er tatt på et annet nivå. Dette kan føre til mistillit og samarbeidsproblemer.

Erfaringer fra tidligere/forrige lovgivning både i Norge og Danmark forteller oss at endring i lovgivning ikke nødvendigvis fører til bedre samhandling på det operasjonelle plan.

De fundamentale koordineringsproblemene mellom to ulike politisk, administrative og profesjonelle kulturer og sektorer vil fremdeles være tilstede ved den nye helselovgivningens implementering.

Kyrkjebø og Torjesen (Kyrkjebø & Torjesen, 2012) viser til at kommunene benytter seg av gamle spor og eksisterende virkemidler for å løse de nye oppgavene. Slik vil det bli etablert inngrodde mønster for handling i de ulike helsetjenestene. Noe av problematikken rundt samhandlingen kan ligge her. De ulike organisasjonene har sine stier som ligger nedfelt i kulturen. Spørsmålet er om vi tar oss tid til å bli kjent med de andres kultur slik at vi øker vår forståelse og kanskje tørr å gå på nye stier sammen? I Lindesnesregionen strever politikerne med å bli enige om organisering av lokalmedisinsk senter. Det er enighet om at det kan lokaliseres i Mandal men bare hvis det legges til det gamle sykehuset og under gitte forutsetninger. Det er dermed gitt lite rom for nytenkning rundt organiseringen.

Vrangbæk (Vrangbæk, 2011) skriver i sin artikkel at et optimalt samarbeid først og fremst krever at det er enighet om utgangspunktet, målet og ansvarsfordelingen. Hvis samarbeidspartene ikke snakker samme språk i utgangspunktet, eller har forskjellig grunnleggende holdninger/perspektiver på den forestående oppgaven blir samarbeidet sterkt utfordret fra begynnelsen av.

Dette viser at grunnleggende forståelse for hverandres kultur og tillit til hverandre er helt nødvendig for å få til et godt samarbeid.

3.3 Organisasjonskultur og kommunikasjon

Mange undersøkelser viser at kulturelle faktorer har stor betydning for hvordan ansatte i organisasjoner tolker informasjon, hendelser og aktiviteter og hvordan de kommuniserer med hverandre. Et hovedpoeng er at mennesker kommuniserer bedre med medlemmer av samme kultur enn med medlemmer av andre kulturer. (Jacobsen & Thorsvik, 2002)

Habermas argumenterer for at slike forhold som går på hvordan man oppfatter senderens troverdighet, hensikt og innstilling, er avgjørende for hvordan mottakeren vil forholde seg til meldingen. Har man liten tillit, vil man være skeptisk og avvisende. (Jacobsen & Thorsvik, 2002)

Profesjoner er det klassiske eksempelet på en sosial gruppe og subkultur som bevisst skaper en unik dialogsituasjon som fungerer ekskluderende i forhold til personer som ikke er medlem av profesjonen. (Jacobsen & Thorsvik, 2002)

Men det kan også være store kulturforskjeller innenfor samme profesjon i ulike organisasjoner som for eksempel spesialisthelsetjenesten kontra kommunehelsetjenesten.

Dette kan være med å forklare noe av problematikken rundt samhandling mellom de ulike helseorganisasjonene. Ulik kultur kan føre til misforståelse og mistillit i kommunikasjonen.

Hellesø og Fagermoen (Hellesø & Fagermoen, 2010) sier noe om dette i forhold til sykepleiere som har en viktig koordinerende rolle i behandlingsløpet for pasienten:

Sykepleierene har tatt en sentral rolle i planleggingen av utskrivningen av skrøpelige pasienter. Stor innsats er gjort for å sikre en god utreise fra sykehus, men kontinuitet i omsorgen er ikke sikret.

Hellesø og Fagermoen ser på 3 utfordringer som ser ut til å bli utilstrekkelig snakket om når sykehus- og kommunesykepleiere samhandler rundt utskrivning. Disse dreier seg om ulik kultur og kommunikasjon og er som følger:

- Lokal praksis unngår/omgår formell struktur
- Forskjellige perspektiver i vurdering av pasientens omsorgsbehov
- Forskjellig forståelse av utskrivningsklare pasienter

Lokal praksis unngår/omgår formell struktur

Den første utfordringen Hellesø og Fagermoen peker på er hvordan lokal praksis unngår eller omgår formell struktur. De formelle strukturene i en organisasjon er designet for å oppnå definerte mål, koordinere arbeidskraft og strukturere de ulike oppgavene. Lokal praksis reflekterer hvordan formelle strukturer er implementert og avhenger av menneskene som er involvert. Det er dermed ikke selvsagt at lokal praksis foregår slik helsepolitikkerne har lagt føringer for gjennom organisasjonsmessige strukturer, strategiske planer og formelle dokumenter. Disse planene viser bare den offisielle versjon, det som egentlig skjer ”på gulvet”, kan være noe annet. Samhandlingsreformen er et forsøk på å utvikle og implementere retningslinjer i hele helsetjenesten for å underbygge koordinert omsorg på tvers av nivåer. En av koordineringsmåtene er avtalene som kommunene og spesialisthelsetjenesten er pliktig å lage sammen. Hellesø og Fagermoen viser imidlertid til at ved en gjennomgang av dette arbeidet kom det frem at kommunehelsetjenesten ikke så på seg selv som en likeverdig partner og ikke deltok på lik linje med sykehusets representanter.

Forskjellige perspektiver i vurdering av pasientens omsorgsbehov

Den andre utfordringen Hellesø og Fagermoen peker på er hvordan forskjellige perspektiver i vurderingen av pasientens omsorgsbehov gjør kommunikasjonen vanskelig. Globermann og Mintzberg sier at praksis i helseomsorg både inni og på tvers av omsorgssystem er karakterisert av ulike systemer. Sykepleierens ulike perspektiver påvirker hvordan de vurderer pasienten og deres behov, og hvilke hensyn de mener må tas og nødvendige forberedelser før en pasient kan utskrives. Norske hjemmesykepleiere sier at sykehussykepleiere ikke ser pasienten fra et holistisk perspektiv men har en mer teknisk tilnærming. Sykepleierne i hjemmetjenesten sier at sykepleierne på sykehus overdriver eller underdriver behovet for omsorg, de tar derfor opp en egen status av pasienten. Sykepleierne i hjemmetjenesten ser på mennesket som en helhet, mens sykepleierne på sykehuset lettere reduserer kroppen til en del

som behandles. Når pasienten skal skrives ut er det en utfordring å samordne forståelsene på de to ulike nivåene.

Forskjellig forståelse av utskrivningsklare pasienter

Den siste utfordringen Hellesø og Fagermoen skriver om er at sykepleierne ikke har lik forståelse av hva utskrivningsklar betyr. Sykepleierne i hjemmetjenesten synes pasienten skrives ut for tidlig mens sykepleierne på sykehuset synes kommunen bruker for lang tid på å ta dem imot. Dette fører til at tilliten i kommunikasjonen kan bli redusert.

Helsepersonell filtrerer informasjonen både bevisst og ubevisst basert på deres profesjonelle kompetanse, verdier og erfaringer og tilgjengelig informasjon om pasienten. Ut fra dette blir det igjen foretatt en rekke beslutninger på tvers av ulike nivåer.

3.4 Ekspertorganisasjon

Et kjennetegn med ekspertorganisasjonen er at de ansatte ikke har ervervet kunnskapen i organisasjonene, men kommer inn med den. De er på en måte selvstendige yrkesutøvere som bruker organisasjonene de arbeider i, som et serviceapparat og som en ramme som de i større eller mindre grad anerkjenner. Lege, advokater og psykologer har profesjonsstatus, enkelte andre grupper som sykepleiere og lærere har noe kortere utdanning og noe mindre monopoliserte arbeidsoppgaver har ikke full profesjonsstatus, men halvprofesjonsstatus.(Strand, 2007)

3.4.1 Koordinering

Ekspertorganisasjoner i offentlig virksomhet er gjerne innkapslet i byråkratisk pregede situasjoner, eller de må ta styringssignaler fra dem. Byråkratilederen kan ha formelt høyere rang, men savner ofte faglig legitimitet hos ekspertene. Kyndighet brytes mot myndighet.(Strand, 2007)

Den administrative struktur støtter seg til gjensidig tilpasning som koordineringsmekanisme. Her blir forbindelser som arbeidsgrupper viktig designparametre (Sørensen, 1991)

3.4.1.1 Normer

Normene skapes for det mesteparten utenfor organisasjonen, på skoler og fagforeninger der ansatte er medlemmer. Utdannelsesstedene og fagorganisasjonene har derfor en stor påvirkning på utøvelsen av helsetjenestene. Det er viktig å ta hensyn til dette ved planlegging

av store endringer. Dette er blant annet tatt opp i Stortingsmelding 47 (St.meld.nr.47, 2008-2009) hvor de peker på viktigheten av å spille på lag.

3.4.1.2 Standardisering av kunnskap

Ekspertmakten er stor (Sørensen, 1991). Kunnskapen bygger på vitenskap og de har kontroll over egen utdanning og forskning. Det er vanskelig for en leder å overprøve de profesjonelles beslutninger. De profesjonelles makt ligger også i at de er en mangelvare. Det er stor etterspørsel etter dem og hvis de ikke fornøyd kan de bytte jobb. For den profesjonelle tilfredsstiller ekspertorganisasjonen to viktige behov: Den er demokratisk og de har stor autonomi.

I tillegg har de en offentlig beskyttelse via autorisasjonssystemet. (Grund, 1995) En arbeidsgiver kan dermed ikke erstatte dem med hvem som helst.

Arbeidsprosessene er så komplekse at de er vanskelige å standardisere. På grunn av oppgavens kompleksitet er det vanskelig å måle output. Standardisering av kunnskap blir den viktigste form for koordinering.

3.4.2 Struktur

Ekspertorganisasjonen har ofte parallelle administrative hierarkier (Sørensen, 1991)

1. demokratisk nedenfra og opp for de profesjonelle
2. byråkratisk ovenfra og ned for støttestaben

Fokus i organisasjonen er på produksjonskjernen. Støttestab er fullt utbygget og primæroppgaven er å betjene de profesjonelle.

Design av ekspertorganisasjon har som regel en desentralisert struktur. De som utfører tjenestene styres av profesjonens normer og kontrolleres av det kollegiale samholdet.

Strategi mister en betydelig del av sin mening i ekspertorganisasjon. Strategier kommer her hovedsakelig fra profesjonelle foreninger/forbindelser utenfor organisasjoner.

3.4.3 Problemer med ekspertorganisasjon

Sørensen beskriver noen problematiske sider med en ekspertorganisasjon. Det er lite kontroll av arbeidet utenfor profesjonen. Det er vanskelig for andre utenfor profesjonen å etterprøve

selvstendig skjønn. Det kan også være en tendens til lukkede praksisfellesskap og mangel på innovasjonsfornyelse (Sørensen, 1991)

Mangelen på kontrollmuligheter hos ledelsen kan også føre til koordineringsproblemer. Den profesjonelle utfører en stor grad av selvstendig skjønn. Her ligger det en fare for at den ansatte sitt mål avviker fra organisasjonens uttalte mål.

Samtidig kan mangel på innovasjonsfornyelse føre til dysfunksjonelle reaksjoner ved kontroll. I stedet for å se på det som en mulighet til utvikling og forbedring, kan den enkelte ansatte føle det som et personlig nederlag og dermed forsvare sin nåværende praksis med ”nebb og klør”.

Endring i fagbyråkratiet kan kun gjennomføres langsomt av de profesjonelle selv ved opptak i profesjonen, utdannelsen og viljen til profesjonelle til hele tiden å forbedre seg. (Sørensen, 1991)

3.5 Kan kommunehelsetjenesten kalles en ekspertorganisasjon?

Ekspertorganisasjon (fagorganisasjon) er en av organisasjonsformene som Mintzberg snakker om. Det er ingen tvil om at spesialisthelsetjenesten er en ekspertorganisasjon, men den kan også sees på som en divisjonalisert organisasjon da helseforetakene er lokalisert på ulike steder. Men hva så med kommunehelsetjenesten?

Helsesektoren i kommunen yter tjenester over et vidt spenn, alt fra praktisk bistand til palliativ omsorg og rehabilitering. Det vil si at noen tjenester kan utføres av ufaglærte mens andre må ha spesialister. De enkleste oppgavene kan vi da tenke oss organisert i et maskinbyråkrati. De største faggruppene i kommunehelsetjenesten er sykepleiere og helsefagarbeidere. Men fastlegene og sykehjemslegene har også en viktig rolle i utøvelsen av tjenestene.

Politikerne i kommunen er arbeidsgivere og flertallet av dem har ikke en profesjonsutdannelse innenfor helsevesenet. Det vil si at de vanskelig kan kontrollere og overprøve profesjonenes beslutninger og argumenter. Det er politikerne som gir rammene men profesjonene har stor makt innenfor disse rammene i organisasjonen. Produksjonskjernen styres av profesjonenes normer og kontrolleres av det kollegiale samholdet. Normene kommer for en stor del fra profesjonelle foreninger/forbindelser utenfor organisasjonene.

Det er bygd opp et stort støtteapparat rundt profesjonene slik at de skal kunne utføre sine tjenester mest mulig effektivt. Profesjonene jobber veldig selvstendig og ledelsen har lite kontrollmuligheter.

Som organisasjon har kommunehelsetjenesten veldig komplekse oppgaver den skal løse. Ved innføring av samhandlingsreformen har kompleksiteten økt ytterligere ved at pasienter fra sykehuset skrives ut tidligere og kommunen skal behandle pasienter som tidligere ble behandlet på sykehuset.

Omgivelsene til organisasjonen er relativt stabile. Kommunehelsetjenesten skal yte tjenester til sine innbyggere og får inntekter via bl.a. skatter, avgifter og overføringer fra staten.

Kommunen har mange kjennetegn på en ekspertorganisasjon og selv om organisasjonen består av både profesjoner og halvprofesjoner, ifølge Strand, mener vi at også helsetjenesten i kommunen må kunne kalles en ekspertorganisasjon.

3.6 Reformen i det offentlige

Offentlige organisasjoner er fundamentalt forskjellige fra private organisasjoner. Offentlige organisasjoner har en folkevalgt ledelse, de er multifunksjonelle og skal ivareta delvis motstridende hensyn. (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2009)

Når daværende helseminister, Bjarne Håkon Hansen, startet opp arbeidet med den nye helsereformen var det en vedtatt sannhet at samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten fungerte for dårlig. Men også andre momenter ble brukt som argumenter for reformen. Som for eksempel den raske veksten av kronikere og antall eldre over 80 år som man forventet. Det var også et behov for å få kontroll på det hurtig økende helsebudsjettet. ”Alle” var enige om at noe måtte gjøres. Uenighetene kom når det ble snakk om virkemidler.

Reformarbeid er komplekst og ut fra et kulturperspektiv vil utformingen av reformarbeidet skje langsomt og stegvis. Det bærer mer preg av en evolusjon heller enn revolusjon. (Christensen et al., 2009)

Samhandlingsreformen ble kalt en retningsreform og tar dermed høyde for at ting tar tid og at alle svarene ikke er gitt i starten. Veien blir til mens man går gjennom avtaler og utprøving. Det er gitt retningslinjer fra staten samtidig som de enkelte regionene må bli enige med helseforetaket om hvordan oppgaver skal løses. Det er lagt opp til frister underveis slik at

partene blir tvunget til å komme til enighet. Den politiske ledelsen kontrollerer prosessen gjennom frister og pålegg.

4 Empiri

4.1 Koordineringsformer i samhandlingsreformen

4.1.1 Bakgrunnen for Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en omfattende reform innen helse- og omsorgssektoren.

Den ble formelt lansert i Stortingsmelding 47 (St.meld.nr.47, 2008-2009).

En erkjennelse av at koordineringen mellom ulike nivåer av helsetjenesten ikke fungerte godt nok var noe av bakgrunnen for starten på samhandlingsreformen. I følge WHO er sykdomstilnærmingen som er gjeldende i helsevesenet i dag, ikke tilstrekkelig til å møte etterspørselen for langtidsomsorg i fremtiden. WHO foreslår en tilnærming med hjemmesykepleie som sikrer en bærekraftig langtidspleie.

Statistikker som viste en raskt voksende gruppe av eldre og kronikere i fremtiden, var også med på å sette i gang arbeidet med omstrukturering av helsetjenestene. Manglende satsing på forebygging var det tredje området reformen ønsket å finne en løsning på.

Det har frem til i dag vært få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientens behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi hatt mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene. Ansvar og oppgaver har vært fordelt på to forvaltningsnivå, kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenestene.

Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Forskjellen i målforståelse kan bidra til samhandlingsproblemer fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. De ulike aktørene har i liten grad hatt ansvar for å legge til rette for godt samarbeid med andre aktører. Alle har blitt målt og belønnet på det de gjør innenfor eget område – og ikke på det de gjør på tvers. Dette gjør at tjenestene ofte blir oppfattet som fragmenterte og uoversiktlige, og vekslingene mellom disse kan oppleves som problematiske for pasient og utfordrende for aktørene.

Et viktig poeng med samhandlingsreformen er å finne frem til en god oppgavefordeling hvor begge forvaltningsnivåenes fortrinn blir utnyttet best mulig.

Samhandlingsreformen prøver i bunn og grunn å løse følgende utfordringer:

- Lik tilgang til gode og likeverdige tjenester uavhengig av bosted
- Ivareta de samfunnsøkonomiske utfordringene
- Sikre en framtidig helse og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester.

Reformen prøver å legge opp struktur og rammebetingelser som skal gi den enkelte virksomhet motivasjon til å samarbeide og levere tjenester i samsvar med helse og omsorgspolitikken.

4.1.2 Koordinering gjennom avtaler

Staten har gjennom lovregulering lagt opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak. På den måten unngår man dobbeltoppbygging og hindrer også at man blir stående uten noen tilbud.

Stortingsmeldingen legger vekt på at de inngåtte avtalene skal hindre at det oppstår uklarhet om ansvar og oppgavemessige forhold. Samarbeidsavtalene skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgaver. Avtalene skal utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføringer slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til det beste for den enkelte bruker er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. For å sikre helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud er forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene et sentralt verktøy.

4.1.3 Koordinering av pasientforløp og fordeling av oppgaver

En sentral del i arbeidet med reformen har vært å finne fram til systemtiltak som har forankring i, og er rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser. Dette krever at det jobbes med pasientforløp i et helhetlig perspektiv. Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasienten ulike behov.

Svikt i tjenesteytingen vil framstå som et brudd i forløpet. Begrepet brudd er altså uttrykk for at ytelsene fra de ulike tjenestedelene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Det kan framstå som brudd i tidsaksen med venting som resultat, brudd i informasjonsflyten som fører til sviktende grunnlag for kliniske beslutninger, eller brudd i ressurstilførselen til pasientforløpet som på ulikt vis kan gi mangelfull behandling.

Et sentralt poeng med å jobbe med pasientforløp er at de ulike deltakende aktørene kan gå tilbake til sine livs- ansvars- eller driftposisjoner og ha med seg en bedre forståelse av andre gruppers erfaringer og synspunkter. Verdien av aktiviteten ligger både i selve prosessen og i eventuelle felles dokumenter som lages.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester.

Sykehusene skal være ledd i en ubrutt tiltakskjede fra sentrale myndigheter til kommunene, hvor de har oppgaver å løse både internt og eksternt.

4.1.4 Koordinering via økonomiske insentiver

Stortingsmeldingen erkjenner at det har vært liten sammenheng mellom kostnad og økonomisk gevinst hos aktørene. Eksempel på dette er at økt vekt på forebyggende tiltak og oppgradering av primærhelsetjenesten framstår som en kostnad for kommunene, men de vil kun se deler av gevinsten fordi den også vil framkomme i spesialisthelsetjenesten i form av færre sykehusinnleggelseser. Dette skal reformen gjøre noe med ved å endre på det økonomiske insentivsystemet.

4.1.5 Standardisering av kunnskap

Helsepersonellet utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. De er dermed den største og viktigste innsatsfaktoren i helsevesenet. Helsevesenet har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystem både som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver eller avtalepart. I nasjonal helseplan (St.prp.nr.1, 2006-2007) ble det vist til tre dimensjoner som viktige:

1. Dimensjonering av utdanningen
2. Innholdet i utdanningen
3. Fordeling av helsepersonellet.

Helsepersonellutdanningene er å betrakte som profesjonsutdanninger, der en god avveining mellom institusjonens autonomi og samfunnsoppdrag er særlig sentralt. I den forbindelse må

det, i følge den nasjonale helseplanen, vurderes om det er behov for en sterkere formalisering av samarbeidet på myndighetsnivå og om rammebetingelsene i sektorene utgjør barrierer eller insitamenter for samarbeid.

Det er viktig med dialog med de ansattes organisasjoner. Dette må skje innenfor rammen av lovgivningen og med respekt for etablerte avtaleordninger. Det er avgjørende at man drøfter sammen hvordan man kan utvikle samarbeidsordninger som har de helhetlige pasientforløpene som referanseramme.

4.2 Avtaler mellom sykehusene og kommunene

Helse-og omsorgstjenesteloven § 6-1(Helse-og omsorgsdepartementet HOD, 2011) og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e (Helse- og omsorgsdepartementet HOD, 1999) fastsetter at den enkelte kommunen og helseforetak plikter å inngå samarbeidsavtale. Formålet med avtalen er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen og etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. De skal klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og på tjenesteytende nivå samt sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) gjennom hele behandlingsskjeden. I tillegg skal de utvikle tiltak som sikrer god koordinering, gode helhetlig pasientforløp, god kvalitet og pasientsikkerhet. For tjenesteyterne skal avtalene sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur. Det siste punktet som blir vektlagt i avtalene er videreutvikling av bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

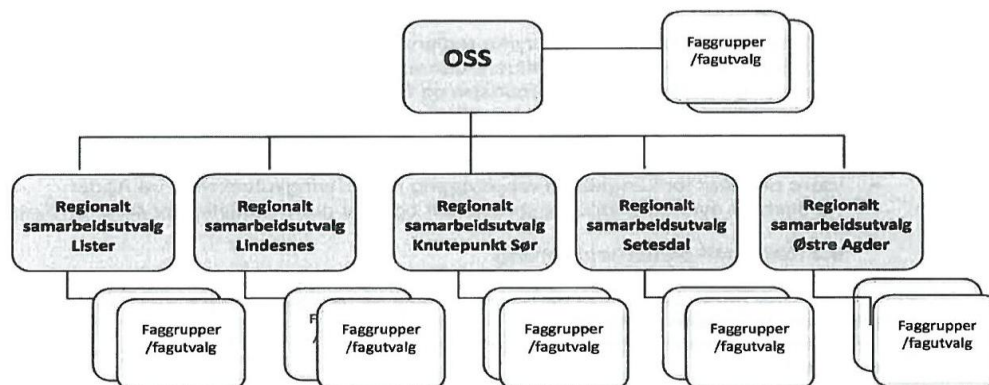
Avtalen sier noe om samarbeidsformer og de enkelte møteplasser. Den sier noe om hvem som sitter i de ulike utvalg og hvem som skal rapportere til hvem. Avtalen skisserer dermed de offisielle forbindelseslinjene i organisasjonene og hvem som skal samarbeide.

Med andre ord tegnes det et formelt samhandlingskart mellom organisasjonene. Dette ser vi på siden 7 i samarbeidsavtalen hvor det er skissert opp de ulike møteplassene på ulike nivåer:

Avtalen mellom SSHF og Mandal kommune bygger på følgende organisering og samarbeidsformer:

- o Overordnet strategisk samarbeidsutvalg
- o Regionale samarbeidsutvalg
- o Fagutvalg / faggrupper

Skjematisk oversikt:



(<http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/avtaler/mandal/Sider/side.aspx>, 2013)

4.2.1 Oppsummering av sentrale avtaler mellom SSHF og Mandal kommune

Samarbeidsavtalen er den overordnede avtalen mellom kommunene og sykehuset som sier noe om bakgrunnen og prinsippene for delavtalene. Formålet med avtalene blir beskrevet og hvordan prosessen for å utforme avtalene skal foregå. Her finner vi også beskrivelsen av samarbeidsformene og de ulike møteplassene samarbeidet skal foregå på. Plikten til gjennomføring, forankring og involvering av pasient- og brukerorganisasjoner er tydelig. Avtalen sier også noe om håndtering av uenighet og varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen.

Her følger en kort oppsummering av de fem delavtalene som er mest relevante for denne oppgaven (<http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/avtaler/mandal/Sider/side.aspx>, 2013):

Delavtale 1 handler om oppgave- og ansvarsfordeling. Målsettingen er å skissere prosesser som skal anvendes ved utredning og endring av ansvars- og oppgavefordeling mellom partene. Avtalen skal også fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak gjennom en tydeliggjøring av grenseflater og gråsoner for oppgave og ansvarsfordelingen mellom nivåene.

Delavtale 3 gir retningslinjer for innleggelse i sykehus. Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver ved henvisning og innleggelse

av pasienter innen somatikk. Som i de andre delavtalene blir ansvaret og oppgaver fordelt mellom kommunen og helseforetaket. Både når det gjelder henvisning til øyeblikkelig hjelp og til planlagt helsehjelp. Avtalen sier også noe om bruken av elektronisk meldingsutveksling og håndtering av uenighet.

Delavtale 5 gir retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Målet er å skape en bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten. På den måten skapes gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten.

Avtalen beskriver hvordan prosessen rundt utskrivning skal foregå og lager dermed en standard på dette området. Den fordeler ansvar og sier noe om vilkår for når en pasient er utskrivingsklar.

Delavtale 6 gir retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering. Formålet med avtalen er å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak gjennom gjensidig dialog og informasjonsutveksling i tillegg til kompetanseoverføring. Dette er sentrale samhandlingselementer og helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp.

Avtalen beskriver en plan for hvordan partene skal bygge et forutsigbart og kvalitetssikret system. På den måten kan partene skape gode arenaer og prosesser knyttet til gjensidig kompetanseoverføring og informasjonsutveksling gjennom fagnettverk og hospitering.

Delavtale 9 handler om samarbeid om IKT-løsninger. Formålet er å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak knyttet til innføring og forvaltning av løsninger for IKT-samhandling. Dette er med på å bidra til at pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Avtalen beskriver ansvar og oppgavefordeling i forhold til

- Koordinering ved innføring av nye IKT-løsninger som har betydning for samhandling
- Krav til meldingsutveksling
- Koordinering ved endringer i IKT-løsninger som påvirker elektronisk samhandling
- Koordinering ved tekniske feil som påvirker elektronisk samhandling

- IKT-sikkerhet relevant for elektronisk samhandling
- Forventninger til elektronisk kommunikasjon
- Telemedisinske løsninger
- Tilgjengeliggjøring av informasjon via IKT-løsninger.

4.3 Aktører på kompetansefeltet pr i dag

Kompetanseoverføring mellom nivåene blir løftet frem som en viktig forutsetning for at reformen skal bli vellykket. Stortingsmelding 47 forplikter kommune og sykehus til å skrive avtale som skal gi retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom organisasjonene (delavtale 6).

Kompetanseoverføring kan gjøres på mange plan. Et eksempel kan være å sende med aktuell prosedyre når en pasient skrives ut til kommunen. Hospitering på sykehuset ved overføring av pasienter som bruker avansert medisinteknisk utstyr, kan være en annen form for kompetanseoverføring. Pasient- og pårørendeskole er en måte å overføre kompetanse på til pasienten og pårørende for å bedre livskvaliteten.

Faglig nettverk og undervisningssykehjem er med på å videreformidle kunnskap og sette aktuelle temaer på dagsorden.

Helse- og omsorgsministeren lanserte den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* i 2011 (pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen har tre hovedmål: Redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Dette er et eksempel på nasjonal styring.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er også en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Satsingen er tilskuddsfinansiert av Helsedirektoratet og er en videreutvikling av satsingen ”Undervisningssykehjem” som startet i 1999. Fylkeskommunen lyser ut prosjektmidler på ulike felt.

Kommunene og sykehuset har sine avtaler om samarbeid og møtepunkter som for eksempel prosjekter for optimale pasientforløp (POP). Kommunene seg imellom samarbeider i fagnettverk. Og til slutt i den enkelte organisasjon jobbes det med kompetanseutvikling internt ut ifra deres behov.

4.4 Utvikling innenfor IKT pr i dag

I det norske helsevesenet har vi flere ulike fagprogrammer som ikke «snakker» sammen. Norsk helsenet er utviklet for å sikre en felles sikker IKT- plattform hvor en kan utveksle meldinger på tvers av ulike organisasjoner og nivåer.

Informasjonsutveksling mellom kommunene og Sørlandets sykehus HF foregår i dag delvis via elektronisk meldingsutveksling. Standard meldinger er laget for å gi beskjed fra sykehuset til kommunen om innlagte og utskrivningsklare pasienter. Kommunen skal få beskjed innen et døgn når en pasient er lagt inn på sykehuset og de anser det som sannsynlig at pasienten trenger tjenester fra kommunen ved utskrivelsen. Dette gir mulighet for bedre planlegging og koordinering ved utskrivelse. Kommunen får nå også prøvesvarene elektronisk 1-3 dager tidligere enn de gjorde via post og kan dermed starte eventuell behandling tidligere. Elektroniske meldinger går både fra sykehus, kommune og noen fastleger. Disse kan være epikriser, standardiserte meldinger, meldinger med mulighet for fritekst, blodprøver, reseptbestillinger, timebestilling og diagnoser. Disse elektroniske meldingene har dermed gitt oss en standardisert måte å overføre informasjon på mellom ulike enheter og nivåer.

Etter et pilotprosjekt med PLO-meldinger (pleie og omsorgsmeldinger) hvor tilbakemeldingene har vært veldig positive, startet dette systemet opp for fullt våren 2013 i begge organisasjonene. Dette er en videreutviklet versjon av de tidlige meldingene hvor det er mulighet for en toveiskommunikasjon.

4.5 Tidligere erfaringer med tilsvarende reformer

4.5.1 Danmark og Sverige

Helsetjenestene i Danmark, Sverige og Norge har mange likhetstrekk. I 2007 slo Danmark sammen 275 kommuner til 98, og med det ble en del oppgaver forskjøvet og sammenslått. Struktur- og finansieringsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007, medførte store endringer i oppgavefordelingen og betalingsstrømmene på helseområdet.

Formålet med innføringen av kommunal medfinansiering på helseområdet, var et politisk ønske om at gi kommunene et insitament til å etablere erstattende og forebyggende tilbud, som kan redusere behovet for sykehusbehandling.

Lovgivning og formelle avtaler har vært et virkemiddel for å endre praksis i tjenestene. Vrangbæk (2011) sin analyse av sundhetsavtalene i Danmark viser at disse fungerer som et dialogforum hvor temaer drøftes, oppgaver koordineres og det skapes et felles utgangspunkt. Han finner videre at sundhetsavtalene er blitt mer konkrete fra første utgave i 2007 til andre utgave i 2011. Avtalene gir et utgangspunkt for å holde fast på samarbeidet på overordnet nivå. Samtidig viser han til at de ikke alltid er implementert helt ned i organisasjonene verken i kommunene eller på sykehus. Dette viser at endring i lovverket ikke er noe garanti for at praksis på det operasjonelle planet endrer seg. Det arbeides kontinuerlig med å tilpasse avtalene til den praktiske virkeligheten og å finne en balanse mellom standardiserte krav og lokal tilpasning. Det er en bekymring for at systemet kan bli for byråkratisk og ressurskrevende.

Problematikken med å få med legene er tilstede. De deltar i arbeidsgrupper og avtaleforhandlinger, men legerrepresentanten kan ikke forplikte sine kollegaer. De praktiserende legene har en helt sentral rolle i forhold til eldre medisinske pasienter. Det er en veldig viktig oppgave fremover å finne løsninger så legene kan fylle rollen sin som koordinator og primær kontaktperson.

Det er en opplevelse hos mange kommuner at det er regionene som er den dominerende part i avtaleforhandlingene. I Danmark ser en også at regionene har en tendens til å forholde seg sterkere til de store kommunene. Dette kan gi uheldige konsekvenser for små kommuner. Erfaringer i Danmark sier oss at kommunal medfinansiering kan lede til fragmentering og konkurranse i stedet for samhandling mellom sektorene i helsetjenesten. Medfinansieringen er i mange tilfeller ansett å være ineffektivt. (Romøren, Torjesen og Landmark, 2011)

Insitamentstrukturene for de forskjellige aktørene må derfor endres og samordnes for å møte fremtidens krav og ønsker. I dag er samarbeidskulturen preget av en viss motstand for nye oppgaver, fordi de ofte medfører nye utgifter. Dette fører til at nye og innovative samarbeidsformer er vanskelig å få prøvd ut.

Videre er IT- verktøyene ikke på plass alle steder i Danmark, dette er et problem for implementeringen. På dette området skjer det en konstant utvikling. Håpet er at ny teknologi skal være med å understøtte samhandlingen mellom de ulike nivåene.

Flere aktører i Danmark håper at avtalene skal spille en større rolle som et sentralt redskap i det strategiske arbeidet med å utvikle helsetjenesten videre og koordinere oppgavefordeling mellom nivåene. Problematikken rundt oppgaveforskyvning fra sykehus til kommunene gir store utfordringer både økonomisk, faglig og beredskapsmessig. Det er nødvendig med gode informasjonssystemer som kan understøtte det kommunale helse- og forebyggingsarbeidet.

Vrangbæk sier at avtalene ikke fjerner alle uoverensstemmelser, og de grunnleggende insitamentsmessige og kulturelle forskjeller består. Men avtalene gir et godt utgangspunkt for å konkretisere innholdet i samarbeidsrelasjonene, noe som klart er en fordel for eldre medisinske pasienter. Utviklingen av integrerte IT-systemer og etableringen av faste prosedyrer for kommunikasjon og samordning er et viktig skritt på veien mot bedre og mer sammenhengende pasientforløp for den voksende gruppe eldre medisinske pasienter i Danmark. (Vrangbæk, 2011 s 50)

Sverige har valgt en annen løsning enn Danmark. I Sverige er det lagt mer vekt på de lokale løsningene, og de politiske initiativene er rettet mer mot det operasjonelle nivået. IT vektøyene er bedre utbygd i Sverige enn i Norge. Sverige har valgt å utvikle mer standardiserte pasientforløp enn Danmark og Norge, men har ikke de samme bindende avtaler mellom de ulike myndighetsnivå som Norge og Danmark. Sverige har heller ikke de samme økonomiske insentivene som Danmark og senere Norge har tatt i bruk. (Romøren, Torjesen og Landmark, 2011) Norge har vinglet mellom de to løsningene og tatt med seg litt av begge.

4.5.2 England og Skottland

I England og Skottland innførte man reformer i helsevesenet, høsten 1997. Målet var å forbedre helsetilbudet, restrukturere og integrere tjenester for å oppnå en bedre helsetjeneste og en bærekraftig utvikling. Det ble lagt opp til partnerskapsstrukturering med arbeidsdeling mellom helseinstitusjoner på forskjellig nivå. Målet var for reformen den samme som for samhandlingsreformen hos oss. Allerede i 2003 ble reformen avvirket i England pga store kostnadsøkninger, ansvarskonflikter og politiske styringsproblemer. Fellesstyring og partnerskapsorganisering krever samordning og kontroll av hva andre gjør og transaksjonskostnadene blir derfor store. (Veggeland, 17.januar 2013)

Noe av kritikken i England og Skottland er at politikerne blir satt på sidelinjen. Både lokalt men også nasjonalt. Politikerne har liten påvirkning på utviklingen av tjenesten og blir ikke en delaktig part.

Den fragmenterte og delte strukturen i det Engelske helsesystemet og de lokale myndigheter har ført til spenning og uklare mål ved partnerskapsstrukturen. Dette har ført til inkonsekvent politikk med vage veiledninger for interesser som prøver å forme varige og produktive partnerskap.

Skottland har hatt en mindre fragmentert helsetjeneste fra før og har derfor hatt mindre problemer enn England når det gjelder implementeringen av reformen. De har heller ikke brukt de samme økonomiske virkemidlene. Men i mai 2007 sa den Skottske myndighet at de må vurdere å innføre økonomiske insentiver hvis ikke bruk av partnerskap fører til bedret helsetjeneste for pasientene.

En likhet i både Skottland og England er mangelen på å involvere de lokale myndigheter som part for å designe retningslinjer for felles arbeid mellom helse og sosial omsorg (Forbes & Evans, 2009).

4.6 Funn fra intervjuene

Her kommer et sammendrag av innspillene fra informantene.

4.6.1 Faglig utfordringer

Informantene våre mener det er enighet om målet med reformen, men uenighet om virkemidlene for å få det til. Pasientene inntar ulike roller alt etter om de mottar helsetjeneste på sykehuset eller i sitt eget hjem. Dette fører til at vi opplever og vurderer pasienten forskjellig. Vi har med andre ord ulik virkelighetsoppfatning. Samtidig er det nødvendig å ha ulikt fokus i de to organisasjonene da det er ulik behandling vi holder på med. For å få en god kommunikasjon er det viktig å kjenne hverandres innfallsvinkel.

Diskusjonen rundt delavtale fem er et eksempel hvor det er en del uenighet. Når kan pasienten defineres som utskrivningsklar og hva er en god nok epikrise? Kommunen opplever ofte å få pasienter overført til kommunen uten at det følger med epikrise.

Det er et problem å "selge" forebygging politisk, vi ser ikke gevinster med en gang, kanskje vil vi aldri klare å tallfeste dem. Det er vanskelig å få gehør for forebygging i et trangt budsjett hos politikere. Når noen får økte rammer blir det mindre til andre.

Leger

Faggrupper, blant annet leger, kan være veldig opptatt av sitt eget felt, og ha lite engasjement for andres fagfelt. Når fagfolkene bruker god tid sammen og diskuterer fag så kan de komme med felles anbefalinger. Det kan jo tenkes at det er de mest engasjerte som stiller opp i slikt arbeid.

Legene er vanskelig å få engasjert i samhandlingsarbeidet. De har andre fokusområder og prioriterer ikke arbeid med reformen. Ett unntak er arbeidet med ø-hjelps plassene i kommunene. Dette prosjektet klarte de å engasjere legene i. Det ble da satt ned en gruppe med leger som fikk tid til å gå i dybden og diskutere den kommunale øyeblikkelig-hjelp-funksjonen. Informantene i kommunen synes imidlertid det er et problem at fastlegene ikke er knyttet tettere til reformen. Spørsmål de stiller er: ”Hvordan får vi de med? Vi er kanskje avhengig av nye inkluderings og involveringsstrategier for å få dem med?”

Kompetanseoverføring

Undervisning og kompetanseheving er etterspurt. Dette er i dag et uoversiktlig felt med mange aktører, både private og offentlige, og med mange initiativer. Vi må finne gode modeller for hvordan kompetanseoverføring kan ivaretas.

Kompetanseoverføring koster penger. Det er et spørsmål om hvor grensen for sykehusets veiledningsplikt går og hva sykehuset kan ta betalt for. En av informantene ønsker sterkere statlige føringer på dette området. Bruken av utviklingssentrene må diskuteres. Hvis de tar mye av undervisningen mot kommunene blir sykehuset avlastet og kommunene får lik kunnskap. Kompetanseoverføring skal ikke være ensidig fra sykehuset til kommunen men skal også gjelde andre veien. Det er behov for å øke kompetansen i kommunene. Pasientene kommer tidligere og er dårligere en før. Det finnes mye kompetanse i kommunene.

Utfordringen er å fange den opp og bruke den. Det er i dag en utfordring å få rekruttert nok fagfolk til kommunene. Reformen kan kanskje bidra til at stillinger i kommunene får høyere anseelse og dermed flere søkere.

Standardisering av kunnskap

Standardisering av behandlingsforløp er målet, men behandlingslinjene er så kompliserte at det må først standardiseres internt før det kan standardiseres på tvers av organisasjonene. Det er satt ned fagutvalg som skal se på enkelte oppgaver som for eksempel e-helse og velferdsteknologi som går på tvers av organisasjonene.

4.6.2 Organisatoriske utfordringer

Arbeidsoppgaver må nå gjøres på andre tider av døgnet enn det som tidligere har vært praksis. Det er eksempelvis utfordringer på sykehussiden med å få skrevet epikriser på kveld og helg. Kommunesiden har utfordring med økt mottak av pasienter på kveld og helg. Dialogen rundt

overføring av oppgaver fra sykehus til kommune er en utfordring. Det går innimellom så fort at kommunene ikke får tid til å bygge opp nye systemer, før sykehuset legger ned.

Alle informantene er enige om at det foreløpig jobbes med reformen på et veldig overordnet nivå.

Det er i liten grad endret på arbeidsrutinene internt i avdelingene som følge av samhandlingsreformen. Fagpersoner er vant til å ordne opp og kompensere for mangler. Hvis ikke alt er som det skal, tar de noen telefoner og ordner opp. De driver som de har gjort før.

Det er et stort byråkrati som er satt i gang for å lage avtalene. Veldig mye ressurser har gått til dette. Det er en utfordring å stille med ansatte til alle prosessene. Større kommuner har litt lettere for dette enn mindre. Det er også en utfordring at en person skal sitte som representant for flere kommuner. Det representanten er med på å bestemme, binder flere kommuner. Det krever mye av representanten når den skal samhandle med alle kommunene i etterkant.

Implementering

Implementering er en stor utfordring og avtalene er foreløpig mest kjent på et overordnet nivå.

Ifølge informantene er implementeringen nedover i organisasjonene foreløpig kommet kort.

Noen informanter tror implementeringsarbeidet er kommet lenger i kommunen enn på sykehuset. Det er en stor jobb å få alle ansatte på alle nivå til å få et eierforhold til avtalene og forstå prosessene rundt. Veien er lang fra OSS (overordnet strategisk samarbeidsutvalg) til gulvet og organisasjonene er veldig forskjellige. Arbeidet med implementeringen starter nå.

Det er viktig å skille på hva alle trenger å vite om og ikke. Det kan bli et stort trykk på ledere rundt omkring for å få implementert avtalene. Noen informanter nevner at enkelte mellomledere i organisasjonen ikke kan se at reformen er relevant for dem.

Informasjonsspredning er alltid en utfordring og det bør lages systemer som sikrer dette. Mye informasjon skal igjennom enkeltpersoner eller grupper, som koordinatorene, samhandlingsenheten og OSS. Dette kan forsinke prosesser. Systemet kan bli en propp for videre utvikling, men det er nødvendig å opptre ryddig så det ikke pågår ulike prosesser ingen har kontroll på.

Nettverksstyring

Det har blitt en bedre samarbeidsstruktur med flere samarbeidsarenaer på tvers på et høyt nivå. Det gjelder også enkelte fagutvalg. Små kommuner er avhengige av å samarbeide for å løse oppgavene både organisatorisk og bemanningsmessig. Det er fremdeles behov for flere møtearenaer, men på andre nivåer en det som har vært til nå. Det er nesten umulig å jobbe

med samhandling alene på sitt eget kontor. Man må sette seg sammen. Vi må passe på så det ikke blir så mange møtearenaer at vi ikke får tid til primæroppgavene våre. Enkelte informanter stiller spørsmål ved om samhandlingen går saktere nå enn før reformen på grunn av at alt initiativ til samhandling må igjennom et formelt system og godkjennes først.

Bruk av IKT som felles kommunikasjonsplattform

IKT- verktøyene har hatt mange begrensninger siden de ikke kommuniserer sammen. Det er frustrerende at samkjøringen innenfor IKT-området går så sakte. Noen av informantene savner en mer sentral styring av IKT-utviklingen. Heldigvis går det fremover og troen er stor på at mange utfordringer vil løses automatisk når IKT-verktøyene samhandler bedre. Håpet er at det vil gi oss en mer strømlinjeformet tjeneste etter hvert. Det har kommet mange positive tilbakemeldinger fra de ansatte på innføringen av de nye PLO-meldingene. Men telefonen kommer de fremdeles ikke utenom. Den brukes hyppig mellom nivåene for å utveksle informasjon.

For pasienten er det et gode å få være nærmest mulig hjemstedet og være trygg i sin omgivelse, der familie og nettverk kan komme og gå. Bruk av telemedisin og ulike mobile apparater vil nok gjøre seg gjeldende. Man kan da behandle flere ute i kommunene. Kostnaden rundt bruk og eierforhold til slikt type utstyr, blir en utfordring å komme til enighet om.

Organisasjonsdesign

Sykehuset oppleves som storebror av kommunene. De vet best hva som skjer eller skal skje i kommunene. Det er en maktforskjell i organisasjonene. En opplever seg ikke likestilt. Det er vanskelig å finne folk på samme nivå med beslutningsmyndighet. Ifølge informanter fra kommunen opplever de innimellom å måtte minne sykehuset på hva de har besluttet i delavtale 1 som handler om oppgave- og ansvarsfordeling.

Organisasjonsstrukturen i sykehus og kommune er bygget opp forskjellig. Sykehuset er organisert for å få høy kvalitet på behandling, og har fag som hovedprinsipp. Dette kan være i konflikt med reformens mål om å tenke helhetlig og få en koordinert og sømløs pasientbehandling. Det er kanskje behov for noen kompenserende tiltak for å sikre koblingene mellom nivåene og innad i organisasjonene.

Samarbeidet internt mellom kommunene kan også være en utfordring. En informant sa følgende: ”Vi later som vi har gjort en strukturendring på kommunesiden. Dette fungerer greit så lenge vi er enige.”

Ifølge informantene er det ikke gjort de store strukturendringene i organisasjonene for å understøtte nye arbeidsmåter.

4.6.3 Juridiske utfordringer

Gråsoneproblematikken

Gråsoneproblematikken er vanskelig. Det er lagt ned mye arbeid fra alle parter for å lage de juridisk bindende avtalene. Det har vært viktig for å få et godt fundament. På den måten får de en bedre forståelse av hverandres utfordringer. Informantene har imidlertid opplevd at forutsetningene plutselig endres. Prosessene kan gå fort og er dermed ikke alltid like gjennomtenkt. Problemet rundt ansvarsfordeling i gråsonen er et forsinkende element for reformen. Et vanskelig tema har vært spørsmålet rundt når en pasient er utskrivningsklar og hvem som kan bestemme det.

Enkelte informanter tror imidlertid det vil bli en adskillig større utfordring når forebygging og psykiatrien skal settes på dagsorden.

Kommunen må dekke de lovpålagte tjenestene først og fremst. Det er ingen automatikk i oppgaveglidingen fra sykehus til kommune. Pasienter vil oppleve at tjenester forsvinner. Enkelte informanter mener at samhandlingsreformen av og til minner mer om en oppgaveforskyvningsreform. Det blir spennende å se om det må mer penger inn i bildet for å få til den forebyggende delen av reformen.

Kommunens representanter trekker frem at de av og til føler seg litt som lillebror i samarbeidet med helseforetaket. De regionale samarbeidsutvalgene er et unntak. Her er det kommunene som styrer gruppen og setter dagsorden. Helseforetakene inntar her en mer avslappet rolle.

4.6.4 Økonomisk utfordringer

Noen informanter er inne på at innsyn i nye tall og statistikker har gitt en annen prioriteringsdebatt rundt oppgavefordeling. Dette gjelder både internt i kommunen og i nettverk med de andre kommunene.

Det er motstridende interesser og pengene strekker ikke til i noen av organisasjonene. Når sykehuset behandler mer får de penger. Når kommunene må ta imot flere får de ikke mer penger. Flere informanter er redde for at kampen om ressursene fører til et spill som ikke tjener pasientene.

Økonomi har vært viktig insentiv for å komme i gang med reformen. Det krever mye frigitte ressurser for å samarbeide om ulike prosjekter som for eksempel IKT og kompetanseheving. Informantene er usikre på om virkemidlene som brukes nå er gode nok.

Ifølge en informant er politikerne skeptiske til kostnaden i reformen. Rammene er stramme og de er opptatt av å unngå økte kostnader. Til syvende og sist så er det kronene som styrer.

Informantene er opptatt av å få frem at samhandling er ikke noe nytt. Organisasjonene har alltid samhandlet og det kan det av og til virke som det økonomiske aspektet har gjort samhandlingen tregere enn før. Flere informanter ser faren ved at reformen kan føre til stor vekst i byråkratiet.

4.6.5 Kulturelle utfordringer

God samarbeidskultur er viktig og vi er avhengig av samarbeid på tvers. Kommunikasjon og dialog skaper grunnlaget for tillit til hverandre. Å bygge god kultur er grunnleggende for godt samarbeid. Konflikter oppstår lettere når vi ikke forstår hverandres kultur og prosesser. Det krever tid å forstå hverandre. Kjennskap til hverandres verden er begrenset. Å skape engasjement helt ut i organisasjonen kan være en stor utfordring.

To ulike perspektiver

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er to forskjellige verdener og snakker ulikt språk. Det er en utfordring å ha forståelse for hverandres verden. Leger snakker best med leger. Samme yrkesgruppen snakker samme språk men fokuset gjør at vi tilpasser oss der vi er og glemmer at bildet er større. Er vi ikke oppmerksom på denne tilnærmingen blir det lett uoverensstemmelser.

Mye av utfordringene vi har er kommunikasjonsproblemer og manglende kulturforståelse. Vi har to ulike perspektiver på pasienten. På sykehuset behandler de en del av mennesket, i kommunen ser de mer helhetlig på pasienten. Dette gir oss kommunikasjonsutfordringer fordi vi vektlegger ulike sider av pasienten.

Pasienten

Alle peker på at vi er i et tidlig stadium av reformen. I hvor stor grad det gir en bedre pasientbehandling, er det for tidlig å si noe om. Det meste er gjort på et overordnet nivå, så vi

ser ingen sømløs helsetjeneste enda. Tror den vanlige pasient ikke har merket så mye enda.
Bare fremtiden kan svare på om vi har gjort de riktige grepene.

5 Drøfting

5.1 Faglige utfordringer

5.1.1 Kompetanseoverføring

Kompetanseoverføring på tvers av nivåene er en viktig del av samhandlingsreformen. Ifølge våre informanter har det skjedd lite endringer på dette området etter innføring av reformen. Vi gjør som før, hiver oss rundt og får opplæring når nye faglige utfordringer dukker opp. I februar 2013 ble det satt ned en prosjektgruppe av OSS som skal jobbe med kompetanseoverføring mellom 1. og 2. linjetjenesten. Første fasen i prosjektet var å kartlegge dagens kompetanseoverføring mellom kommunene og Sørlandet sykehus. Målet er å få best mulig oversikt over hva som finnes av kunnskapsoverføring i dag, for å kunne planlegge morgendagens behov. Denne prosjektgruppen har som mål å standardisere arbeidsflyten rundt kompetanseoverføring mellom de ulike nivåene. Ifølge Mintzberg (Sørensen, 1991) er standardisering en måte organisasjonen jobber på for å koordinere og kontrollere arbeidsflyten. Kartleggingen de skal utføre kan i seg selv kan være en utfordring. Enkelte informanter beskriver dette som et brokete felt med mange ulike aktører. Mange aktører tilbyr undervisning og utdanning på ulike områder. Det blir også utlyst store mengder prosjektmidler fra ulike nivåer. Det har vært et felt med lite strategisk styring på tvers av nivåer og organisasjoner.

Noen informanter er også inne på at det ligger mye kunnskap i organisasjonene fra før. Problemet det kan være vanskelig å hente kunnskapen frem og spre den på en effektiv måte. Ferlie med flere (Ferlie et al., 2005) tar opp akkurat denne problematikken. De konkluderer med at det er sterke grenser mellom faggruppene på mikronivå fører til langsom innovasjonsspredning. Profesjonene og faggruppene er selvkonserverende grupper som ikke enkelt lar seg påvirke utenfra. Dette er ikke bare en utfordring mellom organisasjonene men også internt i organisasjonene.

Torodd Strand (Strand, 2007) sier at faglig veiledning og utvikling stort sett går på profesjonenes premisser og ikke har karakter av lederstyring. Kunnskapen bygger på vitenskap og profesjonene har kontroll over egen utdanning og forskning. Det er vanskelig for en leder å overprøve de profesjonelles beslutninger. Han beskriver en virkelighet hvor kyndighet brytes mot myndighet.

Stortingsmelding 47 (St.meld.nr.47, 2008-2009) peker på viktigheten av å spille på lag når det planlegges store endringer. Samtidig peker Sørensen (Sørensen, 1991) på at endringer i fagbyråkrati kun kan gjennomføres langsomt av de profesjonelle selv ved opptak i profesjonen, utdannelsen og i de profesjonelles vilje til hele tiden å forbedre seg.

Et annet moment er at kunnskapsspredning krever ressurser. Informantene beskriver en hverdag hvor det kan være vanskelig å finne folk til å stille opp i ulike faggrupper og til å undervise. Nye fora er opprettet men det er krevende å spre kunnskapen ut i organisasjonen. I en faggruppe stiller det ofte en person fra hver region. Som representant for fem kommuner kreves det mye arbeid for å spre informasjonen videre. En person som blir hentet inn pga sin fagkunnskap er ikke alltid sitt ansvar bevisst i forhold til arbeidet i etterkant med å spre kunnskapen videre. Til tross for samarbeidsavtaler og ulike faggruppe ser en at mye av praksisen foregår som før i praksisfeltet jamfør Hellesø og Fagermoen (Hellesø & Fagermoen, 2010).

Det reises spørsmål fra sykehuset sin side om hvor langt veiledningsplikten går. Hva forventes og hva kan en ta betalt for? Lege og sykepleiere som skal undervise, blir tatt bort fra direkte pasientarbeid. Kapasiteten til undervisning er derfor begrenset. En informant ønsker sterkere nasjonale føringer på dette området. På den måten blir det ikke så store forskjeller mellom landsdelene.

Fra vår egen hverdag kjenner vi stadig på de begrensede ressursene i forhold til kompetanseutvikling. Meninger om hva som bør prioriteres av kompetanseutvikling kan være forskjellig alt etter hva vi har av utfordringer og kompetanse fra før på den enkelte avdeling. Vi tror det ligger mye kunnskap hos våre ansatte allerede. Utfordringen er å få til et godt system som utnytter de ressursene vi har i organisasjonen.

Mange små stillingsbrøker er et kvalitetsproblem i seg selv. Dette fører til lite kontinuitet og utfordringer med å sette seg inn i jobben på grunn av mange endringer siden sist den ansatte var på jobb. I tillegg krever en del prosedyrer mengdetrening for at en skal bli dyktig. Dette er en utfordring når mange ansatte går i små stillinger. Kommunens oppgaver spenner over et vidt spekter og hyppigheten av ulike prosedyreoppgaver kan variere stort. Dette gjør at mengdetrening på visse prosedyrer blir en utfordring i små kommuner selv for ansatte i store stillinger.

Noen informanter peker på at kompetanseoverføringen som reformen legger opp til, er faglig utfordrende og bra for rekrutteringen i kommunen. Ut fra det vi erfarer fra egen hverdag i kommunen, synes ansatte det er spennende med nye utfordringer. Sykehuset har tradisjonelt

vært regnet som en mer spennende arbeidsplass for sykepleiere enn kommunen. Når førstelinjetjenesten får nye faglige utfordringer, blir det også mer engasjerende å jobbe der. Reformen kan dermed få positive ringvirkninger for kommunene. Samtidig er det vanskelig for de små kommunene å ha spesialkompetanse på mange områder og de blir derfor helt avhengig av faglig samarbeid med andre kommuner. Kreftkoordinator på tvers av kommuner er et eksempel på dette.

5.1.2 Standardisering av kunnskap

Samhandlingsreformen har standardisering av pasientforløpet som mål. Pasienter med kroniske lidelser og som trenger gjentakende hjelp på ulike nivåer skal oppleve at samme type prosedyrer blir utført likt på alle nivåer. Mange arbeidsprosesser i helsevesenet er imidlertid så komplekse at de vanskelig kan standardiseres. For eksempel er enkelte behandlingslinjer internt i sykehuset er så kompliserte at de har nok med å standardisere sine interne rutiner. Analyse av arbeidet i Danmark (Vrangbæk, 2011) viser også at de komplekse oppgavelinjene gir en utfordring i forhold til å standardisere. Pasientene sine komplekse tilstander gjør det vanskelig å standardisere pasientforløpet. Ved å konkretisere hva som er overgangene i helsetjenestene kan en jobbe mot å få disse så like som mulig.

På grunn av oppgavens kompleksitet er det vanskelig å måle resultatet. Standardisering av kunnskap blir derfor den viktigste formen for koordinering i ekspertorganisasjoner. Det finnes flere prosedyreverktøy som skal hjelpe å standardisere kunnskapen i organisasjonene. PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleiertjenesten) er eksempel på et slikt verktøy som blir brukt i mange kommuner, de fleste sykepleierutdannelse og noen sykehus. Dette er et prosedyreprogram som jevnlig oppdateres ut fra de nyeste tilgjengelige forskningsresultater. Et annet eksempel er e-læringskurs for KOLS som er laget i et samarbeid mellom kommune og sykehus. Her kan ansatte i helsetjenesten gå inn på sykehusets læringsportal og gå gjennom dette opplæringsprogrammet. Dette kan være med på å standardisere kunnskap og fører til lik pasientbehandling uavhengig av hvilket nivå i helsetjenesten pasienten er i.

5.1.3 Diskusjonen rundt delavtale 5

Delavtale 5 blir av flere informanter trukket frem som et område hvor partene strever med å bli enige. Denne avtalen gir retningslinjer for samarbeidet om utskrivningsklare pasienter. Her

står det blant annet at det skal følge med epikrise eller tilsvarende når pasienten skrives ut. Nå som avtalen skulle revideres har det kommet opp en diskusjon både i forhold til hva en epikrise må inneholde og hva er konsekvensene hvis det ikke følger med epikrise ved utskrivelse. Kommunene opplever innimellom å få overført ansvar for dårlige pasienter uten at det følger med epikrise. De stiller spørsmål ved om pasienten kan defineres som utskrivningsklar når det ikke følger med en skikkelig epikrise skrevet av lege. Kommunene henviser til pasientsikkerhet og vil ikke ta imot pasienter uten epikrise. Sykehuset sier de jobber seriøst med saken og mener at kommunen inntil videre kan klare seg med ulike former for sykepleiersammenfatninger og informasjon over telefon. Kommunene og sykehuset er heller ikke enige om hvor stort dette problemet er. Bakgrunnen for denne problemstillingen er at sykehuset strever med å organisere seg for å få dette til. Ifølge en informant er det blant annet drøftet å utvide den merkantile staben slik at de er tilstede i helgene og lenger utover ettermiddagen. Det er imidlertid ikke noe poeng å ha merkantile til å skrive epikriser hvis ikke legene har tid til å diktere dem.

Internt på sykehuset jobbes det med standardisering av epikriser men det er en utfordring å implementere det ut i hele organisasjonen.

Fra vår hverdag har vi opplevd å måtte vente i en uke, med gjentakende purring, før vi fikk vite om det var foretatt medisinendringer hos pasienten. På sykehjemmet har vi også opplevd å få 2 ukjente pasienter fra sykehuset på en helligdagskveld, uten medfølgende papirer. Dette skaper mye stress og frustrasjon for de ansatte og pasientene risikerer å få dårlig kvalitet på behandlingen eller feilbehandling.

Reinnleggelser er ofte en indikasjon på utilstrekkelige behandlings og rehabiliteringsforløp. Hyppige reinnleggelser blir sånn sett et uttrykk for manglende koordinasjon mellom sykehus og kommune samt manglende pleie både i kommunal og regional regi (Vrangbæk, 2011). Fra vår hverdag opplever vi ikke mindre reinnleggelse enn før, men vi har et inntrykk av at det kanskje er andre typer pasientkategorier enn kronikere som blir reinnlagt. Hvis dette stemmer, har vi fått til et bedre pasientforløp for kronikere som KOLS-pasienter, hvor de blir behandlet på rett nivå. Men vi kan stille spørsmål ved om det sterke fokuset på pasientbehandling på lavest mulig nivå har ført til at andre pasientgrupper enn kronikere blir erklært ferdigbehandlet for tidlig?

5.1.4 Legene

Alle informantene er inne på utfordringen med å få legene på banen. Uttalelser viser at legene ikke føler noen sterk forpliktelse til å delta på samarbeidsmøter de blir innkalt til. Legene har få økonomiske insentiver til å delta på samarbeidsmøter som ikke er direkte pasientrelatert. I kommunen blir fastlegene stående litt på sidelinjen hvor de driver sin egen business.

Sykehuslegene har sine spesialfelt de jobber med. Hvis de ikke ser nytten av å delta på samarbeidsmøter vil de heller ikke føle forpliktelse til å delta. I en ekspertorganisasjon er tradisjonelt ekspertene styrt av faglige systemer og er mer lojale overfor deres profesjon og faglige kollegaer enn organisasjonene de arbeider i og er derfor i utgangspunktet ikke interessert i de juridiske systemer ledelsen legger opp til. Ledere opplever å ha lite kontroll på de profesjonelles arbeid og få midler for å tvinge igjennom endringer jfr Mintzberg. Dette kan kanskje være noe av grunnen til at det er vanskelig å få med legestanden både til å delta i arbeidet med men også godta avtalene.

Både i Danmark og her ses det på som et problem at ikke fastlegene er bundet av avtaler og samarbeid. Det er vanskelig å få til gode overganger når ikke alle er med i samarbeidet.

Kommunene har i liten grad mulighet til å påvirke hvem som blir lagt inn på sykehus, da det er fastleger som i stor grad legger dem inn. Arbeidet med å koordinere innsatsen rundt enkeltpasienter ligger også hos fastleger. Et problem her er at fastlegene har lite oversikt over hvor pasienten befinner seg i de ulike behandlingsleddene til enhver tid. En informant nevner utfordringen med å få de på sykehuset til å forstå at kommunen ikke styrer fastlegene.

Flere informanter beskriver et vellykket prosjekt hvor de klarte å engasjere legene. Da satte de ned en gruppe leger som fikk tid til å gå i dybden og diskutere den kommunale øyeblikkelig-hjelp-funksjonen. Dette viser at legene kan engasjere seg når de får god tid og temaet er spennende.

5.2 Organisatoriske utfordringer

Alle informantene er enige om at det foreløpig jobbes med reformen på et veldig overordnet nivå. Føringer for reformen er gitt fra staten. Gjennom lovbestemmelser og økonomiske insentiver er det relativt stram styring i forhold til hvilket fokus kommune og sykehus må ha. Da daværende helseminister, Bjarne Håkon Hansen, startet opp arbeidet med samhandlingsreformen, reiste han mye rundt i landet for å lytte til profesjonene og prate med dem. Profesjonene er imidlertid ikke en ensartet gruppe og har mange ulike meninger om hvordan fremtidens utfordringer ser ut og bør løses. Nå som reformen er utarbeidet og skal

implementeres i organisasjonene, oppleves den av profesjonene som pålagt og initiert fra øverste hold. Flere informanter beskriver reformen som et stort byråkrati og mener dette kan bli et problem i fremtiden. Ifølge Vrangbæk er det også i Danmark en bekymring for at systemet kan bli for byråkratisk og ressurskrevende da systemet er avhengig av tett samarbeid og oppfølging over tid (Vrangbæk, 2011). Vi ser også, som i Danmark, at utskiftning av ansatte på alle nivå er ressurskrevende, da de skal settes inn i avtaler og samhandling i en kompleks organisasjon. Sverige har i større grad fokusert på lokale tilpasninger (Romøren et al., 2011). Dette kan føre til større ulikhet mellom regionene samtidig som det kan være lettere å sette seg inn i og forstå sammenhengen i systemet.

På det overordnede nivå har det blitt opprettet flere nye treffpunkter. Informantene forteller at de jobber mye tettere enn før og flere er inne på at de har fått en større forståelse for den andre part. Som en informant(4) sa: ”Du kan ikke lenger sitte isolert på ditt eget kontor og jobbe med dine saker. Du blir tvungen til å samarbeide”

5.2.1 Implementering

Samhandlingsreformen er lagt opp som en prosess. Dette gjør implementeringsjobben til en utfordring. Implementering er ikke en engangsjobb men et kontinuerlig arbeid i organisasjonene. Foreløpig har, ifølge informantene, implementeringen nedover i organisasjonen, kommet kort. Det som har hatt størst fokus til nå, er avtalen rundt utskrivningsklare pasienter. Kommunene har mye å tape økonomisk hvis de ikke klarer å følge opp denne avtalen. Dette viser at økonomien påvirker sterkt hva som blir satt på dagsorden i organisasjonene. Denne avtalen har en konkret og prosedyrepreget utforming og er dermed kanskje den letteste å implementere. Informanter fikk en periode inntrykk av at folk trodde samhandlingsreformen kun handlet om denne avtalen.

Noen av informantene er inne på at selve implementeringen først begynner nå og at det vil bli et veldig press på lederne nedover i organisasjonene. Hvis lederne ikke er godt nok informert og/eller ikke forstår sin rolle i videreformidlingen vil hele organisasjonen og samarbeidet lide. Kalseth og Paulsen (Kalseth & Paulsen, 2008) peker på problemer med selve implementeringen av samhandlingsarbeid. Samhandlingen kan være forankret på høyt organisatorisk nivå mens implementeringen på tjenestenivå kan møte betydelig motstand. Flere informanter pekte på at det heller var likegyldighet og en avventende holdning enn direkte motstand som preget flertallet nedover i organisasjonen. Noen av informantene

opplevde for eksempel at mellomledere i deres organisasjon ikke kunne se at reformen hadde noe relevans for dem. For dem var dette en reform som bare var aktuell lenger oppe i systemet. I vår hverdag opplever vi at det er en forventning til at reformen skal forbedre samarbeidet og behandlingen av pasienten. Samtidig oppleves det fremdeles en viss mistillit til andres vurderinger når en er uenig i avgjørelser. Sånn sett er reformen nå inne i en kritisk fase i forhold til å vise at den har en misjon og at resultatet blir en forbedring. Går det for lang tid uten at ansatte ser endringer til det positive vil de gi opp og viljen til endring vil bli betydelig mindre.

Hellesø og Fagermoen (Hellesø & Fagermoen, 2010) tar også opp utfordringen med at lokal praksis unngår formell struktur. Den formelle strukturen kan være på plass men koordineringsproblemene fortsetter da strukturen ikke er implementert helt ned i organisasjonen. Produksjonskjernen sitter ofte langt fra toppledelsen der avtaler og beslutninger blir tatt.

Enkelte informanter mener at implementeringen er kommet lenger i kommunen enn sykehuset. Hvis dette stemmer så kan vi stille noen interessante spørsmål. Gjør den flate strukturen i kommunen til at implementeringsarbeidet går lettere? Det er færre nivåer som siler informasjonen og kommunikasjonslinjene er kortere. Et annet spørsmål er om det kan ha noe med legestanden å gjøre? Fastlegene er lite forpliktet av avtalene mellom kommune og sykehus og har lite innflytelse på kommunens organisering. De driver sin egen bedrift uavhengig av systemet rundt. På sykehuset er legene en stor gruppe som har mye makt. Hvis de ikke blir involvert og engasjert er det vanskelig å nå igjennom.

5.2.2 Nettverksstyring

Nettverksstyring krever mye ressurser. På kommunesiden er det et stort antall personer som har vært involvert i ulike grupper. Noen fagutvalg har fått tilført prosjektmidler men for de fleste grupper og samarbeid gjelder det at hver organisasjon må stille med ressurser i form av deltakere til gruppene. Informantene ser dette arbeidet som veldig nyttig. En får større forståelse for hverandre og dermed økt tillit. Organisasjonene samarbeider tettere nå enn før både internt og eksternt. Nettverksarbeid blir en form for gjensidig tilpassing for å klare store, kompliserte oppgaver. Strand (Strand, 2007) viser til at nettverksorganisering kan gi bedre spredning av kunnskap og viktig informasjon til de deltakende organisasjoner. Sammen står de dermed bedre rustet til å håndtere oppgaver som kreve høy kompetanse.

Ressursene som brukes til nettverkssamarbeidet blir i stor grad tatt fra annet arbeid i organisasjonene. For de som ikke ser nytten av samarbeidet kan det virke provoserende med ”alle disse møtene” som tar ressurser fra direkte pasientarbeid. Her ligger det en kime til konflikt hvis ikke lederne i organisasjonen klarer å kommunisere ut viktigheten av dette samarbeidet. I tillegg er det vesentlig at de ansatte i organisasjonene opplever positive resultater av samarbeidet.

Flere informanter er innom koordineringsrollen som finnes i begge organisasjonene. Sykehuset har en samhandlingsenhet mens hver region har en koordinator som representerer hele regionen. Disse koordineringsrollene er sentrale bindinger i informasjonsstrømmen. OSS (overordnet strategisk samarbeidsutvalg) er det øverste treffpunktet mellom organisasjonene. Her blir de strategiske avgjørelsene tatt i forhold til hva det skal jobbes med og på hvilket nivå det skal jobbes med de ulike problemstillingene. Alle undergrupper rapporterer direkte til OSS. En utfordring her er å få til en best mulig effektiv drift av nettverket. Enkelte informanter er inne på at det kan være fare for at OSS blir en propp i systemet. De har møte fire ganger i året og dermed begrenset kapasitet i forhold til hva de kan ta unna. Enkelte informanter stiller spørsmål ved om samhandlingen går saktere nå enn før reformen pga at alt initiativ til samhandling må igjennom et formelt system og godkjennes først.

En annen utfordring er at det er vanskelig for lokalpolitikere å holde oversikten og ha kontroll i sin organisasjon når den jobber sammen i nettverk med andre organisasjoner. Dette var noe av problemstillingen som ble trukket frem i forhold til reformen i England og Skottland. Når politikere mistet kontrollen førte det til inkonsekvent politikk med vage veiledninger for interesser som prøver å forme varige og produktive partnerskap (Forbes & Evans, 2009).

Ifølge Romøren m.fl. er det forsket lite på virkemidlene som samhandlingsreformen bygger på (Romøren et al., 2011). Forskningsresultater er et av de viktigste verktøyene politikere har når det gjelder å ta avgjørelser i forhold til hvordan helsetjenesten bør organiseres. Det er forskningsresultatene som kan gi dem argumenter til å gjennomføre endringer i en ekspertorganisasjon som ellers er veldig autonom og vanskelig å styre.

Omsorgsplan 2020 (St.meld.nr.29, 2012-2013) peker på viktigheten av å trekke inn alle gode krefter i morgendagens omsorg. De nevner både pasientens egne ressurser, pårørende, lokalsamfunnet, frivillige lag og foreninger og velferdsteknologi. Ingen av disse ressursene er

nye men de må tas i bruk på nye måter og koordineres sammen. Det kreves ressurser for å koordinere dette.

For kommuneregionen sin del ser vi at samarbeidskoordinatoren har hatt en veldig sentral rolle i utarbeidelsen av samarbeidsavtalene. Veldig mye av samarbeidet og koordinering i regionen har hvilt på en person. Koordinatorene fra de ulike regionene har dannet et nettverk og jobber tett sammen. De har dermed et fellesskap å hente støtte fra. I utgangspunktet er koordinatorstillingen en prosjektstilling. Spørsmålet er om regionen kan klare seg uten denne koordinatoren etter hvert? I et nettverkssamarbeid som dette trenger vi noen som har oversikten og koordinerer de ulike oppgavene. Under OSS er det opprettet et regionalt samarbeidsutvalg for hver region. Her er alle kommuner representert ved kommunalsjefer for helse og omsorg og kommuneoverlege. Sykehuset er også representert her men det er kommunene som har lederen i utvalget og leder samlingene. Det regionale samarbeidsutvalget har ansvar for regionale samhandlingstiltak, regionale faggrupper/fagutvalg og å sørge for informasjon, forankring og støtte i egen organisasjon om det praktiske samhandlingsarbeidet. Dette arbeidet vil kreve mye ressurser og spørsmålet er om representantene i dette utvalget har kapasitet til å følge opp denne jobben i tillegg til oppgavene sine i den enkelte kommune?

Vrangbæk viser til at det i Danmark er det vanskelig å prøve ut eksperimentelle og nye samarbeidsformer fordi økonomien er presset og en er redd for økte utgifter (Vrangbæk, 2011). Vi finner samme utfordring i Norge da vi er redd for å sitte igjen med flere oppgaver og dermed økte utgifter. Et annet problem er å tenke i nye baner og være kreative da vi lett blir låst i gamle mønstre.

5.2.3 Organisasjonsdesign

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er designet på to veldig forskjellige måter. Kommunen med sin flate struktur har kort vei fra topp til bunn. De er rammefinansiert og enhver ny aktivitet blir en merutgift. Helseforetakene har en mye spissere struktur med flere nivåer. Med delvis stykkprisfinansiering får de en helt annen måte å tenke økonomi på. Flere informanter bekrefter at forskjellen i strukturen mellom organisasjonene kan være en utfordring. Det kan for eksempel være vanskelig å finne folk fra samme nivå til å delta i samarbeidsgrupper.

Kommunen styres av politikere mens helseforetakene styres av profesjonelle styrer. I tillegg er staten en sterk aktør som påvirker mye gjennom blant annet styring av DRG (Diagnosis-

related group)-systemet. Når staten fjerner DRG-grupper er sykehusets økonomer raskt på banen. Dette blir da grupper som sykehuset ikke lenger ønsker å ta ansvar for og dermed vil skyve dem over på kommunen. Kommunen får ikke overført flere midler for å starte opp nye tilbud.

Ifølge informantene fra kommunen opplever de innimellom å måtte minne sykehuset på delavtale 1. Denne avtalen handler om oppgave- og ansvarsfordeling. I denne avtalen skisseres prosesser som skal anvendes ved utredning og endring av ansvars- og oppgavefordeling mellom partene. Et eksempel de trekker frem hvor de mener sykehuset ikke har fulgt avtalte spilleregler, er prosessen rundt grupperehabilitering. Da leste de på SSHF sine hjemmesider at kommunen skulle overta dette tilbudet, før det var drøftet med dem først. Prosjekter for Optimale Pasientforløp (POP) er et utviklingsprogram i regi sykehuset. Prosjektmidler lyses ut hvert år hvor alle avdelinger kan søke. Tanken er å øke kvaliteten på pasientarbeidet ved å hente inn ideer fra de som jobber nærmest pasienten. Kommunen blir også invitert inn i disse prosjektene men det er sykehuset som setter dagsorden. Rehabilitering er tema for et av prosjektene som ble startet opp i 2013. Her ønsker de å se på ansvarsfordelingen mellom sykehus og kommune. I første runde med delavtale 1 ble partene enige om vente med spørsmålet rundt grupperehabilitering. Nå føler informanter fra kommunen at sykehuset prøver å snikinnføre nye oppgaver i kommunen utenom de formelle linjene. Under prosjektjobbingen kan fort bordet fange og kommunen står igjen med enda flere oppgaver de skal ta hånd om uten å få tilført nye midler. Det er da spørsmålet om lovpålagte oppgaver dukker opp. For å selge reformen ut til befolkningen er det brukt mange fine ord og bilder. Media er også en aktør med sine ofte tabloide, vinklinger. Dette skaper forventninger som er vanskelig å innfri. Over tid kan dette føre til en redusert tillit hos befolkningen. Den største taperen i dette spillet er pasienten.

Når Danmark startet reformen i 2007 hadde de i forkant gjort en stor endring ved sammenslåing av kommunene. Norge har satset på frivillig samarbeid på tvers av kommunene. Som en informant sier: ”Vi later som vi har gjort en strukturendring på kommunesiden. Dette fungerer greit så lenge vi er enige”. Ved uenighet kan størrelsesforskjellen mellom kommunene blitt et problem. De små kommunene som har en mindre administrativ kapasitet kan føle seg maktesløse og overkjørt av de store kommunene (Kyrkjebø & Torjesen, 2012). Det kan dermed bli en maktkamp, ikke bare mellom sykehus og regionene men også mellom kommunene i den enkelte region. Små kommuner kan ikke fylle kravene i samhandlingsreformen alene, de er nødt til å samarbeide. Gode relasjoner skal

bygges og vedlikeholdes. Det er spesielt når det røyner på at det er viktig at grunnmuren er stødig. For å bygge gode relasjoner kreves det store ressurser. For England og Skottland ble de store transaksjonskostnadene en av reformens negative resultater. Det er sånn sett et paradoks at jo trangere økonomien er, jo sterkere kniving mellom partene (spisse albuer), jo mer ressurser trengs det for å opprettholde gode relasjoner.

Ifølge informantene er det ikke gjort de store strukturendringer i organisasjonen for å understøtte nye arbeidsmåter. Sykehuset diskuterer, som nevnt før, en utvidelse av merkantile funksjoner. Før ble pasientene sendt fra sykehus til kommunen, stort sett på dagtid. Nå opplever vi at pasienten vanligvis kommer på ettermiddag/kveld. Dette er et stort problem da sykepleierdekningen på kveld og helger ikke er tilpasset den nye pasientflyten. På dette feltet har kommunen hatt en avventende holdning og vil ikke gjøre endringer før det har gått litt tid. Det er flere årsaker som kan føre til at pasienten blir sendt ut sent på dagen. Det ene er at legene på sykehuset skal rekke å gjennomføre visitt. Ofte venter de på prøvesvar før de kan ta en avgjørelse om utskrivelse. I tillegg skal epikriser dikteres og skrives. En annen forsinkende årsak kan være ambulansetjenesten. Pasientene som kommer fra sykehus til sykehjem er ofte så dårlige at de blir fraktet i ambulanse. Fra vårt ståsted i kommunen er inntrykket at ambulansekapasiteten er for liten slik at pasienten blir liggende unødvendig lenge på sykehuset og vente på hjemtransport.

Før ble alle avgjørelser i forhold til pasienter i kommunen tatt opp på inntaksmøte en gang i uka. Nå går det mange flere telefoner på kryss og tvers i løpet av hele uka, også i helga, og på alle tider av døgnet. Vi opplever fra vårt ståsted at enhetene innenfor helse og omsorg i kommunen har fått et mye tettere samarbeid og er blitt mer fleksible.

Sørensen skriver at organisasjonene designes ulikt på de ulike nivå. Foreløpig er det blitt jobbet mest med tettere nettverksstyring på høyere nivå. Men informantene erkjenner at det må gjøres endringer lenger ned i systemet etter hvert for at den nye arbeidsflyten skal fungere bedre. Reformen er imidlertid en prosess og både kommune og sykehus har hatt en avventende holdning og ønsker å se behovet over tid før de gjør endringer. Så foreløpig gjør vi som vi pleier og hiver oss rundt når det dukker opp nye problemstillinger. Både mellom sykehus – kommune og kommune – kommune er det imidlertid blitt en større gjensidig avhengighet. Ifølge Mintzberg vil dette da kreve en endring i strukturen i de ulike organisasjonene ettersom arbeidsmønsteret endrer seg.

5.2.4 Bruk av IKT som felles kommunikasjonsplattform

Kommune og sykehus er i en tidlig oppstart av elektroniske meldinger per i dag. Foreløpig er det en enveiskommunikasjon og den gir lite mulighet for utveksling av rik informasjon.

Meldingene i seg selv er ikke nok til å danne grunnlag for beslutninger om pasientens videre behandling. Vi har behov for mer informasjon, og bruker da gjerne telefonen for å innhente flere opplysninger. Kommunikasjon er vanskelig, jo mer kompleks arbeidsoppgaven er, jo viktigere er det med rik informasjon. Gjensidig tilpasning er den enkleste form for koordinering. Personer prater direkte sammen og tilpasser seg hverandre og oppgavene. Denne form for koordinering finner vi ved enkle arbeidsformer men også når oppgavene blir veldig komplekse. (Mintzberg). De nye PLO (Pleie og Omsorgs)-meldingene er en forbedret versjon hvor muligheten for toveiskommunikasjon er god. Ansatte er veldig fornøyd med denne utviklingen. Dette systemet erstatter telefonen i mange sammenhenger.

Informantene er optimistiske i forhold til hva nye IKT-løsninger kan hjelpe oss med. De tror mulighetene for en bedre samhandling rundt pasientene, ved nye elektroniske løsninger, er gode. Eksempler som trekker frem er KOLS-koffert som kan være med på å trygge pasienten og redusere antall sykehusinnleggelse, telemedisin som kan redusere reisevei for pasienten og kjernejournal som standardiserer pasientinformasjon.

IKT er kun et verktøy for å fremme et godt pasientforløp. Opplæring i bruk av teknologi og informasjonssikkerhet blir vesentlig i denne sammenhengen.

Informasjonssikkerheten har på noen områder økt etter som mer pasientinformasjon overføres elektronisk direkte til pasientjournalen og dermed ikke sendes i papirformat for så å skannes inn i journaler av stabsansatte. Utviklingen innenfor IKT har dermed ført til en endret arbeidsflyt rundt pasientinformasjon. Et ledd i arbeidsflyten kan fjernes og dette fører til at færre får tilgang til pasientopplysningene slik at sikkerheten økes. Sikkerheten i forhold til elektronisk informasjon er knyttet tett opp mot de ansattes kunnskap og vilje til å følge ”Normen for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren”. Normen er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket. Alle aktører i sektoren som er tilknyttet Norsk Helsenett er avtalerettslig forpliktet til å følge Normen.

Flere informanter tror at mange utfordringer løses når det elektroniske systemet er kommet mer på plass. ”Tiden jobber for oss.” (informant 4) Samtidig uttrykker de frustrasjon over at utviklingen går så sent og at det ikke er en mer sentral styring av IKT-utviklingen i landet.

Et journalsystem som gir rask tilgang til oppdaterte opplysninger, kan være avgjørende for kvaliteten på hjelpen som gis. Mangel på oppdaterte opplysninger kan være medvirkende årsak til blant annet feilmedisinering. I dag kan ansatte på sykehjem oppleve å få pasienter innlagt som har 3 medisinlister som ikke stemmer overens, en fra hjemmet, en fra fastlegen og en fra sykehus.

Samhandlingsreformen legger vekt på standardisering av informasjon med IKT som felles plattform. IKT er dermed en viktig kanal for strømmer av informasjon på tvers av nivåer og enheter. Men det er også et viktig styringsredskap for ledelsen. Ut fra databaser kan ledere hente ut mye interessant statistikk som kan brukes både som kontrollfunksjon og til strategisk planlegging. Den store mengden med elektronisk informasjon som blir lagret fører til at profesjonene ikke kan holde kortene så tett til brystet lenger. Det blir stilt spørsmål når statistikken på deres avdeling avviker fra tilsvarende avdeling andre steder i regionen eller landsdelen. I mars 2013 kom det frem i media at statistikken på antall reoperasjoner etter coloncancer operasjoner var veldig høy på SSHF Arendal. Dette førte til midlertidig stopp i denne type operasjoner på sykehuset og en granskning av alle journaler til de aktuelle pasientene. Dette viser at lagret elektronisk informasjon som hentes ut i form av statistikker, har en viktig kontrollfunksjon. Denne formen for koordinering blir ifølge Mintzberg en form for direkte overvåking.

5.3 Juridiske utfordringer

Alle våre informanter forteller at det har blitt lagt ned mye arbeid for å lage de juridisk bindende avtalene mellom helseforetaket og kommunene. Disse avtalene er nå den formelle rammen for samarbeidet mellom SSHF og kommunene. Denne jobben er gjort på et veldig overordnet nivå, og har krevd mye ressurser. Samtidig sier informantene at det har vært viktig, både for å få forståelse for hverandres ståsted, men også for å ha noe å falle tilbake på når økonomiske prioriteringer og uenighet om eks gråsoner og oppgavefordeling gjør seg gjeldende. I kommunene er det politikerne som til syvende og sist godkjenner avtalene. De har lite innflytelse på avtalene da de ikke er med og utarbeider dem. Ved undertegning blir de bundet både økonomisk og juridisk uten å ha hatt en reell innflytelse i prosessen. Dette kan vi finne igjen fra erfaring i Skottland og England hvor politikerne mistet styringen over utviklingen i helsetjenesten (Veggeland, 17. januar 2013).

5.3.1 Samarbeidsavtalene og gråsoneproblematikken

De gjensidige samarbeidsavtalene mellom SSHF og kommunene er en måte å koordinere og fordele oppgavene mellom første- og andrelinjetjenesten på (jf delavtale 1). Disse aktivitetene kjenner vi igjen fra Mintzberg sin organisasjonsteori som de grunnleggende behovene i en organisasjon. Gjennom avtalene skal de bli enige om hvilke oppgaver de skal samarbeide om, hvordan de skal samarbeide og hvordan de skal takle uenighet og avvik. Enighet om målene gjør det lettere når en kommer til beslutningsprosessen senere. Fritt sykehusvalg kan være en kompliserende faktor i å følge avtaler. Hvis en pasient velger sykehus i en annen region vil det ligge andre avtaler til grunn og de kjente mønstrene blir utfordret.

Vrangbæk mener at et optimalt samarbeid først og fremst krever at det er enighet om utgangspunktet, målet og ansvarsfordelingen. Hvis samarbeidspartene ikke snakker samme språk i utgangspunktet, eller har forskjellig grunnleggende holdninger/perspektiver på den forestående oppgaven blir samarbeidet sterkt utfordret fra begynnelsen av (Vrangbæk, 2011). Ut fra det vi ellers kan observere så er vurderingene i organisasjonene fremdeles ulike i forhold til om pasienter er utskrivningsklare og hvilket omsorgsnivå de trenger. Juridisk sett har helseforetakene definisjonsrett på utskrivningsklare pasienter mens kommunene avgjør omsorgsnivå. Ulikt syn på disse områdene skaper dermed en stor utfordring i samarbeidet mellom organisasjonene.

I en kronikk av Noralf Veggeland (Veggeland, 17. januar 2013) stilles det spørsmål ved samhandlingsreformens vektlegging av målstyring basert på resultat- og effektivitetsindikatorer. I forhold til felles mål skriver han dette: ”Det blir komplisert. I denne organisasjonen vil det være mange forskjellige grupper med svært ulike målsettinger og oppgaver, og ulike ønsker for hva organisasjonen skal prioritere. Det vil kunne oppstå særlige problemer fordi egeninteresser i kommunene og sykehusene lett medfører opportunistisk adferd.”

Det overordnede nivået har jobbet veldig tett sammen. Det er dannet et nettverk som arbeider godt sammen med stor tillit, ifølge våre informanter. Det store spørsmålet da er om de klarer å implementere reformen godt ned i organisasjonen og ut på hver enkelt arbeidsplass slik at alle har en felles målforståelse og jobber etter denne.

Kalseth og Paulsen fant i deres analyse i 2008 at kommunene i stor grad følte seg som lillebror overfor helseforetakene. Våre informanter gir oss langt på vei samme informasjonen i forhold til samarbeidet i dag. En partnerskapsmodell bygger på at partene er likeverdige.

Dannelsen av kommuneregioner er et forsøk på å stille som mer likeverdige parter. Informantene trekker likevel frem skjevheten i styrke som en utfordring fra kommunene sin side. Det blir også trukket frem at i de regionale samarbeidsutvalgene inntar helseforetaket en mer avslappet rolle. Her er det kommunene som styrer gruppen og setter dagsorden.

En informant nevnte også at det er en utfordring for avtaler og samarbeid at forutsetninger endres underveis fra statens side. Dette gjelder spesielt prioriteringer, hvor grunnlaget for økonomisk inntjening endrer seg. Det er også her avtalene får prøvd seg i forhold til fremgangsmåte ved omdisponering av oppgaver. Problematikken rundt grupperehabilitering trekkes her frem som et eksempel.

Diskusjoner rundt gråsoner og hvem som har ansvar for hvilke oppgaver har tatt mye tid ifølge enkelte informanter. Vrangbæk viser fra analysen rundt prosessen i Danmark at utviklingstendensen er at sektorgrensene hele tiden flyttes og at kommunene og fastlegene får flere oppgaver og skal spille en langt mer sentral rolle i forhold til de eldre pleietrengende pasientene. Enkelte informanter er inne på at dette er ikke en samhandlingsreform men en oppgaveforskyvningsreform. For sykehuset er det dyrt å behandle pasienter de ikke får penger for. For kommunen er det dyrt å overta en ny oppgave uten å få tilført flere midler. Intensjonen til reformen er at det skal lønne seg for kommunen å drive forebyggende arbeid som vil resultere i færre sykehusinnleggelse etter hvert. Forebyggende arbeid har alltid stått svakt i budsjettkampen. Det tar lang tid før en får resultater og det er vanskelig å måle resultatene. Avtalen med utskrivningsklare pasienter har raskt ført til store endringer pga de sterke økonomiske insentivene. Oppgavene er konkrete og målbare. Enkelte informanter tror de vil bli adskillig større utfordring nå når forebygging og psykiatrien skal settes på dagsorden. Det er kanskje her, i fordeling av oppgaver i gråsonen fremover, en vil se hvor vellykkede avtalene og samarbeidsklimaet er.

5.4 Økonomiske utfordringer

De ulike økonomiske systemene mellom kommune og sykehus, er i seg selv en utfordring når oppgavefordeling diskuteres. Selv om kommunene har fått overført deler av sykehuset sitt budsjett for å medfinansiere innleggelse, har kommunene i liten grad innvirkning på hvem som blir lagt inn på sykehus.

Oppbygningen av de tre systemene, kommune, fastleger og helseforetak, hvor i dag fastlegene ikke er bundet av avtalene gjør kontrollmulighetene og påvirkningsmulighetene mindre både for helseforetak og kommune.

De økonomiske utfordringene blir nevnt av alle våre informanter. De mener det har vært et viktig insitament for å få i gang prosesser. Men at det er en del motstridende interesser. Delavtale 5 med betaling for ferdigbehandlede pasienter ble raskt satt ut i live.

Medfinansieringen har gjort at kommunene har fått tilgang til nye tall og statistikker. Flere informanter er inne på at dette har ført til nye interessante diskusjoner rundt prioriteringer både internt i kommunen og i nettverk med andre kommuner. Et eksempel som ble tatt opp var kostnaden med enkelte polikliniske konsultasjoner. Spørsmålet var om kommunene kunne tjene på å overta denne oppgaven selv. En av standardiseringsformene til Mintzberg er direkte tilsyn, her ser vi at gjennom innsyn i analyser og tall endrer organisasjonene tenkemåte og prioriteringer. Andre diskusjoner som kommer opp er hvorfor det er så stor forskjell på sykehusinnleggelser mellom kommunene. På denne måten kan kommunene samarbeide og lære av hverandre.

Det blir også sagt at økonomiske utfordringer fører til spisse albuer innimellom, og kampen om penger kan føles håpløs. Det er et misforhold mellom forventninger om finansiering i begge organisasjoner. Dette fører også til en politisk skepsis. Informanter var inne på at kampen om økonomien i spesielt gråsoneområdene kan føre til et spill som ikke tjener noen. Pasienter blir sittende igjen med opplevelse av å miste et tilbud de har hatt på sykehuset som ikke kommunene viderefører da det ikke er en lovpålagt tjeneste.

Staten styrer satsene for behandling, og de kan gjennom prioritering og endring av disse strategisk styre veien videre.

Flere informanter ser faren ved at reformen kan føre til stor vekst i byråkratiet. Vi må passe oss så vi ikke administrere oss vekk. Veggeland (Veggeland, 17. januar 2013) tror at reformen vil føre til omfattende ekstrakostnader i form av økte transaksjonskostnader slik at kostnadene til helsesektoren blir sprenget. Dette begrunner han med partnerskapsorganiseringen som er krevende å samordne og styre. En av informantene er inne på at samhandlingen må bli en naturlig del av det nåværende systemet så vi ikke bare øker på med enda flere møtearenaer.

5.5 Kulturelle utfordringer

Samhandlingsreformen legger til grunn at vi skal samhandle internt og på tvers av organisasjoner. En god samhandling og koordinering av oppgaver gir oss utfordringer ved at ulike systemer skal knyttes sammen. Både informanter og teorien vektlegger utfordringen i forhold til det kulturelle aspektet, og at dette er nært knyttet opp mot tillit.

5.5.1 To ulike perspektiver

Flere informantene påpeker at sykehus og kommunehelsetjenesten er to ulike verdener som snakker ulike språk. Dette kan føre til skepsis og mistillit mellom nivåene. Samtidig mener de at mulighet for godt samarbeid er til stede og peker på viktigheten av at de ulike nivåene kjenner hverandres bakgrunn og utgangspunkt godt. For å få dette til kreves det imidlertid at det settes av tid til å bli kjent.

Kalseth og Paulsens kartlegging fra 2008 viser at både helseforetak og kommuner opplever ulik kultur som en utfordring i samarbeidet.

Habermas peker på at hvordan man oppfatter senderens troverdighet er avgjørende for hvordan mottakeren forholder seg til meldingen (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Dette viser hvor viktig tillit mellom ansatte i organisasjonene er når de skal samarbeide.

”Opplevelsen av asymmetri i relasjonen mellom samarbeidspartnerne oppleves som et grunnleggende problem når det gjelder kultur, spilleregler og stemning i samarbeidet.” (Kalseth og Paulsen, s 30, 2008)

Kalseth og Paulsen er likevel optimistiske i forhold til utviklingen i samarbeidsrelasjonene. ”Vårt inntrykk er en utvikling som går mot en økende forståelse for viktigheten av å samarbeide. Likevel er det en utfordring at det er ulike kulturer og tradisjoner som skal samhandle, og det vil måtte påregnes at det tar tid å bygge opp en samhandlingskultur. Ikke minst å få avdekket forventningene vi har til hverandre.” (Kalseth & Paulsen, 2008, p. 33)

Ansatte som går igjennom et felles utdanningsløp, har en felles kulturforståelse og dermed lettere for å forstå hverandre. Innenfor helsesektoren kan profesjoner med felles utdanning imidlertid ha ulik erfaring. Over tid blir de påvirket av kulturen innenfor sin organisasjon. Dette kan forstyrre kommunikasjonen på tvers av organisasjonene og de forskjellige nivåene. For politikerne som har det overordnede ansvaret for samhandlingsreformen, kan

profesjonenes språk også være en utfordring. ”Profesjoner er et eksempel på sosial gruppe som skaper en unik dialogsituasjon som fungerer ekskluderende for de som ikke er en del av profesjonene” (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Ulikt perspektiv på pasientrollen er et moment som Hellesø og Fagermoen trekker frem som en utfordring for samarbeidet. På sykehuset inntar pasienten en pasientrolle hvor det er fokus på en konkret medisinsk utfordring. Pasienten er i nye omgivelser og innleggelsen kan være svært kort. Kommunehelsetjenesten har et mer helhetlig perspektiv hvor målet er at pasienten skal fungere best mulig i sitt hjem sammen med sine omgivelser. Pasienten er herre i eget hus og er i vante omgivelser. Nettverket rundt pasienten påvirker også i stor grad hvor mye hjelp pasienten trenger fra kommunen. Når ansatte i kommunen og sykehus diskuterer en pasient, er det derfor ofte med svært ulik faglig ståsted. Dette kan fort føre til misforståelse hvor den ansatte på sykehus beskriver en virkelighet hvor pasienten trenger mer hjelp enn det den ansatte i kommunen opplever når pasienten kommer hjem i sin egen bolig. Dette er en virkelighet flere informanter kjente seg igjen i. Men som en av informantene påpekte: ”Vi har forskjellig fokus i organisasjonen, og det tror jeg vi skal ha, men det er viktig at vi er bevisst hverandres innfallsvinkel for å få til en god kommunikasjon”.

Jacobsen og Thorsvik sier at kommunikasjonsmengden avtar betraktelig når man krysser en formell organisatorisk grense. Det er blant annet fordi personer innenfor en enhet med felles kultur har lettere for å forstå og snakke med hverandre. De har ofte lik kompetanse og erfaringsbakgrunn. I tillegg til at de ofte er fysisk samlokalisert. Dette forenkler kommunikasjon og gir stor mulighet for rik kommunikasjon. Dette kan være en av forklaringene på utfordringene rundt kunnskapsspredning. Fagnettverk på tvers av kommuner høres greit ut men i hverdagen kan det bli langt mellom partene og lite kjennskap til hverandres arbeidsplass.

Sykehussykepleier tolker og gir i stor grad informasjon ut fra et akutt og medisinsk perspektiv, mens kommunehelsetjenestens sykepleiere tolker og gir informasjon ut fra deres kontekstuelle erfaring med langtidsperspektiv på pasientens behov. Ut fra dette ser vi at kommunikasjonen mellom sykehus og kommune kan være en utfordring. Informasjon som flyter mellom organisasjonene og ulike enheter blir tolket ut i fra den rådende kultur.

Ansatte i helsevesenet har dermed to ulike kulturbakgrunner å tolke ut i fra når de skal kommunisere sammen på tvers av ulike nivåer.

Et tredje perspektiv som kommer inn er pasienten/pårørende sin måte å se verden på. Mange har ingen utdanning innenfor helseområdet og er farget av sine erfaringer og hva de får med seg blant annet i media. Ordet spesialist gir visse forventninger. Noen av informantene er inne på at den tradisjonelle tenkingen rundt fordeling av oppgaver mellom kommunetjenesten og sykehus står fast hos folk. Det er til tider vanskelig for folk å ha tillit til at kommunen kan gi en like god behandling som de ville fått på sykehuset.

5.5.2 Organisasjonskultur

Organisasjonskulturen sier noe om hva som er viktig og hva som ikke er det og hvordan vi gjør det hos oss. Den er med på å styre de ansattes beslutninger. For å få en standardisering av kunnskap må det også jobbes konkret med organisasjonskulturen slik at de ulike nivåer og enheter kan nærme seg hverandre i forståelse og dermed ha bedre kommunikasjon.

Grunnleggende forståelse for hverandres kultur er viktig for å få til et godt samarbeid.

Mintzberg snakker om standardisering av normer som en måte å koordinere arbeidet på. De ansattes beslutninger blir da styrt av kulturen. Her er det viktig å jobbe på flere felt. For at samhandling mellom nivåer skal bli en sterk del av kulturen, må det tas inn som tema allerede i profesjonsutdannelsene. Fagforeningene står sterkt i ekspertorganisasjonen og det er viktig at de også involveres i de ulike prosessene. Dette bygger blant annet på Strand (Strand, 2007) sin beskrivelse av ekspertorganisasjon hvor normene for det meste skapes utenfor organisasjonen som i utdannelsen og fagforeninger.

Hellesø og Fagermoen sier at sykepleierne gjør en god jobb for å sikre pasienten innenfor egen organisasjon, men overgangene er ikke sikret. Virkelighetsforståelsen kan være ulik mellom organisasjonene i forhold til synet på pasientens behov og funksjon. Det er ikke en lik forståelse av hva en utskrivningsklar pasient er. Sykehuset har definisjonsrett, det er det ikke tvil om. Fra våres ståsted i kommunen opplever vi likevel at det innimellom stilles spørsmål ved avgjørelsen til sykehuset angående enkelte pasienter som kommer til kommunen.

Pasienten kommer nå til alle tider av døgnet og kvaliteten på papirene som følger med kan variere stort. Tilliten til avgjørelser som blir tatt på sykehuset er ikke alltid like stor.

Flere informanter tar opp dette med ulik profesjonsbakgrunn og en informant kommenterer det på følgende måte: ”Leger snakker best med leger”. Også Jakobsen og Thorsvik sier at mennesker fra samme kultur snakker best med hverandre. Samtidig viser Ferlie med flere

(Ferlie et al., 2005) til at det også kan være tette skott mellom samme profesjonsgruppe internt i organisasjonen.

Flere informanter er inne på at mange utfordringer i samhandlingsreformen egentlig er kommunikasjonsproblemer og manglende kulturforståelse. Og at det er lett å tolke andres virkelighet ut ifra slik vi har det selv. For å øke forståelsen for de ulike kulturer er det viktig å ha tid til å bli kjent, men dette krever ressurser. Jo lenger ned en er i systemene jo mindre tid bruker en antagelig med andre på tvers av organisasjoner. På det utøvende nivå får en da ikke mulighet til å bli kjent på tvers av nivåene og muligheten for misforståelse og mistillit opprettholdes. Kulturbygging er en krevende jobb og det må settes av mye tid på alle nivåer. Dette er en krevende øvelse for lederne og det er fare for store transaksjonskostnader. Vi mener en av nøklene til å lykkes med reformen ligger her. Klarer organisasjonene å finne en god balanse mellom å jobbe med kultur og fag?

Kyrkjebø og Torjesen viser i sin artikkel at kommunene har lett for å benytte gamle stier når man skal lage nye interkommunale løsninger. Nye oppgaver legges i stor grad til de gamle lokalsykehusene, på denne måten unngår vi lokaliseringsstrid. Nettverkene følger i stor grad gamle samarbeidsordninger og bruker kjente virkemidler. Det er veldig ressurskrevende å opprettholde nettverksjobbing og gode relasjoner på tvers av kommuner og fylker, men viktig for å få en lik forståelse av oppgavene. Strand (Strand, 2007) snakker om at tette bindinger i nettverk krever sosiale bindinger preget av tillit, erfaringsbasert lojalitet og ufravikelige uformelle avtaler.

6 Konklusjon

Et viktig poeng med samhandlingsreformen er å finne frem til en god oppgavefordeling hvor begge forvaltningsnivåenes fortrinn blir utnyttet best mulig. Samtidig skaper ulik kultur og forståelse utfordring for samhandling mellom nivåene.

Reformarbeid i det offentlige er komplekst og vi kan derfor ikke forvente å se store endringer på kort tid. Tradisjonelt sett er endringer hvor initiativet kommer fra gulvplanet i organisasjonen, lettere å implementere i hele organisasjonen. Samhandlingsreformen er en typisk reform hvor initiativet kommer fra toppnivå. Dette gir en utfordring i forhold til å skape legitimitet på gulvet. Samtidig krever samhandling mellom to så komplekse organisasjoner at noen ser helheten og de store linjer. Dette viser at omfattende reformer i helsevesenet blir svært komplekse og at det ikke finnes noen enkle løsninger.

Gjennom litteraturstudie, intervjuer og egne erfaringer trekker vi noen konklusjoner i forhold til utfordringer som helsetjenesten står overfor i dag når det gjelder samhandling, oppgavefordeling og koordinering, 1,5 år etter samhandlingsreformens oppstart.

Det er fremdeles store kulturforskjeller mellom nivåene i helsetjenesten. De som har størst forståelse for hverandre er de som har samarbeidet mest på høyere nivå. Kulturforskjellene gir oss ulik virkelighetsforståelse og blir en utfordring for kommunikasjon og samhandling. Etter samhandlingsreformens oppstart har det blitt raskere overganger av pasienter mellom nivåene i helsetjenesten og til andre tider en før. Reformen har foreløpig ført til lite strukturelle endringer. På kommunesiden har det frem til nå ført til flere adhocløsninger på nederste nivå, for å tilpasse seg de nye utfordringene. Juridisk sett er det avklart hvem som har ansvar for å definere utskrivningsklare pasienter og omsorgsnivå de skal ha i kommunen. De ulike kulturene fører likevel til at det settes spørsmålstegn ved avgjørelser som blir tatt på andre nivå.

Standardisering av pasientforløp, som de har satset mye på i Sverige, har vi i liten grad klart å få til i Norge forløpig. Spesialisthelsetjenesten er så divisjonalisert og differensiert at det gjenstår en stor jobb for å få til et flytende pasientforløp innad på dette nivået. Standardisering av pasientforløp mellom første- og andrelinjetjenesten er komplisert og utfordrende å få til. Det er også et problem at ikke fastlegene er knyttet tettere til reformen da de har en viktig oppgave i forhold til koordinering av pasientforløpet.

Så langt vi kan se har det ikke skjedd mye endring når det gjelder overføring av kunnskap mellom organisasjonene/ nivåene i helsetjenesten. Vi opprettholder dermed i stor grad måten vi alltid har jobbet på. Et positivt unntak er IKT-verktøyet som nå begynner å fungere mellom nivåene. PLO-meldingene er et godt redskap for samhandling og koordinering. Dette verktøyet er stadig under utvikling, men ansatte er fornøyd med de nye mulighetene dette gir. Muligheten for elektronisk kommunikasjon har endret arbeidsflyten noe. Opplysninger kommer raskere frem og er uavhengige av at partene er til stede på samme tid. Kvaliteten på informasjonen betinger imidlertid at det er rom for å bruke tid til å dokumentere. Fra vår hverdag opplever vi fremdeles å få pasienter overført til kommunen med mangelfull dokumentasjon.

IKT er et godt redskap når det virker, men det savnes mer nasjonal styring i forhold til utvikling av dette verktøyet. Tilgangen til nye statistikker og tall har gitt mulighet for andre prioriteringsdiskusjoner og gir dermed større mulighet for strategisk styring.

Alle har hørt om samhandlingsreformen, men ikke alle kjenner til hva den innebærer. Implementeringen av avtaler har til nå foregått mest på overordnet nivå. Den avtalen som er implementert lengst ned i organisasjonene er avtale 5 som omhandler utskrivningsklare pasienter. Her ligger det et sterkt økonomisk insentiv for kommunene. Det videre arbeidet med implementering kan bli en utfordring for lederne. Det er et kontinuerlig arbeid hvor det stadig vil dukke opp nye elementer etter hvert som reformen utvikler seg. Å holde fokus på samhandling og utvikling over lang tid når ressursene er knappe og arbeidstakere har fokus på sine primæroppgaver, er en krevende øvelse. Når i tillegg avtaler og forutsetninger endres underveis er dette vanskelig. Det er på det nederste nivået vi vil se hvor vellykket implementeringen blir.

Organisatorisk har det skjedd lite endringer på nederste nivå. Bruk av elektroniske meldinger som felles kommunikasjonsplattform og endring i overføringsmønster av pasienter, er områder hvor ansatte på gulvet har merket størst forandring. På høyere nivå er det kommet flere nye samhandlingsarenaer.

Nettverksstyring krever store ressurser. De som deltar får større forståelse for de andre partene. Dette er helt nødvendig for å skape en felles forståelse slik at en jobber mot samme mål. Det er imidlertid en fare for stor vekst i byråkratiet slik de har sett det i England og Skottland. Det er et paradoks at mindre ressurser gir mer kniving mellom partene og flere møter kreves for å få en felles forståelse og god samhandling. Når det er lite ressurser i

organisasjonene blir en dermed tvungen til å bruke mer ressurser for å skape et godt samhandlingsklima.

Koordineringsrollen er en sentral binding mellom de involverte parter. Vi kan vanskelig se for oss at denne rollen kan avvikles. Samhandling kommer ikke av seg selv, den må koordineres slik at noen holder den røde tråden. Å legge koordineringsrollen som en tilleggsoppgave i en annen stilling kan være vanskelig. Når koordinatorrollen blir en av mange oppgaver i en stilling kan den fort bli nedprioritert i travle tider. OSS (overordnet strategisk samarbeidsutvalg) har møter 4 ganger i året. Når alt av initiativ og innspill skal gjennom dem, så er det en fare for at de blir en propp i systemet. At avgjørelser blir tatt i OSS gjør også at politikerne mister styringen over utviklingen i helsetjenesten. Noen av informantene nevner faren for at enkle samarbeidsinnspill fort kan bli en stor sak, da det må gjennom mange ledd for å sikre at det er innenfor avtalerammene.

Likeverd er et sentralt element når man skal samarbeide på tvers. Både fra tidligere studier og våre intervjuer kommer det frem at ikke alle opplever likeverd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Kommunene føler seg som en lillebror i partnerskapsmodellen. Dette finner vi også mellom kommunene med ulik størrelse. Det er uenighet om hvor stort problemet er og det ser ut som det er den minste parten som føler mest på denne problemstillingen.

De økonomiske virkemidlene styrer i høy grad hva det fokuseres på i organisasjonene. Systemet der helseforetakene og kommunene skal bli enige om avtaler, er ressurskrevende og vi kan spørre om det er for høye transaksjonskostnader knyttet til dette. I Danmark slo de sammen kommuner før de satte i gang med reformen, i Norge skal kommunene samarbeide frivillig. Frivillig samarbeid er greit så lenge det er gode tider, men når ressursene blir knappe blir utfordringene større.

Samhandlingsreformens sterke økonomiske insentiver i forhold til flyten rundt utskrivningsklare pasienter, har vært et effektivt verktøy. Dette er den overgangen det er jobbet mest med å standardisere til nå. I overgangen mellom kommune og sykehus er fokuset i reformen å hindre innleggelse så langt det er mulig. Forebygging har alltid vært en budsjettaper. Man ser ikke gevinst av innsatsen på mange år, og selv da er det vanskelig å måle effekten av arbeidet. Spørsmålet er hvilke virkemidler som gir et godt insentiv til å drive et effektivt forebyggingsarbeid?

Det er et misforhold mellom forventninger og finansieringer i begge organisasjonene. De har ulike finansieringsmodeller og dette gir noen økonomiske utfordringer i forhandlinger om avtaler og oppgavefordeling. Redselen for å bli sittende med økte oppgaver i egen organisasjon uten å få mer ressurser tilført, kan føre til et spill om oppgavefordeling i gråsoner, forskyvning eller nedlegging av viktige oppgaver. Dette spillet tjener ikke pasientene.

Det er kort tid siden samhandlingsreformen startet opp. Det er en retningsreform som skal utvikle seg over tid. I denne oppgaven har vi prøvd å vise et øyeblikksbilde av situasjonen i helsetjenesten i dag. I forhold til samhandling, koordinering og oppgavefordeling har de største endringene skjedd på et høyt nivå. Det er et stort, komplisert og ressurskrevende arbeid som gjenstår for å utvikle og implementere reformen i hele organisasjonen.

6.1 Forslag til videre forskningsprosjekter

Det er i følge Romøren med flere, forsket lite på de verktøyene som samhandlingsreformen legger til grunn (Romøren et al., 2011). For politikerne som skal styre helsetjenesten er det viktig å kunne legge forskningsresultater til grunn når de skal ta avgjørelser. På den måten kan de gjøres i stand til å styre utviklingen av helsetjenesten på et godt faglig fundert grunnlag. Dette er et viktig område å rette fokus mot.

Et interessant spørsmål er om reformarbeid med fokus på det administrative nivået, er den riktige måten å jobbe på, for å gjennomføre store endringer, i en så kompleks organisasjon som helsetjenesten er?

Et annet interessant område er hvordan ulik organisasjonsdesign påvirker implementeringen av en reform i en offentlig ekspertorganisasjon. Er det letter å implementere endringer i en organisasjon med flat struktur kontra spiss struktur?

Nettverksstyring er en viktig del av samhandlingsreformen. Hvordan kan vi organisere dette på en mest mulig effektiv måte slik at hele organisasjonen blir involvert og kostnadene ikke skyter i været?

Det kan stilles mange spørsmål rundt virkemidlene i samhandlingsreformen. Det er derfor viktig med mer forskning på dette området slik at vi får klare svar på hvilke verktøy som er virkningsfulle i en slik kompleks offentlig organisasjon som helsetjenester er.

7 Litteraturliste

- Christensen, Tom, Læg Reid, Per, Roness, Paul G., & Røvik, Kjell Arne. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Ferlie, Ewan, Fitzgerald, Martin Wood, & Hawkins, Chris. (2005). The Nonspread of Innovations: The Mediating Role of Professionals. *The Academy of Management Journal*, 48, 117-134.
- Forbes, Tom, & Evans, Debbie. (2009). Partnerships in Health and Social Care, England and Scotland Compared. *Public Policy and Administration*, 24, 67-83.
- Grund, Jan. (1995). *Helsepolitikk : effektivisering, spill eller utvikling?* [Oslo]: TANO.
- Hellesø, Ragnhild, & Fagermoen, May Solveig. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10.
- Spesialisthelsetjenesteloven, § 2-1 e C.F.R. (1999).
- Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-1 C.F.R. (2011).
- <http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/avtaler/mandal/Sider/side.aspx>. (2013). Samarbeidsavtaler mellom SSHF og Mandal kommune.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar, & Thorsvik, Jan. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.
- Kalseth, Birgitte, & Paulsen, Bård. (2008). Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008: Sintef Helse.
- Kyrkjebø, Dagrun, & Torjesen, Dag Olaf. (2012). *Dei kommunale samhandlingslaboratoria i Sogn og Fjordane – tidlege erfaringar med igangsetting av Samhandlingsreforma i eit småkommune fylke*. Paper presented at the Neon dagene 21.-22. november 2012, Sogndal.
- Repstad, Pål. (1993). *Dugnadsånd og forsvarsverker : tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: TANO.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *Int J Integr Care*, 11(Spec 10th Anniversary Ed), e127.
- St.meld.nr.29. (2012-2013). *Omsorgsplan 2020: Morgendagens omsorg*.

St.meld.nr.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*

St.prp.nr.1, Særtrykk av. (2006-2007). *Nasjonal helseplan.*

Strand, Torodd. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur.* Bergen: Fagbokforl.

Sørensen, Niels Bo. (1991). *Organisationers form og funktion.* Frederiksberg:
Samfundslitteratur.

Veggeland, Noralv. (17. januar 2013). Kronikk: En midlertidig reform, *Klassekampen.*

Vrangbæk, Karsten. (2011). Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske
patienter af Karsten Vrangbæk: FOKUS: Forum for kvalitet og udvikling i offentlig
service-analyse

8 Vedlegg Intervjuguide

Hva opplever du som de største utfordringene i forhold til samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i dag?

- På det faglige
 - Har vi en felles faglig forståelse mellom organisasjonene?
 - Eks utskrivningsklar pasient
 - Snakker vi samme ”språk” eller har vi lett for å misforstå hverandre?

- På det administrative
 - Samsvarer turnus og rutiner med de nye oppgavene vi har fått i sykehus og kommune?
 - Eks i forhold til epikriser fra sykehus og mottak av pasienter i kommunene
 - Har vi de møtearenaer vi trenger for å samarbeide mellom organisasjonene?
 - Blir det sendt avvik når samarbeidet ikke fungerer?
 - Blir evt avvik fulgt opp?
 - Opplever ledere at vertikal rapportering og budsjettkontroll fører til ”enhetsegoisme” og manglende interesse for felles oppgaver, samordning og koordinering?
 - Ulik struktur: To-nivå/resultatenhetsmodellen. Passer denne modellen hvis den brukes for helhetlige og koordinerte helsetjenester

- På det juridiske
 - Blir de formelle avtalene implementert i hele organisasjonen eller fortsetter lokal praksis som før?
 - Er det vanskelig å balansere mellom standardiserte krav i avtalene og en viss lokal tilpasning?
 - Opplever du at dere er likeverdige parter i samarbeidet om avtalene?

- På det økonomiske
 - Er organisasjonenes ulike økonomiske rammebetingelsene et hinder for samarbeid?
 - Tar spørsmålet om den enkelte organisasjons økonomi, fokuset vekk fra organisasjonenes felles mål som er et helhetlig pasientforløp

- På kultur
 - Opplever du at ulik kultur og ulik forståelse av pasientens behov kan føre til redusert tillit mellom ansatte i kommunehelsetjenesten og sykehus?

Har nye krav til samhandling ført til endret struktur, grupperinger og arbeidsmønstre i og mellom organisasjonene (hvordan vi jobber i den praktiske hverdagen)?

- På det faglige
 - Har vi endret måten vi overfører kompetanse på?
 - Arbeides det med standardisering av kunnskap?
 - Asymmetri?

- På det administrative
 - Har organisasjonene endret strukturene for å koordinere nye arbeidsprosesser? Evt. hvilke endringer?
 - Arbeides det med standardisering av arbeidsflyten ved overgangene i de ulike deler av pasientforløpet?
 - Forebygging
 - Innleggelse
 - Utskriving
 - Gjenopptrening
 - Har kulturen endret seg i forhold til valg av kommunikasjonskanaler mellom organisasjonene?
 - Formell/uformell kontakt
 - Telefon, fax, e-link

- Hvem samarbeider
- Er det forhold i organisasjonene som gjør at implementeringen av avtalene blir vanskelig?
 - Er samhandlingsansvaret og –kultur forankret i organisasjonen og evt på hvilket nivå
 - Ulik kultur og struktur – tilpasses avtalen til den rådende kulturen og strukturen i den enkelte organisasjon?
 - Økonomi (tid, ressurser)

Til slutt

- Alt i alt – synes du samarbeidet mellom kommune og sykehus fungerer i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om en sømløs helsetjeneste?