



Masteroppgave i Endringsledelse

Vår 2011

# **Mot en helhetlig helsetjeneste**

**En casestudie av Stokka Intermediæravdeling**

Kirsti Færevaag Nome

Ole Næss

**Masteroppgaven er innlevert som del av**

**Masterstudiet i Endringsledelse**

**Ved Universitetet i Stavanger**

**MASTERGRADSSTUDIUM I**

**ENDRINGSLEDELSE**

**SEMESTER:**

**Vårsemester 2011**

---

**FORFATTER:** Kirsti Færevaag Nome og Ole Næss

**VEILEDER:** Ståle Opedal, statsviter og seniorforsker, IRIS

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Mot en helhetlig helsetjeneste, En casestudie av Stokka Intermediæravdeling**

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Samhandling, intermediæravdeling, samhandlingspraksis, “halvannenlinjetjeneste”, myter, struktur, kultur, samhandlingsreformen, grenseflate, pasientflyt

---

**SIDETALL: 104**

**STAVANGER, 15. juni 2011**

## FORORD

Masterstudiet i Endringsledelse ved Universitet i Stavanger er med denne oppgaven avsluttet. Det har vært lærerike, intense og spennende år. Arbeidet med selve masteroppgaven har vært det mest utfordrende i dette studiet. Det har vært krevende, til tider smertefullt, men i all hovedsak en svært spennende reise. Nå er vi i mål, og vi vil i den anledning få rette en stor takk til personer som spesielt fortjener det og som på ulikt vis har bidratt i denne prosessen.

Først og fremst vil vi takke vår veileder, Ståle Opedal ved IRIS. Tusen takk for tålmodig og motiverende veiledning, konstruktiv kritikk og diskusjon underveis i hele prosessen og fram til siste slutt.

Vi takker Stavanger kommune og SUS for medvirkning og samarbeid, og vi retter en takk til alle informantene som stilte opp og gjorde denne oppgaven mulig.

Vi vil også rette en stor takk til våre studiekamerater i korridor C, som har motivert, trøstet og bidratt til at vi jevnt og trutt har beseiret etappene på veien mot det endelige målet. En særlig takk går til Karen og Mali, - dette hadde ikke vært det samme uten dere! Takk for råd, diskusjoner og latterfulle drøser over mang en kaffekopp.

Vi vil sist, men ikke minst, få takke våre kjære familier og venner for støtte gjennom disse årene, særlig i innspurten med selve oppgaveskrivingen. Vi ser fram til å kunne bruke mye mer tid sammen med dere framover! Takk for at dere heiet på oss, pushet oss og at dere viser at dere er stolte over hva vi har fått til! Selma (4) har tålmodig ventet på sin mamma, likens har tiden vær lang for Thorvald (5) og Håvard (3) som har sett pappa komme og gå til rare tider i hele vinter og vår. Vi kommer hjem nå!

Vi har vært to om å skrive denne oppgaven, som i seg selv har vært utforende. Vi har hatt våre feider, men alt i alt har det vært en glede. Vi gir hverandre en klem, og takker hverandre for samarbeidet, her vi nå står og har beseiret fjellet. Vi klarte det!

*Kirsti Færeveag Nome*

*Ole Næss*

*Stavanger 2011*

## **SAMMENDRAG**

Denne masteroppgaven er utført som del av endringsledelsesstudiet ved Universitetet i Stavanger. Oppgaven er en casestudie av samhandlingsprosjektet mellom Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus om Stokka intermediæravdeling, IMA.

IMA ble opprettet høsten 2008 i tråd med nasjonal helseplan (St. prp. nr. 1 (2006-2007)) og "Mestring, muligheter og mening" (St. meld. nr. 25 (2005 - 2006), 2006). Bakgrunnen for etableringen var at Stavanger kommune ønsket å utvikle et mer differensiert tilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som et ledd i en bedre eldreomsorg.

Oppgaven setter fokus på et aktuelt og mye diskutert tema innen helsevesenet i Norge, og slik sett også et interessant tema for en masteroppgave innen endringsledelse. Formålet med denne studien, er å beskrive og analysere samhandlingspraksisen mellom Stavanger universitetssykehus (SUS) og Stavanger kommune (SK). Samhandlingsreformen vil tre i kraft tidlig i 2012, og i den forbindelse pekes det på samhandling som en del av løsningen på fremtidens utfordringer for velferdsstatens helse- og omsorgstjenester.

Casestudien har en kvalitativ tilnærming, og består i tillegg til skriftlige kilder av 12 individuelle dybdeintervjuer med ansatte i SK og SUS. I oppgaven benyttes tre analytiske perspektiver, myte- struktur- og kulturperspektivet, for å studere samhandlingspraksisen. Vi argumenterer for at anvendelsen av de tre perspektiver til sammen har gitt en bedre forståelse av IMA som organisasjonsløsning, både hvorfor den oppstod og hvordan den virker. Den komplementære tilnærmingen har dermed sine fortrinn, men studien viser også at det ikke er så lett å fastslå om ett perspektiv er viktigere enn et annet.

Veileder har vært forsker ved IRIS, Ståle Opedal, som har vært koplet opp mot studien *"Learning from different experiences: Multilevel Governance of health and care services in Denmark and Norway"*.

Resultatene fra vår studie viser at utfordringen er størst når IMA konfronteres med pasienter som ikke helt passer til målgruppen og uenigheter mellom partene oppstår. Aktørene i IMA responderer på denne type utfordringer med å vise til egne organisasjoners regler, prosedyrer og struktur. Samtidig ser vi hvordan nettverksmodellen IMA ikke gir svar på utfordringer i forhold til IKT- og fagsystemer som ikke "snakker" sammen. Det mest slående med IMA er hvordan samhandling presenteres på overflaten i form av positiv retorikk, og i saker hvor pasientinntak til avdelingen ikke gir grobunn for uenigheter og konflikt. Samhandling

oppfattes som bra og riktig, men normene for handling er i stor grad preget av etablerte praksiser mellom SK og SUS. På det retoriske planet ser vi trekk av en felles kultur. Når vi går dypere ned i kulturelle faktorer ser vi at det noen ganger oppstår en kløft mellom SK og SUS som IMA ikke klarer å bygge bro over. Studien avdekker at gamle kulturer som tradisjonelt har splittet kommune og sykehus i et "de og oss" fortsatt kommer til overflaten.

På bakgrunn av oppgavens funn, reises nye spørsmål det kan være hensiktsmessig og interessant å studere videre. IMA er en ny og hybrid organisasjonsform. Vår vurdering er at spørsmål knyttet til pasientsikkerhet og -rettigheter bør debatteres videre. Det bør også forskes videre på øvrige implikasjoner på fremveksten av nye nettverksbaserte organisasjonsformer i helsetjenesten i skjæringspunktet mellom stat og kommune. Med stadig flere nedena-og-opp styrte initiativ melder flere spørsmål seg: Hvem bestemmer egentlig? Er dette tjenesteytende organisasjoner fritatt for den demokratiske og administrative kontroll andre typer virksomheter er underlagt? Og til slutt, hvordan skal IKT systemer i fremtiden integreres i denne type organisasjoner?

IMA er et barn av sin tid. Intermediæravdelinger har etter hvert fått gjennomslagskraft som en god modell for oppgaveløsning i skjæringspunktet mellom sykehus og kommuner, som vi antar vi både vil se og høre mer om i tiden som kommer.

# INNHOLDSLISTE

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 IMA OG DENS PRIMÆROPPGAVER .....	1
1.2 BAKGRUNNEN FOR VALG AV OPPGAVE .....	2
1.3 PROBLEMSTILLING .....	3
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	7
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>8</b>
2.1 SENTRALE BEGREP .....	8
2.2 MYTEPERSPEKTIVET .....	10
2.3 STRUKTURPERSPEKTIVET .....	16
2.4 ORGANISASJONSKULTUR .....	22
2.5 OPERASJONALISERING AV TEORI .....	30
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>32</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING .....	32
3.2 FORSKNINGSDESIGN .....	32
3.3 FORSKNINGSSTRATEGI .....	35
3.4 RELIABILITET OG VALIDITET .....	39
3.5 METODISKE UTFORDRINGER OG ETIKK .....	40
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>42</b>
4.1 MYTE .....	42
4.2 STRUKTUR .....	44
4.3 KULTUR .....	48
4.4 SAMHANDLINGSPRAKSIS .....	51
4.5 PASIENTFLYT .....	53
4.6 ET BLIKK FREMOVER BASERT PÅ VÅR VURDERING AV HVORDAN IMA FUNGERER .....	56
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>58</b>
5.1 MYTEPERSPEKTIVET .....	58
5.2 STRUKTURPERSPEKTIVET .....	62
5.3 KULTURPERSPEKTIVET .....	67
5.4 HAR PRAKSIS I IMA ENDRET SEG UNDERVEIS I PROSJEKTPERIODEN? .....	71
5.5 DET GLEMTE PROBLEM .....	72
<b>6.0 KONKLUDERENDE SAMMENFATNINGER .....</b>	<b>74</b>
<b>7.0 LITTERATUR .....</b>	<b>80</b>

## **Figurer (Fig)**

Fig 1: Mintzbergs organisasjonsmodell

Fig 2: Forholdet mellom artefakter, verdier/normer og antakelser

Fig 3: Analyseeskjema

Fig 3:1: Analyseeskjema med fokus på myter

Fig 3:2: Strukturens påvirkning på samhandlingen

Fig 3:3: Kulturens påvirkning på samhandlingen

Fig 3:4: Samhandling og pasientflyt

Fig 3:5: Pasientflyt

Fig 4: Holdninger til IMA

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Avtalen om intermediæravdeling mellom SK og SUS

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Samarbeid vedrørende masteroppgave i endringsledelse, UIS

## **1.0 INNLEDNING**

Helsetjenesten i Norge er organisert i en førstelinjetjeneste (kommune) og en andrelinjetjeneste (stat). Deres respektive ansvarsområder er regulert i lov om helsetjeneste i kommunene og lov om spesialisthelsetjenesten (sykehus). Sentrale myndigheter har gitt signaler til landets sykehus og kommuner om å finne nye løsninger for oppgavekoordinering. Norsk offentlig utredning “Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste” (NOU (2005:3)) og den senere Stortingsmelding nr. 47 “Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid” (St. meld. nr. 47 2008-2009) bærer begge i seg tydelige signaler om at sentrale myndigheter har identifisert et gap mellom kommune og stat. Et gap det er bred politisk vilje til å tette igjen. Gapet er identifisert som manglende koordinering, samhandling og ledelse av tjenester som kommunene og sykehusene, etter lov, har plikt til å yte. Kommuner og sykehus landet over er i full gang med å følge opp nasjonale føringer som forenklet kan kategoriseres under begrepet “samhandling”. Stavanger kommune (SK) og Stavanger universitetssykehus (SUS) er intet unntak. Stokka sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Rogaland, intermediær avdeling (IMA) er et av flere samhandlingstiltak iverksatt av SK og SUS.

### **1.1 IMA og dens primæroppgaver**

IMA har blitt utviklet av en sammensatt prosjektgruppe fra SK og SUS. Gruppen skiftet etter oppstart av modellen navn til “Samarbeidsmøte mellom Stavanger kommune og SUS om intermediær avdeling”. Sistnevnte gruppe er IMAs styringsgruppe, og består av ledelse- og fagpersoner fra begge organisasjoner. Gruppen har jevnlig møter, møtehyppighetene har avtatt etter som behovet for beslutninger av overordnet karakter har minket og modellen har gått seg til. IMA er plassert i første etasje i Stokka sykehjem. Gruppen kalles også for samarbeidsorganet.

Sykehjemmet ble for få år siden totalrenovert og fremstår i dag som et moderne sykehjem. Stokka sykehjem deltar i et nasjonalt nettverk av utviklingscenter for sykehjem. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Satsingen er finansiert av Helsedirektoratet og er en videreutvikling av satsingen ”Undervisningssykehjem” som startet i 1999. Det legges blant annet vekt på forskning innenfor fagområder som er relevante for sykehjem i Norge.



Alle pasientene i IMA tilbys enerom. Utenfor finnes en stor flott hage med dyr og blomster. Det er lagt vekt på at pasientene skal trives ved avdelingen. Modellen legger opp til at inntak av pasienter skal foregå på en effektiv måte, og SK har derfor valgt å ta bort ordinære saksbehandlingsrutiner<sup>1</sup>. Det er laget egne saksbehandlingsrutiner, hvor vedtaksmyndighet er lagt til avdelingssykepleier på IMA. Sykehuset henvender seg til IMA med forespørsel om mottak av aktuelle pasienter. Henvendelsen skjer via telefon, og avgjørelsen om inntak skjer i løpet av få timer. Skriftlig vedtak utarbeides av sykepleier i løpet av de tre første dagene pasienten er på IMA. Det er lov om kommunehelsetjenester som regulerer behandlingen pasientene får på IMA. Aktørene finansierer modellen etter en delingsmodell. SK finansierer lokaler, drift tilsvarende korttidsplass for sykehjem og 1,5 årsverk (utover grunnbemanning) ekstra sykepleierressurs. SUS finansierer 1 årsverk lege, hvorav 0,2 % overlege i geriatri, 1 årsverk fysioterapeut og 1,5 årsverk sykepleier. Pasientene betaler en egenandel som i 2011 er på 129 kroner per døgn, tilsvarende egenandel ved ordinær korttidsplass ved sykehjem i Stavanger kommune. Ved ekstraordinære driftsutgifter kan deling tas opp i til vurdering i etablerte samhandlingsfora mellom SUS og SK, som beskrevet under kapittel 1.3.2.

Overordnet målsetting med IMA er at pasientene skal få et bedre behandlingstilbud, unngå “gråsoneproblematikk”, forbedre effektiviteten i forhold til ressursbruk og forbedre pasientflyten mellom sykehus og kommune. Hovedkriteriene for å bli vurdert for inntak til IMA er at man er bosatt i kommunen, er over 60 år og har behov for aktiv behandling i inntil tre uker med formål å bli utskrevet til eget hjem.

I oppgaven vil begrepene SK og IMA bli brukt om hverandre. Der vi har kommunens administrasjon og øvrige kommunale avdelinger i fokus, vil dette bli tydeliggjort.

## **1.2 Bakgrunnen for valg av oppgave**

Studien er relevant fordi den belyser et aktuelt fenomen innen helsevesenet i Norge. Samhandlingsreformen vil tre i kraft tidlig i 2012. Responsen fra fagmiljøene (høringen) i forbindelse med samhandlingsreformen var overveiende positive. Det er etablert “sannhet” at samhandling er en del av løsningen på fremtidens utfordringer for velferdsstatens helse- og omsorgstjenester. Det finnes lite forskning på styring og samordning i nettverksbaserte

---

<sup>1</sup> SK benytter en modell hvor sykehuset henvender seg til et bestillerkontor når de har pasienter som er utskrivningsklare. Bestillerkontoret iverksetter bestillingen til et utførerledd, i denne sammenhengen som oftest sykehjem (kort- eller langtids) eller hjemmesykepleie. Prosedyren følger forvaltningslovens prinsipper for vedtak. Denne modellen heter bestiller/utførermodell.

systemer der organisasjonene som samhandler, har ulike eiere (Beck Jørgensen & Vrangbæk, 2004).

Ambisjonen er at studien vil bringe ny kunnskap til “samhandlingsfeltet”. Det er mulig at aktørene i denne oppgaven har rett når de peker på at tjenester i grenseflaten mellom kommune og sykehus i årene som kommer kan utvikle seg til å bli en ny organisasjonsform innen helsetjenester, kalt halvannenlinjetjeneste.

Avtalen mellom SK og SUS formulerer seg slik:

*“I likhet med flere andre sykehus og kommuner i Norge, har Stavanger kommune og SUS, i samarbeid utviklet en modell for etablering av et tjenestetilbud, halvannenlinjetjeneste, såkalt intermedieravdeling med 16 plasser i kommunen ved Stokka sykehjem”.*

### **1.3 Problemstilling**

Studien ønsker å belyse om IMA virker som intendert, og om samhandlingen har hatt den ønskede effekt på pasientflyten i grenseflaten<sup>2</sup> mellom SK og SUS.

1. Hvordan kan samhandlingspraksisen mellom SUS og SK beskrives?
2. Hvilke ideer (myter) og organisasjonsmoter har påvirket utformingen av IMA?
3. På hvilken måte påvirker organisasjonsstruktur samhandlingspraksisen?
4. På hvilken måte påvirker kultur samhandlingspraksisen?

Oppgaven er en teoretisk forankret studie. Empiri hentes fra sentrale aktører som har tilknytning til IMA. Våre funn drøftes i lys av teori, og oppgaven er således teoridrevet. Teori sier noe om et sett av relativt systematiske forestillinger om sammenhenger mellom ulike fenomen (Roness, 1997). Oppgaven henter sine teoretiske bidrag fra tre perspektiver: Myteperspektivet, strukturperspektivet og kulturperspektivet.

#### **1.3.1 Den ytre kontekst (nasjonalt)**

Stort sett fungerer arbeidsdelingen mellom kommune og sykehus etter intensjonen. Imidlertid kan det oppstå tilfeller hvor det ikke er like opplagt hvem som skal yte helsetjenesten. Spesielt gjelder dette i tilfeller hvor pasientenes medisinske tilstand har utviklet seg til å bli en kronisk tilstand. Denne pasientgruppen kan beskrives som å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. For denne pasientgruppen kan det oppstå samarbeidsutfordringer mellom kommune og sykehus. Nivåene kan ikke instruere hverandre, men er avhengige av å utvikle

---

<sup>2</sup> Begrepet defineres i kapittel 2.5.1

hensiktsmessig samarbeid, til beste for pasientene. I de senere årene har det blitt økt fokus på å tette gapet mellom nivåene, slik at helsetjenesten som ytes er koordinert og sammenhengende.

Wisløff utvalget formulerer det slik: *“Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling”* (NOU (2005:3)).

I St.meld.nr. 47 (St. meld. nr. 47 2008-2009), fastslås det at samhandlingsutfordringen har vært erkjent i flere tiår. Samhandlingsreformen peker på Wisløff-utvalgets rapport som en viktig driver for endringer i retning økt koordinering og samhandling av det offentlige helsetilbudet i Norge. Samhandlingsreformen peker på to hovedperspektiver for fremtidens helsetjenester: Et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv (St. meld. nr. 47 2008-2009). Vurdert i forhold til begge perspektivene bygger Samhandlingsreformen på at bedre samhandling skal prioriteres som utviklingsområder i årene som kommer (St. meld. nr. 47 2008-2009). Reformen angir tre hovedutfordringer: Manglende koordinering av tjenestene, for svak innsats på sykdomsbegrensning og forebygging og at den demografiske utviklingen kan komme til å true samfunnets økonomiske bæreevne (St. meld. nr. 47 2008-2009). For å svare på disse utfordringene anlegger reformen fem hovedgrep: Klarerere pasientrolle, utvidet kommunerolle, nye økonomiske incentiver, rendyrking av spesialisthelsetjenesterollen og tilrettelegging av tydeligere pasientprioriteringer. Reformen definerer begrepet samhandling på denne måten:

*“Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”.*

IMAs avtale viser til Nasjonal helseplan (St. prp. nr. 1 (2006-2007)) hvis visjon er å styrke og samordne en likere og mer rettferdig fordeling av god helse. Avtalen viser også til Stortingsmelding nr. 25 *“Mestring, mulighet og mening”* hvor det blant annet heter:

“Framtidas omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i fokus i denne meldingen. De siste 20 årene har tjenestene gjennomgått flere store reformer som har berørt både eldreomsorgen og brukergrupper med ulike typer funksjonshemminger. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ble det tatt et krafttak både for å øke kapasiteten og ruste opp kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig, i kjølvannet av reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplanen for psykisk helse, er tallet på yngre brukere av de kommunale omsorgstjenestene nær fordoblet de siste ti år. De nye brukergruppene stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse, og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet. Med denne meldingen vil regjeringen gi en oversikt over de framtidige hovedutfordringene og fastlegge både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem” (St. meld. nr. 25 (2005 - 2006), 2006, s. 5).

### **1.3.2 Den nære kontekst (lokalt)**

SK har gjennom flere tiår samhandlet med SUS, og de siste årene er samhandlingen regulert i flere avtaler på ulike fagområder. Generell samhandling er regulert i *Strategi- dokument for samhandling mellom SUS og Stavanger kommune* og *Overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og Stavanger kommune*. Strategidokumentet muliggjør at konflikter eller spørsmål som naturlig oppstår når to store organisasjoner samhandler, blir løst på et tidlig tidspunkt.

Sykehuset har 18 kommuner i sitt opptaksområde, noe som 1. januar 2010 utgjorde 328 556 personer. Med 5500 ansatte og et årlig budsjett på 4,4 milliarder norske kroner (2010) er SUS landets fjerde største sykehus. Stavanger kommune er sykehusets vertskommune. 1. januar 2010 var det 123 850 personer bosatt i Stavanger. Kommunen sysselsetter ca. 8000 personer og hadde i 2010 et budsjett på 7,1 milliarder kroner. Stavanger er Norges fjerde største by, og forbruker teoretisk<sup>3</sup> godt over 1/3 av sykehusets totale kapasitet. Følgende faktorer kan sies å karakterisere SK og SUS, og dermed IMA (Johnsen, Vanebo, Valstad, & Busch, 2007):

- Virksomhetenes aktiviteter (pasientflyten) er gjensidig avhengige av hverandre
- aktiviteter kopler sammen en rekke aktører og interessenter som til sammen utgjør en koalisjon (samhandling)

---

<sup>3</sup> Sett ut i fra SUS totale potensielle pasientpopulasjon. Oppgaven går ikke nærmere inn på eventuelle demografiske forskjeller knyttet til sykehustjenester. Ordningen fritt sykehusvalg, hvor pasienter fritt kan velge behandling ved andre sykehus i landet, berøres ikke. Poenget her er å gi en pekepinn på organisasjonenes omfang.

- sammensetningen av interessenter er i kontinuerlig endring (for å oppnå effekt)
- de er en del av sine omgivelser (lokal og nasjonal kontekst)
- det skjer en strøm av transaksjoner mellom organisasjonene og interessenter, grenseflater oppstår
- transaksjonene konstitueres av sine omgivelser (eiere, ansatte, pasienter, pårørende, lovverk, oppdragsdokumenter, ressurser med mer)

I forbindelse med behandling av sak 3206/06 *“Bergåstjern sykehjem – vurdering av utbyggingsalternativer”* vedtok et enstemmig formannskap i Stavanger 5. oktober 2006, følgende delpunkt om intermediær avdeling:

*“Stavanger kommune etablerer et tilbud til utskrivningsklare pasienter i samarbeid med staten og Helse Stavanger. Det er ønskelig at tilbudet skal ha en bydekkende funksjon, og skal være et bindeledd mellom sykehuset og kommunale tjenester innen eldreomsorgen. Samarbeidet med geriatrisk avdeling utvides. Det søkes om statlige midler til en slik ordning”.*

I begynnelsen av mars, 2008 fremmet kommuneadministrasjonen en sak (sak 22/08) i kommunalstyret for levekår. Intermediær avdeling ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Det etableres en intermediær avdeling med 16 plasser ved Stokka sykehjem i samarbeid mellom Helse Stavanger HF og Stavanger kommune.
2. Det inngås samarbeidsavtale (vedlegg 1) mellom partene i henhold til vedlagt forslag til avtale.
3. Ett pasientrom i 1. etasje ved Stokka sykehjem omgjøres til undersøkelses- og behandlingsrom kombinert med arbeidsplass for lege.

Initiativet kom fra Stavanger kommune ett år i forveien, i 2007. Det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra begge nivå. Oppstart av intermediær avdeling ble planlagt til 1. september, 2008. Arbeidsgruppen vurderte ulike alternativer for lokalisering. Valget falt på Stokka sykehjem. Arbeidsgruppen så på tilsvarende tiltak i Bergen, Trondheim og i Akershus. Erfaringene herfra ga grunnlag for å etablere 16 senger i IMA. Avtale mellom Helse Stavanger HF og Stavanger kommune om drift av IMA ble i 2008 underskrevet av administrerende direktør ved sykehuset og rådmannen i Stavanger kommune. Avtaleperioden

er fra 1. september, 2008 til 31. desember, 2011. Det legges opp til at avtalen kan fornyes med 4 år av gangen (Stavanger kommune og Stavanger universitetssykehus, 2008).

#### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgavens innledningskapittel setter scenen for studiens tema: Samhandling. Vi beskriver lokale og nasjonale debatter og føringer som har påvirket beslutningen om å etablere IMA. Teorikapittelet innledes med å definere sentrale begreper. Vi har valgt å benytte tre teoretiske perspektiver for å belyse oppgavens problemstilling. Innenfor hvert av perspektivene har vi valgt ut relevant teori. Metodekapittelet setter valg av metode i sammenheng med valg av teori og empiri. Vår rolle som forskere vil også bli diskutert i dette kapittelet. Videre har vi intervjuet sentrale aktører knyttet til IMA. Oppgavens empiri baserer seg også på organisasjonenes overordnede policydokumenter, relevant avtaleverk, og referater fra prosjektmøter og styringsgruppemøter. Diskusjonskapittelet er delt opp i tre deler. Først diskuterer vi mytenes betydning for utformingen av IMA. Deretter gjør vi det samme med struktur og kultur. Hver del innledes med et forskningsspørsmål.

Underveis i studien har vi gjort funn som ikke direkte kan koples opp mot våre forskningsspørsmål. Vi finner at det har skjedd en målforskyvning fra formannskapets vedtak fra 2006 om tilbud til utskrivningsklare pasienter, til vedtak om etablering av intermedisær avdeling to år senere. Vi presenterer en diskusjon om disse funnene i kapittel 5.5. I kapittel 5.4 diskuterer vi om det skjedd endringer av IMA underveis i prosjektperioden. Samlet vil diskusjonskapittelet beskrive samhandlingspraksisen mellom SK og SUS, slik den kommer til uttrykk i IMA. Vi avslutter oppgaven med konklusjoner og våre forslag til videre forskning.

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Myteperspektivet skal bidra til å bringe klarhet i hvorfor SK og SUS valgte IMA for å løse den aktuelle pasientflytutfordringen. Videre presenteres ulike bidrag fra strukturperspektivet. Perspektivet gir innsikt i hvorvidt organiseringen av modellen påvirker målet om bedre samhandling og pasientflyt mellom SK og SUS. Teoretiske bidrag fra kulturperspektivet skal kaste lys over hvordan uformelle normer og interesser ved IMA påvirker samhandlingspraksisen og derigjennom modellens overordnede mål slik de er formulert i kapittel 1.3.2.

Det er et dynamisk forhold mellom de tre perspektivene, gjerne styrt av skiftende organisasjonsmoter over tid. Myteperspektivet, strukturperspektivet og kulturperspektivet kan alle påvirke hvorfor en organisasjonsmodell som IMA oppstår og hvordan den virker (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2009).

### 2.1 Sentrale begrep

Professor i endringsledelse, Kjell Arne Røvik, sier<sup>4</sup>: “*Man må ha begrep før man tar grep*”. Utsagnet skal poengtere at det er viktig å definere det aktuelle problemområde vi står overfor, og hvilken betydning begrepene som brukes har. Først da kan man ta grep (i betydningen løse en oppgave). Oppgaven undersøker hva som skjer når SK og SUS skal samarbeide om en gruppe pasienter som de hver for seg har ansvaret for, i ulike faser av behandlingsforløpet. Samarbeidet kaller vi for **samhandling**, og arenaen hvor samarbeidet foregår har vi definert som **grenseflate**. SK og SUS samarbeider ikke for moro skyld, de er ute etter en **effekt**.

#### 2.1.1 Samhandling

Faglitteraturen bruker ulike begreper for å omtale denne oppgavens tema, samhandling. Samarbeid, koordinering, samordning og samhandling blir brukt, uten at en nødvendigvis kan si at disse begrepene er entydige, verken i litteraturen eller i praktisk språkbruk. Noen definerer samhandling som et mål i seg selv, mens andre vektlegger begrepet som et middel for måloppnåelse. Handler samhandling om manipulering av strukturelle rammer, eller handler det like gjerne om aktørenes normer? Henry Mintzberg viser at samordning er et fundamentalt krav i enhver form for organisering, og sier at all organisering unngåelig fører til to motstridende krav: Arbeidsdeling og samordning (Mintzberg, 1983). Ved å studere aktuell samhandlingspraksis forventer vi å finne svar på om IMA løser de oppgaver avtalen forutsetter at den skal løse. Samhandlingspraksisen sier noe om hvilken atferd som preger

---

<sup>4</sup> Våren 2009 var Kjell Arne Røvik foreleser i endringsledelse (fagkode MEN 135) ved UIS.

IMA. Samhandling blir dermed en indikator på om tiltaket har den effekten som aktørene forventet at den skulle ha.

### **2.1.2 Grenseflate**

Begrepet grenseflate beskriver arbeidsdeling mellom aktører eller etater (Erichsen, 1996). Begrepet kan være klart definert som organisatoriske eller strukturelle grenseflater, eller ha karakter av gråsoner. Grenseflater eksisterer mellom organisasjoner og etater på ulike nivå eller mellom organisasjoner og samfunn (Erichsen, 1996). Møter i grenseflater kan være styrt av både formelle og uformelle regler, eller kan være spontane dannelser av ulike nettverk (Bjørkly & Wicken, 2004). Man kan anta at samhandling vil ha ulike vilkår avhengig av om grenseflaten er preget av reguleringer eller spontant oppståtte, uformelle nettverk (Bjørkly & Wicken, 2004). Avtalen som regulerer IMA bruker begrepet “halvannenlinjetjeneste”. Flere av informantene i denne studien har benyttet uttrykk som “svingdørspasienter” og “kasteballer”. Selv om uttrykkene intuitivt gir en negativ assosiasjon, er de presise i den forstand at de peker på utfordringene som søkes løst med IMA.

For å studere koordinering og samarbeidsrelasjoner kan det være nyttig å studere grenseflater som er med på å definere forholdet mellom tjenestene. Grenseflater kan ha trekk av å være faglige, funksjonelle<sup>5</sup> og økonomiske. I vår oppgave vil vi interessere oss mest for faglige og funksjonelle grenseflater. Grenseflatene trenger ikke være sammenfallende med eier-, organisasjons- eller tjenestegrensene. I skjæringspunktene kan det oppstå gråsoner og motstridende interesser som gir rom for uenighet, mistillit og manglende samhandling. Dette kan dreie seg om samarbeidsproblemer som følge av ulik faglig tilnærming, ansvars- og rolleforståelse og forventninger samt ulike og til dels motstridende økonomiske incentiver (Reisæter & Østergren, 2005).

### **2.1.3 Effekt**

Hvilken effekt oppnår IMA? Effekten skal være at pasientene opplever en bedre flyt mellom tjenestene, et bedre pasientforløp.

Samhandlingsreformen formulerer seg slik om pasientflyt(effekt) mellom tjenestenivåene:

*”Forløp<sup>6</sup> 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*

---

<sup>5</sup> Funksjonelle grenser er uklare. Det finnes ikke et homogent bilde i nettverket av etater om hvilken funksjon de ulike etatene skal ha (Reisæter & Østergren, 2005).

<sup>6</sup> Forløp = effekt (pasientflyt)



*sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov” (St. meld. nr. 47 2008-2009).*

Når tjenesteapparatet henger sammen opplever pasientene at det er flyt mellom tjenestene. Gode forløp krever at tjenesteapparatet samhandler. IMA er et middel for å oppnå et mål om bedre flyt mellom tjenestenivå for pasientene. Pasientene får den samme behandlingen, men på et annet nivå med et høyere omsorgsnivå, som gjør pasienten bedre rustet til å vende hjem etter endt opphold. Dermed blir samhandlingspraksisen i IMA relevant å studere for å belyse hvilken effekt modellen har. Det er i samhandlingspraksisen at to tjenestenivå møtes og sammen skal skape gode forløp. Sitatet over viser en (overdreven?) tro på at rasjonalitet og koordinering alene løser gapet, slik det er beskrevet i kapittel 1.0. Avtalen som regulerer IMA beskriver 7 effektmål (Stavanger kommune og Stavanger universitetssykehus, 2008):

1. Bedret pasientopplevelser og pasienttilfredshet
2. Færre reinnleggelser
3. Redusert behov for rehabilitering etter utskrivelse
4. Mindre behov for praktisk bistand, pleie og omsorg i eget hjem etter innleggelse
5. Kortere liggetid i sykehus
6. Bidra til å redusere presset på tilgjengelige sykehjemsplasser og sykehussenger
7. Effektiv ressursbruk

I tillegg til at effektmålene inneholder forventninger om at pasientene blir mer fornøyde (bedre forløp) bærer også effektmålene preg av forventninger om mindre tjenesteforbruk.

## **2.2 Myteperspektivet**

Myteperspektivet gir nyttige bidrag når formålet er å belyse hvordan organisasjonsoppskrifter, eller myter, reiser og finner sin vei inn i organisasjoner. I organisasjonsteori blir myteperspektivet ofte referert til som den ny-institusjonelle<sup>7</sup> skolen, der nøkkelresonnementet er at *“organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, der de konfronteres med sosialt skapte normer om hvordan de bør være utformet”* (Christensen, et al., 2009 , s. 75).

De sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene kalles myter (Christensen, et al., 2009). Myter spres raskt, gjerne i form av imitasjon. Generelle, tidsriktige ideer medfører at

---

<sup>7</sup> Nyinstitusjonell organisasjonsteoris hovedpoeng er at organisasjoner i stor grad utgjøres av enheter der både formelle og uformelle elementer tett henger sammen, som til sammen danner et hele, som av enkelte kalles en arketyp: *“De strukturelle elementer og organisatoriske prosesser som danner typologien er sterkt avhengig av underliggende meningsmønstre og tolkningskjema som binder dem sammen..”* (Jacobsen, 2008:87)

myter blir til moter, noe “alle” offentlige organisasjoner skal ha innen en gitt tidsramme. Offentlige organisasjoner må forholde seg til sammensatte institusjonelle omgivelser, og er avhengig av legitimitet fra disse.

Gjennom prosessen med å forholde seg til visse normer, og samtidig forsøke å inkorporere og reflektere dem utad, blir organisasjoner i dette perspektivet mer og mer like. I alle fall på overflaten. Her skiller myteperspektivet seg fra det kulturelle perspektivet, hvor det understrekes at kulturelt mangfold over tid fører til at organisasjoner stadig blir mer ulike. Der kulturperspektivet fokuserer på interne normer og verdier som over lang tid har vokst fram i organisasjonen, er myteperspektivet mer opptatt av skiftende verdier i omgivelsene. Myter kan være brede, da rettet inn mot mange typer organisasjoner (offentlig og privat), eller smale som mer presise oppskrifter rettet mot en bestemt type virksomheter (Christensen, et al., 2009). *“En myte er altså en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt, eller deler av en organisasjon. Det er en oppskrift som gjerne begeistrer og vekker oppmerksomhet, og som har fått en forbilledlig status for flere organisasjoner”* (Christensen, et al., 2009 , 76).

Rasjonaliserte<sup>8</sup> myter har to kjennetegn. For det første blir de ofte presentert for organisasjonene som svært effektive redskaper for måloppnåelse, noe som ofte ikke stemmer i virkeligheten. For det andre er mytene ofte institusjonaliserte, da forstått som tidsriktige, effektive, moderne og “naturlige” måter å organisere seg på. Med andre ord, myten er blitt selvfølgeriggjort og selvforklarende (Christensen, et al., 2009). Myteperspektivet har i økende grad, siden slutten av 1980-tallet, blitt mye brukt som teoretisk forankring når reformprosesser i offentlig sektor skal studeres. Den avgjørende grunnen til dette, er at offentlig sektor oftere utsettes for ideer og oppskrifter utenfra, som søker innpass i ulike organisasjoner. Særlig gjelder dette forsøk på å overføre ideer fra privat til offentlig sektor. Oppskrifter på nettverksledelse, prosjektstyring og teambasert ledelse<sup>9</sup> er eksempler på dette, noe vi også finner igjen i IMA.

### **2.2.1 Hvordan oppstår og spres myter?**

Myter har gjerne en uklar historie, og det kan være vanskelig å angi når, og hvor, myten oppstod. Dette til tross for at det ofte framstilles egne historier om *nettopp* deres opprinnelse og bakgrunn. Like ofte kan vi støte på alternative historier om hvor og når et og samme

---

<sup>8</sup> Myten er ved hjelp av vitenskapslignende argumentasjon gjort overbevisende om hvor effektiv den er for nå gitte organisatoriske mål.

<sup>9</sup> For utdyping, se blant annet “Organisasjonsteori for offentlig sektor”(Christensen, et al., 2009).

konsept skal ha oppstått, noe som er tilfelle med to kjente konsept i nyere tid, nemlig målstyring og total kvalitetsledelse (Christensen, et al., 2009). Årsaken til dette dateringsmysteriet, kan være at litt ulike varianter av samme ide dukker opp i ulike versjoner, på ulike steder samtidig.

En annen forklaring kan være at populære oppskrifter kan være systematiserte, tidsriktige konseptualiseringer med bakgrunn i generelle og tidløse ideer. Selv om myters idegrunnlag kan være generelle og tidløse, er det likevel mulig å identifisere aktører som svært aktivt er involverte i utforming og spredning av bestemte oppskrifter. Vi finner aktører som representanter for produsenter, “utviklere”, formidlere, “transportører”, og roller for “autorisatører” som i kraft av sin posisjon og status har mulighet til å velge ut oppskrifter som kan påvirke deres popularitet og spredningsevne (Røvik, 2007).

Sett fra et myteperspektiv, er spredningen av oppskrifter, eller myter, løsninger med betydelig symbolkraft. En måte å se dette på, er å betrakte myter som moter. Som moter, har disse mytene da en gitt levetid der de er populære, og den nevnte aktørgruppen kan sees som motehandlere. Organisasjoner utsettes for et “motepress”, et konformitetspress. Med utgangspunkt i denne metaforen, kan moter beskrives som varer med en begrenset levetid før de så går ut på dato, og andre moter oppstår og overtar motestatusen.

En viktig forutsetning for spredning og etablering av organisasjonsoppskrifter, er at det finnes mange organisasjoner som etterspør dette. Dette er en forutsetning for spredning til ulike typer organisasjoner, at de til tross for ulikheter synes å ha noe til felles. Først i lys av en mer abstrakt systemidentitet, “formell organisasjon”, kan ulike organisasjoner framstå som relativt like.

Organisasjoner kan ikke overleve ved effektivitet alene, de må også søke legitimitet fra omgivelsene (Parsons & Smelser, 1956). Organisasjoner må, for å opprettholde sin legitimitet vise at de lever opp til fundamentale, vestlige modernitetsnormer om stadige fremskritt, innovasjon og rasjonalitet. Dette kommer til uttrykk gjennom ideer og tydelige oppskrifter om hvordan moderne, tidsriktige og dermed legitime organisasjoner bør se ut, hvilke strukturelle utforminger de bør ha, og hvilke rutiner og prosedyrer de bør velge. Fordi institusjonelle omgivelser er sammensatte, kan ulike deler av en organisasjon være rettet inn mot, og være avhengig av, legitimitet fra flere eksterne aktører (Røvik, 2007).

### **2.2.2 Den byråkratiske organisasjonsformen**

Max Weber studerte framveksten av en ny styringsform i offentlig sektor som kaltes *byråkrati*. Ordet brukes ofte i vår dagligtale som et skjellsord, for å beskrive treig saksbehandling og firkantet bruk av regelverk. Opprinnelsen til byråkrati finnes i det franske ordet "bureau" som betyr kontor, og i det greske "krati" som betyr styre. Altså, kontorstyre (Weber, 1904/1971). Denne utviklingen av byråkratiet som styringsform, skjedde i overgangen fra føydalstat til nasjonalstat, altså fra mindre stater med nærhet og oversikt til større stater hvor det å holde oversikt og utøve direkte kontroll, ble vanskeligere. Denne utviklingen skapte et behov for å styre offentlig forvaltning på en mer nøytral og upersonlig måte, med større vekt på formaliteter, regler og prinsipper (Irgens, 2000).

Weber beskriver en idealtypisk organisasjonsform som i maksimal utstrekning er basert på rasjonalitetsnormer som har vært opphavet til omfattende organisasjonsforskning og teoriutvikling (Bolman, Deal, & Thorbjørnsen, 2004). Denne organisasjonsformen var preget av hierarki, rutiner og arbeidsdeling. Hierarki består av under- og overordninger mellom vertikale nivåer i organisasjonen. På et sykehus, kan for eksempel ulike seksjoner, divisjoner eller kontor inngå i en avdeling, og alle de ulike avdelingene vil være underlagt den administrative og politiske ledelsen. En overordnet kan gjennom direktiver og instruksjoner, styre sine underordnede gjennom fastlagte systemer for nedovergående informasjon. Det vil i tillegg gå informasjon oppover i systemet gjennom ulike former for saksframlegg og rapporteringssystemer. En slik idealtypisk organisasjonsform vil møte hindringer i IMA, da denne modellen henvender seg til to ulike organisasjons- myndighetsnivåer som ikke kan instruere hverandre på en hierarkisk måte.

### **2.2.3 New Public Management, NPM**

NPM er et vidt begrep som siden 1980- tallet har vært brukt for å beskrive en rekke reformer innenfor offentlig sektor. Dette kom til uttrykk gjennom en reformbølge med utspring i arbeiderpartiregjeringer, først og fremst i Australia og New Zealand. Samtidig som dette skjedde, slo en nyliberal bølge inn over den vestlige verden, anført av konservative statsledere som Margareth Thatcher i UK og Ronald Reagan i USA (Røvik, 2007). Utgangspunktet for denne retningen, var at offentlig sektor var blitt for stor, vanskelig å styre, ineffektiv og kostbar. Alternativet ble innføring av NPM, ny offentlig ledelse som det kan kalles på norsk (Fimreite & Grindheim, 2007). NPMs ambisjon var å øke effektiviteten innenfor offentlig sektor og kontrollen myndighetene hadde over denne. Økt markedsorientering innenfor offentlig sektor skulle lede til et mer kostnadseffektivt tilbud

uten å ha negative bieffekter i forhold til andre mål og vurderinger. NPM er en form for analytisk tilnærming der målformuleringsprosessen ikke er det interessante, fokus er derimot på koplingen mellom mål, midler og konsekvenser. Denne tankegangen finnes i deler av NPM-reformene, som innebærer et sterkere forsøk på å operasjonalisere mål for offentlig virksomhet, og bruke disse aktivt for å velge handlingsalternativer og evaluere resultater. Forvaltningsmodellene med utspring i NPM, kjennetegnes av krav om effektivitet og produktivitet som de viktigste kriterier for evaluering. Dette står i kontrast til mer tradisjonell vurdering innen offentlig sektor, som begreper knyttet til rettsstat og demokrati (Christensen, et al., 2009).

Norge har, sammenlignet med mange andre vestlige land, vært tilbakeholden med å innføre NPM-inspirerte tiltak i offentlig sektor. Vi kan derfor tenke NPM-orienteringen i Norge mer som en fornyelse av den offentlige sektoren, snarere enn som dyptgripende reform. Ideelt sett skal et mål- og resultatstyringssystem være basert på mål politikerne formulerer, reflektert av befolkningens ønsker og behov. I praksis har idealet fra NPM ikke vært lett å imøtekomme. Mål satt av politikere er ofte utviklet nedenfra i forvaltningsapparatet, og er ofte aktivitetsmål og resultatindikatorer. Når disse aggregeres til politisk nivå, får de ofte et langt mer teknisk preg enn idealet var (Christensen, et al., 2009).

Sekvensiell oppmerksomhet, eller oppdelte problemkompleks har også preget NPM. Sektorer eller områder sees ikke i sammenheng med andre sektorer, og løsninger søkes fortrinnsvis innen det enkelte området eller sektor. Allerede sterke skiller mellom sektorene i det offentlige, segmenteres. Samordningen blir på grunn av dette vanskelig, både mellom sektorer på samme nivå, men også mellom forvaltningsnivå. Dette vanskeliggjør også muligheten for politisk styring når virksomheter fristilles og autonomien vektlegges (Christensen, et al., 2009).

#### **2.2.4 Post- NPM**

Som en reaksjon på tankene bak NPM, oppsto en reformbølge på slutten av 1990 tallet preget av mer kontroll, horisontal samordning og tverrgåenhet. Post- NPM tankegang handler blant annet om at viktige samfunnsproblem (kriminalitet, fattigdom, innvandring, pasienter med sammensatte diagnose) ikke går langs sektorgrensene, men er tverrsektorielle. Dette skaper et økt behov for tverrsektorielle strukturer og samhandling, for dermed å styrke koordineringen (Christensen, et al., 2009).

Post-NPM reformer i form av nettverk representerer en tredje styringsform, en mellomform som verken er marked eller hierarki. I denne formen lever de ulike styringsidealene side om side, i en kombinasjon av dialog og forhandling mellom ulike aktører som sammen bidrar til samfunnsstyring (Farsund & Leknes, 2010). Betegnelsen nettverk, eller *governance*, er ofte brukt om en samhandlingsorientert, politisk utforming på tvers av etablerte organisatoriske avgrensninger og fikk sitt gjennombrudd på begynnelsen av 1990- tallet (Kooiman, 1993). Nettverksstyring bidrar til problemløsning på tvers av geografiske og institusjonelle grenser, selv om organiseringen og rammene kan variere. Vi kan derfor si at nettverksstyring foregår innenfor ulike institusjonelle rammer vi kan betegne som *styringsnettverk*. Dette er rammer som i følge litteraturen kan kjennetegnes av *“en relativt stabil sammensetning av gjensidig avhengige, men autonome aktører som samhandler gjennom forhandlinger* (Farsund & Leknes, 2010 , s.31). Dette er trekk vi senere vil argumentere for at vi finner i IMA.

Nettverk er selvregulerende, og har som mål å bidra til produksjon og utvikling av offentlige verdier (Sørensen & Triantafillou, 2009). De tre idealformene for styring, hierarki, marked og nettverk, har alle vært sentrale i diskusjoner rundt begrepene *government* og *governance*. *Government* handler om tradisjonelle styringsprinsipper hvor byråkratiske og hierarkiske trekk er fremtredende. *Governance* peker på en endring fra en hierarkisk til en mer horisontal og prosessuell form, i den meningen at hierarkienes faste strukturer erstattes med en samhandlingsform bestående av likestilte aktører. *Governance* blir derfor brukt som en motsats til *government* for å beskrive et skifte i den tradisjonelle måten å styre på, altså gjennom hierarkier (Farsund & Leknes, 2010).

Nettverk dannes av samarbeid mellom relevante og berørte parter, som på den ene siden er gjensidig avhengig av hverandres kunnskap, autoritet og ressurser for å kunne løse en bestemt oppgave. På den andre siden handler de uavhengig av hverandre fordi de ikke er bundet til hverandre av konkrete instruksjoner, men av tillit og gjensidig forpliktelse.

Rommetvedt argumenterer via sin “allmenngjøringstese” for at nettverk og organisasjoner må ha allmenne interesser som utgangspunkt når de legitimerer sine standpunkt, heller enn særinteressene de selv representerer (Rommetvedt, 2002). Dette mener han vil styrke nettverkens demokratiske legitimitet og øke dens gjennomslagskraft.

Samhandling og samarbeid skjer fordi aktørene innser at de ikke alene kan nå sine mål. De må derfor maksimere egne interesser gjennom andre. Dette krever en form for koordinering, gjerne i horisontale samarbeidsformer som gjør det lettere å effektivt nå de aktuelle mål.

Institusjoner bidrar med informasjon og opplysning om andres tenkte handlinger og insentiver, noe som skaper forutsigbarhet og mulighet for at aktørene kan vise økt vilje til framtidig samhandling (Farsund & Leknes, 2010).

### **2.2.5 Oppsummering**

Hva er drivkreftene bak organisasjoners ønske eller behov for endring, og at organisasjoner derfor søker etter “gode” løsninger? Eksempelvis er IMA bare en av mange intermediæravdelinger i Norge. Det hevdes at organisasjoner, på grunn av oppskriftssmitte, blir mer og mer like, såkalte isomorfe organisasjoner. Nettverk rettet mot å løse kollektive, tverrsektorielle oppgaver, blir mer og mer vanlig på lokalt, regionalt, nasjonalt og statlig nivå (Fimreite & Grindheim, 2007). Offentlige myndigheter påtar seg nye roller, og opptrer i økende grad som initiativtakere, deltakere og koordinatore av nettverk. Å styre slikt samarbeid på en effektiv og demokratisk måte, blir viktig om offentlig forvaltning skal opprettholde sin legitimitet i framtiden.

## **2.3 Strukturperspektivet**

Organisasjonsstruktur kan sees som stabile aktivitetsmønstre og det som former disse mønstrene (Johnsen, Vanebo, Valstad, & Busch, 2007). Organisasjonsstrukturen gir en oversikt over et ønsket mønster av aktiviteter, forventninger og ideutveksling mellom toppsjefer, ledere, ansatte og kunder eller klienter. Altså et sett formelle arrangementer som skal fange opp og legge grunnlag for handlinger som dekker organisasjonens og omgivelsenes behov. En hver organisasjon trenger en formell struktur som sørger for klarhet, forutsigbarhet og trygghet. Formelle roller systematiserer plikter, og skisserer hvordan arbeidet skal utføres. Retningslinjer og standardprosedyrer synkroniserer enkeltinnsatser til samordnende tiltak, og den formelle fordelingen av makt sørger for at alle vet hvem som har kommandoen, når og over hva (Bolman, et al., 2004).

Strukturen i en organisasjon vil til enhver tid være et uttrykk for hvordan den har tilpasset de interne prosessene etter de ytre omgivelsene, og samtidig løst visse varige dilemmaer. Strukturen blir ofte framstilt gjennom organisasjonens organisasjonskart, og beskriver hvordan den ser ut og hvordan menneskene skal fungere både innenfor og utenfor rammene av den (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Drivkrefter til strukturelle endringer oppstår dersom arbeidsdeling og koordinering ikke gir de forventede resultater og/eller at andre måter å organisere og lede på kan gi større gevinster. Endringsideer kan være knyttet til å endre ledelsesform, arbeidsprosesser, beslutningsmyndighet, systemer, rutiner, ansvarsområder og relasjoner. Strukturen er en mal for mønsteret av forventninger og samhandling mellom interne deler av organisasjonen, og eksterne interessenter (kunder, aksjonærer, investorer, klienter) (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Vi kan skille mellom to varianter innenfor det strukturelle perspektivet; hierarki- og forhandlingsvarianten. I den første står ledernes kontroll og analytisk-rasjonelle kalkulasjoner sentralt. I den andre åpnes det for interesseutveksling, kompromisser og forhandlinger mellom organisasjoner og aktører med til dels motstridende mål og interesser (Christensen, et al., 2009). For IMA vil forhandlingsvarianten være den mest relevante.

Strukturperspektivet er opptatt av å klarlegge mål-middel-forståelsen hos medlemmene i en organisasjon, handlingsvalgene de tar og hvordan resultatet av disse handlingene samsvarer med målet.

### **2.3.1 Formell organisasjonsstruktur**

Formell organisasjonsstruktur viser til formelt vedtatte arbeidsdelinger, gruppering av organisasjonens ulike deler for å samkjøre og koordinere oppgaver, fordeling av hvem som skal ha makt og myndighet til å bestemme hva, og systemer for styring og kontroll av arbeidet som utføres i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Strukturen skal si noe om hvilke oppgaver organisasjonen er satt til å løse, hvordan disse målene skal realiseres og hvordan oppgavene skal fordeles.

I større organisasjoner må en tydelig struktur for hvem som skal samarbeide med hvem, hvordan og når, være etablert. Det kan være vanskelig for den enkelte selv å finne ut av dette, eller manglende vilje til samarbeid selv om behovet er der. Strukturer og systemer som sørger for at mennesker som enten ikke vil, eller ikke ser behovet for samarbeid likevel samarbeider, og mål utformes og etableres. Dersom atferden ikke lar seg styre i ønsket retning, må dette fanges opp av regler og rutiner i organisasjonen, og en person med makt og myndighet må fatte en beslutning.

To sentrale elementer ved organisasjonsstrukturen, er arrangementer for arbeidsdeling/spesialisering og arrangement som skal styre de ansatte og koordinere de spesialiserte funksjonene og oppgavene (Christensen, et al., 2009). Studier av organisasjonsformer i både privat- og offentlig sektor, viser en internasjonal trend som trekker



i retning bort fra hierarkisk styring og funksjonsbasert spesialisering, og mot en utflating av strukturer gjennom myndighetsdelegering og lokalt større handlefrihet til de ansatte (Christensen, et al., 2009). Dette samsvarer med tanken om at interne forhold i organisasjonen og trekk ved omgivelsene den befinner seg i, påvirker hverandre.

Hierarki i en byråkratisk organisasjon er ofte knyttet til karrieresystem, der de ansatte stiger i gradene på bakgrunn av prestasjoner og kvalifikasjoner. I et hierarki vil over- og underordningsforholdene mellom de ulike nivåene preges av stor grad av vertikal samordning. Hierarki preget av vertikal spesialisering har ulike typer oppgaver lagt til ulike nivå internt i organisasjonen, eller til organisasjoner på ulike nivåer. Rutiner er med på å gjøre samhandlingen i en organisasjon, både vertikalt og horisontalt. Prosedyrer og regler kan både være virkemidler i seg selv, men kan også ha som hensikt å samordne organisasjonen på tvers av disse. Grader av hierarki, arbeidsdeling og rutiner begrenser den individuelle handlings-<sup>10</sup> og analysekapasiteten i offentlige organisasjoner <sup>11</sup> (Christensen, et al., 2009 , s. 43). Strukturen begrenser og styrer hva og i hvilken grad de ansattes mål og hensyn skal vektlegges, den filtrerer den informasjonen de skal få tilgang til, om hvilke alternativ og konsekvenser de har eller kan få tilgang til. Stor grad av rutiner, kan medføre atferd preget av regelfølgning, heller enn problemløsning. Horisontal spesialisering beskriver hvordan oppgavene blir delt opp på ett nivå ved hjelp av organisasjonsstrukturen. Et eksempel som blir mer og mer vanlig, er å legge både oppgaver knyttet til eierforhold og tilsynsoppgaver til ett organ.

Det knyttes normer og forventninger til medlemmene i en organisasjon som blir tildelt bestemte oppgaver, plikter og ansvar om hvordan de skal opptre. Dette lager retningslinjer og legger begrensninger på organisasjonsatferden. Når en lege ansettes ved et sykehus, forventes det at vedkommende utfører arbeidet i henhold til stillingsspesifikasjonen, og opptre på en dertil passende måte overfor pasienter, pårørende og kolleger.

En struktur med inndeling i ulike stillingsnivå kan dermed virke disiplinerende, altså skille medlemmenes individuelle beslutningsatferd fra deres personlige oppfatninger (Christensen, et al., 2009). Grad og form for arbeidsdeling, rutiner og hierarki legger altså klare begrensninger på individuell beslutningsatferd i offentlige organisasjoner, samtidig som den skaper kapasitet for organisasjonen til å realisere bestemte mål. Rasjonaliteten kan altså

---

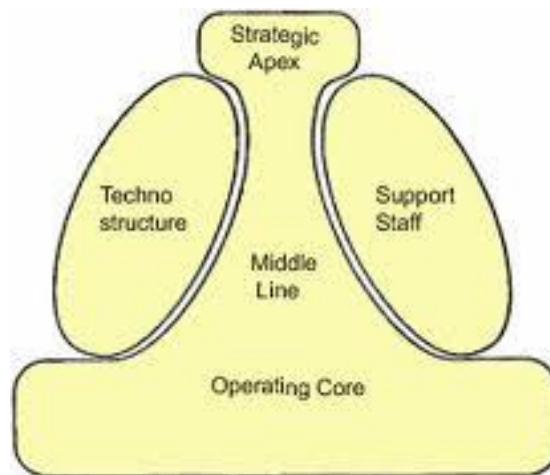
<sup>10</sup> Medlemmene kan ikke delta i alle saker der de i prinsippet har rett til å delta.

<sup>11</sup> De ansattes evne til å kunne foreta rasjonelle kalkulasjoner.

styrkes gjennom strukturelle trekk. En vanlig definisjon av mål i formelle organisasjoner, er å beskrive det som begrep eller definisjon av noe organisasjonen ønsker å oppnå eller realisere i framtiden (Christensen, et al., 2009). Siden offentlige organisasjoner ofte er kollektivt målorienterte, krever dette både spesialisert og samordnet aktivitet. Mål skal bidra til å påvirke måten formelle organisasjoner struktureres og organiseres på, og sette sentrale rammer og retningslinjer for aktivitetene.

Mange offentlige organisasjoner knytter et permanent styre til ledelsen, som for eksempel i sykehus og statlige selskap. Offentlige organisasjoner kan i tillegg beskrives etter i hvilken grad de er sentralisert eller desentralisert, og handler om på hvilket nivå beslutninger fattes. Sentraliserte organisasjoner tar sine beslutninger så å si utelukkende på overordnet nivå, mens en desentralisert organisasjon har fått delegert myndighet til et lavere beslutningsnivå. Sykehusreformen i 2001 kan illustrer dette, ved på den ene siden å sentralisere politisk myndighet gjennom statlig overtakelse fra fylkeskommunene, til å omdanne sykehusene fra forvaltningsorgan til helseforetak, som innebar desentralisering (Christensen, et al., 2009).

En rekke organisasjonsforskere har utviklet modeller for å fremstille strukturer. Henry Mintzbergs teori (Fig 1) har fått stor innflytelse (Mintzberg, 1983). Den inneholder en modell som inneholder fem sektorer. Den operative kjernen framstiller mennesker som utfører organisasjonens grunnleggende oppgaver ved å produsere eller framskaffe varer eller tjenester til kunder eller klienter (Bolman, et al., 2004) helsepersonell på sykehus. I IMA representerer denne komponenten leger og øvrig helsepersonell. Rett over den operative kjernen, finner vi den administrative komponenten, nemlig mellomledelsen. Mellomledelsen i IMA representeres av avdelingsleder i IMA og avdelingsledere i sykehusavdelingene. Her føres det tilsyn med og kontroll over ressursbruken til den operative kjernen. Øverst i Mintzbergs modell finner vi det strategiske toppunktet, hvor toppledelse befinner seg. Toppledelsen fokuserer på organisasjonens omgivelser, bestemmer oppgaver og trekker de store linjene gjennom visjoner og hovedmål. Her finner vi det strategiske toppunktet, representert av for eksempel administrerende direktører i SUS og rådmannen i SK.



*Fig1: Mintzbergs organisasjonsmodell*

På sidene av den administrative komponenten, mellomledelsen, finner vi to komponenter; teknostrukturen og støttestaben. Teknostrukturen representerer spesialister og analytikere som måler, inspiserer og standardiserer resultatene og prosessene, for eksempel kvalitets- og revisjonsavdelinger. I IMA finner vi eksempler på dette i de ulike stab- og støttefunksjonene i både SK og SUS. Støttestabens funksjon og oppgave er å lette og støtte de andres oppgaver, som for eksempel merkantile, kantinepersonell, sjåførere og vaktmestere. Modellen peker på visse generelle prinsipper som bør legges til grunn ved omstrukturering, da de ulike komponentene på hver sin måte utøver et strukturelt press i organisasjonen. En omstrukturering vil dermed utløse en dragkamp der komponentene trekkes i flere retninger som til slutt vil bli avgjørende for strukturen. Hvis det ikke er klart hvordan de enkelte komponentene trekker i hver sin retning og effektivt kan håndtere dette, kan resultatet bli katastrofalt.

Det strategiske toppunktet kan tenkes å ville presse organisasjonen mot sentralisering, og gjennom kommandoer og regler kan toppledelsen forsøke å utvikle en ensartet strategi de kan kontrollere. Mellomlederne kan tenkes å ville "balkanisere" organisasjonen med bakgrunn i sterkt engasjement i sitt domene, og vil prøve å beskytte og fremme sin enhets interesser. Spenningen mellom toppledelse og mellomledelsen vil særlig være tydelig i divisjonaliserte strukturer, men utgjør store utfordringer generelt ved alle omstrukturingsprosesser. Teknostrukturen presser på i retning standardisering, fordi analytikere gjerne vil overvåke virksomheten og måle den mot entydige kriterier. De vil derfor kunne oppveie eller utfylle toppledelsens ønske om sentralisering eller mellomledelsens ønsker om autonomi. Støttestaben trekker i retning av mer samarbeid, og kan øve direkte eller personlig press på de

daglige beslutningene. Den operative kjernen vil på sin side forsøke å styre seg selv, og begrense påvirkningen fra de øvrige komponentene mest mulig (Bolman, et al., 2004).

### **2.3.2 Koordinering**

Behovet for koordinering, oppstår når en oppgave deles opp i flere mindre arbeidsoppgaver og fordeles på ulike nivåer. Den formelle organisasjonsstrukturen bestemmer arbeidsinndelingen og selve inndelingen, men også elementer som skal sikre den nødvendige koordineringen. Frivillig koordinering kan være vanskelig å gjennomføre, noe som innebærer at de ansatte frivillig samarbeider om et mål. Sprikende interesser, eller manglende oversikt og informasjon kan føre til at enkeltindivid eller grupper fokuserer utelukkende på sine deloppgaver, noe som går på bekostning av helheten. Behovet for koordinering øker ved økende horisontal differensiering<sup>12</sup>, og kan sees som en pris å betale for å få den spesialiseringsgevinsten økende horisontal differensiering gir (Christensen, et al., 2009).

Kontroll og kommunikasjon har en stor betydning i koordineringsaktiviteter (Mintzberg, 1983). Mintzberg mener at kontroll og kommunikasjon kan foregå både på struktur- og aktørnivå. Han har utviklet fem koordineringsmekanismer, som er de mest grunnleggende elementene i organisasjonens struktur. Disse er organisasjoners lim. Koordineringsmekanismene er: Gjensidig tilpasning, direkte styring, standardisering av arbeidsprosessen, standardisering av resultater og standardisering av kunnskap (Mintzberg, 1983:4). Gjensidig tilpasning og direkte styring er aktørfokusert, kontrollen ligger hos aktørene selv (avhengig av god kommunikasjon). Standardisering er en fellesnevner for Mintzbergs tre siste koordineringsmekanismer. Hovedfokus er på hvordan organisasjonens systemer best kan tilrettelegges. Hvilke koordineringsmekanisme som er mest hensiktsmessig vil variere, og ofte vil en kombinasjon være nødvendig.

For vår oppgave er det verdt å merke seg at Mintzberg mener at profesjonsbaserte organisasjoner er best tjent med gjensidig tilpasning og standardisering av kunnskap. I vår studie legger avtalen mellom SK og SUS opp til gjensidige hospiterings- og undervisningsordninger. Det etterspørres formell standardisert kompetanse ved nyansettelser, som for eksempel lege eller sykepleier. Uavhengig av koordinering, vil uformell kommunikasjon være viktig. Uformell kommunikasjon vil kunne veie opp for rigiditeten som nødvendigvis ligger i standardisering.

---

<sup>12</sup> Jo flere ulike spesialiseringer, spesialister, kontorer, avdelinger internt i organisasjonen.

### 2.3.3 Oppsummering

Vi ønsker å se på hvordan strukturelle faktorer påvirker samhandlingspraksisen mellom SUS og SK. Variasjonene i organisasjonsstrukturer er utallige, og begrenses bare av menneskelige evner og preferanser. Det finnes gode og dårlige regler. En formell struktur har en positiv effekt på aktørenes atferd dersom den hjelper til at arbeidet blir gjort, mens den virker negativt dersom den blir en hindring, et byråkratisk kvelertak eller gjør det lettere for ledelsen å kontrollere sine ansatte (Christensen, et al., 2009).

### 2.4 Organisasjonskultur

På 1980-tallet ble det gjort et analytisk skille mellom organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. Organisasjonsteoretikere har siden midten av 1920-tallet interessert seg for organisasjonskultur, men ikke som eget fenomen. På 1980-tallet tapte vestlig industri store markedsandeler til Japan. Man antok at årsaken til dette ikke bare kunne tilskrives lavere produksjonskostnader. Det vokste frem en erkjennelse av at det måtte ha noe med den japanske kulturen å gjøre. Flere forfattere pekte på “den japanske bedriftskulturen” som en medvirkende årsak til at Japan “spiste” markedsandeler fra Vesten (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Det ble dermed viktig å studere kultur som medvirkende årsak til organisasjoners suksess.

Det finnes flere definisjoner på hva organisasjonskultur er. En hyppig brukt definisjon er:

*“Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpassing og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene”* (Edgar Schein sitert i Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 120).

Definisjonens presisjon og mange poenger har gjort den til en klassisk referanse hva organisasjonskultur angår. For det første poengterer definisjonen at begrepet kultur må knyttes til en eller annen gruppe i organisasjonen. Gruppen må dele et sett av grunnleggende antagelser. *“Det er slik vi gjør ting her”* er et uttrykk for dette. For det andre poengterer Schein at kultur er betinget av læring. Tidligere erfaringer utgjør basis for hvordan praksis utvikler seg (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Scheins tredje poeng er at opprettholdelse av eksisterende kultur er avhengig av at organisasjonens medlemmer oppfatter den som “riktig”. Det foregår en interaksjon mellom kultur og virkeligheten, som avgjør om eksisterende kultur beholdes, endres eller forkastes. Kulturen må altså oppleves som hensiktsmessig for

medlemmene<sup>13</sup>, og ikke være i strid med de grunnleggende antagelsene (Jacobsen & Thorsvik, 2007). For det fjerde vil nye medlemmer bli sosialisert inn i organisasjonens rådende kultur. Schein sier at nye medlemmer får en “opplæring” i hvordan de skal tenke, føle og handle i forhold til spesifikke problemer og utfordringer. På denne måten dannes mening og felles kjøreregler i organisasjonen. For det femte sier Schein at organisasjonskultur også har noe med følelser å gjøre. Følelser preger tenkning, oppfatninger og til sist våre handlinger (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Schein påpeker at begrepet organisasjonskultur ikke må oppfattes dit hen at det i alle organisasjoner finnes en enhetlig integrert kultur. Han sier videre at det ikke er uvanlig at man kan finne et mangfold av kulturer og subkulturer innenfor en og samme organisasjon. Kulturen kan være innbyrdes konkurrerende og bære preg av motsetninger og konflikter (Jacobsen & Thorsvik, 2007). I en instrumentell handlingslogikk er formelle strukturer og normer virkemidler for å oppnå forhåndsgitte mål. Den kulturelle handlingslogikken preges av at mål blir oppdaget underveis, og av at uformelle normer, verdier og identiteter<sup>14</sup> gradvis utvikles (Christensen, et al., 2009). Det er verdt å merke seg at de kulturelle reglene primært er rettet mot fortiden, mens de strukturelle reglene primært peker mot fremtid.

Dersom det skal gi mening å studere kultur i organisasjoner, må det legges vekt på de trekk ved kulturen som er et resultat av (Jacobsen & Thorsvik, 2007 s. 121)

- At alle mennesker har behov for å oppleve sosial tilhørighet og bli akseptert av andre.
- At alle mennesker har behov for stabilitet og mening i tilværelsen.
- Organisasjonskultur må derfor betraktes som organisasjonsmedlemmenes søken etter mening, sammenheng, helhet og stabilitet. Nøkkelbegrepet er fellesskap. Kultur er et sosialt fenomen og oppstår bare i sosiale fellesskap.

#### **2.4.1 Hva består organisasjonskultur av?**

De fleste er enige om at organisasjonskultur består av grunnleggende antakelser som har festet seg, og som organisasjonsmedlemmene finner så formålstjenlig at det betraktes som sant (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Dette kalles for bruksteori (Argyris & Schön, 1978). Bruksteori representerer de kunnskapene som reelt styrer vår atferd. Kunnskapen som benyttes er å finne

---

<sup>13</sup> Hensiktsmessig i den forstand at organisasjonens medlemmer opplever mening. Det er viktig å merke seg at det som er hensiktsmessig for organisasjonens medlemmer og hva som tjener organisasjonens mål ikke alltid er samsvarende.

<sup>14</sup> Identiteter vil senere i kapittelet omtales som artefakter.

på det ubevisste plan. Man sier at kunnskapen er taus. Et ofte brukt eksempel er hentet fra sykepleierfaget. Den erfarne sykepleieren kan noe som går utover ervervet teoretisk og praktisk kunnskap, dette noe er ugripelig og betegnes ofte som “å sitte i ryggmargen”. Det er kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er utviklet gjennom år i sykepleierfaget. Et problem er at bruksteorien ikke stiller spørsmål ved de grunnleggende forutsetningene til kunnskapen. Dette kalles for enkeltkretslæring (Argyris & Schön, 1978).

Man har utviklet en modell for å studere kultur som gjør at vi kan omgå problemet med det som er usynlig og tatt for gitt. Våre grunnleggende antakelser reflekteres i våre verdier og normer. Her har vi en høyere grad av bevissthet om det som skjer (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Artefakter er synlige uttrykk for kultur, men er likevel ikke alltid enkle å tolke (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

For å studere organisasjonskultur må forskeren snakke med organisasjonsmedlemmene om felles normer og verdier. Normer og verdier blir synlige når organisasjonens symboler registreres (klær, arkitektur, innredning ), og kan forstås når man lykkes med å tolke hva artefaktene betyr (Jacobsen & Thorsvik, 2007). For å studere organisasjonskultur trenger vi innsikt i organisasjonsmedlemmenes grunnleggende antakelser. Dette kan man gjøre ved å gå fra artefakter, via verdier og normer, til grunnleggende antakelser. Deretter kan vi trekke konklusjoner tilbake igjen fra hva vi finner ut om grunnleggende antakelser (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Dette kan fremstilles i følgende figur:

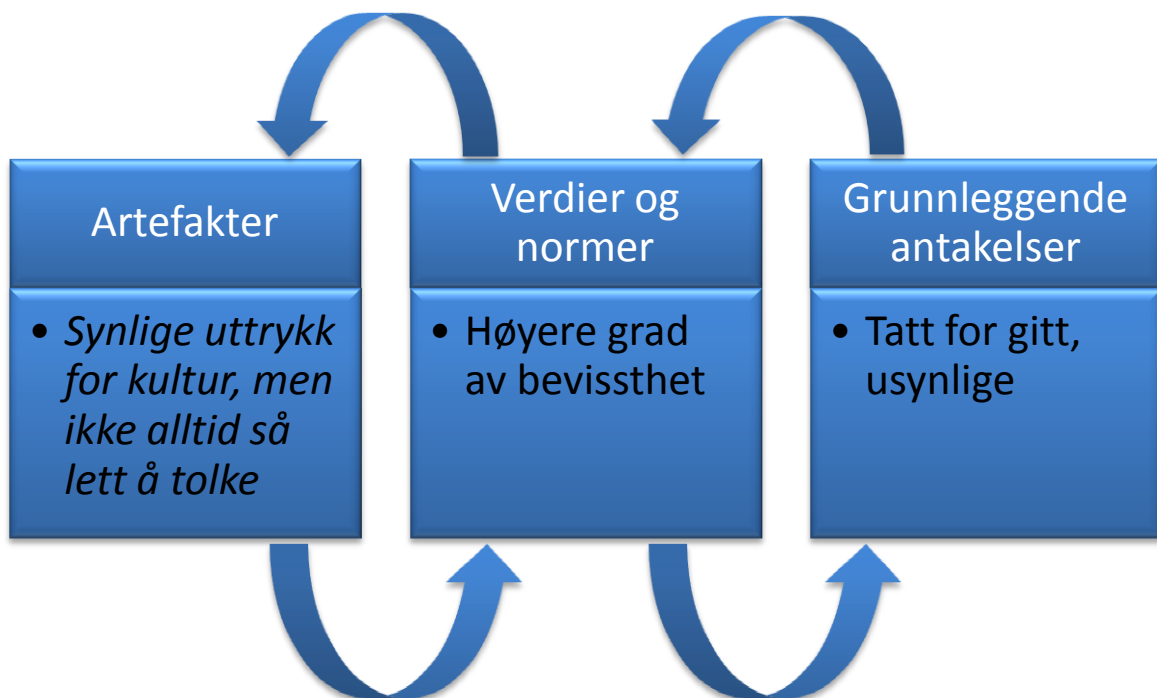


Fig2: Forholdet mellom artefakter, verdier/normer og antakelser.

### 2.4.2 Grunnleggende antakelser

Grunnleggende antakelser peker mot oppfatninger og meninger som er “innleiret” hos organisasjonens medlemmer. De oppstår som følge av felles fortolkning av virkeligheten og blir til organisasjonens etablerte sannheter (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Gjennom sosialiseringprosesser videreføres grunnleggende antakelser til nye medlemmer. Edgar Schein har identifisert syv dimensjoner med tilhørende spørsmål som kan benyttes for å studere ulike kulturelle trekk i en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

1. Organisasjonens forhold til sine omgivelser. Spørsmål som må besvares: Betrakter organisasjonen seg som dominerende, harmonisk, eller underdanig i forhold til sine omgivelser?
2. Den menneskelige aktivitet og handlinger i organisasjonen. Spørsmål som må besvares: Er den “riktige” atferden å være dominant, pro-aktiv eller er det mer “riktig” å være passiv og fatalistisk?
3. Forholdet til sannhet og virkelighet. Spørsmål som må besvares: Hvordan defineres sannhet og usannhet? Hvordan kommer man frem til sannheter og usannheter? Er det gjennom testing av antatte sannheter? Er det ved at man hører på noen som antatt vet best? Er det etablering av sannheter gjennom kollektiv konsensus?
4. Organisasjonens betraktning av tid. Spørsmål som må besvares: Hvordan oppfatter og handler organisasjonen i forhold til fortid, nåtid og fremtid? Hvilke tidsperspektiver ser organisasjonen sine daglige aktiviteter i? Lang eller kort tidshorison.
5. Organisasjonens menneskesyn? Spørsmål som må besvares: Er mennesker grunnleggende gode eller grunnleggende onde? Eller tror man at mennesker konstitueres i relasjon med sine omgivelser?
6. Organisasjonens oppfatning av mellommenneskelige relasjoner. Spørsmål som må besvares: Hva er den “riktige” måten for mennesker å samhandle på? Er miljøet preget av konkurranse eller samarbeid? Hvordan fordeles makt og myndighet, gjennom hierarki eller egalitære strukturer? Hvordan fattes beslutninger, er det autonomi eller kontroll som dominerer?



7. Konsensus eller konflikt. Spørsmål som må besvares: Tolereres uenighet? Trives man best når gruppen opptrer samlet, eller er det rom for divergerende oppfatninger og meninger?

Ved å kombinere dimensjonene får man et best mulig inntrykk av kulturen(e) i organisasjonen. En organisasjon kan for eksempel være samlet mot ytre påvirkning. Da preges gjerne kulturen av sterkt samhold og overlevelse. Forholdet mellom ledelse og ansatte kan også være preget av mistenksomhet og manglende tillitt. Konkurransen kan oppfattes som gunstig for organisasjonens prestasjoner, samtidig som organisasjonen har et anstrengt forhold til konflikter (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Motsatt kan en tenke seg en organisasjonskultur som er preget av en tro på aktiv deltakelse og at forhold kan endres gjennom egne handlinger. Organisasjonen kan ha et positivt menneskesyn, tro på langtidsplanlegging, høy toleranse for uenighet og konflikt. Samarbeid og tillit preger miljøet i organisasjonen. Disse dimensjonene har vært anvendt i empiriske studier av organisasjonskultur og har vist seg nyttige for å karakterisere kultur(er) (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

#### **2.4.3 Verdier**

I følge Schein kommer verdier til uttrykk når mennesker tar bevisste valg om at noe er godt og noe annet er feil. Er menneskesynet i organisasjonen preget av tillit vil dette naturlig følges av høy grad av delegering og autonomi. Har man positive erfaringer med at konflikt avler gode resultater, vil en naturlig følge være at organisasjonen har en verdi som ser muligheter i konflikter (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Studier av organisasjoner antar at verdier kommer til uttrykk gjennom beslutninger som fattes, planer man legger og den organisasjonsfilosofi som legges til grunn. Det følger naturlig at organisasjonen bekjenner seg til verdier som oppfattes som gode (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Verdiene følges vanligvis av menneskets grunnleggende antakelser om verden. Vanligvis, fordi det kan være et misforhold mellom hva man sier og tror om verdiene som styrer atferden, og de grunnleggende antakelsene som **faktisk** er bestemmende for atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Verdier kan derfor bli noe man holder frem som et ideal (og faktisk tror at man handler etter), mens det egentlig er oppfatninger som blir tatt for gitt (og som er oss ubevisst) som styrer vår atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

#### **2.4.4 Normer**

Uskrevne regler for hvordan man oppfører seg i sosiale sammenhenger er våre normer. Verdier var som vi så abstrakte idealer, normer beskriver “bestemte prinsipper” mennesker forventes å følge (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Normer er med å gi organisasjonsmedlemmene forutsigbarhet i hvordan de skal samhandle med andre, samtidig som de gir forutsigbarhet i hva de kan forvente av handlinger rettet mot seg selv (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Normer er ikke naturgitt, og kan variere fra organisasjon til organisasjon. Likens kan normer være situasjonsbetinget. Man forventer noe annet fra en lege enn hva man gjør fra en sykepleier. Selv om situasjonen er den samme. Det finnes også som normer for samhandling/atferd innenfor regioner, nasjoner, verdensdeler osv. Eksempel på en nasjonal norm i Norge, er normen om ikke å berike seg personlig i kraft av den posisjonen man innehar i organisasjonen. Nye eksempler på dette er statsråder som mottar personlige gaver i kraft av sin posisjon. Det er vanlig at normbrudd fører til sanksjoner. Bak normene ligger det verdier for det som oppfattes som godt/rettskaffent. Man kan godt si at normene er retningslinjer/prinsipper for atferd, mens verdier er bestemmende for hva som verdsettes (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Normer kan ha karakter av formaliteter som regler og rutiner. De fleste organisasjoner har nedfelt etiske standarder for virksomheten, noe som er uttrykk for formaliserte normer. Normer kan også ha en mer uformell karakter, med det formål å styrke samholdet blant de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Det er ikke uvanlig å finne organisasjoner hvor gjeldene norm sier at man ikke skal gjøre for mye, men heller ikke for lite. Gjør man for mye, blir man oppfattet som streber. Gjør man derimot for lite, kan man bli oppfattet som lat og en som lar andre gjøre jobben for seg. Et sentralt poeng her er at begge former for brudd truer felleskapet/samholdet (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

#### **2.4.5 Artefakter**

Til grunn for organisasjoners kulturelle uttrykk ligger grunnleggende antakelser om verden, verdier og normer. Hvordan kulturen arter seg, eller kommer til uttrykk, er organisasjonens artefakter (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Artefakter er organisasjonens kulturelle symboler. Det er først når individer tillegger en artefakt mening at de fremstår som symboler (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Begrepet symbol er gresk og betyr direkte oversatt "sammensatte tegn". Symboler tolkes innenfor rammen av den sosiale sammenheng de produseres i. Ved dette forstår vi at symboler formidler mer enn det som viser seg ved første øyekast (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Symboler har fire sentrale funksjoner i organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

1. Symbolene reflekterer organisasjonskulturen.
2. Symbolene påvirker organisasjonenes medlemmers tenkning og atferd og bringer frem verdier og normer.

3. Symbolene forenkler organisasjonsmedlemmenes evne til å dele erfaringer.
4. Symbolene skaper klarhet og bidrar til å integrere folks ulike oppfatninger om organisasjonen.

Symboler, i en organisasjonskulturell kontekst, er svært viktig når vi skal danne oss en oppfatning av den enkelte organisasjonen. De er grunnmuren i hvordan vi forstår organisasjonen og de bidrar til at organisasjoner oppfattes som organisasjoner, og blir noe mer enn en tilfeldig forsamling eller sosial gruppe (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Selv om artefaktene er enkle å få øye på, trenger det ikke å være like intuitivt enkelt å forstå deres betydning.

I tillegg til den symbolske siden, har artefakter også en instrumentell side. En belønning for godt utført arbeid kan tjene to hensikter. På den ene siden kan belønningen utløses fordi vedkommende som mottar belønningen har gjort en god jobb som tjener organisasjonen (instrumentelt), på den annen side kan belønningen også være et uttrykk for at personens handling ble sett i lys av verdier organisasjonen setter høyt (symbolsk). Det er viktig at ledere er seg bevisst artefaktens janusansikt (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Er man kun opptatt av artefaktens instrumentelle side, vil man miste den symbolske effekten artefaktene innehar. Det er ingen lett oppgave å skille mellom hva som er artefaktens symbolske side, og hva som er den instrumentelle side, men organisasjonsledelsen bør være oppmerksom også på det som går utover instrumentell nytte. Spesielt i vanskelige tider for organisasjoner kan artefaktens symbolske side bidra til mening og skape forståelse for den situasjon man befinner seg i (Jacobsen & Thorsvik, 2007). I vår studie er leger og sykepleiere uniformerte med hvitt helsepersonelltøy og navneskilt med profesjonstilhørighet og stilling. Dette er eksempler på artefakter.

#### **2.4.6 Perspektiver på organisasjonskultur**

Det organisasjonsmedlemmene har *felles*, står sentralt i Scheins definisjon av begrepet organisasjonskultur. Ved å knytte begrepet organisasjonskultur opp mot det noen har til felles, kan man tilsløre at organisasjoner også kan være preget av kulturelt mangfold og subkulturelle trekk (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Joanne Martin (Martin, 2002) har for dette formålet utviklet tre perspektiver på kultur i organisasjoner. Perspektivene er viktige for å fange opp trekk ved organisasjonskulturen. Trekk hvor det både kan være sammenfallende meningsmønstre og likhet, men hvor det også kan oppstå motstridene meningsmønstre og kulturkonflikter (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

1. Integreringsperspektivet. Perspektivet fanger opp kulturelle manifestasjoner (kultur som kommer til uttrykk for eksempel symboler, artefakter, normer, verdier) som bærer preg av konsensus. Alle medlemmene i organisasjonen vil i dette perspektivet bli oppfattet, og oppfatter seg selv, som ett.
2. Differensieringsperspektivet. Perspektivet fokuserer på kulturelle manifestasjoner som tolkes ulikt av medlemmene/grupper i organisasjonen (inkonsistens). Dette kommer til uttrykk som subkulturer i organisasjonen. Subkulturer eksisterer ved siden av den eksisterende kulturen. Det kan være flere subkulturer i samme organisasjon.
3. Fragmenteringsperspektivet. Skiller seg fra de andre perspektivene ved at de fokuserer på kulturelle manifestasjoner som er uklare. Kulturelle manifestasjoner fremstår gjerne som tvetydige, og eventuell konsensus er situasjonsbetinget, ustabil og skiftende over tid.

Perspektivene er komplementære i den forstand at de gir oss en rikere innsikt i organisasjonskulturen enn hvert av perspektivene kan gi alene (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Det som fanges opp av et perspektiv ignoreres av de to andre perspektivene. Integreringsperspektivet ignorerer uklare kulturelementer, det vil fanges opp av fragmenteringsperspektivet. Differensieringsperspektivet på sin side ignorerer kulturelementer som forener, men fanger til gjengjeld opp ulike subkulturer. Ved å bruke de ulike perspektivene fanges organisasjonens kulturelle elementer opp, og vi får en rikere innsikt i hva ved organisasjonens kultur som forener medlemmene, hva som splitter og hva som fremstår som utydelige.

#### **2.4.7 Oppsummering**

Organisasjonsteoretikere har lenge interessert seg for kulturens betydning hva organisasjoners resultat angår. Siden 1980-tallet har man spesifikt vært på jakt etter å "isolere" kulturens betydning for bedrifters suksess, eventuelt fiasko. Aktørenes handlinger i organisasjoner kan ikke bare forstås ut i fra idealet om mål-middel-rasjonalitet. Argumenter for at holdninger som er usynlige og tatt for gitt (grunnleggende antakelser) preger enhver organisasjon, er blitt presentert. Medlemmenes holdninger kommer til uttrykk som verdier og normer, og preger atferden i gruppen. Det mest synlige uttrykket for kulturen i organisasjoner er artefaktene, eller symbolene som organisasjonsmedlemmene omgir seg med. Kulturen i organisasjoner kan være preget av enighet og konsensus (integreringsperspektivet). Motsatt kan medlemmene i organisasjoner tolke kulturelle manifestasjoner ulikt og subkulturelle trekk

utvikles (inkonsistens). Vi har argumentert for et tredje kulturperspektiv hvor de kulturelle manifestasjoner fremstår som uklare. I dette perspektivet vil “vi følelsen” være situasjonsbetinget og ustabil.

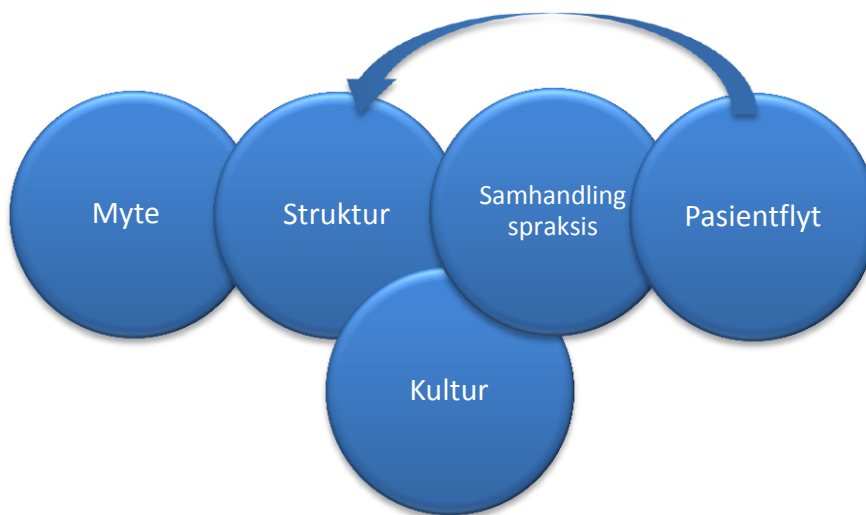
## **2.5 Operasjonalisering av teori**

Myteperspektivet, strukturperspektivet og kulturperspektivet skal hjelpe oss med å besvare oppgavens problemstilling. Myteperspektivet skal bringe klarhet i hvorfor SK og SUS i fellesskap valgte IMA til å løse pasientflytutfordringene i grenseflaten mellom kommune og sykehus. Strukturperspektivet på sin side skal kaste lys over hvordan strukturelle rammer påvirker modellens måloppnåelse. Kulturperspektivet skal belyse i hvilken grad aktørens verdier, normer og holdninger har effekt på samhandlingspraksisen. Vi betrakter IMA som aktørens forsøk på å løse samhandlingsutfordringen. Med dette mener vi at etableringen av IMA er et forsøk på å skape en ny organisatorisk arena for samhandling i grenseflaten mellom SK og SUS.

Vi har utviklet en analysemodell (Fig 3) for å belyse sammenhengene mellom myter, struktur og kultur, og hvordan disse faktorene hver for seg og samlet påvirker samhandlingspraksisen og måloppnåelsen. Modellen visualiserer at det er en sammenheng mellom perspektivene og samhandlingspraksisen slik den fremstår. Slik sitatet fra samhandlingsreformen i kapittel 1.3.1 viste, så er det en tendens til at rasjonelle handlingslogikker får forrang, når nye organisatoriske løsninger skal implementeres. Vi argumenterer for at myteperspektivet og kulturperspektivet også gjør seg gjeldende når nye tiltak, som IMA, skal implementeres. Disse to perspektivene har derfor fått en plassering i modellen som skal vise denne tendensen. I figuren antas det at myter påvirker utformingen av organisasjonsstrukturen, mens både struktur og kultur kan påvirke samhandlingen og dermed pasientflyten.

For å gjøre det enklere for leseren å orientere seg i hvor vi befinner oss i oppgaven, har vi valgt å presentere modellen foran hver kategori i resultatkapittelet. Sirkelen vil bli uthevet i den kategorien vi til enhver tid presenterer/diskuterer. Det er viktig å merke seg at figuren er en forenklet versjon av en kompleks virkelighet. Det er sammenhengen og prosessen mellom sirklene vi vil belyse i oppgaven. Mytesirkelen og kultursirkelen har i analysemodellen fått en plassering som understreker at det er strukturer og rasjonalitet som får mest oppmerksomhet når organisasjonsmodeller skal utvikles. (Jacobsen, 2004). I følge Røvik (2007) er det samme tilfellet med myter og oppskrifter på reise.

Perspektivenes påvirkning på samhandlingspraksisen kan fremstilles slik:



*Fig 3 Analyteskjema*

### **3.0 METODE**

I dette kapitlet presenteres oppgavens metodevalg og forskningsdesign. Leseren vil på denne måten kritisk kunne ta stilling til de valg og overveielser vi har gjort underveis i prosessen og fram til endelig resultat. Kvaliteten på forskningen avgjøres av i hvilken grad spørsmålene oppgaven stiller, besvares på en valid og reliabel måte. Undersøkelsens formål er å se om samhandlingen mellom SK og SUS fungerer som intendert, og i hvilken grad strukturelle og kulturelle faktorer påvirker dette. Forskningsdesignet skal bidra med å knytte sammen datasamlingen og studiens innledende forskningsspørsmål(Yin, 2009).

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk forankring**

Det presenteres tre syn på metoddebatten; positivistisk, hermeneutisk og pragmatisk (Jacobsen, 2005). Positivistisk tilnærming fokuserer på generelle lovmessigheter. Virkeligheten kan studeres med en viss grad av objektive metoder og mål. Hermeneutisk tilnærming styres av undersøkernes verdier og interesser, og framholder at generelle lover ikke finnes. Det er det unike og særegne som studeres. Virkeligheten konstrueres av mennesker og må studeres gjennom å se hvordan disse oppfatter virkeligheten. Pragmatisk tilnærming kombinerer de to nevnte tilnærminger, og forkjempere for denne varianter hevder det i prinsippet er liten forskjell mellom de to metodenes tilnærming (Jacobsen, 2005)

Opgaven har primært en hermeneutisk tilnærming, og baserer seg på en ontologisk tanke om at generelle lover ikke finnes. Epistemologisk fokuseres det på det unike og særegne. Virkeligheten er i denne tilnærmingen menneskeskapt, og en må derfor studere og undersøke hvordan mennesker oppfatter denne virkeligheten da kunnskapen er lokal og unik(Jacobsen, 2005). I stedet for avstand, fokuseres det på nærhet, og det kan derfor ikke utelukkes at forskernes verdier og interesser farger undersøkelsen. Spørsmålene oppgaven skal besvare, er knyttet til et unikt case, i en modell der mennesker handler og samhandler. Informantene skaper og deler en virkelighetsoppfattelse som skal besvare våre spørsmål om hva som hemmer og fremmer samhandlingen i IMA.

#### **3.2 Forskningsdesign**

Problemstillingens hensikt er å oppnå mer klarhet og kunnskap om fenomenet som studeres. Dette krever et metodevalg som får frem nyanserte data, som går i dybden og er åpen for kontekstuelle forhold. Sentralt står det å få fram helhetlig beskrivelse og den enkeltes forståelse og tolkning av fenomenet. Dette kan skje ved å konsentrere seg om få enheter; grupper eller individer (Jacobsen, 2005). Vi mener derfor at kvalitativ tilnærming en god innfallsvinkel for oppgavens problemstilling.

Formålet med en kvalitativ tilnærming, er å innhente detaljerte beskrivelser og analyser av menneskelige erfaringer (Dalen, 2004). Målet vårt er å se forskerspørsmålene gjennom informantenes øyne for å få en innsikt i hvordan de opplever IMA. Den kvalitative metoden er velegnet når en ønsker dybdeforståelse og innblikk i grupper og individers subjektive oppfattelse virkeligheten. Det finnes ingen objektiv sosial virkelighet, men ulike forståelser og opplevelser av den. For å kartlegge dette, må vi forsøke å avdekke hvordan aktørene gir mening til- og fortolker sin virkelighet i det fenomenet vi studerer, nemlig samhandling. I intervjuene er det forsøkt å fange opp en opplevelsedimensjon rundt IMA fra topp- til avdelingsnivå både i selve IMA, i SK og i SUS.

Kvalitativ metode har både sterke og svake sider. Metoden får frem relevante data, og vektlegger detaljer og nyanser. Informasjonen løsriver ikke fra konteksten. En annen fordel er at kvalitativ tilnærming ofte har høy begrepsgyldighet. Ingen forståelse av situasjonen eller fenomenet er riktigere enn en annen. Virkeligheten blir i stor grad definert av den eller de som blir undersøkt. En annen fordel er nærheten som oppstår i intervjuene mellom forsker og den eller de som blir undersøkt. Dette kan sees som en interaktiv, fleksibel prosess. Underveis i forskningsprosessen kan det gjøres endringer i problemstilling og innsamlingsmetode.

En casestudie setter fokus på én eller få undersøkelsesenheter(Grønmo, 2004), og understreker betydningen av det enkelte tilfellet. Undersøkelsesenheterne kan for eksempel være individ, grupper, organisasjoner, kommuner eller land. Casestudier kan ha ulike formål, fra å ville få en helhetlig forståelse av et fenomen eller til å utvikle teorier. I vårt tilfelle søker vi å forstå fenomenet samhandling knyttet til IMA. Felles for alle casestudier, er at studieobjektet er avgrenset i sted og rom. Det som studeres, studeres ut fra den konteksten der fenomenet utvikler seg. Vi studerer samhandling innen en kontekst bestående av både nære og ytre faktorer. I følge Yin er casestudier nyttige for empirisk å studere et aktuelt fenomen i sin naturlige kontekst. Casestudier egner seg for å få en parallell forståelse av det fenomenet som studeres og konteksten. Konteksten er avgjørende fordi det antas at den har en direkte påvirkning på fenomenet som studeres, eller fordi det er uklare grenser mellom fenomenet og konteksten (Yin, 2009).

Dette caset, IMA, involverer to store organisasjoner; SK og SUS. Vi har innhentet informasjon fra informanter på ulike nivå i begge organisasjoner. For å forstå hvordan samhandling utfordres i disse to organisasjonene, med ulike oppgaver og kulturer, er denne



konteksten avgjørende når vi skal analysere funnene våre. Studien er en singel -case studie, der én enhet studeres og ikke blir sammenlignet med tilsvarende avdelinger. Vi er klar over at ytterligere forståelse for om denne organiseringsmodellen fungerer som tenkt, kunne blitt oppdaget gjennom sammenligning med en eller flere tilsvarende avdelinger. Vi har valgt kun å studere IMA, fordi tidslinjen og kronologien her spiller en stor rolle. Vi vil se på hvordan samhandlingspraksisen i den aktuelle konteksten har utviklet seg fra avtalen ble vedtatt, til avdelingen ble iverksatt og i tiden fram til i dag.

Casestudier har tradisjonelt sett ofte blitt kritisert som vitenskapelig forskningsmetode, og anklages for ikke å inneha samme grad av troverdighet som for eksempel eksperimentelle forsøk og spørreundersøkelser. Til grunn for denne kritikken ligger det tre hovedmomenter. Casestudier som metode påstås for det første å være for fleksible, med for få faste holdepunkter til å sikre at forskningsdesignet objektivt holder vitenskapelig høy nok standard og holdbarhet. Til dette svarer Yin at forskerens virkelighetsoppfatning også ved bruk av andre metoder, kan ledes i en bestemt retning selv om det da ikke vil opptre like ofte og kan antas lettere å forsere (Yin, 2009). Det er altså viktig at vi er bevisst våre egne kognitive begrensninger i casestudier. Videre kritiseres casestudier for ikke å gi mulighet for statistisk generalisering, fordi funn fra et case ikke kan gi absolutte gyldige svar som kan overføres til lignende fenomen. Til dette svarer Yin bekræftende på at det ikke er mulig å korrekt generalisere fra et case til et større univers, men at casestudier er godt egnet til analytisk generalisering. Det siste ankepunktet mot casestudier, er tids- og ressursbruken som kreves av forskeren. Dette parerer Yin ved å hevde at casestudier, avhengig av studiens fokus, kan utledes via sekundærlitteratur, noe som gir mulighet til å forske fra eget kontor (Yin, 2009).

Metoden er ressurskrevende. Intervjuer er tidkrevende og utvelgelse av antall informanter må foretas på bakgrunn av tilgjengelige ressurser. Datasamlingen kan bli kompleks og nyanser gjør at den kan være vanskelig å tolke. En annen svakhet ved kvalitativ metode er at evnen til kritisk refleksjon kan svekkes på grunn av nærheten mellom forsker og informanter.

Nærheten kan påvirke undersøkelseeffekten som kan gjøre det vanskelig å måle hvordan den enkelte opplever fenomenet eller situasjonen. Et intensivt design som går i dybden og forsøker å avdekke så mange variabler som mulig, gjør det vanskelig å generalisere selv om styrken er at det får frem relevante data. Muligheten til å generalisere eller overføre funn til andre enheter vil være relativt begrenset fordi kvalitative design ofte baserer seg på et lite antall enheter (Jacobsen, 2005).

### 3.3 Forskningsstrategi

Vi har valgt en strategi med en forhåndsutviklet problemstilling og valgt teori som legger premisset for oppgaveløsningen. Studien baserer seg ikke på testing av spesifikke hypoteser, noe som gir en inngang til å eksplorere, altså har den også en induktiv side. Det første vi gjorde var å velge ut hvilke tema vi skulle studere. Etter at vi hadde valgt tema, begynte vi å lete etter et eksempel fra virkeligheten som kunne utgjøre vår empiri. Dette skjedde i dialog med forskere ved IRIS, som studerer samhandling i Norge og Danmark<sup>15</sup>. Deretter valgte vi ut teoretiske perspektiver. Etter å ha studert ulike teoretiske innfallsvinkler og valgt teori, formulerte vi mulige modeller og problemstillinger. Som et resultat av dette arbeidet utarbeidet vi noen tema. Deretter formulerte vi noen åpne, og noen lukkede spørsmål. I februar gjennomførte vi en pilotsamtale med to informanter, hvor formålet var å skape oss et bilde av IMA. Informantene hadde begge hatt sentrale oppgaver med å utarbeide IMA.

En casestudie ble derfor gjennomført for å kunne beskrive IMAs samhandlingsmønstre. Aktører på ulike nivå (direktør, rådgivere, avdelingsledere, leger og sykepleiere på avdelingsnivå) fra både SK og SUS, ble intervjuet for å belyse dette.

Casestudier er rett metode når fenomenet som studeres ikke kan løsrives fra sin kontekst (Yin, 2009). Ved å gå i dybden på få enheter kan en finne ting en ikke på forhånd ventet å finne, og på bakgrunn av disse funnene kan videre forskning danne grunnlag for teoriutvikling fra det bestemte caset (Jacobsen, 2005). Samhandlingen blir belyst i den konteksten fenomenet foregår i, nemlig i grenseflaten mellom første- og annenlinjetjenesten. Ved å intervju individer på ulike, men tilsvarende nivå, i SUS og SK er det forsøkt å tegne et detaljert bilde av hvordan samhandlingspraksisen fungerer.

Det er et diskusjonsspørsmål hvilken strategi som best kan samle inn data for å studere virkeligheten (Jacobsen, 2005). Den induktive strategien har et ideal om at forskerne skal møte virkeligheten med et åpent sinn, fritt for antagelser og forventninger, og samle inn relevant empiri som deretter systematiseres og danner grunnlag for teori. Altså, “fra empiri til teori”. Målet er at ingenting skal begrense informasjonstilfanget (Jacobsen, 2005). Den deduktive strategien går motsatt vei “fra teori til empiri”. Denne strategien forutsetter at forskeren går ut i virkelighetens verden og innhenter empiri, for å se om dette stemmer overens med egne teoretiske forventninger (Jacobsen, 2005).

---

<sup>15</sup>IRIS- prosjekt i samarbeid med Danmark: Learning from different experiences: Multilevel Governance of health and care services in Denmark and Norway.

Vi synes at en kombinasjon av strategiene har gitt oss en rikere innsikt i hvordan IMA fungerer. Det hadde vært vanskelig å utarbeide en egnet intervjuguide dersom vi ikke hadde hatt informasjonen som eksplorerende strategien har gitt oss tilgang til.

### **3.3.1 Datagrunnlag og utvalg**

Datainnsamlingen baserer seg på informasjon fra intervjuer og skriftlige kilder. Forut for intervjuene ble det som nevnt gjennomført en pilotsamtale med to nøkkelinformanter ansatt i avdelingen. Dette la grunnlag for videre undersøkelser gjennom individuelle intervju, og kartla hvem det ville være hensiktsmessig for oss å snakke med i SUS og SK. Samtykker og tillatelser til å utføre intervjuene ble innhentet fra SUS og SK.

I tillegg til den innledende pilotsamtalen er det intervjuet til sammen 12 personer fra både SK og SUS, med likt antall personer fra hver av organisasjonene. Dette etterlot et inntrykk av at svarene var tilstrekkelig gode, og vi vurderte at det ikke var nødvendig å gjennomføre ytterligere intervjuer. Disse intervjuene, i tillegg til skrevne kilder som nevnt tidligere i oppgaven, utgjør våre primærkilder.

Hva som er det perfekte antall informanter, er et tema som ofte diskuteres. Informantene må til sammen utgjøre et nettverk som dekker populasjonen i størst mulig grad. Det vanskelig å tilstrebe et representativt utvalg ved bruk av kvalitativ metode, som innebærer få enheter og mange variabler (Jacobsen, 2005). Informantene våre ble valgt ut i egenskap av stilling og organisatorisk plassering i både SK og SUS, slik at like sider ved denne organisatoriske konstruksjonen ble dekket. Informantene ble pekt ut av ledere i SK og SUS, på bakgrunn av studiens hensikt og den informasjonen vi var ute etter å få. Dette er noe vi i etterkant skulle ønske vi fritt kunne gjort selv. Da utvalg av informanter ble gjort, var vi på et tidlig stadium i prosessen og hadde ikke selv oversikt over hvem det ville være hensiktsmessig å intervjuer. Vi fulgte derfor de råd og anbefalinger vi ble gitt om hvem vi burde snakke med.

Informantene fordeles i og utenfor IMA, og kan karakteriseres som nøkkelinformanter, personer med særlig god oversikt over og innsikt i spørsmål forskeren ønsker svar på (Andersen, 1997). Personene ble valgt ut etter roller og tilhørighet i organisasjonene for å få et representativt uttrykk for hvordan samhandlingspraksisen arter seg. Informantene kunne fritt velge hva de ville legge i begrepene de ble spurt om, samt uttrykke sitt syn på de ulike spørsmålene intervjuguiden adresserte. Dette er i tråd med Kvaales syn på hva en intervjuguide bør være. Den bør inneholde tema som skal undersøkes i en bestemt rekkefølge, og eventuelle

detaljerte spørsmålsformuleringer. Spørsmålene bør være lette å forstå, og bør bidra til kunnskapsproduksjon (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

Informantene fra SUS representerer avdelinger som står i en særstilling til IMA, og har et nærere og mer aktivt forhold til denne enn sykehusets øvrige avdelinger har. Dette ble først klart for oss etter at data fra intervjuene forelå. For ennå bedre å kunne belyse samhandlingen mellom SUS og SK, kunne også informanter fra avdelinger som i mindre grad benytter seg av IMA, vært intervjuet. Dette representerer en svakhet ved utvalget. På den annen side er de informantene som har blitt intervjuet, de som har et aktivt forhold til IMA, og dermed kan bidra med informasjon om den aktuelle samhandlingen.

### **3.3.2 Intervjuguiden og intervjuene**

Vi har valgt individuelle intervju, siden vi er ute etter en forståelse for hvordan individer på de ulike nivåene i organisasjonene, opplever samhandlingspraksisen. Individuelle dybdeintervjuer er godt egnet for dette formålet. En del av spørsmålene kunne i grupper medført strategiske svar, der informantene konstruerte mer enn de formidlet sine meninger (Jacobsen, 2005). Intervjuene ble tatt opp på bånd, for å sikre at vi fikk med oss alt som ble sagt. Intervjuene varte fra tre kvarter til to timer.

Å utarbeide og komme fram til den endelige intervjuguiden<sup>16</sup> tok tid. Problemstillingen, de konkrete forskerspørsmålene og teorikapitlene var utgangspunktet for utvikling av intervjuguiden. Intervjuguiden ble, etter mye prøving og feiling, justert etter inntrykk fra pilotsamtalen og diskusjon med veileder. Spørsmålene er så enkle som mulig, og åpner for informantenes egne meninger. Informantene fikk ikke tilgang til intervjuguiden før selve intervjuet, dette for å sikre spontaniteten i svarene. Vi la derfor vekt på å forklare spørsmålene godt, og innledet hver spørsmålskategori med en innledning i tematikken. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for alle intervjuene, supplert av spontane oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å utdype og forklare der de selv kom med aktuell informasjon utover det vi spurte om.

Bredden intervjumaterialet representerer, ga god innsikt i kompleksiteten problemstillingen reiser. Det faktum at vi har vært to om denne oppgaven, har gjort dette arbeidet overkommelig og har vært med på å kvalitetssikre tolkningen underveis. Vi er likevel åpne for at datasamlingen for andre kan gi andre fortolkninger og en annen forståelse. Vi har fått god

---

<sup>16</sup> Se vedlegg nr.2

tilgang til intervjuobjekter, og har møtt stor samarbeidsvilje fra både SUS og SK. Samtlige intervjuer er transkriberte, deretter analysert etter kategorier. Kategoriene samsvarer med inndelingen i intervjuguiden, og følger analysemodellens<sup>17</sup> kronologiske framstilling fra myte til effekt. Informantene har fått lese igjennom intervjuene i etterkant. Enkelte av informantene har på bakgrunn av dette kommet med kommentarer til sine uttalelser som er blitt vurdert og tatt til følge.

### **3.3.3 Skriftlige kilder**

De skriftlige primærkildene har vært dokumenter, rapporter, møtereferat og sakspapirer. Det har vært nyttig å supplere intervjudata med informasjon fra skrevne kilder. Dette har gjort oss oppmerksomme på ulike og sprikende oppfatninger, og har fått oss til å se studien i et mer nyansert lys. Sekundærkildene er fra faglitteratur om det aktuelle emnet. Sekundærdata kan dermed innebære begrensninger, og er ofte er tilpasset det opprinnelige formålet. Ikke all informasjon er brukbar eller aktuell. Ved bruk av sekundærdata har ikke vi ikke kontroll over forhold som kan påvirke datasamlingens pålitelighet. Vi vet ikke alltid hvordan de er samlet inn, hvem som har registrert informasjonen, eller om vi kan stole på kildene som er valgt. Dette gjør at en bør være kritiske til valg av kilder (Jacobsen, 2005). Ut fra et kvalitativt perspektiv, bidrar denne metoden til en systematisk gjennomgang av skrevne kilder for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Innsikt i de ulike dokumentene bidro til at forståelsen og relevansen til caset som helhet ble klarere.

### **3.3.4 Dataanalysen**

Å analysere handler om å dele materialet opp i elementer, slik at innholdet kan komprimeres og intervjuteksten kan organiseres i kategorier. Kvalitativ forskning benytter ulike tilnærminger til analysen av det empiriske datamaterialet. Felles for disse er en fortolkende tilnærming (Dalen, 2004). I første rekke bygger fortolkningen på våre antagelser og forventninger, deretter på informantenes direkte uttalelser som videreutvikles i dialog med oss som forskere. Intervjuene, ble etter transkribering, ryddet og overflødig stoff ble tatt ut etter vurdering om hva som er vesentlig i forhold til problemstilling og forskerspørsmål (Jacobsen, 2005).

Intervjumaterialet ble kategorisert etter kategoriene myte, struktur, kultur, samhandlingspraksis, effekt og veien videre. Dette samsvarer med elementene i problemstillingen og forskerspørsmålene våre. Intervjutekstene ble gjennomgått, lange sitat ble forkortet, samtidig som meningene ble ivaretatt med færre ord. Dette reduserte omfanget,

---

<sup>17</sup> Se Fig 3

og ga en bedre oversikt over materialet. Hovedinntrykk, motsigelser og bekreftelser ble plukket ut fra intervjuene, og sortert etter underkategorier. Det er viktig kritisk å vurdere om sammenhengene og forklaringene som gis er reelle, og ikke er basert på egne konstruksjoner (Jacobsen, 2005). Til slutt ble intervjudata sammenlignet med dokumentfunnene, og tendenser og hovedinntrykk ble presentert.

### **3.4 Reliabilitet og validitet**

Alle forskningsbaserte oppgaver må vurderes etter krav om reliabilitet og validitet. Det finnes likevel ingen standardiserte metoder for å bedømme reliabiliteten i en kvalitativ studie, eller enkle kriterier for hva som avgjør validiteten i den (Grønmo, 2004). Vi legger derfor vekt på å være åpne og eksplisitte på de utfordringer som har oppstått, og la det være opp til leseren å avgjøre hvilken effekt metodevalget har hatt på resultatene.

Det er av stor betydning å sikre validiteten underveis og gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, et al., 2009). Overordnet er målet om at intervjuguiden er tilpasset oppgavens mål, problemstilling og teoretiske forankring. Vi har gjennom hele prosessen forsøkt å ivareta validiteten gjennom selve gjennomføringen av intervjuene og analysen av datasamlingen. Det at vi har vært to, har gitt oss muligheten til å drøfte validiteten og reliabiliteten underveis. Vi har drøftet og diskutert oss fram til løsninger og valg, og vi har forholdt oss kritisk til de data vi har samlet inn. Dersom det har dukket opp store avvik mellom informantopplysninger og skriftlige kilder, har vi kritisk sjekket dette opp. Dette knytter seg til hvorvidt vi har fanget opp det vi ønsket å få tak i, intern validitet, og om dette lar seg overføre til andre sammenhenger, ekstern validitet. Ikke minst handler dette om datasamlingen er til å stole på, altså om den er reliabel (Jacobsen, 2005). Vi er likevel klar over at andre forskere på et annet tidspunkt ville kunne kommet til andre resultat. Vi mener likevel at reliabiliteten i denne undersøkelsen er ivaretatt i tilstrekkelig grad.

Det er lagt vekt på å fange opp hva aktører som samhandler, tenker om praksisen. Hvor godt fungerer samhandlingen? Aktører på ulike nivå, med ulik bakgrunn og tilhørighet i de tilhørende organisasjoner har meddelt sine oppfatninger og syn på dette. Det påstås at begrepsmessig validitet i åpne kvalitative undersøkelser, er mindre relevant fordi informantene selv definerer begrepene (Jacobsen, 2005). Detaljer, nyanser og det unike ved hver informant vektlegges, noe som gjør at vi som forskere ikke styrer de i retning av bestemte svarkategorier. På bakgrunn av dette hevdes det at kvalitativ tilnærming vil ha høy

begrepsgyldighet (Jacobsen, 2005), og at det er informantene som i stor grad definerer hva som er den korrekte forståelsen av fenomenet.

Vi opplevde at det i stor grad kom fram hva informantene tenker om IMA, og hvordan de opplever samhandlingspraksisen. Det er gitt gode beskrivelser, eksempler og formidlet bred innsikt i opplevelser av “virkeligheten”. Informasjonen disse intervjuene gir, kan også være aktuell for andre. Det er viktig å hente fram spesielle erfaringer, for nettopp å belyse aktuelle tema (Kvale, et al., 2009). Et spennende spørsmål, er om disse funnene knyttet til IMA, kan ha overføringsverdi til andre kommuner og sykehus som ønsker å starte lignende avdelinger i grenseflaten mellom første- og annenlinjetjenesten. Her kommer diskusjonen rundt utvalget for denne studien inn. I denne studien foreligger det likheter mellom vårt case, og det “felt” som er tenkelig å kunne overføre erfaringene til. utfordringer, opplevelser og erfaringer vil i stor grad være gjenkjennelig for andre i helsesektoren i Norge. Det er ingen selvfølge at andre vil oppleve det samme, men det kan legges til grunn en forståelse for hvilke utfordringer en samhandlingsmodell som IMA kan møte. Hvis studien kan vise til synspunkter som deles av flere, kan det argumenteres for at dette er generelle trekk i fenomenet som undersøkes. Generalisering kan da sannsynliggjøres, men ikke garanteres (Jacobsen, 2005). Funn fra casestudier vil sjelden umiddelbart bli akseptert som generaliserbare uten videre spørsmål og ytterligere forskning (Yin, 2009).

### **3.5 Metodiske utfordringer og etikk**

Å forske innebærer å foreta valg som ofte er basert på interesser og verdier. Fordi ingen undersøkelser fullt ut kan beskrive hele sannheten, vil det kunne stilles spørsmål ved informasjonen som ikke kommer frem. Krav om åpenhet kan kompensere for den nøytralitet som er vanskelig å oppnå, noe som setter et sterkere fokus på forskningsetikk (Jacobsen, 2005).

Vi er i etterkant blitt klar over at det å studere kulturelle aspekter utelukkende gjennom intervju, er en metodisk svakhet. Kulturelle trekk kunne blitt fanget bedre opp gjennom deltagende observasjon, i tillegg til intervju. Vår mening er likevel at kulturen er i tilstrekkelig grad er blitt avdekket ved å besvare spørsmålene i intervjuguiden.

Det at vi har vært to om å skrive oppgaven, har både hatt fordeler og ulemper. Kontinuerlig mulighet til diskusjon, tilbakemeldinger og debatt har vært en stor fordel. Gjennom stadig å diskutere og drøfte egen subjektivitet, mener vi at den nødvendige distanse til studien, informantene og resultatene har blitt sikret. En stor utfordring har det samtidig vært å bli

samkjørte, det at to hoder hele tiden skal dele en tanke. Oppgaven skaper ikke rom for delte meninger og motsigelser. Det er brukt mye tid på å enes, på å forstå hverandres ideer og tolkninger og rent praktisk fordele arbeidsoppgavene. Det å sikre at begge er oppdatert på den andres arbeid, har vært tidkrevende, men har også gitt innsikt i hvordan ett og samme fenomen kan forstås på ulike måter. Vi har jobbet tett sammen gjennom hele prosessen med å ferdigstille oppgaven. Oppgaven er i sin helhet er jobbet fram i fellesskap, og begge har vært delaktig i alle fasene, og i alle deler av oppgaven. Intervjuene har vi utført i fellesskap.

At begge har sin yrkesbakgrunn i helsesektoren, kunne påvirket involvering, opplevelser, tolkninger og engasjement dersom vi ikke var det bevisst. Det kan ikke utelukkes at vår bakgrunn og faglige ståsted har påvirket den subjektive tolkningen av resultatene. Med utgangspunkt i allerede etablert kunnskaper og holdninger, kan det tenkes at vi leter etter informasjon som støtter opp under dette. Med dette kan vi risikere å danne oss bestemte forventninger om hva vi vil finne, og vi kan dermed stå i fare for å begrense informasjonstilgangen slik at vi overser viktig informasjon. Dette har vi vært klar over fra første stund, og bevisst hatt tanker om å unngå. Idealet om å være frie forskere, uten forutinntatte meninger, har vi så langt som mulig forsøkt å etterleve. Vi har gjensidig minnet hverandre på dette dersom tendenser til subjektive tolkninger har forekommet.

Kravet om frivillig deltakelse, informert og gyldig samtykke er et viktig etisk prinsipp. Vi har informert informantene om hensikten med studien, at deltakelse er frivillig og at vi skal sikre deres anonymitet i vår framstilling. Informantene har fått komme med kommentarer til sine uttalelser, noe vi har imøtekommet.



## 4.0 RESULTAT

Oppgaven vil i det følgende kapittel presentere resultatene som har fremkommet gjennom arbeidet. Primærkilder er informanter og dokumenter utarbeidet av SK og SUS. Resultatene presenteres ut fra kategoriene myte, struktur, kultur, samhandlingspraksis og effekt/pasientflyt. Informantene blir avslutningsvis utfordret på hva de mener bør skje med IMA i fremtiden. Analyseskjemaet, Fig 3, blir brukt som innledning til de ulike kategoriene. På denne måten viser vi hvor i figuren vi befinner oss, og det er sammenhengen og prosessen mellom sirklene vi vil belyse i oppgaven. Vi vil igjen påpeke at analyseskjemaet viser et forenklet bilde av en kompleks virkelighet.

### 4.1 Myte

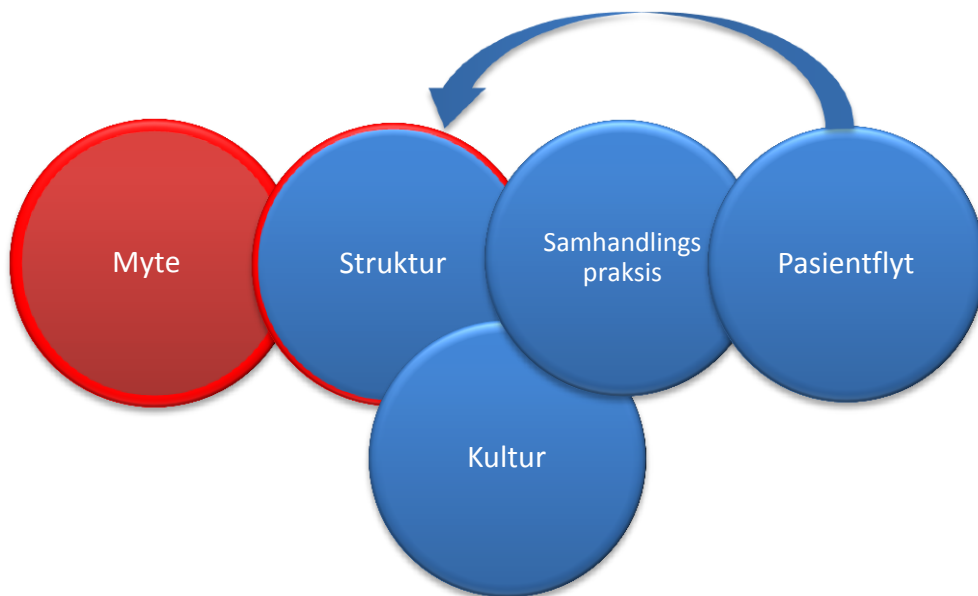


Fig 3:1 Analyseskjema med fokus på myter

#### 4.1.1 Inspirasjon

Det var i stor grad samforstand på spørsmålet om hvor inspirasjonen til IMA kom fra. Informantene pekte på en lignende avdeling Søbstad i Trondheim. En av informantene fra SUS uttrykte seg på denne måten:

*“Det ble lagt en lest i forhold til Søbstad sykehjem, hvor vi var på besøk og så på hvordan de hadde gjort det. IMA ble laget langt på vei som en kopi av hvordan de hadde gjort det der”.*

Informanter fra SK:

*“Hele avdelingen eller modellen er en blåkopi av Trondheim”.*

*“Det er en adoptert rutine, det er slik de har gjort det i Trondheim”.*

#### **4.1.2 Konkrete utfordringer/problem**

Informantene ble også spurt om hvem som hadde vært pådrivere for at modellen ble implementert. Resultatene tyder på at organisasjonstilhørighet spiller en rolle i forhold til dette spørsmålet. Informantene oppfattet at det var ens egen organisasjon som hadde kommet med initiativet til etableringen av IMA.

Informant fra SK:

*“Initiativet var kommunalt. Politisk behandlet og fulgt opp av levekårssjefen.*

Informant fra SUS:

*“Jeg har alltid tenkt at modellen har sitt utspring fra sykehuset, på grunn av stadig overbelegg. Derfor har de sett på flere løsninger. Samhandlingsseksjonen her på sykehuset må ha hatt mye med dette å gjøre”.*

*“IMA er et tilbud til pasienter i gråsonen mellom sykehus og kommune”.*

De av informantene som ikke pekte på egen organisasjon var av den oppfatning at initiativet var delt mellom organisasjonene.

Informant fra SUS:

*“Jeg tror det var et samarbeid mellom SK og SUS, der geriateren var veldig frempå. En velvilje og et ønske fra begge sider om at dette må vi få til”.*

Informant fra SK:

*“Jeg tror at det var ledere fra begge organisasjoner som hadde vært i Trondheim og sett på Søbstad. De var også pådrivere til etableringen”.*

*“Modellen skal løse utfordringer sykehuset har med overbelegg. Stokka skal gi behandlingen videre etter at sykehuset har gjort sitt, utredning og start av behandling. Både kommunen og sykehuset vinner på dette samarbeidet. Sykehuset får frigjort plasser, og kommunen avlaster hjemmesykepleien”.*

#### **4.1.3 Vår vurdering av intervjumaterialet**

Vårt inntrykk er at informanten ble litt overrasket over spørsmål knyttet til modellens opphav. Etter å ha tenkt seg litt om pekte de fleste informantene mot Trondheim kommunes samarbeid med St. Olav Hospital om avdelingen Søbstad. Ingen informanter kjente historien/myten forut for etableringen i Trondheim. Det kan være verdt å merke seg at ingen informanter tror initiativet til etableringen i Stavanger kom fra andre enn egen organisasjon. Hovedinntrykket er at informantene er lite opptatt av hva som har skjedd forut for etableringen av IMA. Resultatene peker i retning av at de fleste informantene forholder seg til IMA som en realitet her og nå. Det ser ut til at det er en høyere bevissthet rundt disse spørsmålene på ledernivå.

## 4.2 Struktur

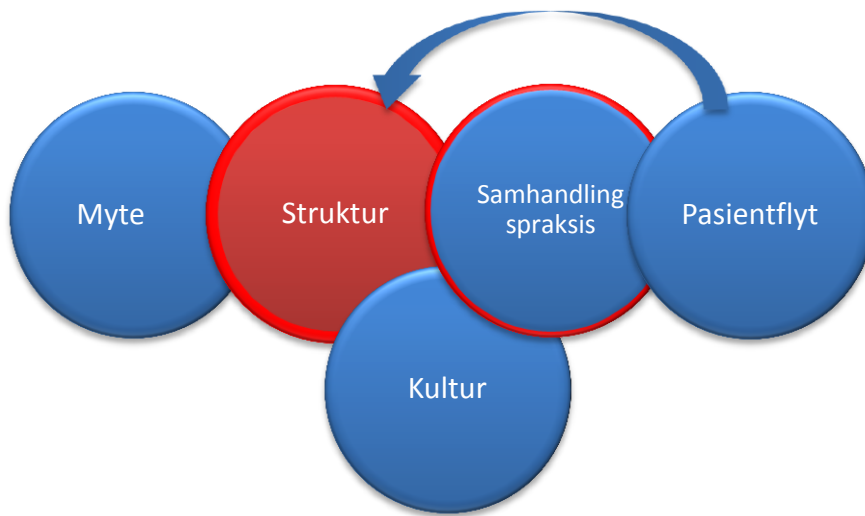


Fig 3:2 Strukturens påvirkning på samhandlingen

### 4.2.1 Avtalen i praksis

IMAs regler og rutiner (struktur) er regulert i en avtale som er signert av ledere i SK og SUS.

Informant fra SK:

*“Avtalen er langt fremme og stadig i bruk.*

*“Retningslinjene som jeg har ansvaret for kan jeg med hånden på hjertet si at blir fulgt”.*

*“Det er jo vi som bestemmer. Skal vi få til dette er vi nødt til å følge kriteriene som er satt”.*

Informanter fra SUS:

*”Jeg synes avtalen er god å ha i forhold til ledelse av for eksempel frustrerte sykepleiere. Da er det greit å peke på avtalen”.*

*“Vi har diskutert noen av kriteriene, men jeg synes avtalen fungerer greit. Plassene er begrenset, og da må det være visse kriterier. Det er greit at Stokka sitter med avgjørelsen, og vi godtar et nei”.*

### 4.2.2 Avtalens funksjonalitet

Informantene fra SK er samstemte i sin opplevelse av at avtalens kriterier fungerer hensiktsmessig. Informantene fra SUS er i stor grad uenig i dette, noe som kommer tydeligere til uttrykk jo lenger ned i organisasjonen en kommer. Det trekkes fram at kriteriene oppleves snevre og at de overholdes på en byråkratisk måte fra SKs side.

Informant fra SUS:

*”Modellen er litt tungrodd. Avtalen overholdes i stor grad, Stokka lar oss ikke slippe unna”.*

*”Det er ikke tvil om hvordan vi skal forholde oss til Stokka, men vi forstår ikke alltid nytten med modellen”.*

Informant fra SK:

*“Avtalen brukes ved innleggelse og overføring, da viser vi til avtalen. Vi overholder retningslinjene i stor grad”.*

*“..det er for mye papirtull, det handler nok om at de har det travelt der oppe (SUS, vår anmerkning)”.*

#### **4.2.3 Kjennskap til avtalen**

Resultatene viser at avtalens innhold i større grad er kjent i SK enn i SUS. Informanter fra SK gir uttrykk for at dette er et problem, og at de etterlyser bedre kjennskap til avtalen på SUS. SUS bekrefter dette inntrykket. Informantene sier det er vanskelig å nå ut til alle ansatte og avdelinger med informasjon om IMA. Manglende kjennskap forklares også med svikt i interne rutiner, og at IMA føyer seg inn i rekken av mange ulike konsepter<sup>18</sup> de skal kjenne til og forholde seg til.

Informant fra SK:

*“Avtalen er bedre kjent her enn i sykehuset. Det må det gjøres noe med”.*

*“Sykehuset er så stort at jeg opplever at mange der oppe ikke kjenner oss og reglene som gjelder”.*

Informanter fra SUS:

*”.. det har vært vanskelig å få dette inn i hodene på alle ansatte på SUS som har dette i tillegg til mange andre konsept å tenke på. Å få de ulike legene til tenke på en bestemt måte i forhold til Stokka, har vært en utfordring”.*

*“Suksessen med prosjektmedarbeideren på SUS det første året må nevnes. Hun var en pådriver for hele tiden få alle til å huske på å bruke Stokka. Siden skulle det gå av seg selv og bli implementert i driften og i avdelingene. Og det gjør det ikke helt. SUS har en jungel av tilbud og kriterier å forholde seg til. Det er for vanskelig”.*

#### **4.2.4 Rutiner for pasientoverføring**

Hovedinntrykket fra intervjuene er at aktørene i SUS og SK er fornøyd med at overføring av pasienter skjer utenom ordinær saksgang (bestiller/utfører, fotnote 1). Resultatene tyder på at

---

<sup>18</sup> Begrepet konsept blir brukt av flere av informantene ved SUS. Det som menes er ulike tiltak som oppstår som følge av prosjekter (internt og eksternt), og som ikke er en del av det etablerte tjenestetilbudet (som for eksempel ordinært sykehjem, hjemmesykepleie (eksternt), eller andre interne avdelinger på SUS (eksempelvis lunge, ortoped, medisin).

dette forenkler hele prosessen. Flere informanter fra SUS trekker dette fram som hovedargument for i det hele tatt å benytte modellen.

Informanter fra SUS:

*“Et av suksesskriteriene er at vi slipper vedtak og veien om bestillerkontorene. Det å kunne ta en telefon, og bare sende pasienten ut. Fantastisk!”.*

*“Det beste med denne strukturen er at det er enkelt, vi tar en telefon, presenterer et ønske, får et svar. Kan det bli enklere enn det? Hvis ikke hadde vi sannsynligvis ikke brukt avdelingen så mye som vi gjør”.*

Informant fra SK:

*“Vi har gått litt utenom bestiller/utfører modellen. Vi har valgt at sykehuset kan ta direkte kontakt med Stokka for at det ikke skulle bli treghet i systemet”.*

*“Det er helt fantastisk at vi jobber uten å gå via bestiller/utførersløyfen”.*

*“Bestiller/utfører modell er forvirrende. Det at vi har direkte kontakt her er fint”.*

#### **4.2.5 Strukturelle utfordringer**

Samtlige informanter fra både SK og SUS trekker fram utveksling av pasientjournaler- og data som den største strukturelle utfordringen. Det pekes på at det er dette som utløser de fleste diskusjoner og som det har vist seg umulig å finne gode løsninger på.

Informant fra SK:

*“Det som er et hinder, er at vi har ulike datasystem som ikke snakker sammen. Det er veldig dårlig at så enkle ting, som laboratoriesvar ikke kan komme elektronisk. Det er sjelden vi får alle papirene vi ønsker. Noen ganger får vi så lite, at vi nesten ikke kan behandle pasienten i utgangspunktet. Organisasjonsstrukturen ellers virker greit”.*

Informant fra SUS:

*“Den største utfordringen er journalsystemet. De ansatte er rasende fordi de ikke får gå inn på journalen på sykehuset, og omvendt. Du må ta kopi av en haug med papirer, kurver og greier ved overflytting. Overføring av informasjon og brannmuren er den største praktiske utfordringen. I forhold til samhandlingsreformen og sånn er dette en kjempeutfordring også nasjonalt”.*

Informanter fra begge organisasjoner sier de fra starten av har savnet og etterlyst samkjøring av elektroniske data. At dette ikke lar seg løse, er avklart, men like fullt fortelles det at dette i det daglige er problematisk å forholde seg til.

Informant fra SUS:

*”Overføring av data er et stort strukturelt problem. Stokka mener de får for lite opplysninger, og vi har litt problem med å fremskaffe dem. Dette er den største kontroversen, men det er opp og avgjort, og det går ikke an å løse”.*

Informant fra SK:

*”Vi skulle ønsket det var elektronisk overføring av papirer. Det er et stort savn. Når pasienten meldes, går kartleggingssamtalen via telefon og blir nedskrevet på papir. Dette burde kunne vært løst elektronisk”.*

#### **4.2.6 Informasjonsflyt**

Informantene ble spurt om på hvilken måte eventuelle uenigheter blir diskutert. Samtlige informanter gir tydelig uttrykk for at de ikke har opplevd større konflikter, men at diskusjoner som oppstår tas opp på en ryddig måte som følger avtalens saksgang. Mindre uenigheter tas opp i direkte dialog mellom sykepleierne eller avdelingslederne i SUS og SK, mens større saker tas opp i prosjektgruppen eller løftes til styringsgruppen.

Informant fra SK:

*”Forbedringsområder diskuteres på alle nivå, alt etter hva saken dreier seg om. Mindre saker drøftes på telefon mellom organisasjonene for eksempel mellom sykepleier på Stokka og sykepleier på SUS. Større utfordringer løftes inn i prosjekt- og styringsgruppestrukturen”.*

Informant fra SUS:

*”Vi har møter på ulike nivåer. Samhandlingsutvalg, prosjektgruppe og evalueringsutvalg hvor også jeg er med. Vi krangler ikke på telefonen”.*

Dette bekreftes i referater fra “Samarbeidsmøte mellom Stavanger kommune og SUS om intermediær avdeling” hvor tema som pasientkriterier, elektronisk journaloverføring mellom SUS og IMA og tilgang på prøvesvar fra laboratorium er gjengangere. Referatene ellers viser kun til enkeltstående utfordringer som må karakteriseres som normale for et samarbeidstiltak av denne størrelsen.

#### **4.2.7 Våre vurderinger av intervjumaterialet**

Hovedinntrykkene er at avtalen i stor grad er kjent og i praksis etterlevs i SK. I SUS er avtalen i mindre grad kjent, noe SK gir uttrykk for at er et problem. Partene har ikke opplevd de store konfliktene, og dersom uenighet oppstår tyder våre resultater på at dette tas opp på en ryddig måte. De fleste er godt fornøyd med møtestrukturen som er laget for å ivareta driften av IMA. Det er for de fleste uklart hva de ulike møtene heter. Informantene bruker begreper som prosjektgruppe, styringsgruppe, det store møte, evalueringsutvalg etc. Det er også uklart for de fleste informantene hvordan møtestrukturen og beslutningsmyndigheten er regulert på overordnet nivå mellom SK og SUS. Resultatene tyder på at det er høy grad av bevissthet om at det er etablert en møtestruktur mellom SK og SUS både om IMA og om generelle problemstillinger som SK og SUS deler, men det virker som det er mindre bevissthet om hva

de ulike møtene heter, hva som besluttes hvor og hvem som er representert i de ulike møtefora. Vårt inntrykk er at det største savnet er at det ikke er mulig å overføre pasientdata mellom SUS og SK. Pasientdata skal etter avtalen følge med pasienten i sykebilen når pasienten kommer til IMA, informanter fra både SK og SUS erkjenner at dette ikke alltid blir gjort i tilstrekkelig grad. Resultatene viser at spørsmål om pasientdata er det som skaper mest frustrasjoner. Flere informanter, i hovedsak fra SK, mener at dette kan gå utover pasientsikkerheten. Studien viser at noen pasienter velger å takke nei til opphold på IMA fordi de der må betale egenandel på døgnprisen. Behandling på sykehuset er gratis, og så lenge sykdommen pasienten er innlagt for er under behandling, har pasienten krav på gratis sykehusbehandling.

### 4.3 Kultur

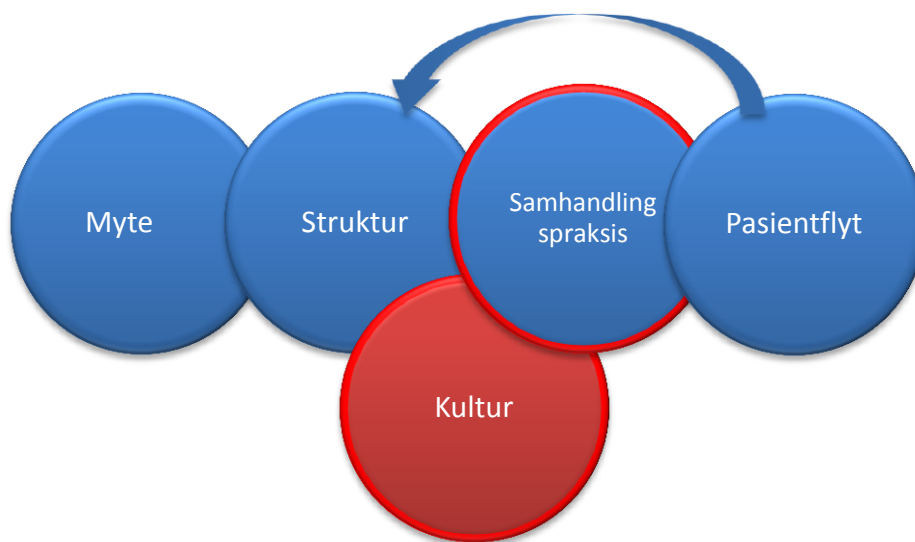


Fig 3:3 Kulturens påvirkning på samhandlingen

En av IMAs ambisjoner var å etablere en “halvannenlinjetjeneste”. Informantene ble spurt om hvordan de merker at de jobber i en “halvannenlinjetjeneste”.

Informant fra SUS:

*“Det er veldig varierende i hvor stor grad vi har fått til en samhandlingskultur. Både mellom personer, men også mellom avdelinger. Noen er flinke til dette, noen er ikke fullt så flinke til det. Bevisstheten kan helt klart bli bedre”.*

Informant fra SK:

*“Jeg opplever at det er tillit. Spesielt blant de som har hospitert på Stokka, men generelt skulle jeg ønske at det var mer tillit til kommunehelsetjenesten. Spesielt blant legene”.*

#### **4.3.1 Pasientkriteriene**

Resultatene peker i retning av at informantene er enige om at den største utfordringen er manglende samforstand om pasientkriteriene og hvordan en på en best mulig måte kan løse overflyttingen av pasienter fra SUS til SK. Informantene deler opplevelsen av uenighet om kriteriene. Våre funn kan tyde på holdningene til avtalens inntakskriterier varierer etter om informantene er ansatt i SK eller i SUS. Resultatene peker mot at det er ulik forståelse av hvordan avtaleteksten skal forstås med hensyn til inntakskriterier. Informanter fra SUS mener i all hovedsak at ansatte på IMA tolker kriteriene for strengt. Fra SKs side derimot hevder man at uenigheten oppstår fordi ansatte på SUS ikke kjenner kriteriene godt nok.

Informant fra SK:

*“Det kan være frustrerende enkelte dager. Da handler det om kriterier”.*

Informant fra SUS:

*“Hvis vi synes vi har en god kandidat og Stokka sier nei, så forstår ikke vi hva de holder på med. Noen ganger kan de ha følt seg litt lurt, og har tatt i mot pasienter. Det hender at vi blir sure. Men det er ikke så ofte”.*

#### **4.3.2 Holdninger til IMA**

Når informantene blir bedt om å beskrive sin egen holdning til IMA varierer resultatene. Det kan synes som at holdninger knyttet til IMA er mer positiv blant ansatte i SK, enn den er blant informanter ansatt i SUS.

Informant fra SUS:

*“Jeg tror at mange er skeptiske ennå. Det har noe med at vi skal være trygge på at IMA gir pasientene like god behandling som vi kan gi her på sykehuset”.*

Informant fra SUS:

*“... mange her oppfatter av og til Stokka som litt omstendelige”.*

Informant fra SK:

*“De som jobber her er motiverte. Vi har kunnet plukke fra øverste hylle. Vi har hatt fokus på at folk skal trives. Det er en takknemlig oppgave å være ansatte her. Vi har samarbeid og respekt med sykehuset og innad. Det har ikke vært problemer knyttet til kultur”.*



Informant fra SK:

*“Jeg tror ikke den vanlige oppfatningen er at vi er så forskjellige i kommune og sykehus”.*

#### **4.3.3 Våre vurderinger av intervjumaterialet**

Resultatene varierer i forhold til hvilket nivå i organisasjonene en spør. Ledernivåene oppfatter samhandlingskulturen som å være løsningsorientert og preget av gjensidig respekt for hverandres oppgaver. Lederne tror at utfordringen er større lenger ned i organisasjonene. Resultatene peker i retning av at dette kun delvis er riktig. Flere informanter på utøvernivå fremhever den tette dialogen mellom SK og SUS i IMA som en suksesskriterie for å oppnå gjensidig respekt. Informanter fra både SK og SUS opplever at tolkningen av pasientkriteriene skaper utfordringer. Men de er ikke enige om hvorfor det er slik. Informanter fra IMA mener at dette handler om høyt tempo og manglende forståelse for avtaleteksten fra SUS side. Informanter fra SUS på sin side mener at problemene skyldes rigiditet fra ansatte i IMA som forvalter reglene. Våre funn tyder på at det er liten forståelse i SUS for hvorfor kriteriene må forvaltes så strengt. Det trekkes spesielt frem situasjoner hvor sykehuset er overfylt av utskrivningsklare pasienter, og IMA har ledig plass. Informantene sier da at de kan oppleve å få nei fordi pasienten er 59 år og ikke 60 år som avtalen krever. Det kan se ut som at sykehusansatte ikke forstår hvorfor kommunen ikke kan se litt lempeligere på pasientkriteriene i slike situasjoner. Av svarene vi har fått kan det tyde på at SUS strever med å venne seg til at kommunen sitter med vedtaksmyndighet for inntak av pasienter for videre behandling, en rolle sykehuset tidligere forvaltet på egen hånd. Resultatene peker i retning av at det er tillit mellom organisasjonen på alle nivå i organisasjonene. I varierende grad opplever informantene at kulturen er preget av felles verdier og holdninger. Noen peker på IMA som et stort vi, mens andre synes det er litt både og. Ingen av informantene opplever kulturen som ensidig negativ. Et annet poeng er at det kan synes som om at holdningene til IMA er mer positiv blant ansatte i SK enn i SUS. Resultatene peker også i retning av at tolkning av kriteriene skaper utfordringer. Dette er informantene enige om, men det kan synes som at de ikke er enige om årsaken til at tolkningen blir ulik.

## 4.4 Samhandlingspraksis

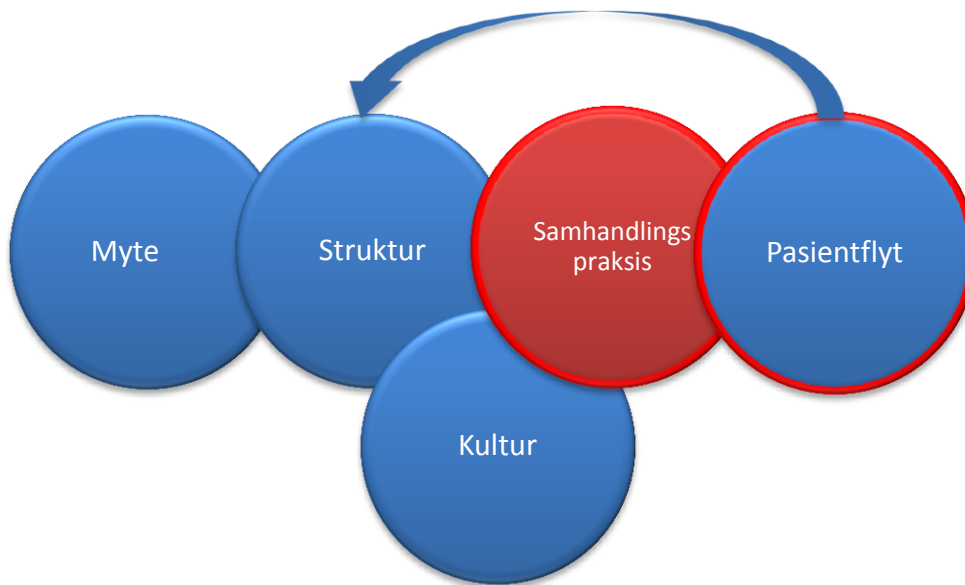


Fig 3:4 Samhandling og pasientflyt

Oppgaven betrakter samhandlingspraksisen som et resultat av strukturelle- og kulturelle faktorer slik de kommer til uttrykk i IMA.

Informanter fra SK:

*“Både kommunen og sykehuset vinner på dette samarbeidet. Sykehuset får frigjort plasser, og kommunen avlaster hjemmesykepleien”.*

Informanter fra SUS:

*“Jeg opplever at vi har god dialog og kommunikasjon og kommer til enighet. Altså at samhandlingen er god”.*

Våre resultater kan tyde på at samhandlingspraksisen oppleves forskjellig før og etter at utvelgelsen av aktuell pasient til IMA er tatt. Samhandlingspraksisen etter at vedtak er gjort oppleves av begge parter som god.

### 4.4.1 Innvendinger mot samhandlingspraksisen

Flere informanter i SUS grunngir innvendinger mot Samhandlingspraksisen med at den er én av mange spesialavdelinger de til daglig skal forholde seg til. Informantene synes det er ressurs- og tidkrevende å flytte pasienter over til IMA. Begrunnelsen for dette ser ut til å være det de fra SUS sin side oppfatter som en omstendelig overføringspraksis.

Informant fra SUS:

*”Mange av sykepleierne synes at kriteriene har vært litt for kompliserte. Det har vært litt sukk og stønn av og til. Noen ganger har det vært slik at vi heller har latt være å sende pasienter dit”.*

Resultatene kan tyde på at når SK synes at samhandlingspraksisen ikke forløper som forventet er dette fordi at SUS utøver press og stiller spørsmål ved IMA vurderinger i forbindelse med hvilke pasienter som kan tas i mot på IMA. Flere informanter fra SK ser ut til å mene at samhandlingspraksisen var bedre før prosjektmedarbeider med særlig ansvar for IMA, i sykehuset, forsvant.

Informanter fra SK:

*”Det har hendt at sykepleiere her har følt seg overkjørt. Modellen legger opp til at det er sykepleier til sykepleier som skal være involvert i avgjørelsen av pasientinntak. Så er det fullt på sykehuset, og så hører du at sykepleieren der oppe henter legen. Så kommer legen i telefonen og utøver et veldig press. Det er veldig ubehagelig”.*

*”Før var det ansatt en prosjektmedarbeider, som satte en klisterlapp på de pasientene hun tenkte var aktuelle for oss allerede i mottak. Når hun sluttet så ble det bråstopp i pasientflyten”.*

Ansatte i SK peker på kjennskap om hverandre som en viktig faktor for å lykkes med samhandlingspraksisen.

Informant fra SK:

*”Jeg vet ikke om det er nok kjennskap til oss på sykehuset. Det burde være det. Vi har vært der oppe og informert et par ganger, men det kan godt være at det ennå er noen som ikke kjenner oss”.*

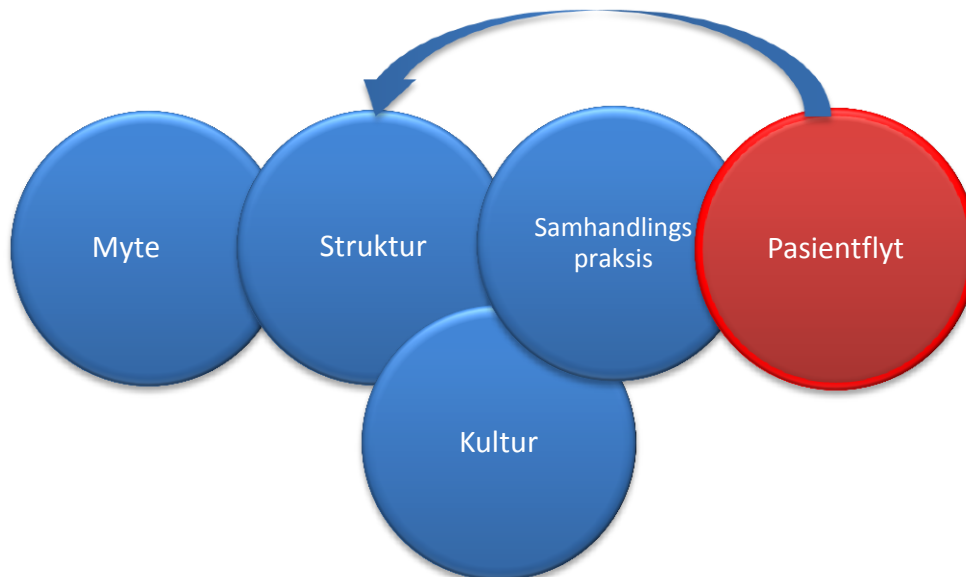
#### **4.4.2 Vår vurdering av intervjumaterialet**

Hovedinntrykket er at samhandlingspraksisen bare delvis oppleves som positiv. utfordringen med hensyn til samhandlingspraksis synes å være knyttet til manglende samforstand om pasientkriterier. Ansatte på IMA beskriver det de av og til opplever som press fra SUS om å ta inn pasienter som ikke fyller pasientkriteriene. På den annen side opplever SUS at IMA forvalter pasientkriteriene lite fleksibelt. SUS informanter peker på at de må forholde seg til mange aktører (internt/eksternt) og konsepter. SUS er avhengige av mottakerapparatet utenfor aktuell avdeling responderer raskt og smidig på henvendelser. Høyt tempo på sykehusavdelingene bidrar til at det ikke er tid til å vente på svar fra IMA. En forsinket prosess fra IMA fører ofte til at sykehusavdelingene må vende seg til andre aktører for transportere pasientene videre i behandlingkjeden. Informantene beskriver at slike episoder er uheldige for samhandlingspraksisen. SK opplever at det er liten forståelse i SUS for at

regelverket må følges. SK opplever at innsats og initiativ for å gjøre modellen kjent på SUS, ikke i tilstrekkelig grad har lyktes. Resultatene våre tyder på at sykehuset kjenner IMA godt, og at modellen er langt fremme i bevissthetene når pasienter skal videre i behandlingkjeden. I IMA fremheves at en tidligere ansatt prosjektleder var en viktig suksessfaktor for bedre samhandlingspraksis.

Dialogen og den daglige kontakten preges av vilje til samarbeid. Resultatene våre går i retning av det enda er et stykke igjen før målet om å etablere IMA som en “halvannenlinjetjeneste” lykkes. Årsaken til dette er sammensatt. Studien vår viser at forståelse og forvaltning av pasientkriteriene skaper utfordringer for samhandlingspraksisen. Forvaltning av pasientkriteriene er i sin helhet lagt til SK. Denne faktoren bidrar til at IMA oppleves som en kommunal avdeling. Våre resultater tyder på IMA ikke har noen implikasjoner på den øvrige samhandlingspraksisen mellom SK og SUS. Det kan se ut som at informantene ikke opplever at det er noen overføringsverdi/læring fra IMA til samhandlingspraksisen generelt mellom SK og SUS.

#### 4.5 Pasientflyt



*Fig 3:5 Pasientflyt*

##### 4.5.1 Effektmål

Avtalen beskriver syv effektmål. Informantene ble bedt om å si noe om hvorvidt IMA oppnådde bedring av pasientflyten mellom SK og SUS.

Informant fra SUS:

*“En effekt er at den aldersgruppen vi snakker om skal få den behandlingen som er tilstrekkelig for at de i etterkant kan bo hjemme så lenge som mulig”.*

Informant fra SK:

*“Målet er å redusere liggetiden i sykehuset, og at de skal få behandling på Stokka som gjør dem i stand til å reise hjem etterpå”.*

Flere av informantene fremhever at et av IMAs mål er å få ned liggetiden i SUS. Fra SUS påpekes det at sykehuset har svært mange korridorpasienter, og at de fleste av disse pasientene tilhører SK.

Informant fra SUS:

*“Stavanger kommune har hatt veldig mange utskrivningsklare pasienter. Det har vært en verkebyll for oss med norgesrekord i korridorpasienter”.*

Informant fra SK:

*“Målet var å redusere liggetiden i sykehuset”.*

#### **4.5.2 Måloppnåelse**

Resultatene peker i retning av at informantene i SK ikke vet om målene blir nådd. Det kan tyde på at det ikke er spesielt mye fokus på måloppnåelse i SK. I SUS kan det synes som om oppmerksomheten er mer rettet inn mot måloppnåelse. Mye tyder på at selv om ansatte i SUS har mer oppmerksomhet mot måloppnåelse, er tendensen at det er knyttet pessimisme til hvorvidt effekten lar seg måle.

Informant fra SK:

*“Ingen måler. Granåsen sammenlignet mellom to grupper, men her blir ingenting målt. Vi vet ikke”.*

Informant fra SUS:

*“Målet har vært å få ned liggetiden. Noe som i etterkant har vist seg vanskelig å måle. Det er for få senger til å utgjøre den store sammenhengen. Det påvirker ikke noe særlig. Prosjektet er likevel bra, selv om det er vanskelig å måle”.*

Ledernivået i begge organisasjoner uttrykker seg mer samstemt i forhold til måloppnåelse. Blant ledere viser ikke resultatene noen forskjell blant organisasjonene om hvorvidt IMAs resultater måles. Men det kan tyde på at det ikke er enighet om hvorvidt målene som er satt nås.

Informant fra SUS:

*“Vi når ikke målet helt. Det er vanskelig å se på at det er ledige senger på Stokka”.*

Informant fra SK:

*“Målet er å få ned liggetid på sykehuset, og i all hovedsak nås målet”.*

#### **4.5.2 Pasientflyt**

Det er enighet i begge organisasjoner på alle nivå om at pasientene på IMA har fått et godt tilbud med IMA.

Informant fra SK:

*“Vi har fått til positive ting for pasientene”.*

Informant fra SUS:

*“Pasientene har fått et tilbud om en god sløyfe mellom kommune og sykehus før de kommer hjem. En sløyfe som gjør at pasientene er svært tilfredse”.*

Resultatene peker også mot at informantene er samstemte i at modellen har påvirket pasientflyten mellom organisasjonene.

Informant fra SUS:

*“Dette er vel på det nivået der SUS og SK har det tettteste samarbeidet, og den tettteste og enkleste kommunikasjonen og der begge har et eierforhold til det vi driver på med”.*

Informant fra SK:

*“Før var det dette med bestillerkontor og byråkrati. Det er mye enklere nå”.*

#### **4.5.4 Våre vurderinger av intervjumaterialet**

Resultatene peker mot at det er samforstand om hva målsettingene med IMA er. Et interessant poeng er at de fleste informantene (med unntak av ledere) hadde et perifert forhold til avtalen hvor målene er formulert. Våre resultater tyder på at målene er kommunisert ut i avdelingene og på IMA på annen måte enn gjennom avtaleteksten. Det er avvikende oppfatninger mellom organisasjonene om hvorvidt målene nås. I SK kan det se ut som om informantene ikke har hatt særlig fokus på måloppnåelsen. Dette synes ikke tilfellet blant ansatte i SUS. Derimot peker resultatene blant SUS ansatte mot en skepsis om effekten lar seg måle. Blant ledere kan det synes som at bevisstheten rundt måloppnåelse er høyere. Dette gjelder begge organisasjoner. Resultatene viser at det kan se ut som om at ledere ikke er enige om hvorvidt målene som er satt nås. Ledere fra SUS tilkjennegir mer skepsis for om målene nås, enn

ledere fra SK. De aller fleste informantene mener at pasientflyten mellom SK og SUS har blitt bedre som følge av IMA. Det presiseres fra flere av informantene at denne effekten er isolert til pasientflyt mellom SUS og IMA. Vi finner ikke holdepunkter for å si at IMA har påvirket pasientflyten utover de faktiske pasientene som blir overført til IMA.

#### **4.6 Et blikk fremover basert på vår vurdering av hvordan IMA fungerer**

På bakgrunn av sine opplevelser og erfaringer med IMA, ble informantene bedt om å si noe om hva de tenker om modellen etter endt prosjektperiode. Dette er interessant fordi det kan fortelle noe om i hvilken grad modellen har blitt justert underveis med tanke på videre drift.

På SUS er hovedtendensen at de verdsetter modellen, men at den i for liten grad avhjelper problemet med overbelegg og utskrivningsklare pasienter. Flertallet av informantene fra SUS mener derfor at avdelingen bør utvides både i antall senger, og at kriteriene bør utvides til å gjelde alle utskrivningsklare pasienter.

Informanter fra SUS:

*“Dersom IMA skal overføres til ordinær drift, bør en tenke litt større. Vi bør inkludere utskrivningsklare pasienter. Posten burde i alle fall være på over 30 senger”.*

*“Modellen bør fortsette, men ikke som nå. Jeg tror konsepter som Stokka blir for snevre og vanskelige å forholde seg til. Vi ønsker at kriteriene blir videre. Som konsept har det livets rett, men evaluering bør ivareta en del av kriteriene. Vi hadde trengt et B-sykehus. Kanskje våre 18 kommuner kunne laget interkommunale sykehjem, en sluse til et B-sykehus”.*

*“Den bør utvides i antall, og i kontakt med sykehuset. Hvis mulig, så kanskje et interkommunalt samarbeid mellom Sandnes og Stavanger. Det hadde vært glimrende for å få folk til å bo lenger hjemme. Jeg skulle gjerne hatt den dobbel så stor”.*

I SK får vi disse svarene på tanker om videre drift av modellen:

*“IMA bør videreføres. Samtidig er det grunn til å tro at samhandlingsreformen vil føre til endringer som kan påvirke avdelingen. Oversikten finnes ikke fullt ut ennå. Men jeg tenker at det spesielt vil handle om finansiering”.*

*“Denne modellen har vært veldig ok. Særlig med tanke på pasientene. Pasientene blir veldig godt ivaretatt. Og at kommunen har personal med høy kompetanse gjør at det skjer noe. Det er positivt. Den bør fortsette”.*

##### **4.6.1 Våre vurderinger av intervjumaterialet**

Det er stor enighet om at IMA i en eller annen form bør videreføres. Flere informanter fra SUS peker på at sykehuset periodevis er overbooket, og trenger å frigjøre kapasitet til nye behandlingstrengende pasienter. SUS er usikre på om IMA er svaret på denne utfordringen. Til det oppfattes tilbudet for avgrenset og ekskluderende for den store utskrivningsklare

populasjonen, som til enhver tid befinner seg ferdigbehandlet på sykehuset. IMA, slik den er utformet i dag, har for liten kapasitet til å gi synlig effekt på denne problematikken. Våre funn tyder på at sykehuset ser etter løsninger som kan ta i mot et større volum pasienter. Ideen om et B-sykehus<sup>19</sup> lanseres av flere informanter. En slik oppgave kan bli for stor for en enkelt kommune, våre funn tyder på at informantene gjerne ser at et slikt tiltak blir opprettet i interkommunal regi.

Informanter fra SK, og da særlig blant de som jobber i IMA, vil gjerne beholde modellen slik den er i dag. Det argumenteres med at modellen gir adekvat behandling og at tiden de har til rådighet overfor hver enkelt pasient ligger nær opp til faglige idealer om å se hver enkelt pasient, god omsorg og pasienters og pårørendes rett til medbestemmelse.

---

<sup>19</sup> B-sykehus. Definisjonen som blir brukt er et kommunalt sykehus som tar seg av enklere behandling og omsorg etter at spesialisthelsetjenesten oppgaver med utredning, diagnostisering og behandling er igangsatt.



## 5.0 DISKUSJON

Vi vil i dette kapittelet diskutere våre forskningsspørsmål. Vi presenterer diskusjonskapittelet i samme kronologi som i oppgaven forøvrig; Myte, struktur og kultur. I avsnitt 5.4 diskuterer vi endringer i IMA underveis i prosjektperioden. Våre funn viser at det har skjedd en målforskyvning fra formannskapets vedtak fra 2006 om tilbud til utskrivningsklare pasienter, til vedtak om etablering av intermediær avdeling to år senere. Dette diskuteres i avsnitt 5.5. Vi avslutter oppgaven med konklusjoner og våre forslag til videre forskning.

### 5.1 Myteperspektivet

Myteperspektivets nøkkelresonnement ble presentert som et bidrag til å belyse hvorfor og hvordan organisasjonsoppskrifter oppstår, og hvordan de reiser inn i organisasjoner (Christensen, et al., 2009)<sup>20</sup>. Vi spør;

*Hvilke ideer (myter) og organisasjonsmoter har påvirket utformingen av IMA?*

SK og SUS hadde en felles utfordring knyttet mange utskrivningsklare pasienter på sykehuset, som skapte et behov for tverrsektoriell samhandling og struktur. At nettverk og organisasjoner bør ha allmenne interesser, heller enn særinteresser som utgangspunkt, bekreftes i teorien at er viktig for å sikre legitimiteten (Rommetvedt, 2002). En partssammensatt arbeidsgruppe ble satt ned for dette formålet, og kom etter besøk i Trondheim, Bergen og Akershus fram til at en tilsvarende intermediæravdeling som disse hadde, skulle etableres i Stavanger. *“Ja, det er en adoptert rutine, det er slik de har gjort det i Bergen og Trondheim”*. Dette er i tråd med teorien som sier at spredningen av myter er avhengig av at det er organisasjoner som etterspør disse (Christensen, et al., 2009).

En betingelse for at organisasjoner søker etter “oppskrifter”, hevdes å være at organisasjoner tross variasjoner oppfatter å ha noe til felles, visse likhetstrekk. At SK og SUS sammenligner seg med tilsvarende foretak i andre byer, bekrefter empirien vår, *“noen større kommuner hadde begynt planleggingen, blant annet på Sjøstad i Trondheim, i Akershus og Storetveit i Bergen. Det er to store kommuner som vi fort kan sammenligne oss med”*. Et annet fellestrekk er at helsesektoren som helhet må tenke nytt i møte med den kommende samhandlingsreformen, der grensene for hvem som skal ha ansvar for hva vil bli forskjøvet. Dette, likhetstrekkene, er i følge teorien det som skaper et marked for nettopp myter. I dag finnes det ulike varianter av samhandlingsprosjekter som intermediæravdelinger, ved mange sykehus i landet. Hvor godt disse fungerer på bakgrunn av mål, har vi ikke studert. Det er

---

<sup>20</sup> Se avsnitt 3.1

likevel et interessant fenomen i seg selv, å se at mange sykehus organiserer seg likt. Vi kan på dette grunnlaget anta konturene av en myteskapt reform i helsesektorene på dette området. Som et eksempel kan det nevnes at ordførerne i Valdres<sup>21</sup> kommune den 15.04.11 anbefalte etableringen av en intermedieravdeling i Valdres kommune, for å møte den kommende Samhandlingsreformen. Eksempelet er nevnt, for å belyse at denne organisasjonsoppskriften fortsatt har stor spredningsevne, og ennå er “på reise”.

At myter ofte beskrives som oppskrifter som vekker begeistring og oppmerksomhet, underbygges i studien(Christensen, et al., 2009). Det kan diskuteres om beslutningen om opprettelsen av IMA var et resultat av en løsning som søkte problem, eller et problem som søkte løsning. IMA løser ikke utfordringen med utskrivningsklare pasienter slik den ble beskrevet i formannskapetets vedtak, og slik den fortsatt er i følge oppslag i Stavanger Aftenblad onsdag 1. juni, 2011. Intermedieravdelingen, IMA, blir av våre informanter beskrevet som en blåkopi av Søbstad i Trondheim. Dette kan bekrefte teorien om at organisasjoner, i alle fall på overflaten, blir mer og mer like<sup>22</sup> ved at de forholder seg til skiftende verdier i omgivelsene og sosialt skapte normer om hvordan de til enhver tid bør være utformet (Christensen, et al., 2009).

Organisasjoners krav til legitimitet og aksept fra omgivelsene, gjenspeiles ved å vise evne og vilje til fornyelse og utvikling (Christensen, et al., 2009). IMA blir i etterkant av etableringen, beskrevet som en foregangsmodell i møte med kommende Samhandlingsreform, noe som samsvarer med det teorien sier om at moter en gitt periode ansees for å være moderne, tidsriktige måter å organisere seg på (Christensen, et al., 2009). Den kommende samhandlingsreformen vil flytte dagens grenser mellom første- og annenlinjetjenesten, og gi kommunene et større ansvar enn de i dag har. At kommunen gjennom IMA kan vise til at de har kompetanse til å ta seg av krevende oppgaver, skaper legitimitet og aksept både hos pasienter, internt og eksternt i fagmiljøene og nasjonalt kan kommunen skilte med å være i forkant av kommende samhandlingsreform. Også i forhold til rekruttering, har IMA vist seg å være en pådriver. IMA krever høyere kompetanse og en tettere sykepleierdekning enn en tradisjonell sykehjemsavdeling. Det fortelles at det er status å arbeide her, og de ansatte nyter respekt både internt på sykehjemmet, i kommunen og på sykehuset. *“Det snakkes positivt om Stokka. Vi får søknader sykepleierstudenter som gjerne vil komme hit i praksis, og vi*

---

<sup>21</sup> <http://www.nord-aurdal.kommune.no/Artikkel.aspx?Ald=1346&back=1&Mid1=1&Mid2&Mid3&&Print=1>, 30.05.11 kl. 08:28

<sup>22</sup> Isomorfe (Christensen, et al., 2009)

*rekrutterer folk fra sykehuset til stillinger hos oss. Vi har et bra omdømme*". Dette er med på å bekrefte kommunen som moderne og framsynt, noe som også er med på å øke IMAs legitimitet. Myter kan på bakgrunn av dette også være en illustrasjon på at løsninger søker problem. Hvor vidt IMA i særlig grad har løst problemet med utskrivningsklare pasienter kan diskuteres. Den har på en annen side uten tvil gitt en smal pasientgruppe et godt alternativ til tradisjonell sykehusbehandling, og er en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere som ønsker en utfordring utover vanlige arbeidsoppgaver på et sykehjem. Myteperspektivet har som teoretisk rammeverk i økende grad blitt referert til i studier av offentlige reformprosesser. Særlig vektlegges de symbolske aspektene og organisasjonenes fokus på sitt omdømme(Christensen, et al., 2009). Dette henger tett sammen med at offentlig sektor oftere utsettes for ideer utenfra som søker innpass. Nettverksbasert samarbeid i privat sektor, får for eksempel også innpass i offentlig sektor, noe IMA er et eksempel på.

SK og SUS hadde en utfordring de måtte løse. De var enige om at utfordringen lå i grenseflaten mellom organisasjonene og at løsningen på problemet var tettere samarbeid i en eller annen form. De besøkte nyopprettede intermediæravdelinger andre steder i landet og forstod at det fantes statlige penger det gikk an å søke på for å opprette noe tilsvarende. Selv om vi ikke studerer statens rolle i mytespredningen, tyder mye på at også sentrale myndigheter spiller en rolle nettopp fordi de lyser ut øremerkede midler til ulike myter/oppskrifter som er på reise. Staten blir dermed et effektivt redskap for spredning av organisasjonsoppskrifter.

IMA som rasjonalisert myte bekrefte av at politikere og ledere presenterer modellen som et effektivt redskap for å nå bestemte organisatoriske mål (Christensen, et al., 2009). Det som i hovedsak trekkes fram, er at modellen effektivt<sup>23</sup> frigir sengeplasser på sykehuset og gir pasientene et godt behandlingsopphold før de vender hjem.

Det understrekes i litteraturen at myter/oppskrifter ikke er totalløsninger, men utsnitt for hvordan deler av en organisasjon bør utformes (Christensen, et al., 2009). IMA er ingen gjennomgripende organisasjonsendring. Det er en løsning som skal ivareta en bestemt oppgave, nemlig sluttbehandlingen for sykehuspasienter, med bostedsadresse Stavanger som er over 60 år. Litteraturen beskriver dette som institusjonaliserte byggesteiner og delarrangement, heller enn totalløsninger (Christensen, et al., 2009). For denne

---

<sup>23</sup> Jf. Saksbehandling som omgår vanlig prosedyre med bestillerkontor, og i stedet løses ved en telefonsamtale direkte fra avdelingen.

pasientgruppen har modellen vist seg å være et godt alternativ til å få samme behandling på sykehuset. Modellen gir en begrenset pasientgruppe et nytt tilbud de før ikke hadde og frigir et begrenset antall sengeplasser på sykehuset. *”Helsetjenester på forskjellige nivåer samarbeider til pasientens beste slik at pasienten får den behandlingen de trenger ved hjelp av ressurser fra flere”*. Modellen er et avgrenset samhandlingsprosjekt, men vi finner ikke belegg for å si at IMA har påvirket samhandlingen generelt mellom SK og SUS. Nøyaktig hva kommunens gevinst i dette er, er ikke umiddelbart lett å oppdage utover at de er suverene på et område; de har vedtaksmyndighet og avgjør om hvem som får plass eller ikke. Ved å tilby den aktuelle gruppen å få sin sluttbehandling i kommunen, åpnes det for å gi det samme, men også noe mer. IMA endrer ikke på hvordan SK og SUS generelt forholder seg til hverandre, men har som et eksempel endret på overføringsrutinene ved å omgå bestiller/utfører modellen som ellers ivaretar pasientoverføring mellom SK og SUS. Flertallet av våre informanter gir uttrykk for at dette er en enklere måte å samhandle på, selv om de også ser behovet for et koordinerende ledd.

Det er viktig å være klar over forskjellen mellom myter som effektive organisasjonsoppskrifter, og som meningsbærende symboler som rekker utover det å bare være effektive (Christensen, et al., 2009). Samtidig understrekes det i litteraturen at det ene ikke utelukker det andre. IMA skal løse en bestemt oppgave, nemlig å tilby aktiv behandling på et nivå lavere enn sykehuset. Modellen har samtidig i seg en symboleffekt som viser at organisasjonene søker legitimitet i omgivelsene ved at de tenker framover, samhandler og i fellesskap ivaretar pasientene på en ny og bedre måte. Symboleffekten ved å framstå som bidragsyttere til å skape fremtiden, gir samtidig myten spredningskraft, noe eksempelet fra Valdres kan illustrere.

Vi har ved hjelp av myteperspektivet presentert et historisk tilbakeblikk på store reformer som historisk har preget hvordan organisasjoner har blitt utformet. Fra Webers hierarkiske modell, til mer markedsstyrte NPM-reformer, og reaksjonen på denne gjennom post-NPM og nettverk som verken er hierarki- eller markedsstyrt(Christensen, et al., 2009). Vi ser trekk av at IMA har i seg elementer fra Post-NPM og nettverksmodeller. Ingen av partene kan instruere hverandre, men for å realisere målet med IMA, er de gjensidig avhengige av hverandre. SK og SUS oppfattes i stor grad av aktørene å være likestilte aktører. *“Dette er en modell mye av samarbeidet mellom kommunene og sykehuset kunne vært bygget på, det er et likeverdig forhold mellom partene”*. Dialog og forhandling har preget samhandlingen fra avdelingen ble planlagt, utformet og iverksatt. Vi har argumentert for at myter og oppskrifter på reise kan

forklare IMAs opphav. Valg av oppskrift, eller myte, legger føringer på strukturen. Myter plasseres i dette tilfellet i en Post- NPM trend. På bakgrunn av dette, kan vi diskutere om dette skaper et dynamisk forhold mellom myteperspektivet og strukturperspektivet. Ved å velge nettverksstruktur, må partene organisere seg på en ny måte, gjennom samhandling og konsensus (Farsund & Leknes, 2010). Dette drøftes videre i lys av strukturperspektivet, og strukturens påvirkning på samhandlingen.

## 5.2 Strukturperspektivet

For å få samhandlingspraksisen i IMA til å fungere, trengs det strukturer som legger til rette for, og sikrer dette (Bolman, et al., 2004). Avtalen regulerer og definerer modellen, og danner grunnlag for partenes rettigheter og plikter (Christensen, et al., 2009). Vi spør;

*På hvilken måte påvirker struktur samhandlingspraksisen?*

Teorien viser at koordinering og samordning i en organisasjon kan være utfordrende (Mintzberg, 1983). Å lykkes med koordinering mellom to organisasjoner er enda mer komplisert. Informantene peker på IMA er et av mange konsepter de må forholde seg til. Selv om modellen forholder seg til et lite og avgrenset område for begge organisasjoner, vil evnen til å lykkes med koordinering og samordning av oppgaven være en forutsetning for å lykkes med modellens målsettinger. Som vi gjennom myteperspektivet har argumentert for, har IMA i seg elementer av nettverksstrukturer (Farsund & Leknes, 2010). Partene er på den ene siden gjensidig avhengige av hverandres kunnskap og ressurser for å få samhandlingspraksisen til å fungere. Samtidig er de på den andre siden uavhengige av hverandre, og kan ikke instruere hverandre ved hjelp av hierarki (Sørensen & Torfing, 2005). Det er i avtalen om IMA laget rutiner for faste møter i prosjekt- og styringsgrupper, hvor eventuelle problemer og utfordringer skal finne sin løsning. Vi finner at disse møtene fungerer godt, og skaper en kontinuitet i både drift og samhandling. *“Vi lykkes med å få til strukturene, gjennom møter på ulike nivåer; Samhandlingsutvalg, prosjektgruppe og evalueringsutvalg”.*

Teorien peker på at både spesialiserte og samordnende aktiviteter må være til stede, for at kollektive mål kan nås (Christensen, et al., 2009). Det er i den daglige dialogen mellom avdelinger på sykehuset og IMA, vi finner at samhandlingspraksisen utfordres. Studien vår finner at ansatte på SUS i travle perioder, ser ut til å velge vekk muligheten for å skrive ut pasienter til IMA, fordi de har nok med å forholde seg til arbeidsoppgavene internt i sykehuset. Muligheten med å overføre pasienter til IMA blir ikke benyttet. Legene behandler pasientene selv, uten å tenke over om enkelte kunne fått sin behandling på IMA. Sykepleierne

forteller at de må mase på legene for å få de til å utstede nødvendig pasientjournaler, slik at pasienter kan overføres til IMA. Begge yrkesgrupper begrunner at dette er en utfordring fordi IMAs overføringsrutiner krever ekstra og særegen innsats i forhold til øvrig pasientflyt. Det er verdt å merke seg at dette like gjerne kan skyldes kulturelle faktorer som blir drøftet i neste kapittel. IMA krever kontinuerlig dialog og tett samarbeid mellom partene for å fungere. Flere opplever at overføring av pasienter til IMA er tidkrevende og det er en tendens til at IMA blir nedprioritert når presset internt på sykehuset øker. Flere sykehusansatte beskriver IMA som *“nok et konsept å forholde seg til, og til tider mer til heft enn til nytte”*. Det legges ned stor innsats av partene, spesielt avdelingssykepleier på IMA og pasientflytkoordinator på SUS, for å få modellen til å fungere. Modellen har ikke fått status som det øvrige tjenesteapparatet, som for eksempel sykehjem og hjemmesykepleie i kommunen og interne overføringer til andre avdelinger internt i sykehuset. Pasientflyten mellom SUS og IMA krever daglig aktiv handling. Og oppleves av denne grunn periodevis som tidkrevende og komplisert.

Studien fanger opp at samhandlingen utfordres i en form for funksjonell grenseflate, ved at partene samtidig må forholde seg til hierarkiske-, markeds<sup>24</sup>- og nettverksstrukturer (Reisæter & Østergren, 2005). Det er i disse grenseflatene vi finner at koordineringsproblemene i IMA oppstår. SK og SUS er begge preget av profesjonelle hierarkier, men de forholder seg til ulike lovverk, og partene har begge systemer for aktivitetsbasert finansiering<sup>25</sup>. IMA er en delingsmodell, der partene gjennom avtalen har fordelt ansvar, myndighet og økonomisk ansvar. Dialog og forhandling skal i stor grad erstatte gjeldene kommunikasjonslinjer<sup>26</sup>. Studien vår finner at partene har behov for tydeligere koordinering for å finne en plass til IMA, og for å sørge for at samhandling skjer som intendert. Flere informanter på SUS gir uttrykk for at de synes avdelingen i for liten grad løser “flaskehalsen” som utskrivningsklare pasienter representerer for SUS. *“Dersom Stokka tok i mot alle utskrivningsklare pasienter, og ikke bare de over 60 som får en aktiv behandling, ville modellen vært mer hensiktsmessig”*.

For å imøtekomme behovet for koordinering var det det første året ansatt en prosjektleder, hvis oppgaver var å spre informasjon om modellen på SUS, samt å etablere gode prosedyrer og rutiner for pasient- og pasientjournaloverføring. Samtlige informanter beskriver denne funksjonen/stillingen som en suksess, som bidro til at samhandlingspraksisen fungerte godt.

---

<sup>24</sup> Bestiller/utførermodellen i SK

<sup>25</sup> I SUS; DRG aktivitetsbasert inntektssystem. I SK; ABI, aktivitetsbasert inntektssystem

<sup>26</sup> Bestillerkontor, henvisninger, søknader og så videre

Det fortelles om et merkbart fall i pasientflyten når denne funksjonen forsvant, og oppgavene skulle overføres til ordinær drift på de ulike avdelingene. Teorien argumenterer for at dette kan knyttes til at frivillig koordinering for aktørene kan oppleves vanskelig, og kan skyldes mangel på informasjon, oversikt eller vilje (Christensen, et al., 2009). De ansatte på SUS “glemte” etter hvert å bruke IMA, og vikarer og nyansatte fikk ikke lenger den nødvendige informasjonen om modellen de trengte for daglig å ta den med i betraktning. Legene valgte i stor grad å behandle pasientene selv, og ansatte på IMA måtte jobbe aktivt for å få overført pasienter. Prosjektlederstillingen ble etter hvert faset ut, i tråd med hva som var avtalt. Begge parter beskriver prosjektleder som en suksessfaktor for tilfredsstillende pasientflyt mellom SUS og IMA. Det finnes lite forskning på koordinering og samordning i nettverksbaserte systemer med flere organisasjoner og eiere (Beck Jørgensen & Vrangbæk, 2004). Slike blir ofte sett på som en organisasjonsform som verken kan beskrives som et hierarki eller et marked. Mye tyder på at det oppstår diskrepans mellom nettverksmodellen IMA og de etablerte strukturer i SK og SUS. Sterke etablerte profesjonskrefter trekker i organisasjonens komponenter (Mintzberg, 1983). Modellen strever med å bli en integrert og likeverdig del av de etablerte tjenestetilbudene og strukturer i SK og SUS. Leger og sykepleiere opplever ikke alltid at modellen fyller en hensiktsmessig funksjon. Ledernivå, i både SK og SUS, har ved å underskrive avtalen gitt modellen legitimitet. Det kan synes som at dette styringssignalet ikke godt nok fanges opp lenger ned i organisasjonene på utøverplan.

Samhandlingspraksisen utfordres spesielt når pasienter skal overføres fra SUS til SK. Flere peker på at det er en stor utfordring at datasystemene mellom organisasjonene ikke er kompatible. Dette krever at pasientdata fysisk følger med pasienten. Sykehuset har i de senere år brukt store ressurser på å innføre EPJ<sup>27</sup>. IMAs praksis med papirjournaler passer derfor ikke inn i praksisen til et moderne sykehus. Dette hindrer en effektiv og sikker journaloverføring, og flere informanter mener at dette kan true pasientsikkerheten. SK mener at de får for lite informasjon til at de kan videreføre pasientbehandlingen som er initiert av SUS. Manglende pasientdata på IMA skiller seg klart ut som det største problemområdet, når vi intervjuer informantene. Dette avspeiles også i referater fra møter på overordnet nivå. Samhandlingen og selve pasientoverføringen beskrives som tungvint, blant annet fordi avtalen sier at nødvendige papirer fysisk skal følge med pasienten. Dette er et av hovedargumentene for å si at strukturen påvirker samhandlingen i negativ forstand. Informantene på IMA er oppgitte over at det ofte mangler nødvendig pasientinformasjon. Informanter fra SUS synes

---

<sup>27</sup> Elektronisk pasientjournal

det er for tidkrevende å sørge for at nødvendige papirer følger pasienten slik avtalen forutsetter.

Uformell kommunikasjon kan veie opp for rigiditeten som ligger i standardiseringen (Mintzberg, 1983). Modellen legger opp til at det skal være direkte kontakt mellom partene, men praksis viser at det ikke er tid eller vilje nok på SUS til å endre på rutiner (slik IMA krever) for å fremskaffe nødvendig dokumentasjon. Dialogen fungerer stort sett bra, på tross av at informanter sier at enkelte av rutinene er tungvinte. Aktørene er fornøyde med å slippe veien om bestillerkontoret. Gjennom hospitering og undervisning knyttes det også kontakter, noe som gjør samhandlingen bedre.

SUS fyller periodevis ikke sengene på IMA i tilstrekkelig grad, noe prosjekt- og samhandlingsgruppen holder et våkent øye med siden partene deler på kostnadene. Hvorfor pasientflyten til tider stopper opp, gis det sprikende forklaringer på. En forklaring er at IMA sees på som et av mange "konsept" SUS må forholde seg til, og ikke minst vite om. *"Kommunikasjon om, og opplæring av nye konsepter er en "never ending story", selv om vi daglig minner avdelingene om konseptet"*. Altså nok en spesialavdeling de ansatte både skal ville, kunne og huske på å bruke. Dette i tillegg til alle andre institusjoner, behandlingssteder og kommuner SUS samhandler med. Det er ikke uten grunn at det er en egen samhandlingsseksjon på SUS, nettopp for å forsøke å koordinere dette. Informantene oppgir at de syns selve avtalen fungerer greit. IMA er et prosjekt, som går utover og i tillegg til den eksisterende organisasjonsformen. *"Ting var mye mer byråkratisk før, fordi det gikk innom en saksbehandler på bestillerkontoret"*. IMA omgår som nevnt ordinær saksgang via et bestillerkontor, og pasientoverføring skjer gjennom direkte dialog mellom sykepleier på SUS og IMA.

I følge teorien krever samhandling i nettverksstrukturer koordinering, gjerne i form av horisontale samarbeidsformer (Farsund & Leknes, 2010). Samhandlingspraksisen blir utfordret i møte med eksisterende vertikale hierarkier, preget av over- og underordningsforhold, slik vi finner det i både SK og SUS og til dels i den ordinære koordineringen mellom nivåene (Christensen, et al., 2009). Helsesektoren kan sammenlignes med et lappeteppe, der ulike grenseflater møter hverandre (Reisæter & Østergren, 2005). Det er ikke bare organisatoriske grenser som skal krysses, men også faglige, økonomiske og funksjonelle grenser. Slik studien viser, løser IMA i første rekke utfordringene i den organisatoriske grenseflaten mellom SK og SUS, ikke i grenseflaten mellom behandlingssted



og pasientens hjem slik avtalen sier. Modellen “legger seg over” grenseflaten mellom SK og SUS, der SK overtar deler av SUS oppgaver. Pasientgruppen i seg selv representerer ingen gråsoner, det er tydelig uttrykt i avtalen hvilke pasienter som kan benytte seg av IMA. Gråsonen tar mer form av en diskusjon mellom nivåene om hvem som best kan ta seg av pasientene.

Omstruktureringer kan utløse krefter som trekker organisasjonens komponenter i ulike retninger (Mintzberg, 1983). Vi ser at dette er tilfellet i IMA. Nettverksmodellen utfordrer maktfordelingen mellom aktørene. Legene må gjøre om på sine etablerte prosedyrer og gi fra seg maktposisjoner til sykepleierne. Sykepleiere gir uttrykk for at det er ubehagelig og slitsomt å måtte mase på legene for å få de til å fremskaffe nødvendig dokumentasjon. Ledelsen erkjenner at det *“er i det praktiske arbeidet, der du må se fru Hansen i øynene, at modellens suksess er mest kritisk”*. Teorien bekrefter at behovet for koordinering øker når en arbeidsoppgave deles opp, og fordeles på flere ulike nivå. Enkelte hevder at dette er prisen å betale for gevinsten med spesialiserte tilbud som horisontal differensiering gir (Christensen, et al., 2009). Noe av dette koordineringsarbeidet blir i dag ivaretatt av pasientflytkoordinatorer ved sykehuset. Det beskrives at rutinene for overføring fremdeles krever at *“noen holder tak i det”*. Teorien viser til at rutiner er med på å gjøre samhandling i en organisasjon både vertikal og horisontal (Christensen, et al., 2009).

Nettverksmodeller er bygget på likeverd og gjensidig avhengighet mellom partene (Farsund & Leknes, 2010). For å sikre pasientflyten i IMA, må SUS og SK være i stadig dialog. SUS må likevel være den aktive parten siden det er her pasientene kommer fra. Funn viser at SK må mase for å opprettholde en jevn strøm av pasienter. Beleggstallene på IMA er til tross for dette jevnt over høye, og SK kan vise til at de overholder avtalens mål om liggetid maks tre uker på IMA. SUS får ekstraoppgaver knyttet til overføring til IMA, som ellers blir ivaretatt på bestillerkontoret. SK kan i stor grad konsentrere seg om mottak og behandling, og sitter som en “dørvokter” og passer på at rette pasientene overføres. Hvor likeverdig dette avhengighetsforholdet er, er det delte meninger om. I slike skjæringspunkt kan det vi har beskrevet som gråsoner oppstå, og åpne for mistillit og uenighet som gjør selve samhandlingen vanskelig. De involverte parter forteller alle at det i liten grad oppstår uenighet og diskusjon, og om dette skjer, løftes problemet til de aktuelle prosjekt- og styringsgrupper.

### **5.2.1 Oppsummering**

Oppsummert kan vi besvare forskningsspørsmålet med at samhandlingspraksisen i IMA først og fremst utfordres i møte med eksisterende struktur (og kultur, drøftes i 5.3) i SUS. Etablerte profesjonshierarkier med innarbeidede systemer utfordrer de ansatte til å se nytten av IMA. For å sikre en jevn pasientflyt, må de legge om enkelte rutiner og prosedyrer. Datasystem som ikke kommuniserer, manglende koordinering og informasjon gjør at det varierer i hvilken grad IMA benyttes optimalt. Mange ansatte kjenner ikke tilbudet godt nok. Det er grunn til å anta at SUS "underforbruker" IMA. Det synes som at IMA "taper" i kampen om etablerte og lett gjenkjennelige systemer i begge organisasjoner. SUS må være den aktive part for å få samhandlingspraksisen til å fungere optimalt. IMA er langt på vei en passiv mottaker av pasienter men sitter med inntaksmyndigheten, et ja eller nei til pasienten. Partene har ikke fullt ut lyktes med å skape en modell som trekker i retning av økt samhandling. Modellen fungerer godt når pasientforløpet går som avtalen beskriver. Det er ikke heldig at modellen krever at innarbeidede rutiner for pasientoverføring må fravikes for å benytte IMA slik vi vurderer det.

## **5.3 Kulturperspektivet**

Vår oppgave er i hovedsak deduktiv og teoridrevet. Ved å introdusere kulturperspektivet har vi antatt at kultur har effekt på samhandlingspraksisen, slik den har utviklet seg i IMA. Forskningsspørsmålet som skal drøftes er:

*På hvilken måte påvirker kultur samhandlingspraksisen?*

### **5.3.1 Kulturens betydning for samhandlingspraksis**

For å studere organisasjonskultur må vi først registrere synlige uttrykk for kultur (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Synlige uttrykk for kultur er blant annet klær ansatte har på seg, utsmykning av arbeidslokaler, kakefester og vinlotterier. Disse uttrykkene vi kan observere, kalles for artefakter. For at en artefakt skal fremstå som symbol på organisasjonskulturen, må ansatte tillegge den mening (Jacobsen & Thorsvik, 2007). IMA representerer en ny måte å organisere tjenestetilbudet i grenseflaten mellom SK og SUS. Avdelingen har fått mye oppmerksomhet, både lokalt og nasjonalt. Avdelingen har hatt besøk av delegasjoner fra utlandet, besøk av helseministeren og blitt presentert i lokale medier. Vi kan dermed si at modellen i seg selv forsøkes etablert som et symbol for samhandling. Selv om IMA symboltungt peker mot fremtidens helsetjenester, viser teorien at kulturelle regler i organisasjoner peker tilbake til fortiden (Christensen, et al., 2009). Vår studie viser at ansatte i IMA er svært godt fornøyd med egen avdeling. De opplever at praksisen i selve avdelingene ligger nær opp til de

helsefaglige idealer slik de fremkommer i respektive profesjoner og yrkesetikk. Ansatte slutter opp om IMA som sykehjem og behandlingssted for syke eldre, mens legene på SUS er mer skeptiske. Symboler som peker mot IMA som samhandlingsarena er derimot vanskeligere å få øye på. Det er delte meninger om hvor godt informantene synes de har lykket med å etablere gode samhandlingsrutiner i grenseflatene mellom SUS og SK. Det er mye frustrasjon knyttet til overføring av pasienter mellom SUS og SK. IMAs overføringsrutiner krever en aktiv medvirkning fra alle parter. Leger og sykepleiere på sykehuset opplever at IMAs særegne praksis for overføring stjeler tid og krefter i en hektisk hverdag. Våre funn peker i retning av at ansatte i sykehuset derfor strever med å gi slipp på gammel kultur, og struktur (drøftet i 5.2). Organisasjoner som opplever en ytre trussel responderer ved å utvikle sterkt indre samhold (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Dette finner vi ikke at preger IMA. IMA representerer en trussel mot sykehusansattes autonomi som spesialister. Dette kan være en medvirkende forklaring på at ansatte i sykehuset ikke benytter IMAs potensiale fullt ut.

Leger og sykepleiere ved sykehuset har gitt fra seg oppgaver. I utgangspunktet er den aktuelle pasientgruppen lite krevende for sykehuspersonale. Krevende overføringsrutiner og en opplevelse av at sykehuset like godt kan sluttbehandle pasientene selv, fører til at ansatte i sykehuset stiller spørsmål ved IMAs legitimitet. Ledere i SUS er gjennomgående positive til IMA, imidlertid fremkommer det synspunkter som trekker i negativ retning. Spesielt blir dette tydelig når de blir bedt om å vurdere om modellen svarer til sykehusets utfordringer. Vår studie viser at holdninger til IMA gjennomgående er mer positive i SK, enn det de er i SUS:

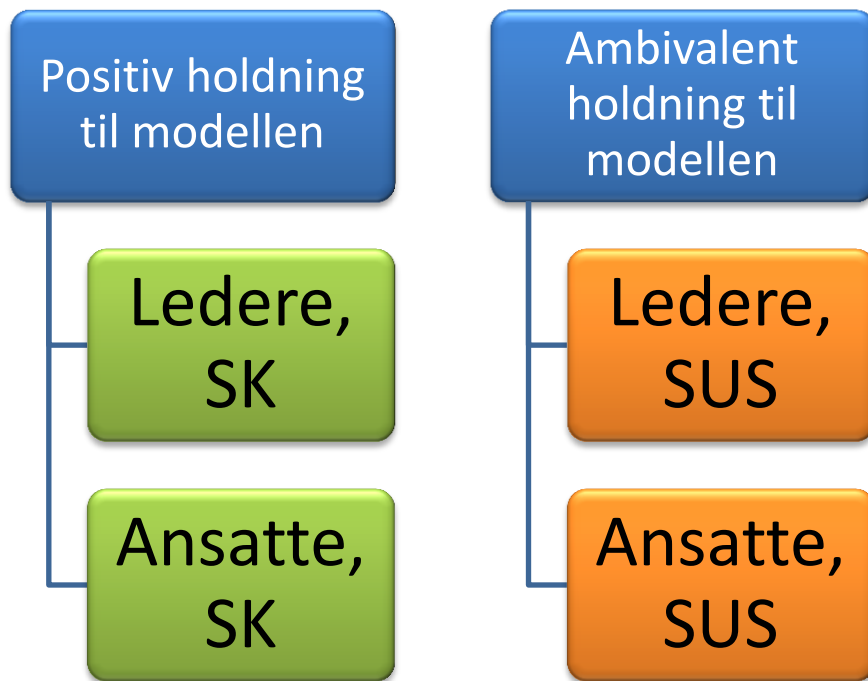


Fig 4 Holdninger til IMA

Er menneskesynet i organisasjoner preget av tillit vil dette naturlig følges av høy grad av delegering og autonomi. Verdier handler om bevisste valg mellom det som oppfattes som rett og galt (Jacobsen & Thorsvik, 2007). I IMA er oppfatningen at man styrer etter idealer som samhandling, “halvannenlinjetjeneste” og fellesskap mellom stat og kommune. Vår studie viser at verdier og normer er styrende for samhandlingspraksisen *“jeg er her for pasientene, jeg tenker ikke så mye på hvor de kommer fra og hvordan de kommer hit”*. Vi finner at IMA og sykehuset hver for seg er opptatt av god pasientbehandling. Partene har tillitt til hverandres behandlingsprofil. Fordelingen av pasienter krever imidlertid også at aktørene fullt ut forstår IMAs rolle som “halvannenlinjetjeneste”. Det er konsensus om IMAs målsettinger, men når vi intervjuer informantene om den faktiske samhandlingspraksisen, finner vi igjen trekk ved praksiser som eksisterte før IMA. Sykepleiere på SUS rapporterer at de må bruke mye tid og ressurser for å få enkelte leger til å utarbeide nødvendig dokumentasjon slik modellen krever. Det virker som sykehusledelsens vilje til samhandling ikke får gjennomslag blant alle legene i sykehuset. Blant sykepleiere i sykehuset er oppfatningen at legene *“gjør som de vil”*, selv om sykehusledelsen har gitt sin tilslutning til avtalen. Forskningen til Joanne Martin (Martin, 2002), viser at ved å være for opptatt av kulturer som er felles, kan man tilsløre at det samtidig eksisterer subkulturelle trekk og kulturelt mangfold. En studie gjort ved Søbstad viser at behandling i intermediær avdeling totalt sett reduserer behandlingkostnadene (Garåsen, Magnussen, Windspoll, & Johnsen, 2008). Garåsen skriver i en epost datert

26.05.11; “*det er sykehusene som kan ta ut denne gevinsten*”. Mye tyder dermed på at sykehusets holdning til IMA ikke bare kan forklares ved hjelp av rasjonelle argumenter som økt pasienttilfredshet og effektiv ressursbruk (Garåsen, 2008). Vår vurdering er at kulturelle handlingslogikker, som sykehusets behandlingskultur og profesjonskulturer blant leger og sykepleiere, også er medvirkende i forhold til hvilke holdninger som styrer samhandlingspraksisen i IMA.

Tidligere erfaring danner skole for hvordan praksis utvikler seg (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Sykehjem og sykehus har hver for seg utviklet praksiser for arbeidsdeling seg i mellom, og dermed også kulturer for hvordan oppgavene skal løses. Forenklet kan praksisene beskrives som at sykehuset gir behandling, mens sykehjemmene gir omsorg. Med innføring av IMA forrykkes denne arbeidsdelingen. Oppgavefordeling, samarbeid og koordinering skal løses på en ny måte. Leger og sykepleiere har gjennom mange år utviklet sterke profesjonskulturer, hvor arbeidsdeling og makt er fordelt. IMA utfordrer dermed en innarbeidet kultur som medlemmene gjennom mange år har opplevd som hensiktsmessig. I en instrumentell handlingslogikk er formelle strukturer og normer virkemidler for å oppnå forhåndsgitte mål. Rasjonalitet forutsetter at endringer av mål og strategier kan gjøres raskt. Den kulturelle handlingslogikken preges av at mål oppdages underveis og gradvis utvikles til medlemmene ender opp med en kultur for oppgaveløsning som er felles for medlemmene. Endringer av kultur utvikles sakte og følger ikke rasjonalitetens raske tempo (Christensen, et al., 2009). Dette kan forklare hvorfor gammel praksis i både sykehus og i IMA fremdeles bærer i seg elementer av gammel praksis. I IMA blir dette også forsterket av at rasjonelle handlingslogikker som dokumentoverføringer, blodprøver og generelle instrumentelle prosedyrer og rutiner ikke er løst. Dette gjør at flere informanter synes at modellen er mer “*til heft enn til gagn*”.

Organisasjonskultur trenger ikke bare å være et middel for måloppnåelse. Det kan være et mål i seg selv. Alle mennesker har behov for sosial tilhørighet og å bli akseptert av andre (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Våre funn viser at ansatte i begge organisasjoner opplever at IMA og avtalen gir formaliserte muligheter for gjensidig hospitering, veiledning og undervisning. Dette oppleves utelukkende positivt og fremheves av mange som riktige skritt på veien frem mot den kommende samhandlingsreformen. Det er stor vilje, blant ansatte i begge organisasjoner, til å lykkes med å finne nye samhandlingsformer mellom kommune og sykehus. Ledernivåene i begge organisasjoner peker også på selve prosessen ved å etablere IMA som positivt. Det tette samarbeidet som har vært rundt IMA, med bredt sammensatte

møter, signering av avtale og felles studieturer har gjort at ledelsesnivåene har fått økt forståelse og kunnskap om hverandre.

### **5.3.2 Oppsummering**

Vi finner at kulturen har betydning for samhandlingspraksisen mellom SUS og SK. Teorien vi har valgt belyser kulturens påvirkningskraft på samhandlingspraksisen. Antagelig hadde vi avdekket kulturelle faktorer på en bedre måte, dersom tidsperspektivet for denne oppgaven hadde gjort det mulig å studere kulturelle fenomener ved observasjon av praksisen over tid. Vi finner likevel holdepunkter for at det eksisterer kulturelle manifestasjoner som bærer preg av konsensus, spesielt knyttet opp mot selve ideen om avtalen og der hvor overføringen av pasienter ikke byr på ekstraarbeid eller uenighet. Spesielt legene på SUS har vist at de mangler vilje (eller tid) til å slutte fullt og helt opp om avtalen. Vårt inntrykk er at det er ledelse og sykepleiere (herunder pasientflytkoordinatorer) som holder avtalen i hevd på sykehuset. Dermed finner vi støtte for at det finnes kulturelle manifestasjoner som tolkes ulikt av medlemmene. Noen avdelinger på sykehuset utmerker seg med å ha en gjennomgående positiv holdning til IMA, mens andre avdelinger er mer motvillige. Vi mener at dette er et uttrykk for at ledelsen ved sykehuset ikke godt nok har sannsynliggjort at IMA totalt sett gir en gevinst for sykehus og pasienter. Det kan dermed hevdes at noen kulturelle manifestasjoner fremstår som uklare. Konsensus om IMA, i sykehuset, oppleves som ustabil og skiftende over tid. Det er usikkert om modellen vil bli videreført i sin nåværende form, eller bli endret på ulike måter.

Studien har sannsynliggjort at det både på IMA og i sykehuset eksisterer enhetlige kulturer som bærer preg av felles verdier og holdninger. Vi har argumentert for at SK og SUS fremdeles har en utfordring med å skape en "halvannenlinjetjeneste" hvor medlemmene oppfatter, og oppfattes, å ha felles artefakter, verdier/normer og grunnleggende antakelser. Sannsynligvis har IMA eksistert for kort tid til slike grunnleggende kulturelle uttrykk er blitt etablert i stort monn.

### **5.4 Har praksis i IMA endret seg underveis i prosjektperioden?**

I dette avsnittet følger en drøfting om hvorvidt SK og SUS har foretatt endringer og justering av samhandlingspraksisen slik den er beskrevet. *"Dette er et prosjekt. Det har vært viktig for oss ikke å endre noe underveis. Hvis vi endrer på prosjektet blir det vanskelig å evaluere etter endt prosjektperiode"*. Det har ikke blitt foretatt store justeringer underveis i prosjektet. Den viktigste endringen skjedde etter påtrykk fra SUS, som ønsket å endre på kriteriene i forhold til liggetid i SUS før pasientene ble overført til IMA. Årsaken var at SUS mente dette

vanskeliggjorde utvelgelsen av “riktige” pasienter. Når prosjektet startet var maksimal liggetid i SUS 3 dager før overføring til IMA. Dette mente sykehuset var for kort tid til å gjøre en skikkelig vurdering. Prosjektplanen ble derfor endret til maksimal liggetid på 7 dager. I følge prosjektets egne tall gjorde ikke denne endringen nevneverdige utslag. Liggetid i SUS før overføring til IMA, ble etter omleggingen målt til å være 3,9 dager. *“Vi trodde at liggetiden var en medvirkende årsak til at vi ikke klarte å fylle IMA med pasienter. Men vi tok feil”*. Liggetid ga ingen effekt på pasientflyten mellom SUS og SK. Kriteriet er nå helt fjernet. Vi finner at både SK og SUS har søkt etter løsninger på utfordringer og gjort justeringer for å forsøke å opprette likevekt mellom mål og praksis (Argyris & Schön, 1978). Forklaringen på hvorfor aktørene ikke har gått videre når første antagelse viste seg gal, kan ligge i at aktørene har imitert en annen avdeling, uten å sette av ressurser eller vilje til å foreta en lokal tilpasning. Videre må det forstås i lys av sitatet ovenfor. Vi kan anta at utsagnet representerer manglende kunnskap hos aktørene for hvor viktig det er å oversette oppskrifter/myter til lokal kontekst. Vi har ikke sammenlignet IMA med Søbstad, så det er fullt mulig at vår forklaring ikke holder, og at de har opplevde samme problematikk der.

## 5.5 Det glemte problem

Vedtaket i formannskapet i Stavanger ga i 2006 klarsignal om å etablere et tilbud til utskrivningsklare<sup>28</sup> pasienter, noe som i senere tid ikke nevnes i den endelige avtalen om IMA: *“Stavanger kommune etablerer et tilbud til utskrivningsklare pasienter i samarbeid med staten og Helse Stavanger. Det er ønskelig at tilbudet skal ha en bydekkende funksjon, og skal være et bindeledd mellom sykehuset og kommunale tjenester innen eldreomsorgen”*.

Den opprinnelige målsettingen er dermed forlatt, til fordel for etablering av intermediær avdeling. Mye tyder på at denne problemstillingen er like tilstedeværende i dag, som den var før etableringen av IMA: *“Stavanger kommune har hatt veldig mange utskrivningsklare pasienter. Det har vært en verkebyll for oss med norgesrekord i antall korridorpasienter”*.

Vår dokumentanalyse viser at utskrivningsklare pasienter er unntatt fra målgruppen til IMA, og at en slik effekt i forhold til denne gruppen dermed ikke oppnås ved å etablere IMA: *“Tilbudet omfatter ikke såkalte utskrivningsklare pasienter og hvordan vi skal bli kvitt korridorpatientene, det vil si pasienter som er et kommunalt ansvar”*. Dette poenget blir utdypet av en av informantene *“utskrivningsklare pasienter håndterer vi fremdeles med bestiller/utførermodellen hvor vi tildeler dem enten kort-/langtidsplass i sykehjem eller*

---

<sup>28</sup> Pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus og som venter på et kommunalt omsorgstilbud. Kommunen betaler dagbøter til sykehuset for denne gruppen, inntil de finner et egnet omsorgstilbud.

*hjemmesykepleie på vanlig måte*". Våre data gir ikke noe svar på hvorfor det har blitt en forskyvning av den opprinnelige målgruppen. IMA har overtatt sluttbehandlingen av en gruppe pasienter som tidligere ble sluttbehandlet i sykehus. Konklusjonen støttes av studien som er gjort på Søbstad i Trondheim (Garåsen, et al., 2008). Våre funn viser at presset på ordinære kommuneoppgaver i liten grad påvirkes fordi *"påvirkningen på bruk av hjemmetjenesten, er i beste fall marginal"*. Våre funn understøttes av studien som er gjort i Trondheim, der konklusjonen er at behandlingen på Søbstad er billigere enn på sykehus. Dette skyldes at kostnader forbundet med behandling er lavere i kommunen og at antall reinnleggelser i sykehus blir færre. Det var ikke signifikante forskjeller i bruken av kommunale omsorgstjenester (Garåsen, et al., 2008).

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal overta deler av sykehusets oppgaver. Reformen er vedtatt etter at IMA ble planlagt og etablert. Myter er ikke underlagt rasjonalitetens krav om kontroll og innsikt (Christensen, et al., 2009). Studien har avdekket at det har skjedd en målforskyvning fra formannskapetets vedtak i 2006, til kommunalstyrets vedtak to år etter om opprettelse av intermedier avdeling.

Vi har gjort en kort undersøkelse av hvorfor dette skjedde. En sentral politiker sa det slik *"det er mulig vi ikke helt har fått med oss hva som ligger til de forskjellige begrepene. Men jeg er ganske sikker på at vi ikke har ment å lage et tilbud som ekskluderer utskrivningsklare pasienter"*. I saken som er presentert for politikerne i forbindelse med opprettelse av intermedier avdeling står det ikke at IMA er et tilbud til utskrivningsklare pasienter. Det står heller ikke at det ikke er det. Uklarheter om opprinnelse er et trekk ved moter og myter som er på reise (Røvik, 2007).

Vi har ikke studert fenomener knyttet til omdømme, men det synes klart at kommunen ved å opprette IMA har vist at de kan påta seg deler av sykehusets oppgaver. Flere informanter peker på gevinster knyttet til økt rekruttering til kommunen som direkte kan spores tilbake til spesialisering av kommunale tjenester. Kommunen blir antatt å være en attraktiv arbeidsplass for dyktige fagfolk, som tidligere foretrakk å jobbe på sykehus. IMA bidrar dermed til å løse noen av kommunen rekrutteringsutfordringer, samt kan sees som en øvingsarena for nye fremtidige oppgaver knyttet til samhandlingsreformen.



## 6.0 KONKLUDERENDE SAMMENFATNINGER

Formålet med masteroppgaven har vært å beskrive og analysere samhandlingspraksisen mellom SUS og SK, slik den kommer til uttrykk i IMA. IMA har en sterk forankring i ledelsen både i SK og SUS. Den daglige driften av IMA reguleres av inngått avtale mellom representanter for de to forvaltningsnivåene (vedlegg 1). IMA er utviklet som en “halvannenlinjetjeneste”. Samtidig presiserer avtalen at tilbudet ikke representerer et nytt formelt forvaltningsnivå.

IMA må forstås som en hybridorganisasjon som kombinerer elementer fra både SK og SUS i ett felles behandlingstilbud. Vi begrunner dette med at IMA har i seg trekk og oppgaver fra begge forvaltningsnivåene. Behandling og spesialistkompetanse har klare trekk av funksjoner som tradisjonelt tilhører sykehusenes domene. Samtidig er IMA lokalisert i et kommunalt sykehjem, betjenes i hovedsak av kommunalt ansatte og vedtak om pasientinntak er tillagt kommunen. Altså tradisjonelle kommunale funksjoner. I stedet for “halvannenlinjetjeneste” er det, etter vår vurdering, mer hensiktsmessig å beskrive IMA som en kommunal avdeling, hvor det er avtaleforankret at spesialister fra sykehuset skal jobbe på kommunal arena. Det er med andre ord snakk om kommunalisering av en pasientgruppe som tidligere ble behandlet på sykehus. Hybridiseringen oppstår fordi sykehuset delfinansierer driften av IMA og bidrar med kompetanse og pasienter. Vi finner det sannsynliggjort at det har oppstått en ny organisasjonsform i skjæringspunktet mellom kommune og sykehus, om enn ikke fullt ut en “halvannenlinjetjeneste” mellom første- og annenlinjetjenesten slik intensjonen var. Det at IMA kan sies å være et mer kommunalisert tilbud enn det begrepet ”halvannenlinjetjeneste” impliserer, synes å ha forhindret at staten og SUS har fått en overordnet rolle i samarbeidet i forhold til SK. Samarbeidet er heller preget av likeverdighet mellom partene. Inntrykket av gjensidig avhengighet mellom de to forvaltningsnivåene underbygger at IMA er en type nettverksorganisering som skal bygge bro mellom to adskilte demokratiske nivåer organisert hver for seg på en hierarkisk måte med politiske organer, forvaltning og tjenestenivå.

Vår studie viser at det har foregått en ansvarsforskyvning fra SUS og over til SK. SUS har gitt fra seg lovpålagte oppgaver om pasientbehandling etter lov om spesialisthelsetjenester § 2.1<sup>29</sup>. SK har overtatt sluttbehandlingen av en pasientgruppe og avgjør også hvilke pasienter som får adgang til avdelingen. Studien viser at enkelte pasienter, som oftest kronikere som kjenner systemet og sine rettigheter, vegrer seg for å benytte tilbudet med henvisning til sine pasientrettigheter og det faktum at de ved opphold på IMA må betale egenandel. Det er grunn

---

<sup>29</sup> Nødvendig rett til behandling i spesialisthelsetjeneste (sykehus)

til å stille spørsmål om praksisen med å overføre sykehusoppgaver til kommunene er godt nok vurdert i forhold til juridiske implikasjoner. Nasjonalt arbeides det med endringer i lovverket i forbindelse med samhandlingsreformen. Vår studie har ikke avdekket at det har forekommet alvorlige hendelser som har gjort det nødvendig for tilsynsmyndighetene å føre kontroll med avtalens juridiske holdbarhet i forhold til § 2.1 i lov om spesialisthelsetjenester.

Studien viser at ledelsesnivået i både SK og SUS fremhever at IMA har vært et nyttig verktøy for å bli bedre kjent med hverandres roller og oppgaver. Likens har utviklingen av IMA ført til at personer i ledelsen har blitt bedre kjent med hverandre. Informanter på ledelsesnivå fremhever at dette også har hatt gunstige ringvirkninger på samhandlingen generelt mellom SK og SUS. Fagpersonell på ”gulvet” opplever imidlertid ikke at IMA har hatt noen påvirkning på den generelle samhandlingspraksisen. Effekten på samhandlingspraksisen er ifølge disse informantene lokalisert og avgrenset til IMA. Selv om det er et stykke igjen til at IMA er en kjent del av “tjenestemenyen” i SUS, er det grunn til å anta at samhandlingspraksisen mellom SUS og SK er påvirket i en moderat, men positiv retning. Vår vurdering er at samhandlingspraksisen er sårbar for utskiftning av personell. Folk slutter i stillingene sine, og nye kommer til. Det er derfor usikkert på om de relasjonelle gevinster som ledere fremhever har noen langsiktig effekt på samhandlingspraksisen mellom SK og SUS.

Målsettingen om å gi somatiske pasienter over 60 år, et faglig godt tilbud om pleie og behandling i overgangen mellom sykehus og kommune synes i stor grad å være oppfylt. Vår studie indikerer at de pasientene som benytter seg av IMA er godt fornøyd med behandlingen som tilbys. Doktorgradsstudien om et lignende sykehjem i Trondheim viser da også at denne type avdelinger har god effekt på indikatorer som pasienters livslengde og reduksjon i antall reinnleggelser til sykehus.

Studien gir ikke noe klart svar på hvorfor kommunen har vært pådriver og igangsetter av tiltaket. De har gjennom IMA påtatt seg ansvar for en gruppe pasienter som sykehuset før hadde ansvaret for og som krever investeringer i behandlingsskapitet. Underveis i vår studie stilte vi oss dette spørsmålet flere ganger. Etter hvert som vi gjennomgikk dokumenter og snakket med informantene våre ble det mer og mer klart for oss at det må være sykehuset som har størst gevinst av IMA. De får frigjort sykehussenger og kan i teorien redusere antall korridorpatienter. Vi har fått dette bekreftet av Granåsen som har gjort en kost/nytte studie ved opprettelse av en intermediaær avdeling i Trondheim. Vi har grunn til å tro at det samme gjelder for Stavanger. IMA føyer seg imidlertid fint inn i argumentasjonen i forbindelse med

samhandlingsreformen som iverksettes i 2012. Der tas også opp hvordan kommunene økonomisk skal bli tilført flere midler mot å ta et større ansvar i helsetjenesten.

Studien benyttet tre analytiske perspektiver for å studere samhandlingen. Myteperspektivet forklarer hvordan “oppskrifter” og ideer til organisasjonsutforminger oppstår og spres. Vi mener dette perspektivet var et godt utgangspunkt for å studere og forklare opphavet til IMA, og sette den inn i en større sammenheng og kontekst. Den type organisasjonsløsninger som IMA representerer er i ferd med å bli kopiert av stadig flere kommuner uten at ”problemsituasjonen” nødvendigvis er den samme. Modellen har et stykke på vei fått motestatus. Ved å utelate dette perspektivet, kunne innsikten i og forståelsen av IMA som “myte” blitt oversett. Myteperspektivets bidrag til å kunne sammenligne IMA med post-NPM inspirerte nettverksmodeller, har med støtte i funnene våre forklart hvorfor initiativet og avtalen kom i stand, hvordan samhandlingen foregår og hvordan dette står i kontrast til de etablerte strukturelle trekk både SUS og SK ellers preges av. Initiativet oppstod i en tid med økt oppmerksomhet om nettverksbaserte organisasjonsløsninger og økt fokus på mulige ”gråsoner” mellom statlig og kommunal helsetjeneste. Vi mener å ha funnet belegg for at myteperspektivet har relevans for initiativet til IMA og valget av løsning.

Strukturperspektivet belyser betydningen av formelle organisasjonstrekk for å lykkes med samhandlingen. Med IMA er sammensetningen av kompetanse, styrings- og ledelsesforhold og organisasjonsstrukturen noe forskjellig fra ordinære sykehjemsavdelinger. Kulturperspektivets bidrag viser hvordan interne normer og verdier, i ledelse og blant fagfolkene, kan virke inn på samhandlingspraksisen, noen ganger i strid med den formelle strukturen. Vi vil argumentere for at anvendelsen av tre perspektiver har gitt en bedre forståelse av IMA som organisasjonsløsning, både hvorfor den oppstod og hvordan den virker. De belyser også ulike sider ved IMA der omgivelsenes betydning kommer fram i myteperspektivet, mens strukturperspektivet og kulturperspektivet først og fremst er benyttet for å analysere utviklingen i samhandlingspraksisen. Ved å utelate noen av de tre perspektivene, kan vi anta at vi ikke ville fått den samme forståelsen av hva IMA er, hvordan samhandlingen utfordres og hva som påvirker den. Den komplementære tilnærmingen har dermed sine fortrinn, men studien viser også at det ikke er så lett å fastslå om ett perspektiv er viktigere enn et annet. En alternativ framgangsmåte hadde vært å sette perspektivene opp mot en annen og utviklet helt konkrete hypoteser avledet av det enkelte perspektiv, og testet disse.

Eksisterende strukturer på SUS synes ikke å ta opp i seg IMA som er preget av nettverksorganisering. På en måte blir det et "fremmedlegeme" mellom de to forvaltningsnivåene. Datasystemet kommuniserer ikke, noe som vanskeliggjør pasientoverføringen mellom SUS og IMA, som uten denne hindringen kunne forgått betraktelig enklere. Ikke minst med tanke på pasientsikkerheten som utfordres i og med at det ikke alltid følger papirer og medikament med pasienten. Det reiser flere spørsmål: Hva om det oppstår noe akutt med en pasient som overføres til IMA? Er det slik at overføringsprosedyrer og rutiner setter pasientenes liv og helse i fare? Hvem tar da ansvar i slike kritiske tilfeller? Oppstår det en situasjon hvor vi på ny blir vitne til at pasienter blir kasteball mellom nivåene? Foreløpig er det ikke oppstått denne type kritiske situasjoner som kunne satt IMA under press.

Nettverksorganisering er i utgangspunktet basert på frivillighet, men ikke i den forstand at SUS etter inngått avtale kan velge ikke å benytte seg av IMA. Om det er strukturelle eller kulturelle faktorer som hindrer at IMA i større grad blir en integrert del av SUS og benyttes mer, er usikkert. Både legers profesjonelle normer kan spille inn ("dette er våre pasienter"), men også det formelle systemet for overføring av pasienter mellom kommune og sykehus og vice versa. Vi finner at både struktur og kultur påvirker, og preger den totale viljen til samhandling. At det gis uttrykk for at IMA er "*nok et konsept vi skal forholde oss til, mer til heft enn til nytte*", kan dermed ha rot i både kulturelle og strukturelle forhold. Kunnskap om IMA, og vilje til å benytte tilbudet, er en forutsetning for effektiv utnyttelse av IMA. Dette finner vi er mangelfullt på SUS. Skal IMA fungere etter intensjonene, må det være en jevn pasientflyt fra SUS til SK uten at IMA stadig må mase på å få pasienter

Ved å benytte myteperspektivet har vi fanget opp trender og myter som har påvirket IMA. IMA er et barn av sin tid. Samhandling og nettverksmodeller forstås som en reaksjon på tunge institusjonelle trekk fra NPM og før det den weberianske byråkratimodellen. Litteraturen beskriver dette som post-NPM. IMA har klare trekk fra myteperspektivet, hvor Søbstad i Trondheim og samhandlingsreformen trekkes frem av informantene når rasjonale for IMA skal forklares. Intermediæravdelinger har etter hvert fått gjennomslagskraft som en god modell for oppgaveløsning i skjæringspunktet mellom sykehus og kommuner. Oppgavefordeling fører automatisk til behovet for koordinering, og her har myten om nettverksmodeller som et "passende" svar på denne utfordringen, funnet sin nisje.

Strukturperspektivet har gitt innsikt i hvordan post-NPM inspirerte nettverksmodeller som IMA strever når de skal finne sin plass mellom to forvaltningsnivåer med klare trekk fra

weberianske hierarkier og, NPM inspirerte forretningsmodeller. Vår studie viser at utfordringen er størst når IMA konfronteres med pasienter som ikke helt passer til målgruppen og uenigheter mellom partene oppstår. Aktørene i IMA responderer på denne type utfordringer med å vise til egne organisasjoners regler, prosedyrer og struktur. Likenes ser vi hvordan nettverksmodellen IMA ikke gir svar på utfordringer i forhold til IKT- og fagsystemer som ikke ”snakker” sammen.

Kulturperspektivet gir innsikt i hvordan kulturelle faktorer i “moderorganisasjonene” spiller inn når samhandlingspraksisen blir forsøkt endret. De ulike kulturperspektivene til Martin gir rik innsikt i hvordan kulturer kan integrere, differensiere og fragmentere. På samme måte har det vært nyttig å studere IMA i lys av artefakter, normer og verdier og grunnleggende antakelser. Det mest slående med IMA er hvordan samhandling presenteres på overflaten i form av positiv retorikk, og i saker hvor pasientinntak til avdelingen ikke gir grobunn for uenigheter og konflikt. Samhandling oppfattes som bra og riktig, men normene for handling er i stor grad preget av etablerte praksiser mellom SK og SUS. På det retoriske planet ser vi trekk av en felles kultur. Når vi går dypere ned i kulturelle faktorer ser vi at det noen ganger oppstår en kløft mellom SK og SUS som IMA ikke klarer å bygge bro over. Studien avdekker at gamle kulturer som tradisjonelt har splittet kommune og sykehus i et “de og oss” fortsatt kommer til overflate.

Spesielt finner vi at leger i sykehuset har en ambivalent holdning til IMA. Men om dette skyldes legenes profesjonskultur eller formell struktur (som overføringsrutiner mellom SK og SUS) forblir et åpent spørsmål. Det er også store forskjeller på holdninger til IMA mellom sykehusavdelingene. Noen avdelinger bruker IMA ofte og er svært godt fornøyd, mens andre avdelinger må mases på og kan sies å være underforbrukere av tjenesten som IMA tilbyr. Vi ser at rasjonelle argumenter som bedre prognose for pasientene og billigere behandlingssenger i kommunal regi, ikke har kraft nok til å endre sykehusets samhandlingspraksis. Vår vurdering er at de kulturelle manifestasjonene tolkes ulikt fra avdeling til avdeling og mellom yrkesgruppene (ledere, sykepleiere og pasientflytkoordinatorer er mest positive). Studien finner at det er mye god vilje blant aktørene for å få til en endret samhandlingspraksis, men at det gjenstår noe arbeid for å få alle med på laget.

Et svært interessant funn i denne studien er hvorfor målgruppen for IMA ble endret fra utskrivningsklare pasienter til å gjelde pasienter hvor det å være utskrivningsklar var et eksklusjonskriterium. Pasientgruppen ble med andre ord omdefinert. Vår oppgave gir ikke

noe entydig svar på dette, men vi velger å se dette i lys av myteperspektivet. Vi antar at myten om det ”gode” med intermediaæravdelinger nådde Stavanger, og dannet grunnlaget for den endelige utformingen av modellen. Dette ble så koplet til problemet med korridorpasienter og ventende utskrivningsklare pasienter. Det ble kanskje ikke gitt nok oppmerksomhet til at modellen ikke løste utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter?

Våre funn generer nye forskningsspørsmål. IMA er en ny og hybrid organisasjonsform. Vår vurdering er at spørsmål knyttet til pasientsikkerhet og -rettigheter bør debatteres videre. Det er også et åpent spørsmål om pasientene blir fullt ut informert om at de “skifter” lovverk. Det bør også forskes videre på øvrige implikasjoner på fremveksten av nye nettverksbaserte organisasjonsformer i helsetjenesten i skjæringspunktet mellom stat og kommune. Med stadig flere nedenfra-og-opp styrte initiativ melder flere spørsmål seg: Hvem bestemmer egentlig? Er dette tjenesteytende organisasjoner fritatt for den demokratiske og administrative kontroll andre typer virksomheter er underlagt? Hvordan og av hvem føres det tilsyn med denne type organisasjoner? Hvordan registreres avvik, og hvem har ansvaret om noe går galt? Hvordan skal IKT systemer integreres i denne type organisasjoner?

Den kommende samhandlingsreformen vil forhåpentligvis gi oss noen av disse svarene.

## 7.0 LITTERATUR

- Andersen, S. S. (1997). *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Beck Jørgensen, T., & Vrangbæk, K. (2004). *Det offentlige styringsunivers: fra government til governance?* Århus: Magtudredningen.
- Bjørkly, A. B., & Wicken, A. M. (2004). *Barne- og ungdomspsykiatrien i krise?: en studie av grenseflaten mellom 1. og 2. linjetjenesten i barne- og ungdomspsykiatrien*. 2004:3, Høgskolen, Molde.
- Bolman, L. G., Deal, T. E., & Thorbjørnsen, K. M. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Farsund, A. A., & Leknes, E. (2010). *Norske byregioner: utviklingstrekk og styringsutfordringer*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Fimreite, A. L., & Grindheim, J. E. (2007). *Offentlig forvaltning*. Oslo: Universitetsforl.
- Garåsen, H. (2008). *The Trondheim model: improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients : short and long term effects*. [343], The Faculty, [Trondheim].
- Garåsen, H., Magnussen, J., Windspoll, R., & Johnsen, R. (2008). [Elderly patients in hospital or in an intermediate nursing home department--cost analysis]. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Række*, 128(3), 283-285.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.

- Irgens, E. J. (2000). *Den dynamiske organisasjon: ledelse og utvikling i et arbeidsliv i forandring*. Oslo: Abstrakt forl.
- Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.
- Johnsen, E., Vanebo, J. O., Valstad, S. J., & Busch, T. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Kooiman, J. (1993). *Modern governance: new government-society interactions*. London: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martin, J. (2002). *Organizational culture: mapping the terrain*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo.
- Parsons, T., & Smelser, N. J. (1956). *Economy and society: a study in the integration of economic and social theory*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Reisæter, G. S. D., & Østergren, K. (2005). Koordinering i psykiatrien - et grenseflateproblem? *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 2821-2821.
- Rommetvedt, H. (2002). *Politikkens allmenngjøring og den ny-pluralistiske parlamentarismen*. Bergen: Fagbokforl.
- Roness, P. G. (1997). *Organisasjonsendringer: teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.



St. meld. nr. 25 (2005 - 2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html>.

St. meld. nr. 47 2008-2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. prp. nr. 1 (2006-2007). *Nasjonal helseplan (2007-2010)*. Oslo: Regjeringen.

Stavanger kommune og Stavanger universitetssykehus. (2008). *Avtale mellom Helse Stavanger HF og Stavanger kommune om drift av intermedieæravdeling på Stokka sykehjem*. Stavanger.

Sørensen, E., & Torfing, J. (2005). *Netværksstyring: fra government til governance*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl.

Sørensen, E., & Triantafillou, P. (2009). *The Politics of self-governance*. Farnham: Ashgate.

Weber, M. (1904/1971). *Makt og Byråkrati* (Vol. (originalversjon publisert 1904)): Oslo: Gyldendal.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. Los Angeles: Sage.



Stavanger Universitetssjukehus  
Helse Stavanger HF



STAVANGER KOMMUNE

AVTALE MELLOM  
HELSE STAVANGER HF OG  
STAVANGER KOMMUNE OM DRIFT  
AV INTERMEDIÆRAVDELING  
PÅ STOKKA SYKEHJEM

### **1. Partene**

Denne avtalen er inngått mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger HF, heretter kalt SUS

### **2. Bakgrunn**

SUS står overfor store utfordringer knyttet til nytt MOBA, omorganisering av sengeposter, økt bruk av pasienthotellet og styrket samhandling med primærhelsetjenesten. Sentralt i dette arbeidet står utviklingen av et bedret pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåer.

Som et ledd i bedre eldreomsorg ønsker kommunen, i tråd med Nasjonal helseplan (2007 – 2010) og St.meld. nr.25 "Mestring, muligheter og mening" (2005 – 2006), å utvikle et mer differensiert tilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I dag har kommunen etablert en enhet for lindrende behandling på Boganes, samt egne rehabiliteringssenger på Haugåstunet og ved Øyane sykehjem .

I likhet med flere andre sykehus og kommuner i Norge, har Stavanger kommune og SUS, i samarbeid utviklet en modell for etablering av et tjenestetilbud, halvannen linjetjeneste tilbud, såkalt intermediaeravdeling med 16 plasser i kommunen ved Stokka sykehjem.

Avdelingen planlegges etablert fra september 2008 og vil være et av pasientforløpene ut fra MOBA. I tillegg vil pasienter med behov for noe lengre liggetid i sykehuset enn 3 døgn, kunne overføres fra sengepostene.

Partene har sammen utarbeidet en rapport som danner utgangspunktet for denne avtalen.

### **3. Avtalens formål**

Denne avtalen har som formål å regulere innhold og utforming av en intermediaer enhet som etableres i et samarbeid mellom partene. Avtalen må ses i sammenheng med øvrige avtaler som regulerer samarbeidet mellom Stavanger kommune og SUS, hvor målet er at pasientene skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Tilbudet er ikke et nytt forvaltningsnivå, men et tjenestetilbud for pasienter over 60 år, i gråsonen mellom sykehus og eget hjem. Avtalen baserer seg på det utredningsarbeid som er gjort av partene, nærmere beskrevet i rapporten.

Denne avtale vil videre regulere partenes rettigheter og plikter i samarbeidet.

Følgende hovedmålsetning er gjeldende for tiltaket:

Intermediaer enheten skal gi somatiske pasienter over 60 år, et faglig godt tilbud om pleie og behandling i overgangen mellom sykehus og kommune, der målet er at pasienten skal skrives ut til eget hjem.

#### **Effektmål**

- Bedret pasientopplevelse og pasienttilfredshet
- Færre re- innleggelser
- Redusert behov for rehabilitering etter utskrivelse
- Mindre behov for praktisk bistand, pleie og omsorg i eget hjem etter innleggelse ved denne enheten
- Kortere liggetid i sykehus
- Bidra til å redusere presset på tilgjengelige sykehjemsplasser og sykehussenger
- Effektiv ressursbruk

#### **4. Ansvarsfordeling mellom partene**

All virksomhet i intermediaærenheten er hjemlet i Lov om kommunehelsetjenesten. Alle som er ansatt i enheten arbeider i henhold til denne loven.

Eventuelle avvik /klager i forhold til overføring av pasienter, meldes i henhold til etablerte avtaler mellom kommunen og sykehuset.

Stavanger kommune vil være eier av tjenestetilbudet og ha drift-, personal- og faglig ansvar for intermediaærenheten.

Administrativ styringsrett for alle stillinger, og for alle sider av virksomheten, tilligger avdelingssykepleier som leder av intermediaærenheten..

Internt i sykehuset beslutter lege og sykepleier hvem som bør få videre oppfølging/behandling i intermediaærenheten. Avdelingsleder i intermediaærenheten fatter vedtak om innleggelse i henhold til vedtatte kriterier.

Ordningen legger vekt på at inntak av pasienter skal skje i nær dialog mellom sykehuset og kommunen. Både SUS og kommunen skal utpeke kontaktpersoner som har det daglige ansvar for at enheten fungerer etter intensjonen og sammen med avdelingssykepleier ved enheten har ansvar for at riktige pasienter (ikke sykehjempasienter eller pasienter som bør være i sykehus lengre) legges inn.

#### **5. Kostnader og finansieringsmodell**

Intermediaærenheten finansieres etter en delingsmodell.

Kommunen dekker utgiftene til behandling, pleie og omsorgstjeneste og drift, tilsvarende en korttidsplass i sykehjem, samt 1,5 sykepleierårsverk i styrkning. Pasientene betaler vanlig egenandel for korttidsplass i sykehjem. SUS dekker utgifter tilknyttet spesialisthelsetjenester i form av 1 legeårsverk, 1,5 sykepleiere og 1 fysioterapeut.

Kommunen dekker kostnader til lokaler for tiltaket. Ved ekstraordinære driftsutgifter (eks. spesielle medikamenter knyttet til enkeltpasienter), tas deling av kostnader opp i samarbeidsorganet.

#### **6. Beskrivelse av tjenesten**

Innhold i tjenesten i Spesialisert korttidsenhet med beskrivelse av tjenesten, inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er regulert i vedlegg 1. Utvelgelseskriterier, se skjema vedlegg 2.

#### **7. Partenes forpliktelser**

##### **Kommunen**

- Kommunen skal stille hensiktsmessige lokaler til disposisjon
- Kommunen skal drive intermediaærenheten etter gjeldende avtale.
- Kommunen skal bidra med bemanning som tilsvarer bemanningen i en ordinær korttidsavdeling ved sykehjem i tillegg til 1,5 årsverk sykepleier. Endringer i bemanningsplanen forutsetter enighet mellom partene.



- Plassene skal benyttes optimalt. Ved meldt ledig kapasitet i enheten forplikter kommunen seg til å sikre nytt inntak uten unødig opphold.
- Kommunen skal ha en kontaktperson som skal bidra til å skape en smidighet rundt ordningen, herunder tar tak i interne interesser motsetninger, er informasjonsansvarlig for ordningen innad i kommunen, bistår ved interne prioriteringer, og er bindeledd mellom intermediaærenheten og sykehuset.
- Enheten skal aktivt bidra til gjensidig kompetanseheving, ved å arrangere og delta på kompetansehevende kurs, og ved gjensidig hospitering
- All pasientrelatert virksomhet skal dokumenteres gjennom gjeldende dokumentasjonssystem
- Kommunen har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven, som f. eks sykehjemsplasser, eller boform for heldøgns pleie og omsorg til de pasientene som er i behov av dette jfr. Kommunehelsetjenesteloven. Intermediaærenheten skal ikke erstatte eller kompensere for sykehjemsplasser eller andre pleie og omsorgstjenester som kommunen har ansvar for.

#### SUS

- SUS skal finansiere spesialistkompetanse, spesifisert som 1 legeårsverk, 1,5 sykepleierårsverk og 1 årsverk fysioterapeut. 20% av legeårsverket er ansatt og lønnet ved SUS og utfører deler av tjenesten i intermediaærenheten. Endringer i bemanningsplanen forutsetter enighet mellom partene.
- Plassene skal benyttes maksimalt. Ansvarlig lege og sykepleier i SUS er pliktet til å bidra aktivt til dette.
- SUS forplikter seg til å melde pasienter etter avtalte kriterier.
- SUS skal ha en kontaktperson som skal bidra til å skape en smidighet rundt ordningen, herunder tar tak i interne interesser motsetninger, informasjonsansvarlig for ordningen innad i sykehuset, bistår ved interne prioriteringer, er bindeledd mellom intermediaærenheten og SUS.
- Ved overføring av pasient fra SUS til enheten skal det foreligge (sendes elektronisk) epikrise/lege- sykepleieropplysninger med tilstrekkelige opplysninger om behandling og anbefalt videre oppfølging.
- SUS skal aktivt bidra til gjensidig kompetanseheving, ved å arrangere og delta på kompetansehevende kurs, og ved gjensidig hospitering.
- Legen(e) ved enheten skal kunne benytte legenes konfereringstelefon til aktuelle avdelinger
- All pasientrelatert virksomhet skal dokumenteres. Stavanger kommunes dokumentasjonssystem (fagsystem) skal benyttes.
- SUS har veiledningsplikt og skal gi nødvendig veiledning inn i enheten.
- SUS har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp etter Lov om spesialisthelsetjenesten. Intermediaærenheten skal ikke erstatte annen nødvendig helsehjelp som foretaket har ansvar for.

#### 8. Samarbeidsorgan og evaluering

Administrerende direktør ved SUS og rådmannen i Stavanger kommune oppnevner til enhver tid sin kontaktperson for oppfølging av avtalen og den daglige drift av enheten. Det opprettes et samarbeidsorgan mellom kommunen og SUS som følger opp avtalen.

Samarbeidsorganet har ansvar for å utarbeide en evalueringsrapport innen ultimo 2009, som legges til grunn for videre arbeid i virksomheten.

**9. Varighet / reforhandling / oppsigelse**

**Varighet**

Avtalen skal gjelde f.o.m. 01.09.2008 til 31.12.2011 og kan ikke sies opp i denne perioden. Deretter vil avtalen kunne fornyes med 4 år av gangen.

**Oppfølging**

Samarbeidsorganet skal ha faste møter 4 ganger per år og ellers etter avtale.

**Reforhandling**

Dersom det oppstår forhold som vesentlig endrer forutsetningen for avtalen, kan avtalens bestemmelser kreves reforhandlet.

**Oppsigelse**

Avtalen gjelder ut 2011, med et års gjensidig oppsigelse ved særlige forhold. Avtalen forlenges med fire år av gangen. Dersom det oppstår forhold som vesentlig endrer forutsetningen for avtalen, kan hver av partene kreve avtalen oppsagt.

**10. Tvist og søksmål**

I tilfelle uenighet om avtalens innhold skal denne søkes løst ved forhandlinger. Dersom forhandlinger ikke fører fram skal tvisten bringes inn for de ordinære domstoler.

I tilfelle søksmål vedtas verneeting som Stavanger Tingrett.

...../Stavanger.....

**Stavanger Universitetssykehus HF**

\_\_\_\_\_  
Adm. direktør

**Stavanger kommune**

  
Rådmann

VEDLEGG:

1. Inntakskriterier
2. Skjema for bruk ved inntak

## VEDLEGG 1

### Inntakskriterier

- Tiltaket omfatter alle somatiske pasienter med behov for et tilbud i gråsonen mellom sykehus og eget hjem, med unntak av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller demens. Det er behov for tjenestetilbudet som er styrende for inntak, ikke diagnose.
- Pasientene skal være > 60 år, og ha en akutt forverring av kronisk sykdom eller en nyoppstått sykdom med en funksjonssvikt som medfører at vedkommende med fordel kan sluttbehandles i intermediaærenheten
- Pasienten skal være ferdig medisinsk utredet.
- Pasientene skal kunne forventes å bli utskrevet til hjemmet etter endt opphold i intermediaærenheten
- Pasienten skal ha behov for spesialisert medisinsk behandling, og kan forventes å dra nytte av tilbudet.
- Tjenestetilbudet opprettes for pasienter som er bosatt i Stavanger
- Behandling skal være igangsatt.
- Pasientens tilstand skal være stabil.
- Liggetiden bør være 14 dager i snitt, og ikke overstige 21 dager.

### Ekklusjonskriterier

- Pasienten er ikke ferdig utredet
- Medisinsk tilstand tilsier videre sykehusbehandling
- Pasienten forventes utskrevet fra sykehuset innen 5 dager.
- Pasienten har alvorlig grad av demens/forvirring
- Pasienten forventes å ha behov for sykehjemsplass eller fast plass ved sykehjem etter utskrivelse fra sykehuset

**VEDLEGG 2**

Skjemaet skal utfylles ved spesialisert korttidsavdeling for hver pasient.

Utvelgelseskriterier for pasienter som søkes overflyttet til spesialisert korttidsenhet

<b>NAVN</b>	
<b>FØDSELSNUMMER</b>	
<b>ADRESSE</b>	

<b>POST VED SUS</b>		<b>TELEFONNR TIL POST</b>	
<b>ANSVARSHAVENDE</b>			

**FORUTSETNING:**

En forutsetning for at pasienten skal behandles ved spesialisert korttidsenhet er at vedkommende er +/-60 år, og har en akutt forverring av kronisk sykdom eller en nyoppstått sykdom med en funksjonssvikt som medfører at vedkommende med fordel kan sluttbehandles i intermediearenheten. Det forventes at pasienten skal kunne utskrives til hjemmet etter oppholdet.

**FØLGENDE SPØRSMÅL SKAL VURDERES FOR ALLE PASIENTER SOM ER AKTUELLE FOR OVERFØRING: (KRYSS AV)**

<b>SPØRSMÅL</b>	<b>JA</b>	<b>NEI</b>	<b>EVENTUELLE KOMMENTARER</b>
1. Er pasientens fysiske alder ca 60 år?			
2. Er pasienten folkeregistrert i Stavanger kommune?			
3. Er det overveiende sannsynlig at pasienten kan reise til eget hjem etter endt opphold i intermediearenheten?			
4. Er det avklart at pasienten <b>ikke</b> har alvorlig demens/forvirringstilstand og/eller psykisk lidelse som medfører omfattende oppfølging fra lege og/eller sykepleier 24 timer i døgnet?			
5. Er pasientens tilstand stabil?			
6. Er pasienten tilstrekkelig utredet?			
7. Er behandling igangsatt?			
8. Vurderes det at pasienten vil ha sykepleiefaglig og/eller medisinskfaglig nytte av et opphold i spesialisert korttidsenhet?			



Ved "ja" på spørsmål 1-8 kan pasienten overføres til videre behandling på spesialisert korttidsenhet.

Sjekkliste før utskrivning:

1. Er det behov for poliklinisk oppfølging av tilleggsdiagnoser? I fall, er time for dette bestilt?			
2. Er nødvendig medisinskteknisk utstyr, hjelpemidler og medikamenter som må følge fra sykehuset bestilt? Er det gjort klar avtale med intermediærenheten om hvem som sørger for hva?			

Eksklusjonskriterier:

- Pasienten er ikke ferdig utredet
- Medisinsk tilstand tilsier videre sykehusbehandling
- Pasienten forventes utskrevet fra sykehuset innen 5-7 dager.
- Pasienten har alvorlig grad av demens
- Pasienten forventes å ha behov for sykehjems plass eller fast plass ved sykehjem etter utskrivelse fra sykehuset

Opplysningen fra sykehus er gitt av:

Stavanger kommune, dato

Vedtaksberettiget sykepleier (navn):

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

Informert i intervjusituasjonen om at dette er en masteroppgave om Stokka sykehjem og den intermediære avdelingen. Siktemålet er å finne ut om denne modellen har bedret samhandlingen mellom Stavanger kommune og SUS. Opplys også om at informantens anonymitet vil bli ivaretatt i forbindelse med utskrivningen av masteroppgaven.

#### **Bakgrunnsinformasjon relatert til informanten:**

1. Hvilken fagbakgrunn har du?
2. Hvilket stillingsnivå er du på?
3. Hvor hører du til organisatorisk? SUS/SK

#### **Hvordan kan samhandlingspraksisen mellom SK og SUS beskrives?**

Informasjon om initiativet og utformingen av Stokka-modellen:

Ut fra din kjennskap til historien bak Stokka-modellen

1. Hvem var pådriverne bak initiativet bak denne modellen?
  - a) Ledere i SUS
  - b) Ledere i kommunen
  - c) Fagfolk
  - d) Tillitsvalgte
  - e) Politikere
  - f) Aktører nasjonalt
2. Var det noen den gang som var skeptiske til å etablere en slik modell?
3. Hvilke utfordringer og problemer skulle Stokka-modellen løse? Hva lå bak initiativet?
  - a. Inspirasjon fra andre sykehjem med lignende avdelinger
  - b. Fant på det meste selv
  - c. Generelle ideer og moter i forhold til ”riktig” organisering
4. Hvem fikk mest innflytelse på utformingen av Stokka-modellen?
  - a. Ledelse SUS
  - b. Fagfolk SUS
  - c. Fagfolk kommunen

- d. Ledelse i kommunen
5. Hvem vedtok Stokka-modellen? Hvem er det egentlig som ”eier” denne avdelingen i praksis?
  6. Hvordan vil du karakterisere Stokka-modellen, hva slags organisasjon er egentlig dette?
    - a. Er den en sykehusavdeling?
    - b. Er det en kommuneavdeling?
    - c. Eller er det en blandingsorganisasjon/hybrid

### **Avtalen om intermediæravdeling**

- 1 Har du lest avtalen som definerer intermediæravdeling?
- 2 I hvor stor grad kjenner du til avtalens innhold?
- 3 I hvor stor grad opplever du at retningslinjene i avtalen overholdes?
- 4 Er kriteriene i avtalen gjenstand for diskusjon, eller mener du de er fornuftige og hensiktsmessige?
- 5 Fungerer avtalen som et godt ledelsesverktøy?
- 6 Kjenner du til Stavanger kommunes bestiller-utfører modell? Ja/nei.  
Hvordan syns du inntak/overføring til intermediæravdeling fungerer uten vedtak?
- 7 Fylles sengene? Hvis ikke, hva mener du er årsakene til dette?
- 8 Har avtalen noen forbedringsområder, i tilfelle hvilke?
- 9 Er det nok kjennskap om intermediæravdelingen på SUS?
  - a) Hvis ikke, hva kan gjøres?
11. Fremmer strukturen (lovverk, systemer, datasystemer, rutiner, prosedyrer, avvikshåndtering osv.) samhandlingspraksisen?
  - a) Hvis nei, hva er hindringen?

### **Iverksetting av Stokka-modellen og hva slags samhandlingspraksis som har oppstått i årene etter vedtaket?**

1. Hva forstår du med begrepet ”samhandling”?
2. På hvilken måte vil du si at Stokka-modellen har lagt til rette for god samhandling mellom SK og SUS? Kan du begrunne svaret ditt?
3. Hva mener du har vært det mest fruktbare med dette samarbeidet?
4. Hvilke rutiner er etablert for å få dette samarbeidet til å fungere?
5. Hvor diskuteres problem/forbedringsområder knyttet til samarbeidet?
6. Ut fra ditt kjennskap - kan du beskrive eventuelle utfordringer knyttet til samarbeidet?

7. Vil du si at det er likeverdig samarbeid mellom SUS og kommunen eller er det skjevt i favør av ett av disse to myndighetsnivåene? Kan du forklare?

### **Måloppnåelse – har Stokka-modellen oppfylt målene?**

1. Hvilke mål er satt for samarbeidet? Sjekk hva informanten husker/kjenner til.
2. Hvordan er måloppnåelsen? Hvilke mål er nådd?
3. Hvilke mål er ikke nådd? Hvorfor er de ikke nådd?
4. Hvordan løste dere aktuell pasientflyt tidligere mellom SUS/SK?
5. På hvilken måte har samhandlingen om intermediæravdeling påvirket pasientflyten (gapet mellom SK og SUS)?
6. Hva er det mest fruktbare med intermediæravdeling?
7. Vil du si at Stokka-modellen har vært vellykket eller mislykket? Begrunn svaret.

### **Hemmer uformelle elementer (kultur) målet om å bedre samhandlingspraksisen?**

1. Hva mener du den andre part (SUS/SK) oppnår med denne avtalen?
2. Har det vært stor grad av enighet når avtalen skulle utformes?
3. Hva utløser uenighet?
4. På hvilken måte spiller følgende faktorer inn for IMAs suksess/fiasko
  - a) Vilje
  - b) Kunnskap
  - c) Tillit
  - d) Holdning
  - e) Verdier
  - f) Normer
5. IMA beskrives som en “halvannenlinjetjeneste”. Hvordan merker dette i praksis?
6. På hvilken måte skiller IMA seg fra en ordinær sykehjemsdrift?
7. På hvilken måte kommer respekt for andres arbeidsoppgaver/kompetanse til uttrykk i IMA?
8. Hvordan forholder du deg til regler og rutiner som gjelder for IMA?
9. Har det hendt at regler og rutiner kommer i konflikt med det du som (profesjon) tror på?  
Hvis, ja. Hvordan har du løst dette?

10. Hva tenker du om de faglige vurderinger som blir gjort på  
(Stokka når vi spør SUS, og SUS når vi spør Stokka)?
11. Gleder du deg til å gå på jobben om morgenen?
12. Hvilke følelser har du til IMA?
13. Har du opplevd at det har vært konflikter i forbindelse med IMA?
14. Hvordan kommer man frem til løsninger på “målgruppeuenigheter” (kriterier)?
15. Har du opplevd at ting dere har blitt enige om, i for eksempel møter, har blitt motarbeidet i etterkant?
16. Opplever du IMA som et stort “vi” (SUS+ SK=sant?), eller opplever du IMA som et “de og oss”?
17. Hvordan oppfattes/snakkes det om IMA?
18. Hvordan fordeles myndighet og makt i IMA (Autonomi vs kontroll)?
19. Hvordan vil du karakterisere arbeidsmiljøet?
20. Preges IMA av konsensus (enighet), eller mener du at uenigheter og tvil om praksis dominerer?
21. Er det noe med den rådende kultur (sitter i veggene) som virker negativt på samhandlingen?

### **Hva bør skje med Stokka-modellen i framtiden?**

- a) Bør Stokka-modellen fortsettes som nå? Hvis ja, begrunn svaret.
- b) Bør Stokka-modellen nedlegges? Hvis ja, begrunn svaret.
- c) Bør Stokka-modellen utvides? Hvis ja, begrunn svaret.

Vedlegg 3



STAVANGER KOMMUNE

Oppvekst og levekår

Postadr.: Pb. 8001, 4068 Stavanger  
Besøksadr.: Ny Olavskleiv 6  
Telefon: 04005. Faks: 51508555  
E-post: postmottak.oppvekst@stavanger.kommune.no  
www.stavanger.kommune.no  
Org.nr. NO 964 965 226

Ole Næss  
Bjørn Farmannsgt 13

4041 HAFRSFJORD

DERES REFERANSE	VÅR REFERANSE	ARKIVNR.	JOURNALNR.	DATO
	BGU-10/6965	F00 &33	7977/11	07.02.2011

SAMARBEID VEDR. MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE UIS

Viser til brev fra deg på e – post, datert 19. 01. 2011 med forespørsel om samarbeid om forskningsstudie i endringsledelse. I brevet ber du om å bruke implementeringsprosessen fra vedtak til etablering av intermedieravdeling ved Stokka sykehjem, som grunnlag for datainnsamling.

Direktør oppvekst og levekår stiller seg positiv til forespørselen og vil være behjelpelig med å fremskaffe dokumentasjon i form av saksfremlegg og vedtak. I den grad det er mulig vil avdelingen også kunne fremskaffe arbeidsdokument og referat.

Under forutsetning av anonymisering vil du også få anledning til å invitere nøkkelpersoner til å delta i intervju. Virksomhetsleder May Liss Sivertsen og rådgiver Anne Kjersti Salthe er aktuelle informanter.

Direktøren ber om at oppgaven sendes May Liss Sivertsen for gjennomlesning før innlevering, dette for å sikre riktige faktaopplysninger som gjelder Stavanger kommune. Dessuten forventes at undersøkelsen blir presentert i aktuelle fora, slik at kunnskapen blir spredt internt i Stavanger kommune.

Kontaktperson er May Liss Sivertsen 907 988 56.

Vi ser frem til godt samarbeid omkring et viktig fokusområde innen helse og omsorgstjenesten.

Med hilsen

  
Per Haarr  
direktør

  
Eli Karin Foss  
levekårsjef

Bente Gunnarshaug  
saksbehandler

Kopi:  
Arnt Egil Ydstebø, Stokka sykehjem  
May Liss Sivertsen, Stokka sykehjem  
Anne Kjersti Salthe, avdeling oppvekst og levekår



