

Samhandlingsreformen

og de utskrivningsklare pasientene

Konsekvenser for pasienter og helsepersonell. En kvalitativ studie om hvordan enhetsledere opplever kommunehelsetjenesten.

Donatila Ortiz Quintana



Masteroppgave

Ved det erfaringsbasert masterstudiet i helseadministrasjon, avdeling
for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Innhold

Innhold

SAMHANDLINGSREFORMEN	1
INNHold	2
FORORD	5
SAMMENDRAG.....	6
1. INNLEDNING	8
1.1 TEMA OG AVGRENSNING FOR OPPGAVEN.....	8
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	9
1.3 BAKGRUNN	10
2. METODE	12
2.1 KVALITATIVE INTERVJUER	12
2.2 UTVALGET AV INFORMANTER OG INTERVJUSITUASJON	13
2.3 VALIDITET.....	15
2.4 OM INTERVJUGUIDEN	15
2.5 BEARBEIDING AV DATA.....	17
3. TEORI.....	19
3.1 KOMPETANSE.....	19
3.2 ORGANISASJONSENDRING OG OMSTILLING.....	20
3.2.1 Profesjoner.....	23
3.3 ØKONOMI, RESSURSER OG EFFEKTIVITET	23
3.3.1 Effektivitet	25
3.4 LEDELSE, ANSVARLIG LEDER.....	26
3.5 KVALITET OG UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.....	26

3.5.1	<i>Definisjoner av kvalitet</i>	26
3.5.2	<i>Oppbygging og virkemåte av helstjenestene i kommunen</i>	27
3.5.3	<i>Den moderne helsetjenesten</i>	28
4.	ANALYSE OG FUNN	29
4.1	KOMPETANSE OG KUNNSKAP	29
4.1.1	<i>Krav til høyere kompetanse</i>	29
4.1.2	<i>Nye pasientgrupper</i>	30
4.2	ORGANISERING AV TJENESTENE I KOMMUNEN	31
4.2.1	<i>Avklaringsplasser og korttidsplasser</i>	31
4.2.2	<i>«Svingdørpasientene»</i>	32
4.2.3	<i>Koordinering av samarbeidet mellom sykehus og kommune</i>	33
4.2.4	<i>Turnus</i>	34
4.2.5	<i>Rekruttering</i>	34
4.2.6	<i>Samarbeid på tvers av bydeler for bedre bruk av ressurser</i>	35
4.2.7	<i>Holdningsendring og motivasjon – resultat av samhandlingsreformen</i>	36
4.2.8	<i>Endring i kommunens organisasjonssystem</i>	37
4.2.9	<i>Handling for effektiv organisering</i>	37
4.3	ØKONOMI, RESSURSER OG EFFEKTIVITET	38
4.3.1	<i>Utskrivningsklare pasienter og kvalitet – et mulig framtidsbilde</i>	39
4.4	LEDERE OG LEDELSE	40
4.4.1	<i>Utfordringer for ansvarlige ledere i kommunehelsetjenesten</i>	40
4.4.2	<i>Motiverende leder</i>	41
4.4.3	<i>Forventinger til og hos ledere</i>	42
5.	DISKUSJON	43

5.1	FORMULERING AV FUNN.....	43
5.2	KOMPETANSE I KOMMUNEHELSETJENESTEN	44
5.3	KORTIDSPASS OG AVKLARINGSPLASS, EN UTVIKLING AV HELSETJENESTENE	47
5.4	«SVINGDØRSPASIENTENE»	48
5.5	SAMHANDLING, KOORDINERING OG SAMARBEID MELLOM ULIKE NIVÅER OG AKTØRER I HELSETJENESTEN	49
5.6	DEN MODERNE PRIMÆRHELSETJENESTEN.....	50
5.7	ENDRET ORGANISERING	51
5.8	ØNSKET VRIDNING	51
5.9	RESSURS OG EFFEKTIVITET.....	52
5.10	LEDERNES ROLLE	54
6.	KONKLUSJONER.....	56
	LITTERATURLISTE	58
	VEDLEGG.....	61
	INTERVJUGUIDE	61

Forord

Det har vært både krevende og interessant å studere innføringen av samhandlingsreformen i helsevesenet i Norge. Ulike ledere oppfatter konsekvenser av de utskrivningsklare pasientene avhengig av deres ståsted samtidig som de har en formening om enmuligeløsning.

Stor takk til dem som har latt seg intervjuet til denne oppgaven og har kommet med verdifulle analyser i samhandlingsprosessen. De har satt av tid i en travel arbeidshverdag for å dele av sin erfaring. For meg har det vært en god opplevelse å møte elleve engasjerte og reflekterte ledere som gjorde denne oppgaven mulig.

En spesiell takk til min veileder Sverre Vigeland Lerum for sine faglige innspill og en uvurderlig faglig støtte, oppfølging og oppmuntring, og ikke minst den tålmodighet han har vist for å vise meg veien underveis og særlig i analyseprosessen. Jeg vil også takke Dag Ellingsen for verdifulle innspill og hjelp både med strukturen og språkvasken, Judy Braw og Morten Gray, som har oppmuntret og hjulpet meg i arbeidet med denne masteroppgaven, og alle andre som har støttet meg og oppmuntret meg underveis.

Sammendrag

Bakgrunn: Den 1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft med tilhørende forandringer innenfor det norske helsevesenet. Samhandlingsreformen blir beskrevet som en retningsreform som skal innføres over tid, hvor målet er «rett behandling – på rett sted – til rett tid», St.meld. nr. 47 (2008–2009). Reformen fokuserer mer på forebyggende helsehjelp enn å reparere, og den legger vekt på at et bredere aspekt av helsehjelp skal nå ut til hver enkelt pasient istedenfor sykehusinnleggelse. Altså skal sykehuset yte spesialisthelsehjelp, og pasienten skal raskt tilbake til hjemkommunen når vedkommende er ferdig behandlet.

I lys av dette stiller jeg to spørsmål. Forskningsspørsmål 1: Hvilke konsekvenser har de nye oppgavene de utskrivningsklare pasientene fører med seg, ifølge informantene? Fokuset her er på de nye oppgavene og hva slags konsekvenser informantene mine opplever følger av disse.

Forskningsspørsmål 2: Hvilke organisatoriske løsninger ønsker informantene i møte med en mer krevende pasientpopulasjon? Her er fokuset på organisasjonsformer og -endringer. Mine informanter er ledere fra ulike type enheter i Oslo kommune. Jeg ønsker å finne ut hvilke konsekvenser reformen fører til som har med organisering av arbeidet å gjøre.

Metode: En kvalitativ studie med intervjuer med elleve enhetsledere fra helsetjenesten i ulike bydeler i Oslo kommune. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide for å belyse mine forskningsspørsmål.

Resultater: Undersøkelsen viser at mange pasienter skrives ut fra sykehus raskere enn før. En del behandling av eldre pasienter og kronikere, i tillegg til utskrivningsklare pasienter, er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette har ført til at tjenestene i kommunehelsetjenesten har endret seg til mer spesialiserte oppgaver. Dermed er det behov for å forhøye kompetansenivået hos de ansatte i kommunehelsetjenesten for å imøtekomme behovene av de nye pasientgruppene og for å oppfylle samhandlingsreformens krav.

Bestillerkontoret og innsatsteamet ser begge positivt på disse endringene. Det samme gjør lederne for hjemmetjenesten og sykehjemmene, men de påpeker at endringene medfører store utfordringer, særlig fordi de ikke har fått nye stillingshjemler med høy kompetanse, dvs. sykepleiere.

Det kom fram at informantene ønsker å organisere seg ut fra funksjon ikke fra drift. Dette kan skje ved å organisere de spesialiserte sykepleiere i team, for eksempel ved at de som har spesialkompetanse i sårbehandling kan jobbe på tvers av enheter og bydeler og ta seg av pasientenemed behov for slike tjenester. Kort sagt ønsker informantene en organisasjon som støtter økt spesialisering i kommunehelsetjenesten.

Konklusjon: Mye tyder på at intensjonene i samhandlingsreformen er gode. Og det er også mulig å oppnå bedre samsvar med intensjonene i reformen ved å gjennomføre endringer i organiseringen av tjenestene som i dag tilbys. Min studie viser at det ikke finnes et entydig svar på hvordan bydelene bør organisere seg når samhandlingsreformen er ferdig innfaset i 2016. Signaler fra enhetsledere som jeg intervjuet, går ut på at de gjerne vil utnytte de spesialiserte ressurser i kommunen bedre ved å organisere dem ut fra funksjon og ikke fra drift. Dette innebærer at man ikke må la bydelsgrensene bestemme hvordan man skal arbeide, men at man arbeider på tvers av dem, basert på tjenestene man tilbyr, altså funksjon. Undersøkelsen viser at samhandlingsreformen har ført til at de berørt lederne ser betydningen av å tenke annerledes, og å tenke helhetlig når det gjelder å øke fagkompetansen og organiseringen av tjenestene.

1. Innledning

1.1 Tema og avgrensning for oppgaven

Samhandlingsreformen omfatter store deler av norsk helsetjeneste. Ett av flere hovedmomenter er at mer avanserte oppgaver skal flyttes ut av sykehus og over i kommunehelsetjenesten. Det er sykehusene som definerer om en pasient er ferdig behandlet. Dette betyr at kommunehelsetjenesten nå må forholde seg til pasienter som er langt sykere enn tidligere, og de får en ny pasientgruppe, nemlig «de utskrivningsklare pasientene». Denne nye pasientgruppen medfører at kommunehelsetjenesten må heve fagkompetansen til sine ansatte og bygge opp nye institusjonstilbud. Gjennom kvalitative intervjuer med elleve nøkkelinformanter i kommunehelsetjenesten, av disse åtte enhetsledere og tre gruppeledere, undersøker jeg hvordan disse har tatt utfordringene samhandlingsreformen fører med seg.

Mine informanter er institusjonsledere eller enhetsledere. Jeg belyser deres erfaringer som ledere. Innføringen av samhandlingsreformen er en omfattende prosess som berører mange medarbeidere og deres institusjoner. Her forteller informantene om utfordringene og forventningene de møter fra overordnede og underordnede i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen i kommunen.

Jeg har altså innhentet kunnskap om konsekvenser av innføring av samhandlingsreformen i kommunehelsetjenesten. Reformen har som mål å bidra til å løse tre utfordringer. Den ene er pasientens behov for koordinerte tjenester. Den andre er innsatsen som må gjøres for å forebygge og begrense sykdom. Og den tredje er den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbildet som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Regjeringens ambisjoner er at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor et lavest mulig effektivt omsorgsnivå. I min forskningsstudie undersøker jeg hvordan kommunene oppfyller regjeringens ambisjoner ved gjennomføringen av samhandlingsreformen, jf. (St.meld.nr.47 2008–2009).

Samhandlingsreformen stiller store krav til kommunene om å ha et forsvarlig tilbud til pasientene enten i institusjoner eller hjemme. Kommunene må derfor ha et tilstrekkelig

antall behandlingsplasser og personale med nødvendig fagkompetanse, slik at de kan tilby både sykehjemsplass, korttidsplass og hjemmetjeneste av tilstrekkelig høy kvalitet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Temaet for denne masteroppgaven er innføringen av samhandlingsreformen i kommunehelsetjenesten i Oslo og hvordan enhetsledere i kommunen tilpasser og oppfatter denne reformen i praksis. Reformens intensjon er å levere rett behandling på rett sted til rett tid. Er det mulig å oppfylle reformens intensjoner i praksis? Denne tematikken utforsker jeg gjennom to forskningsspørsmål.

Forskningsspørsmål 1: Hvilke konsekvenser har de nye oppgavene de utskrivningsklare pasientene fører med seg, ifølge informantene?

Informantene forteller at samhandlingsreformen representerer et brudd med hvordan kommunehelsetjenesten arbeidet tidligere. De forklarer at de ikke først og fremst trenger mer personell, men personell med høyere fagkompetanse. Tidligere har man kun ytt omsorg overfor brukerne, det vil si hjelp med daglige gjøremål som personlig hygiene, servering av mat og observasjon av allmenntilstand og forandring i denne. De utskrivningsklare pasientene trenger mer enn dette, for de behøver også aktiv behandling. De blir utskrevet tidligere fra sykehus, og de må ofte viderebehandles. Det kan dreie seg om pasienter med behov for intravenøs behandling, pasienter med forverret KOLS, kreftpasienter i terminalfasen med behov for smertelindring og pasienter med uregelmessig diabetes. Oppgavene som følger med behandlingen er blant annet bruk av teknisk utstyr og økt bruk av medisiner. Informantene forteller at de både må gi sine ansatte ny kompetanse og friske opp eksisterende kunnskap. Noen av informantene er frustrerte over at det kan være vanskelig å få tak i kvalifisert personell, særlig sykepleiere gjerne med erfaring fra sykehus. Frustrasjonen dreier seg både om å finansiere videreutdanning til personell som allerede er ansatt og skaffe midler til å kunne ansette nye sykepleiere og andre med høgskoleutdanning. Informantenes frustrasjon går i stor grad ut på at de ikke klarer å oppfylle kravene samhandlingsreformen stiller. Informantene forteller at de må drive kompetanseheving, institusjonsbygging og tynge generell drift med samme ressurstilgang som tidligere. Dette er en ressursmessig utfordring som har ført til en intensivering av arbeidet for ledere og ansatte i kommunehelsetjenesten.

Men andre informanter sier at de nye oppgavene oppleves positivt og spennende.

Arbeidshverdagen blir mer variert og faglig utfordrende, og de kan få bruke en større del av sine fagkunnskaper.

Forskningsspørsmål 2: Hvilke organisatoriske løsninger ønsker informantene i møte med en mer krevende pasientpopulasjon?

Dagens organisering er områdebasert. Den enkelte ansatte er knyttet til et bestemt geografisk område og en bestemt enhet, som et sykehjem eller hjemmesykepleien, her. Informantene uttrykker et ønske om organisatorisk å kunne fristille det spesialiserte helsepersonellet de har tilgjengelig, som f.eks. kreftsykepleiere og sårsykepleiere. De argumenterer for at man i større grad vil kunne ta i bruk den spesialiserte kompetansen disse sykepleierne har, om de kan operere i flere geografiske soner og på tvers av organisatoriske enheter, for eksempel både på sykehjem og hjemmesykepleie. Dette medfører en organisatorisk utfordring.

1.3 Bakgrunn

Den 1.januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, og førte til forandringer i det norske helsevesenet. Samhandlingsreformen blir beskrevet som en retningsreform som skal innføres over tid, hvor målet er «rett behandling – på rett sted – til rett tid», St.meld. nr. 47 (2008–2009). Reformen fokuserer mer på forebyggende helsehjelp framfor å reparere, og ønsker å gi bredere aspekt av helsehjelp til hver enkelt pasient istedenfor sykehusinnleggelse. Altså skal sykehuset yte spesialisthelsehjelp, og pasienten skal raskt tilbake til hjemkommunen når vedkommende er ferdig behandlet.

Intensjonen med samhandlingsreformen er å bremse den store veksten i liggedøgn i sykehusene ved å gi eldre og kroniske syke pasienter et bedre og mer helhetlig tilbud i kommunehelsetjenesten.Ifølge Veiledningsmateriell, (01/2013), er reformens ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjonen, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging av pasientene, slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor et så lavt,effektivt omsorgsnivå som mulig (LEON).

I den norske velferdsmodellen er den viktigste bærebjelken lik tilgang til gode og likeverdige helse-og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste

som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved dette (St. meld. nr. 47, 2009). For at denne intensjonen av samhandlingsreformen skal lykkes, må kommunene være i stand å ta ansvaret både organisatorisk og finansielt. Reformen er samtidig en utfordring for helsepersonellens fagkompetanse i kommunehelsetjenesten.

Med samhandlingsreformen har kommunene blant annet fått et større ansvar for å ta seg av utskrivningsklare sykehuspasienter. Kommunene har fått overført 5 milliarder kroner fra staten til å håndtere oppbygging av nye tjenester og for å forebygge sykdom der folk bor. Kommunene får rundt 560 millioner kroner fra bevillingene til sykehusene for å overta det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag (Helse- og omsorgsdepartementet). Midlene skal brukes for å etablere et tilbud for disse pasientene. Tilbudet kan være korttidsopphold på kommunale institusjoner eller forsterket oppfølging i hjemmet. Ett hovedsatsningsområde for samhandlingsreformen er å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Dette er en lovpålagt samarbeidsavtale ved *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Kommuner og sykehus har derfor plikt til å samarbeide.

2. Metode

2.1 Kvalitative intervjuer

Jeg har valgt en kvalitativ framgangsmåte for denne studien. Ifølge Malterud (2011) kan vi bruke kvalitative metoder for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette oppnår vi ved å spørre etter mening, betydning av hendelser og atferd, og vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør det de gjør. Malterud (2011:27) sier videre at kvalitative tilnæringer passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet.

Kvalitative forskningsmetoder har en klar styrke ved at de er bedre egnet til å få fram motsetninger og nyanser i det fenomenet som undersøkes. Slik jeg oppfatter det er dette viktig for å få fram og forstå informantenes oppfatninger og erfaringer om hvilke konsekvenser de nye oppgavene fører med seg for de utskrivningsklare pasientene, og hvilke organisatoriske løsninger informantene ønsker i møte med en mer krevende pasientpopulasjon.

En kvalitativ undersøkelse er også best egnet for å undersøke variasjoner i måten enkelte enheter tar imot utskrivningsklare pasienter, og hvordan ledere i de ulike enhetene opplever utfordringene i samhandlingsreformen og konsekvensene de medfører. Ifølge Malterud (2011) dreier det seg altså i prinsippet om forskningsmetoder som er aktuelle for beskrivelse, analyse og forståelse av alle slags fenomener, selv om de innenfor helsefagfeltet har sin spesielle styrke i menneskelig samhandling og erfaring.

En kvalitativ tilnærming er særlig relevant i min studie, fordi det åpner for nye synspunkter og stiller nye spørsmål ved en relativ ny reform som fører til endring i kommunehelsetjenesten i Norge. Min metodiske tilnærming og presentasjon og tolkninger av funn er basert på Tjora (2012) og Malterud (2011). Jeg bruker en forskningsteoretisk tilnærming og deres forskningsprosess i analysen av kvalitative data. En kvalitativ undersøkelse vil kunne få fram lederes egne opplevelser i forhold til konsekvenser, forventninger og påvirkning av prosessen i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen.

I intervjuene har jeg valgt å bruke et semistrukturert forskningsintervju som metode. Denne intervjuformen brukes for å få fram informantens synspunkter og opplevelser av de beskrevne fenomener og er derfor godt egnet til mitt formål (Kvale og Brinkmann, 2010, Malterud, 2011).

2.2 Utvalget av informanter og intervjusituasjon

Jeg har satt sammen en strategisk gruppe informanter som jeg mener kan si noe om problemstillingene i mitt forskningsprosjekt. Ifølge Malterud, (2011) er empiriske data forskerens kilde til svar på de spørsmålene som følger av problemstillingen. Enten målet er å utvikle beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller, vil utvalget bestemme hva vi har grunnlag for å si noe om. Videre påpeker Malterud også at kjennetegn ved utvalget vil påvirke våre tolkninger og funn. Utvalget av informanter i min studie består av enhetsledere i seks bydeler i Oslo. De representerer forskjellige institusjoner i disse bydelene og er berørt av innføringen av samhandlingsreformen. Disse lederne har ansvar for og plikt til å gjennomføre den nye helsereformen på sin arbeidsplass.

Ifølge Malterud (2011) er et strategisk utvalg sammensatt ut fra målsettingen slik at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen man vil ta opp. Det framgår videre at forskeren må stille seg spørsmål om hva slags kunnskap vi ønsker å innhente, hvor kilder til kunnskap finnes og hva slags overførbarhet som er relevant når det gjelder den aktuelle problemstillingen. I min studie ble informantene valgt strategisk på grunn av at Oslo kommune er stor og ytelser av tjenester varierer fra bydel til bydel og fra enhet til enhet. Jeg ønsket å få fram nyanser og variasjoner som synes å kunne bidra med informasjon om nettopp de variasjoner jeg er interessert i.

Informantene ble rekruttert ved sending av en forespørsel til felles postmottak i Oslo kommune. Forespørselen inneholdt et informasjonsskriv, en prosjektbeskrivelse og hvilke informanter jeg ønsket. Det ble også oppfordret til å ta kontakt med meg per e-post om de var villige til å stille opp til et intervju. I tillegg informerte jeg om at det var søkt om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Rekruttering av informanter viste seg imidlertid å være vanskelig. Jeg fikk ingen svar på første e-postsending. Etter om lag to uker forsøkte jeg igjen, men det kom ingen svar da heller. I andre sending valgt jeg to og tre institusjoner i alle bydeler i Oslo kommune og tre

institusjoner utenfor Oslo kommune. Etter den andre e-postrunden fikk jeg flere svar fra informanter som ville stille opp til intervju, men ikke fra de enhetene jeg hadde planlagt for denne studien. To av disse informantene var ledere fra bestilleravdelinger i to bydeler. Tre var fra bydelens innsatsteam fra forskjellige bydeler. Den siste var en samhandlingskoordinator. Jeg valgte å intervju tre av disse fem: én fra et bestillerkontor, én fra et innsatsteam og den ene som var samhandlingskoordinator. Jeg fant ut at det ville være hensiktsmessig for studien, fordi disse tre tilhørte ulike enheter.

I første omgang tenkte jeg ikke på å intervju ledere fra bestillingskontorer og samhandlingskoordinatorer. Jeg ønsket ledere for avdelinger som er direkte berørte av reformen, som har kontakt med pasienter og som «står på bakken», dvs. på utførersiden av prosessen. Det er disse som kjenner best til reformens konsekvenser. Etter å få tak i disse første informantene, bestemte jeg meg for å utvide omfanget av informantene, fordi bestillere og koordinatorer også er en del av kommunehelsetjenesten. Jeg forstod at de kunne bidra positivt til studien min, med et bredere aspekt av informasjon relevant for forskningsspørsmålet om hvordan kommunehelsetjenestene fungerer etter samhandlingsreform.

Det var imidlertid vanskelig å rekruttere informanter fra hjemmesykepleien og fra korttidsavdelinger og sykehjem, som tilhørte min primære målgruppe.

Etter en intensivt søken fikk jeg til slutt positivt svar fra to ledere for hjemmesykepleien og senere en leder for sykehjemstjenestene.

Jeg har dermed valgt å intervju til sammen elleve informanter i seks forskjellige bydeler og i forskjellige enheter. Informantene består av åtte enhetsledere, to gruppeledere og en samhandlingskoordinator i bydelen. Disse fordelte seg på en institusjonsleder for et offentlig sykehjem, to hjemmesykepleieledere fra to forskjellige bydeler, en gruppeleder for hjemmesykepleien, en innsatsteamleder i en av bydelene, en innsatsteamgruppeleder, en leder for en søknadsavdeling, en leder for et bestillerkontor, en saksbehandler fra et bestillerkontor, en leder for en korttidsavdeling og en samhandlingskoordinator i bydelen. Dette utvalget er satt sammen for å gi et inntrykk av bredden og helheten og for å gi et tilstrekkelig rikt og variert sett med data til at problemstillingen kan belyses fra ulike sider, det vil si sett fra ulike enhetslederens ståsted. Stillingen som samhandlingskoordinator ble opprettet i noen bydeler etter innføringen av samhandlingsreform.

Intervjuene er gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden, på deres kontor og på de plassene som ble skaffet av informantene selv. Intervjuene har gjennomgående vært av om lag en times varighet. Under de fleste intervjuene foregikk samtalen uforstyrret og i en god stemning. Men to av intervjuene ble avbrutt av henvendelser på døren og på telefon.

De elleve informantene gir utgangspunktet for å ha et stort nok utvalg til å fange opp tilstrekkelig mangfold og variasjonsbredde i den informasjon jeg innhenter. Jeg ønsket å undersøke lederes forståelse av betydningen av egen erfaring, beskrive deres opplevelse og selvforståelse samt avklare og utdype deres perspektiv på innføringen av samhandlingsreformen i deres enhet og hva slags konsekvenser dette kan få for dem.

2.3 Validitet

Validering er å gyldiggjøre en studie. Følgende står i Kvale og Brinkman (2010:256):

Å validere er å stille spørsmål. ... gyldigheten ved et funn skal fastslås – det vil si om en undersøkelse undersøker det den søker å undersøke...

Slik jeg forstår sitatet, er studien min valid når for eksempel intervjuguiden stiller relevante og dekkende spørsmål som kan gi svar på mine to problemstillinger. Intervjuguiden finnes som vedlegg, men det er analyseresultatene som viser om dette kravet til validitet er imøtekommet. Likens er det viktig å ta stilling til om jeg har valgt relevante informanter i forhold til hva jeg vil vite. Når det gjelder hvor intervjuene ble gjennomført, er det validerende når intervjusituasjonene var slik at informantene kunne uttale seg fritt. Slik var det. Informantene valgte selv sted for intervjuene.

I forhold til analysen og materiale er det to måter å sikre validitet på. Den ene har å gjøre med analyseprosedyren. Analyseprosedyren skal være systematisk, (jf. 2.5). Og den andre måten gjelder validering av funnene som skjer når resultatene rekontekstualiseres opp mot materialet (Malterud).

2.4 Om intervjuguiden

Den metodisk framgangsmåten i datainnsamlingen er basert på semistrukturerte dybdeintervjuer av elleve informanter. Jeg valgte å intervjuer et utvalg informanter ut fra følgende overveielser:

Det var viktig å ha informanter fra forskjellige aktører som er involvert i gjennomføringen av prosessen med samhandlingsreformen i kommunenes helsetjenester. Det var også viktig å ha med informanter fra de aktørene som ikke har direkte å gjøre med pasientbehandling, men som er en del av helsetjenesten i kommunen, og som også har betydning for gjennomføring av samhandlingsprosjekt. De, dvs. mine informanter fra bestillerkontoret, er relevante fordi de har oversikt over kommunens tilbud til utskrivningsklare pasienter. De skriver vedtak med målsetninger for videre oppfølging av pasienter, og det er de som bestemmer hvilket tilbud som gis. Saksbehandlere fra bestillerkontoret må finne ut hvor man befinner seg i pasientforløpet for å finne et riktig omsorgsnivå for pasientene. Mine informanter inkluderer altså både de som bestiller tjenester og de som utfører dem.

Intervjuguiden er semistrukturert, ferdig formulert med emner og spesifikke og fullstendige spørsmål. Et slikt intervjuopplegg er ansett for å være hensiktsmessig å bruke for å strukturere intervjuene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009:143) er en intervjuguide et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt. Guiden kan inneholde noen temaer som skal dekkes, eller den kan ha en mer detaljert rekkefølge av spesifikke formulerte spørsmål. Det var viktig at informantene svarer på åpne spørsmål knyttet til innføring av samhandlingsreformen.

Jeg brukte en felles intervjuguide som inneholder en oversikt over emner i min studie. Med det ville jeg få fram sentrale temaer knyttet til problemstillinger fra de forskjellige enhetslederne. Guiden var tilpasset informantene sine enheter når det gjelder formuleringer, men spørsmålene var de samme. For eksempel: «Hva betyr samhandlingsreformen for *bestillerkontoret/hjemmesykepleie/sykehjem osv.*» En slik intervjuguide er brukt hensiktsmessig for å strukturere intervjuene og for å sikre at alle problemstillinger og tematikk ble drøftet med alle informanter. Intervjuguiden er vedlagt (vedlegg 1).

Jeg møtte stor velvilje fra de som sa ja til å delta i intervju. Jeg forsikret om at intervjuobjektene ville bli anonymisert. I alle intervjuene har jeg eksplisitt spurt om det er greit at jeg gjør opptak av intervjuet. I tillegg forklarte jeg hvordan jeg skulle oppbevare og slette opptakene etter bruk.

Det ble god kommunikasjon mellom meg og informantene. Under de første intervjuene var jeg svært nervøs. Jeg nevnte det når jeg presenterte meg. Det var fordi jeg intervjuet ledere, fordi jeg ikke hadde erfaring med å intervju, og fordi jeg ikke har norsk som morsmål. Men

informantene hadde forståelse for dette, og de etterfølgende intervjuene var lettere. Når det gjelder det faktiske arbeidet med masteroppgavens skriftlig tekst, har det vært nødvendig med språkvask. Dette kan ha påvirket nyanseforståelsen når det gjelder analysen.

I tillegg snakket jeg om NSD godkjenning, om at deltakelse var frivillig, og om at det mulig å trekke seg når man ville. Og jeg forklarte at data skulle anonymiseres etter at oppgaven ble ferdig.

2.5 Bearbeiding av data

Min metodiske tilnærming, presentasjon og databearbeiding, er basert på Tjora (2012) og Malterud (2011). Intervjuene ble fullstendig transkriberte. Det viste seg å være tidskrevende, men gav meg mest mulig materiale til analyseprosessen. Samtidig ble jeg gjennom arbeidet med å transkribere intervjuene kjent med informasjonsmaterialet på en ny måte. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) blir intervjuene strukturert slik at de er egnet for analyse når intervjuene transkriberes til skriftlig form. Når materialet struktureres i tekstform, blir det lettere å få en oversikt over det, og strukturering er i seg selv en begynnelse på analysen.

Transkripsjonsfasen er en del av forskningsprosessen –det dreier seg om et filterings- og tolkningsledd. Ifølge Malterud (2011:78) innebærer all nærkontakt med materialet at forskeren setter spor etter seg i materialet som på ulike måter kan påvirke meningen i teksten. Transkripsjonen er ikke en passiv og teknisk handling, men inngår i den analytiske prosessen i ulik grad. Jeg er sykepleier med arbeidserfaring fra både sykehus og kommunal helsetjeneste. Mine tolkninger av data kan ha blitt påvirket av dette. I tillegg har jeg min tidligere utdanning som økonom fra hjemlandet mitt.

Kvalitative forskningsmetoder er, ifølge Malterud, virkemidler for utvikling av kunnskap – ikke for å reprodusere forståelse som vi allerede har. Gjennom analysen skal materialet lede fram til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller. Presentasjonen av forskningsprosjektet skal gjøre det klar for leseren hvordan forskeren er kommet fram til disse resultatene.

Jeg har brukt en kombinasjon av Tjora (2012) sitt induktive system «stegvis deduktiv–induktiv metode» (Tjora, 2012:175) og de fire trinnenes utgjør strukturen i analysemetoden «systematisk tekstkondensering» som Malterud (2011) beskriver. De første

fire stegene hører til metoden: generering av empiriske data (utvalg), bearbeiding av rådata, koding og kategorisering. Deretter kommer utvikling av konsepter fulgt av diskusjon og bruk av teori. Ny teoretisk forståelse er resultatet til slutt.

Etter transkribering ble informantene anonymisert ved bruk av bokstaven D for mine egne navn og nummerert fra en til elleve for hver informant. På denne måten ble data anonymisert, og systematiseringen startet.

Jeg har systematisert funnene fra intervjuene ut fra de valgte teoretiske innfallsvinkler som kunnskapsoppfatning, organisasjon og omstillinger, kvalitet og utskrivningsklare pasienter og ledere og ledelse.

3. Teori

I dette kapitlet skal jeg diskutere en del begreper som mine informanter har vært opptatt av. Dette inkluderer bl.a. kompetanse, effektivitet, organisering, ressurser, ledelse og ansvar og kvalitet. Jeg gjør rede for begrepene ut fra ulike teoretiske perspektiver.

3.1 Kompetanse

Ifølge NERC er «kompetanse» i helse og sikkerhet definert som følger:

«competence is the ability to undertake responsibilities and to perform activities to a recognized standard on a regular basis. Competence is a combination of practical and thinking skills, experience and knowledge» (NERC Health & Safety, 2012:1).

Følgende formel oppsummerer denne definisjon:

Kompetanse = kunnskap + ferdigheter + erfaringer.

Hva innebærer det å ha kunnskap? Kunnskap består av deler av kjennskap, bevissthet eller forståelse som man får gjennom utdanning, men også fra erfaring i feltet. Berg (1987) beskriver to typer kunnskap, vitenskapelig og empirisk. Man kan derfor også tale om vitenskapsbaserte og empirisk baserte yrker. Kompetanseområdene er ikke i slike tilfeller klart hierarkisk ordnet. De er ofte av svært ulike slag. Og skillet mellom vitenskapsbaserte og empirisk baserte yrker er ikke alltid like klar.

I primærhelsetjenesten kan man si at det er leger, sykepleiere og hjelpepleiere som har vitenskapelig kunnskap, mens ufaglærte har tilegnet seg sin kunnskap empirisk. Kunnskap er også bevissthet. Det dreier seg for eksempel om å forstå risiko og avgjøre om hensiktsmessige kontroller og relevant helse- og sikkerhetslovgivning gjelder for arbeidsplassen, og om hvordan den påvirker arbeidssituasjonen. Når dette skal tilegnes empirisk, tar det tid. Videre kan det være tilfeldig om denne type bevissthet tilegnes i det hele tatt.

Ferdighet er evner som er oppnådd eller utviklet gjennom opplæring og praktisk erfaring. Dette kan skje enten på jobb eller via utdanning eller ved en kombinasjon av begge.

Ferdighet i helse og sikkerhet dekker også evnen til å identifisere farer, identifisere forholdsregler og sikre arbeidsmetoder, sikre en risikovurdering og iverksette kontrolltiltak.

Erfaring er resultat av en prosess i å observere, møte eller gjøre noe. Folk får erfaring når kunnskaper og ferdigheter blir prøvd i praksis og de læres som et resultat av handlinger. En god måte å få erfaring på er gjennom tilsyn og veiledning av noen som allerede har bred erfaring på dette feltet. I primærhelsetjenesten har mange ansatte god og bred erfaring i feltet. Dette er en viktig ressurs å ta vare på. En konsekvens av de nye oppgavene som reformen fører til, er et behov for å utvide erfaringsomfang hos de ansatte, særlig når det gjelder kommunehelsetjenestene.

Jeg har gjort rede for at man kan definere kompetanse som en blanding av kunnskap, ferdigheter og erfaring. En vanlig definisjon av kompetanse basert på rettspraksis er som følger (NERC Health & Safety, 2012):

«Having the necessary practical and theoretical knowledge as well as sufficient experience of the particular situation to enable him/her to identify defects or weaknesses in work practices or equipment and their implication for the safety of employees without supervision».

Slik jeg forstår kompetanse basert på rettspraksis er den viktig i helsetjenesten fordi helsepersonell arbeider med mennesker i sårbare situasjoner, og disse menneskenes liv er avhengig av helsepersonellens kompetanse, kunnskap, ferdighet og erfaring for å kunne identifisere symptomer og risiko hos pasienter. Dette gjelder spesielt innen kommunehelsetjenesten på enheter som hjemmesykepleien og innsatsteamet hvor de ansatte utfører tjenester alene hjemme hos brukere.

3.2 Organisasjonsendring og omstilling

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) innebærer endring i mange tilfeller en nytenkning ved at man skal gjøre noe nytt. Endringer i en organisasjon kan betraktes som to motsetninger. Organisasjon er stabilitet og forutsigbarhet. Endring er ofte noe som ødelegger stabiliteten og forutsigbarheten. Likevel observerer vi at organisasjoner endres, og at endringene ofte er tvunget fram av endringer i organisasjonens omgivelser.

Videre skriver Jacobsen og Thorsvik (2007) at på organisasjonsnivå er endring som oftest tett knyttet til varianter av en rasjonell endringsprosess, dvs. at endring skjer som følge av

aktørers valg. Denne typen endring er tett knyttet til at mennesker og organisasjoner er i stand til å lære seg å endre atferd ut fra hva de lærer.

Samhandlingsreformen er en planlagt endring av organiseringen av helsevesenet i Norge, og den ble besluttet innført av Stortinget. Konsekvensene av reformen er at kommunene i større grad får ansvar for sine borgeres behov for helsetjenester. Denne endringsprosessen kan beskrives i fire faser (Jacobsen og Thorsvik 2007):

Fase 1 – ny lov: Det skjer en endring, eller man forventer at det vil skje en endring, ofte utenfor organisasjonen, som organisasjonen må forholde seg til. I samhandlingsreformens tilfelle fører det til endring i etterspørselen av helsetjenester i kommunene. Disse oppgavene er mer komplekse, og det er flere av dem. Dessuten har reformen som mål å styrke forebyggingen av og bedre folkehelsen. Kommunene pålegges nye lover om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

Fase 2– endringsanalyse: Organisasjonen, som regel ledelsen, analyserer de endringer som har skjedd eller som forventes å ville skje, og den setter opp mål for hvordan man skal forholde seg til dem. Samhandlingsreformen er en omfattende reform som innebærer mange forventninger fra sentrale myndigheter, fra de involverte helsetjenestene og fra samfunnet generelt.

Fase 3– strategivalg: Når målene er satt, analyserer man hvordan organisasjonen bør utformes for å møte den nye utfordringen. Reformen har som mål å styrke forebyggingen av sykdommer og forbedre folkehelsen for å spare kostnader ved sykehusinnleggelse. Organisasjonen velger det alternativet som er best egnet til å møte utfordringene, eller et alternativ som gir en tilfredsstillende løsning. Løsninger for å nå målet i samhandlingsreformen er å samordne ansvaret for helsetjenestene, pleie- og omsorg- og primærhelsetjenesten til kommunene.

Fase 4 – iverksettelse: Endring iverksettes ved hjelp av ulike strategier i de komplekse sosiale systemene som organisasjoner er. Iverksettelsen av samhandlingsreformen krever at samarbeidet mellom de ulike tjenestene fungerer. Dette er lovpålagte samarbeidsavtaler.

Hva er grunnlaget for endring? Behov for endring kommer idet en organisasjon har, eller sannsynligvis kommer til å få, dårlig overensstemmelse mellom organisasjonen og omgivelsene. Behovet for endring vil stadig være en del av organisasjonens virksomhet fordi

tiden vi lever i, forandrer seg (Hennestad mfl. 2006). Ifølge Hennestad (2006) vil endringer i organisasjonens prestasjoner alltid forekomme på grunn av svingninger i eksterne og interne forhold. Dermed blir organisasjonsendring eller -tilpasning nødvendig med jevne mellomrom. I en tidsalder da samfunn endrer seg raskere enn noen gang før, blir det stadig viktigere for organisasjoner å følge med i denne endringen. Stadig oftere hevdes det at organisasjoner må utvikle endringskompetanse for å kunne overleve.

Det skjer kontinuerlige endringer i helsevesenet som i andre sektorer. Mange av dem skjer umerkelig ved at vi tar i bruk nye behandlingsmåter, nytt utstyr, nye IKT-løsninger osv. Disse endringene er en del av hverdagen og blir sett på som en naturlig del av det arbeidet vi gjør. De fleste slike endringer gjør arbeidsprosessene og behandlingen av pasienten bedre, mer effektive og gir bedre kvalitet. Jacobsen og Thorsvik (2007) hevder at endring er et permanent trekk i organisasjoner.

Med omstilling menes større, ikke individuelle endringer som har betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon. Det finnes flere former for omstilling. Av de mest vanlige formene skal vi nevne tre: omorganisering, nedbemanning og virksomhetsoverdragelse. I forhold til samhandlingsreformen er omorganisering mest relevant. Målet ved enhver omstilling er å sikre en forutsigbar prosess i alle ledd og nivåer («Retningslinjer for omstilling»).

Begrepet omstilling kan defineres som endringer i organisasjonens strategiske, teknologiske, administrative og personalmessige delsystemer (Tronsmo, 1987). Det økonomiske systemet er i stadig forandringer. Det medfører, ifølge Tronsmo, at organisasjonene står overfor store krav til omstillingsevne. Omstillingsevne betyr evne til å fange opp nye signaler i markedet og å fatte raske beslutninger om nye prosjekter, kjøp og salg, og å være villig til å sette spørsmålsteget ved og endre på eksisterende mål, strategier og praksis.

For å kunne si at man er berørt av en omstilling, må endringen medføre omdisponering av personale og endring av arbeidsoppgaver. Dersom omstillingen medfører at arbeidsoppgavene endrer seg så mye at stillingens grunnpreg er endret, vil man bli berørt av omstillingen. Det å få ny sjef, nye arbeidskolleger, nytt kontor/ nytt arbeidssted eller noen få endrede oppgaver, kan ikke sies å være en omstilling. Slik endring ligger innenfor arbeidsgivers styringsrett. Tjenestemannslovens § 12 slår fast at enhver tjenestemann er

forpliktet til å finne seg i endring av arbeidsoppgaver og omorganisering av virksomheten. Slik er det også med samhandlingsreformen.

3.2.1 Profesjoner

Ifølge Berg (1987) har helsetjenesten på forbausende kort tid blitt et svært sammensatt yrkessystem. Noen fast eller endelig fasong har det imidlertid ikke fått. Snarere later det til å være preget av stadig endring og ustabilitet. Man ser utviklingen av helsetjenesten som et sett av sammenknyttede yrker. For å karakterisere yrkene og måten de er knyttet til hverandre på, karakteriserer Berg dem med hensyn til deres kunnskapsbasis og deres verditilknytning.

Ulike yrker har betydning for helsetjenesten, og de er klassifisert etter verditilknytning og kunnskapsgrunnlag. Ved at den medisinske utviklingen skapte et behov for flere pleiere ved sykehusene, skapte den også behov for noen til å organisere og administrere pleien. Det var naturlig at sykepleiere fikk denne oppgaven. Det var også naturlig at oppgaven etter hvert ble gitt et faglig-profesjonelt preg. Berg poengterer at framveksten av moderne sykepleie i siste halvdel av det forrige århundre skyldtes en endring i yrkets verdiorientering. Orienteringen ble mer normativ.

3.3 Økonomi, ressurser og effektivitet

I Norge har vi en obligatorisk, offentlig organisert forsikringsordning. Betalingsordningen er skattebasert, og hele befolkningen omfattes av den samme politisk bestemte «kontrakten» (Iversen, 1997). Ifølge Iversen (1997) skjer innbetalinger til denne obligatoriske forsikringsordningen gjennom skatteinnbetalinger til staten, fylkeskommunene og primærkommunene. Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar. Allmennlegetjenesten er en sentral del av primærhelsetjenesten.

Finansieringsansvaret for helsetjenesten er delt mellom flere forvaltningsnivåer, og dette kan dermed ha betydning ikke bare for kostnadseffektiviteten i helsesektoren, men også for prioriteringen mellom pasientgrupper (Iversen, 1997). Ifølge Iversen (1997) er det mange utfordringer her både med hensyn til å undersøke vridninger som faktisk finner sted og en videre utforskning av hvilke forvaltningsnivåer som er best egnet til å finansiere de ulike

deler av helsetjenesten. I denne utforskningen vil interaksjonen mellom forvaltningsnivåene spille en sentral rolle.

Prioriteringen av ressurser mellom grupper av pasienter kan deles i to kategorier:

1) **Medisinsk prioritering**, som ifølge Iversen (1997) ikke tar hensyn til kostnader ved å behandle én pasientgruppe i forhold til kostnader ved å behandle en annen pasientgruppe, når en bestemmer hvilken behandlingsskapasitet som stilles til rådighet for hver av pasientgruppene. Denne prioriteringen er forenlig både med å prioritere etter alvorlighetsgrad og etter grad av effekt av behandlingen.

2) **Økonomisk prioritering** tar hensyn til kostnader ved å behandle én pasientgruppe i forhold til kostnader ved å behandle en annen pasientgruppe når det bestemmes hvilken behandlingsskapasitet som stilles til rådighet for hver av pasientgruppene.

Samhandlingsreformen sikter på dette ved at for eksempel eldre og kronikere nå skal behandles på laveste kostnadsnivå.

Ifølge Iversen (1997) er prioriteringseffektivitet når staten sikter på å oppmuntre til at hver behandling blir produsert til minst mulig kostnad. Dermed ivaretas hensynet til kostnadseffektivitet. Hvis det er tilfellet, vil økonomiske virkemidler kunne bidra til å vri ressursbruken i den retningen som myndighetene ønsker.

Når man vurderer å ta i bruk økonomiske virkemidler, er man, ifølge Iversen (1997), interessert i å få kunnskap om hvilken effekt de kan forventes å ha, dvs. hvilken innvirkning en kan forvente at kommuner med en slik finansieringsmåte har på prioritering mellom brukere. Samhandlingsreformen har som formål å bruke økonomiske virkemidler, med tre hovedelementer: 1. betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, 2. kommunal medfinansiering for medisinsk opphold og konsultasjoner og 3. plikt for kommunene til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Resonnementene vil forutsette at den prioriteringsansvarlige legger en økonomisk prioriteringsmåte til grunn, og de bygger for øvrig på ordinær økonomisk tankegang. Myndighetene må da ved direkte reguleringer sørge for at helsepersonellet som foretar prioriteringene, faktisk følger det prioriteringssystem myndighetene ønsker (St.meld.47).

3.3.1 Effektivitet

Ifølge Jacobsen og Thorsvik er begrepet «effektivitet» knyttet til ideen om målsettinger. Derfor defineres effektivitet som grad av måloppnåelse i forhold til ressursbruk. I denne definisjonen ligger en antakelse om at organisasjonen arbeider på en måte som er mest mulig produktiv. Det vil si at man ikke bruker mer ressurser enn nødvendig for å produsere en enhet av en vare eller tjeneste. For å være effektiv må en organisasjon være produktiv. Men den trenger ikke å være effektiv selv om den er produktiv. Et sykehus kan ha svært lave kostnader per liggedøgn for sine pasienter (høy produktivitet), men det kan være at dette oppnås bare fordi man skriver ut pasientene før de egentlig burde skrives ut. Sykehuset når med andre ord ikke målet at pasientene skal bli friske (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Ifølge Olsen (2006) er ressursene alltid knappe i helsevesenet, og derfor må man velge tiltak som gir mest mulig helse. Som regel er det flere måter å produsere samme tjeneste på, og den billigste måten er den mest kostnadseffektive. Kostnadseffektivitet vil si at man velger den billigst mulige kombinasjonen av innsatsfaktorer. Det er altså ikke tilstrekkelig å være kostnadseffektiv i produksjon av helsetjenester dersom de helsetjenestene man produserer, ikke er ønsket. Så lenge målet er å få «mest mulig helse for pengene», vil enhver endring som vrir ressursbruken fra helsetjenester som gir små helseforbedringer, over til tjenester som gir store forbedringer, gi bedre effektivitet. Man må også være fordelingseffektiv – dvs. at man produserer en kombinasjon av ulike typer helsetjenester som best samsvarer med retningslinjene for prioriteringer i helsevesenet.

Instanser som har ansvar for å utforme styrings- og reguleringsregimer, vil normalt være avhengig av å kunne delegerer den praktiske gjennomføringen til andre. I dette tilfellet er gjennomføringen av samhandlingsreformen delegert til kommunene. Reformen skal bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett og slik sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren (St. meld. nr. 47, 2008–2009). Effektivitet knyttes til BEON-prinsippet «best effektive omsorgsnivå». Det betyr at det mest effektive nivået skal stå for forebygging, omsorg og behandling av sykdom. I denne sammenheng betyr dette mange nivåer, fra spesialisthelsetjenesten og ned til kommunale sykehjem, helsesentre og fastlegen. Effektivitet i samhandlingsreformen skal realiseres i et hierarki hvor aktørene er ulike typer helsepersonell som representerer ulike interesser og perspektiver på helse.

Det er sentrale helsepolitiske målsetninger å kontrollere veksten i det samlede kostnadsnivået i helsesektoren, øke effektiviteten i tjenesteproduksjonen og heve standarden på helsetjenestene som ytes til befolkningen. Ifølge Hagen & Kjerstad (2001) er dette noe av bakgrunnen for reformen.

3.4 Ledelse, ansvarlig leder

Ledere er ansvarlige for arbeidet til sine underordnede. Handlinger knyttet til dette involverer lederrollen. Noen av handlingene innebærer direkte lederskap, for eksempel er ledere i de fleste organisasjoner ansvarlig for ansatte og for opplæringen av dem. Ledelse utøves også indirekte. For eksempel må alle ledere motivere og oppmuntre ansatte og balansere deres individuelle behov mot organisasjonens mål. Lederens oppgave er mangfoldig, og lederens arbeid kan ha både direkte og indirekte påvirkning på medarbeideres og organisasjoners effektivitet (Martinsen, 2010).

De lederne jeg har intervjuet, har erfart at det har vært vanskelig å håndtere nødvendige endringer. Samhandlingsreformen inviterer til store endringer, og det har vist seg vanskelig å gjennomføre alle disse. Lederne har opplevd og sett god vilje til å gjøre ting annerledes.

Bergbeskriver den historiske utvikling i helsetjenester som har ført til endringer i ledelsesform og struktur; fra «små håndverksliknende praksiser, mens vi i dag forholder oss til store systemer preget av spesialisering, teamarbeid, standardisering og økende ekstern styring og kontroll» (Botten mfl. 2014:14):

Helsetjenesten er i dag blant samfunnets mest komplekse organisasjoner. Utviklingen har ført til stort behov for koordinering og ledelse.

3.5 Kvalitet og utskrivningsklare pasienter

3.5.1 Definisjoner av kvalitet

Kvalitet er et abstrakt og subjektivt begrep som kan defineres på mange måter avhengig av den enkeltes ståsted. Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO definerer kvalitet som «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav (eller behov).» En annen definisjon av kvalitet, basert på ISO, går ut på at kvalitet utgjør en «helhet av egenskaper og de kjennetegn et produkt/tjeneste har, som berører dets evne til å

tilfredsstillende fastsatte krav eller behov som er antydnet». Definisjonen bygger på at alt som imøtekommer brukernes forventninger eller behov, er kvalitet. I denne oppgavens oppfatning på kvalitet blir begrepet satt i sammenheng med helse og helsetjenestens kvalitet og hvordan samfunnet oppfatter kvalitet i tjenesten.

Ifølge Nasjonal helse- og omsorgsplan vil god kvalitet på tjenestene bety at de er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, at de involverer brukerne og utnytter ressurser på en god måte. Oppdatert og god utnyttelse av kunnskap er en forutsetning for godt folkehelsearbeid og for å levere trygge og gode helse- og omsorgstjenester gjennom hele pasientforløpet, og for å utnytte ressursene effektivt, St. Meld nr. 16(2010–2011).

Grepperud (2013) har i sin kronikk analysert tre definisjoner av begrepet kvalitet, blant annet definisjonen fra Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har definert helsetjenestekvalitet slik: «Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv, pasientene og deres pårørende, fra det tidspunkt behandling ønskes, til den er avsluttet, gitt at brukerne har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold.» I denne definisjonen vi kan se at det er brukernes preferanser (pasient og pårørende) som avgjør hva kvalitet og kvalitetsgrad er. Her er det pasientens formidling av sin opplevde forbedring i helse som står i fokus, i likhet med ISOs definisjoner som bygger på brukernes forventning.

3.5.2 Oppbygging og virkemåte av helstjenestene i kommunen

Oslo kommune er delt opp i femten bydeler. Byrådet er øverste leder for kommunen. Bydelene ledes av et bydelsutvalg. Etter kommuneloven er bydelsutvalgene og byrådet sidestilte organer, og det ene organet har ingen instruksjonsmyndigheter over det andre.

Hver bydel har ansvaret for helsetjenesten i bydelen. Bestillerkontoret avgjør hvilken videre oppfølging pasientene skal få når de skrives ut av sykehus og eventuelt andre helseinstitusjoner. Innsatsteamet er underlagt bestillerkontoret og arbeider tett sammen med dette. Innsatsteamets tilrettelegger for at bydelens innbyggere kan bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig. Det kan også utføre oppgaver for hjemmetjenesten. De gir hjelp i form av rehabilitering ved utskrivning fra sykehus eller institusjonsopphold. Ikke alle bydeler har innsatsteam. Hjemmetjenesten utgjør den største enheten i bydelens helsetjeneste.

Sykehjemmene er egen etat og tilhører sykehjemmetaten. De kan også motta pasienter fra bestillerkontoret. Samhandlingskoordinatoren har som oppgave å sørge for at rutiner og

regler til de ulike enhetene over skal fungere best mulig. Vedkommende kan også oppsøke sykehus om det er vanskelig for bestillerkontoret å plassere en pasient etter utskrivning. Samhandlingskoordinatoren finnes bare i få bydeler.

Ifølge Berg (1987) gikk helsearbeid tidligere i stor grad i ett med samfunnet. Nå utgjør det altså en stor, hierarkisk oppbygget institusjon, og over den finner vi flere administrative og politiske lag. Vi kan derfor tale om en behandlingssektor som ikke bare omfatter produsentene og den politisk-administrative overbygningen, men også konsumentene, klientene, pasientene eller elevene.

3.5.3 Den moderne helsetjenesten

Ifølge Berg (1987), har den historiske utviklingen av helsetjenestene gått fra få til mange yrker. Det har ført til at helsetjenesten har blitt en omfattende og kompleks sammensetning av yrker. Yrkene kobles til hverandre, i høyden og til siden, på ustabile vis. Dette er den moderne helsetjenesten. Medisinens faglige og tekniske utvikling har ført til at stadig flere oppgaver som egentlig er medisinske, er blitt delegert til andre yrker. Men pleiebehovet, særlig i institusjoner, er der selvsagt fortsatt. Noen må gjøre det sykepleierne gjorde. Det trengs altså nye yrkesgrupper. Den enkelte yrkesutøver vil komme til å pendle mer, fra lavere til høyere yrker og fra et til et annet sideordnet yrke. Yrkesidentiteten blir slik bredere, men løsere.

4. Analyse og funn

4.1 Kompetanse og kunnskap

4.1.1 Krav til høyere kompetanse

Samhandlingsreformen går i korthet ut på at pasientene skal få rett behandling, på rett sted og til rett tid. Dette skal gi bedre og billigere helsetjenester. Den tradisjonelle tjenesten i kommunene har vært å gi hjelp, assistanse, omsorg og pleie hjemme hos pasienten og på de forskjellige institusjoner. Den fagkompetansen som fantes ute i kommunene, kunne være bra til dette nivået før samhandlingsreformen.

Nå må primærhelsetjenesten i kommunene ta seg av pasienter med mer omfattende pleiebehov, som kroniske sykdommer, for eksempel KOLS, diabetes eller nyresvikt med behov for dialyse; og dessuten må en behandle pasienter med demens, rusproblemer, psykiatriske pasienter, pasienter med behov for palliativ behandling, sårbehandling osv. Da trengs det i tillegg en annen og mer spesialisert fagkompetanse. Det vil si kunnskap om utvidete sykepleierprosedyrer samt kompetanse i utstyrsbehandling og nye teknikker. I tillegg er det viktig å ha kunnskaper der hvor ytelse av tjenester utføres alene og hvor man i verste fall kan risikere å gi en uforsvarlig tjeneste. Dette er viktig også for personellets trygghetsfølelser i tjenesten og for at de ikke skal grue seg til å gå på jobb. Fra intervjuene tyder mye på at ledere er opptatt av å heve fagkompetansen i alle enhetene, slik vi ser i denne uttalelsen fra en leder ved et stort sykehjem med mange ulike avdelinger:

Vi arbeider mye med kompetanse og kompetanseheving. Vi har opprettet et prosjekt sammen med praksiskonsulent i bydelen som også arbeider på sykehus. Vi har hatt en god del kurs i forbindelse med sykepleieprosedyrer for sykepleierne i bydelene. Det har vært ukentlig kurs. Det dreier seg om stell i CVK, VAP, infusjonspumper, kateterisering, stell av nefrostomi i tillegg til gjenoppfriskning av symptomer og behandling ved blant annet hjerneslag og hjerteinfarkt. Vi har drevet mye intern og ekstern opplæring blant annet deltatt på flere såkalte demensens ABC.

En liknende uttalelse har jeg også fått fra en leder ved et innsatsteam. Lederne blir oppfordret til å legge til rette for videreutdanning til de som ønsker det. De har et godt samarbeid med sykehus slik at sykepleiere kan hospitere for å utvide sin kompetanse på områder der de har behov for det. Lederen ved innsatsteamet sier de har gått inn i to prosjekter med fokus på ernæring i forhold til demente og mennesker med kognitiv svikt. I

tillegg deltar noen i et prosjekt i regi av Gerica i forhold til dokumentasjon når det gjelder demens.

4.1.2 Nye pasientgrupper

Pasientene utskrives nå tidligere fra sykehus, og da skal de fortsette behandlingen i hjemkommunen. I sitatet under konkretiserer to av informantene ved hjemmetjenesten utfordringer knyttet til dette:

Det betyr at vi har fått inn helt nye typer pasientgrupper. Det skrives ut tidligere fra sykehus, de er dårligere, og de kommer med større behov for legetjenester og sykepleiertjenester enn tidligere. De kommer med et aktivt behandlingsbehov, med intravenøs, BIPAP, ernæringssonder, det vil si med sykepleieroppgaver. Så det har blitt et betydelig større press på lege og sykepleiere.

Disse to informantene belyser godt og konkret hvordan samhandlingsreformen fører til at kommunene får en ny type pasientgruppe som krever at de erfaringene og den praksisen de ansatte i kommune hadde fra før, skal høynes fra dagens nivå. Dette betyr for eksempel at en sykepleier som før kunne gi en sprøyte, må nå også kunne intravenøs prosedyre. Slike prosedyrer kan man som regel i teorien – eller har erfart det i praksisperioden – eller kanskje man har gjort det flere ganger i løpet av sitt arbeidsliv.

Men mange sykepleiere opplever også samhandlingsreformen som positiv fordi de opplever å ha fått mer varierte og utfordrende oppgaver enn tidligere, som vi ser av dette utsagnet fra en sykepleier og gruppeleder i hjemmetjenesten:

Samhandlingsreformen fører til mer direkte sykepleiefaglige oppdrag, arbeidet må utføres på et mer avansert nivå nå enn tidligere. Situasjonen er faglig sett mer utfordrende enn tidligere, vi har fått mange flere sykepleiefaglige prosedyrer som gjør jobben mye mer interessant og spennende.

Som vi ser opplever de at de får brukt og anvendt de kunnskapene som de har fått gjennom studium og erfaring i sitt daglige virke slik hensikten var når de bestemte seg for å starte med yrket. Her ser vi altså at reformen blir oppfattet som positiv av de som står i førstelinjetjenesten.

Sykehjemmenes korttidsavdelinger har økt kompetansen ved å opprette flere sykepleierstillinger. De har altså satt i gang en organisasjonsendring. De har økt antall

fagpersonell, inkludert leger, og de skal skaffe seg mer utstyr. Og sykehjemsetaten har vedtatt at det skal være sykepleiere på korttidsavdelingen tjuefire timer i døgnet.

Vi har ikke minst fokusert på at det er nødvendig å ha rett kompetanse. Vi arbeider for å ha en leder for funksjonen kveld og helg, slik at vi kan få til å yte gode tjenester 24 timer i døgnet, 7 dager i uken hele året for å være i stand til å møte kravene til brukerne.

Her ser vi at informanten fra innsatsteamet understreker at dette arbeidet gjør kommunene med tanke for å skaffe seg den kompetanse som kreves for å oppfylle kravet om så mye effektivitet som mulig og slik at de samtidig kan foreta den riktige prioriteringen.

4.2 Organisering av tjenestene i kommunen

4.2.1 Avklaringsplasser og korttidsplasser

Pasientene skrives ut av sykehuset når de er ferdig behandlet der. Da skal kommunen ta seg av pleie. Bydelens bestillerkontor har den første kontakten med sykehuset og bestemmer hva som skal skje med pasienten videre. Bestillerkontoret sender pasientene til de enheter pasientene har behov for, med en type bestilling og målsetting. Og pasienten skal behandles etter den målsettingen bestillerenheten har satt for pasienten. Slik oppleves det av en leder for en korttidsavdeling:

Målsettingen blir satt idet pasienten kommer ut fra sykehus. Da er målet enten at de skal hjem eller at de skal videre til sykehjem eller at de skal ha en behandling. Det er altså gitt føringer fra de skrives ut fra sykehus om hva som er planen for oppholdet. Slik var det ikke før.

Slik sett er tjenesten koordinert og trygg for pasienten. Men flere av informantene mener at målsetningen som blir satt av bestillerkontoret ikke samsvarer med anbefalingene fra sykehuset. Hvis sykehuset f.eks. anbefaler at man først skal rehabilitere og deretter sende pasienten hjem, kan pasienten likevel bli sendt til korttidsavdelingen.

Ikke alltid kan bydelen tilby riktig pleie. I noen tilfeller dreier det seg om unge pasienter, som f.eks. kan være i terminalfasen av kreft, i andre tilfeller eldre som ikke kan klare seg hjemme. Alternativet vil i mange tilfeller være å legge disse inn på korttidsplasser på sykehjem, om det er ledig plass, slik en leder ved en korttidsavdeling uttrykker det:

Per i dag finnes noen få avklaringsplasser som er ikke nok. Oslo kommune skulle ha opprettet disse plassene før starten av samhandlingsreformen for å unngå alle forvirringer i de første år.[...] Jeg kan nevne et eksempel på en pasient vi hadde nå, en ung mann på noen og tretti år. Han hadde meget alvorlig cancer og ble liggende i vår avdeling i flere uker før han ble flyttet over på en palliativ avdeling. Vi gav han et så godt tilbud som vi kunne, men det er jo ikke noe godt tilbud å ligge i en travel korttidsavdeling, med demente som roper og skriker.

I sitatet over ser vi at situasjonen ikke er slik vedkommende oppfatter at den burde være. Flere informanter sier at det fortsatt er pasienter som er feil plassert eller havner på korttidsavdeling fordi bydelen ikke disponerer egnet plass. I enkelte tilfeller fører dette også til uverdige situasjoner, der unge pasienter blir liggende på sykehjem sammen med eldre demente.

4.2.2 «Svingdørpatientene»

En annen utfordring for kommunehelsetjenesten er at pasientene har kortere liggetid på sykehus. Denne utfordringer uttrykker en leder ved en korttidsavdeling slik:

Da samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, så vi at pasienter kom tidligere, de var sykere og med mer sammensatte problemstillinger, og de var langt fra ferdigbehandlet. De som kom nå, er alvorlig syke, og svært få av dem reiser hjem igjen.

Så må sykehusene se på hva det betyr å være «utskrivningsklar». For vi ser ofte pasienter som overhodet ikke skulle ha vært på sykehjem. De er så syke at de burde ikke ha vært flyttet på i det hele tatt. Utskrivningsklar betyr ikke nødvendigvis noe annet enn at pasienten skal ut av sykehuset.

Mange av informantene mine synes å være enige i synspunktene i sitatet over, og flere av dem sier at det kan ikke være effektivt å sende alvorlig syke pasienter til en korttidsavdeling. Sykehjemmene er i mange tilfeller ikke i stand til å tilby den nødvendige medisinske behandlingen. I stedet for å komme hjem blir pasientene værende der mens de venter på fast plass på sykehjem, eller de blir reinnlagt på sykehus. Disse såkalte «svingdørpatientene» utgjør en utfordring både for sykehusene og kommunehelsetjenesten.

Når det gjelder svingdørpatientene, sier informantene at bydelene må jobbe mye med fastlegene sine for å få dem til å ta en annen type ansvar for sine pasienter enn det de ser i dag. Fastlegene må være mer offensive og i større grad utgjøre en del av kommunens helsetjenester.

4.2.3 Koordinering av samarbeidet mellom sykehus og kommune

Informantene sier at samhandlingsreformen har endret helsepersonellens syn på betydningen av samarbeid mellom alle aktører og ikke minst for personellens helhetstenkning. Dette innebærer et krav om effektivitet. Man skal ha så og så høy direkte brukertid. Det er et krav. Men da er det ikke rom for akutte hendelser. Så sier samhandlingsreformen at du skal være tilgjengelig når det oppstår en akutt situasjon. Dette er en utfordring, for da må man foreta store rokeringer med den samme ressursen som man hadde før reformen. En samhandlingskoordinator uttrykker:

Vi samarbeider og samhandler mer på tvers av egne tjenester. Før var en mer opptatt av egen virksomhet, nå har vi større fokus på at vi er en bydel og at vi har et felles ansvar for våre beboere. Så har vårt samarbeid med sykehuset endret seg veldig.

Fra intervjuet kan man se at kommunehelsetjenesten arbeider for en felles forståelse om hva et godt pasientforløp er. For å få til det forutsettes det tettere samarbeid mellom de involverte etatene. Flere informanter beskriver at et slikt samarbeid krever bedre planlegging, kontinuerlig omstilling og å tilpasse arbeidstid etter behov for ansatte i bydelen. De ikke kan ha pasienter liggende på sykehus og på korttidsplass hvis det ikke er til nytte for pasientene. Et godt fungerende samarbeid med sykehus og med utfører som praktisk bistand, hjemmesykepleien, korttidsavdeling er viktig med fokus på pasientforløpet og for å sikre en tjeneste med god kvalitet. Dette samarbeidet er bra mellom sykehusene og kommunal utfører på det faglige nivået etter samhandlingsreformen. Dette også viser seg med fornøyde brukere.

Informantene sier at kommunikasjonen mellom de involverte aktører foregår både muntlig og skriftlig. Geric er ett av kommunikasjonssystemene som brukes i dag. Et annet system er E-link. En leder i hjemmetjenesten forklar hvordan dette fungerer:

Sykehuset melder fra til bydelen, til Søknadskontoret om en pasient som vil ha behov for tjenester. Da har vi et felles fagsystem som heter E-Link. Det deles av bydel, sykehus og stadig flere fastleger. Vi kommuniserer elektronisk gjennom dette fagsystemet. Sykehuset sender beskjed til meg gjennom systemet, fastlegen kan kontakte hjemmesykepleien og jeg kan sende beskjeder til hjemmetjenesten hvis de må gå inn med hjelp.

Informasjonen er synlig for hjemmetjenesten, innsatsteamet og sykehjemmene slik at de kan lese pasientjournalen og hverandres dokumentasjon. Personalet skal kunne benytte seg av disse hjelpemidler for å yte rask og god tjeneste i hele pasientforløpet. God informasjon er viktig for pasientene, særlig i de første dagene etter utskrivning fra sykehus når de er sårbare. De gangene en pasient skal skrives ut, kreves det tett samarbeid med saksbehandler i bydelen blant annet for å se om pasienten har behov for hjemmesykepleie eller hjemmehjelp, og saksbehandlerne har kontaktert dette systemet helt ned til hjemmehjelpsnivå.

4.2.4 Turnus

Den største utfordringen er å ha kompetent personell i alle turnuser i innsatsteamet og hjemmetjenesten. Lederne i disse enhetene forklarte at noen enheter i bydelen gjorde om turnusen. Dette gjorde de fordi de forstod at de hadde mye faglig personell på dagtid, men det var for sårbart på kveldstid og i helgene, fordi det var vanskelig å få tak i faglig personell.

Fra sykehjemsetatens side har de heldigvis stilt krav til at det skal være sykepleierkompetanse til stede i avdelingen på alle nivåer, på alle vakter. Det betyr at hjelpepleier som er tilsatt på nattevakt, nå blir overtallige, og det skal sykepleier inn på nattevakt der det tidligere har vært hjelpepleier.

De gjennomførte endringer for å utjevne kunnskapen på all turnusen i døgnet og for å dekke behovet som den nye pasientgruppen krever. Pasientene kan utskrives fra sykehus når som helst på døgnet, og bydelen bør derfor ha fagpersonell i alle turnuser for å ta imot disse pasientene.

4.2.5 Rekruttering

Det er generelt vanskeligere å rekruttere sykepleiere til sykehjem og til hjemmetjenesten. Før det var vanskelig å få tak i kompetent fagpersonell, særlig sykepleiere med erfaring fra sykehus. Det er slett ikke enklere nå med samhandlingsreformen. For det første varierer lønnsnivået ganske mye fra bydel til bydel. I tillegg virker det til ikke å være spennende nok for fagpersonell å jobbe i kommunehelsetjenesten, særlig for nyutdannede helsearbeidere og sykepleiere. Fagpersonellet ønsker ofte å utvikle sin kompetanse og ferdighet innen spesialisthelsetjenesten. En leder ved et sykehjem uttrykker det slik:

Det er vanskelig å få tak i gode fagpersoner. Vi ønsker sykepleiere med erfaring fra sykehus, som har nødvendig kunnskap og kompetanse for å stå i denne jobben. Hjemmetjenesten har hele tiden hatt behov for å ha helsepersonell. I flere år har vi sørget for å gjøre om ledige hjemmehjelpstillinger til helsefagstillinger.

Behovet er større med den nye pasientgruppe som kommunene har ansvar for. For eksempel kan dette være sykepleie for alvorlig syke som kreftpasienter eller ALS-pasienter; altså pasienter som er alvorlig syke og som trenger behandling av sykepleiere med spesialkompetanse og hvor det også må finnes medisinsk-teknisk utstyr.

Lederen ved sykehjemmet sa at bydelen har et løpende vedtak om at når en hjelpepleier slutter, så blir stillingen omgjort til sykepleierstilling slik at de har mer fagpersonell ute i tjenesten. Men det er allikevel ikke lett å få tak i fagpersonell. I helgene må de bruke en del ufaglært personale.

4.2.6 Samarbeid på tvers av bydeler for bedre bruk av ressurser

Informantene fra bestillerkontoret sier at samarbeid med andre bydeler og aktører for bedre utnyttelser av de eksisterende ressursene er et viktig mål. Derfor samarbeider bydelene på tvers av enhetene med andre ledere og koordinerende sykepleiere for å få et fungerende BOB, behovsstyrt bemanning, og TEA, tjenesteansvar for sykepleierne, og primærkontakter for brukere. Praksiskonsulentene kan de også bruke etter behov.

Informantene fra hjemmetjenesten forteller at i dag arbeider de i geografiske hjemmesykepleiedistrikter, men isteden kunne de ha organisert seg i team, og hvert team med forskjellige funksjoner kunne jobbe på tvers av bydelene uavhengig av den enhet de er ansatt i. Slik kunne de fordele ressurser, kunnskaper og erfaringer på en annen måte. Selv om man har et ansettelsesforhold i en avdeling og er flink til å stelle sår, så kan man faktisk også arbeide hos andre avdelinger og enheter. Flere av lederne for bestillerkontoret, innsatsteamet og hjemmetjenesten har begynt å bruke felles ressurser som finnes i kommunen, slik at de kan øke effektiviteten og kvaliteten i tjenesten. En leder for et innsatsteam forklarer dette slik:

Dette har de [hjemmetjenesten i en bydel i Oslo] gjort i forhold til sårbehandling, men dette gjelder bare ressurspersoner. Dette er ikke snakk om flere stillinger, men en annen måte å organisere seg på, og det kommer nok til å tvinge seg fram. For så omfattende som hjemmetjenester er, klarer

ikke alle sykepleiere å være oppdatert på det meste av prosedyrer og rutiner, når deler av dette er arbeid de bare sjelden får utført. Så jeg tror arbeidet etter hvert vil bli organisert i forhold til funksjon.

Sitatet over viser at kompetanse kan skaffes ved å samhandle med andre, og man kan lære av hverandre. Derfor nevnte flere av informantene at enhetsledere samarbeider på tvers av bydelene ved å opprette små og store prosjekter sammen med en praksiskonsulent som hører til hjemmetjenesten, og de arbeider med å høyne fagkompetansen i hjemmesykepleien og i andre enheter. Praksiskonsulenter har spesialkompetanse på for eksempel kreft og ernæring, og de kan ha spesialkompetanse på demens, behandling av ALS-pasienter, KOLS-pasienter; altså pasienter som er alvorlig syke og som trenger fagkompetanse og hvor det er nødvendig å kunne bruke medisinsk-teknisk utstyr. Det kunne være en fordel å ha en personalgruppe som bare jobber med disse, uansett hvor de bodde. Det er også arbeidet med andre ledere og koordinerende sykepleiere for å få til et fungerende BOB, det vil si behovsstyrt bemanning, og TEA, tjenesteansvarlig for sykepleierne, og primærkontakter for brukere.

Alle informantene mener at en organisering av kommunehelsetjenesten i forhold til funksjon ikke krever større budsjett fordi det ikke er snakk om flere stillinger. Dette handler om hvordan man disponerer de ansatte som har spisskompetanse i forhold til brukerne de har. Det handler om hvordan de kunne få brukt den kompetansen som finnes i dag slik at det kommer alle brukere som har behov for det, til gode.

4.2.7 Holdningsendring og motivasjon – resultat av samhandlingsreformen

Slik jeg ser det, fører samhandlingsreformen til en holdningsendring i hele helsevesenet og spesielt i kommunehelsetjenesten. Informantene beskriver at samhandlingsreformen utløste en indre motivasjon hos ledere og ansatte som fører til økt evne til samarbeid. Derfor håndterer de bedre et større behov for koordinering av tjenester. De sier at de prøver å se fram til å få en integrert helsetjeneste i framtiden. Informantene antar at med en slik forpliktelse kan det muliggjøres en felles bestemmelse om at bydelene kan få opprette spesielle enheter til for eksempel demente pasienter, psykiske lidelser, rus osv. med faglig kompetent personell så de bedre kan ta være på disse pasienter i bydelen. Men man må finne ut hvordan dette skal løses, for akkurat nå utgjør dette mange utfordringer.

4.2.8 Endring i kommunens organisasjonssystem

Informantene i bydelene er opptatt av at samhandlingsreformen er den overordnede styringen, og informantene beskriver store forandringer i bydelens organisasjonssystem.

Alle informantene er enig om at dette krever mye av dem selv som ledere, det krever endringer i kommunens system; altså at de må organisere seg annerledes. Det betyr en endring av arbeidsoppgaver, omdisponering av personalet, omstilling av ansatte, etablering av nye enheter osv. Uten endring hadde dagens organisering vært utfordrende, slik en leder for et sykehjem uttrykker det:

Det er samhandlingsreformen som har ført til at vi nå må gjøre noe med organiseringen. Vi samhandler bedre i forhold til reformen og i forhold til sykehusene med interne og eksterne prosesser, rutiner, være med som bidragsyter for å se på om vi skal gjøre ting på en annen måte for å imøtekomme de kravene lover stiller.

Slik jeg tolker dette betyr det at med den aktuelle organiseringen av helsetjenesten i bydelen er det ikke mulig å gi hjelp etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, uten kontinuerlig omstilling og omorganisering av de involverte enhetene.

4.2.9 Handling for effektiv organisering

Flere informanter sier at det trengs helsepolitiske avgjørelser for å endre organiseringen av arbeidet slik at man får utnyttet ressursene best mulig. Det trengs handlinger fra politikernes side. Slik det er nå, kan det føre til forskjeller mellom bydelene. Informanten fra en korttidsavdeling ved et sykehjem viser gjennom sitatet under at noen bydeler kommer bedre ut enn andre i måten de organiserer tjenestene på:

Dette handler ikke om penger, men om hvordan vi disponerer de ansatte vi har i forhold til de brukerne vi har. Det burde være rom for dette i bydelen, men kanskje Oslo kommune burde ha vært raskere til å anbefale hva som er fornuftig. Men dette handler om ansvarsfordelingen mellom bydelene og kommunene.

Gjennom intervjuene har jeg funnet at noen bydeler har en samhandlingskoordinator og andre ikke. Ikke alle har innsatsteam. Man kan ha like utfordringer, men man får veldig forskjellig hjelp, avhengig av hvor man bor. Dette er veldig uheldig samhandlingsmessig, og det er det også i forhold til sykehusene, for det er vanskelig for dem å forholde seg til at bydelene oppfører seg så forskjellig. En gruppeleder for hjemmetjenesten sier følgende:

Det ville ha vært enklere for dem [sykehusene] dersom det fantes en mal for hvordan bydelen i Oslo burde ha vært drevet.

Ulikhetene i tjenestetilbud mellom bydelene hadde blitt mindre, og samarbeidet hadde vært lettere.

4.3 Økonomi, ressurser og effektivitet

Lederen for korttidsavdelingen er opptatt av at økonomiske hensyn blir mer og mer dominerende. Lederen for sykehjemmet sier at bydelen har fått penger i forhold til samhandlingsreformen, men sykehjemsetaten har ikke fått nok ressursmessig handlingsrom for å tilpasse seg den nye situasjonen. Med den nye pasientgruppa trenger de nytt utstyr, noe som var utenkelig for få år siden. Dette gjelder spesielt på korttidsavdelingen, som får inn alle slags pasienter etter reformen. For å fortsette behandlingen av pasienter som raskt skrives ut av sykehus, bruker man mye penger på medisiner og medisinsk forbruksmateriell, og man må ta dette av det ordinære budsjettet. Hvis målet er å spare penger ved å fortsette å behandle pasienter på et lavere nivå, bør det også brukes penger for å gjøre primærhelsetjenesten i stand til å imøtekomme de kravene som stilles. Lederen for korttidsavdelingen uttrykker seg slik:

Mange av intensjonene med samhandlingsreformen er at vi skal gjøre mer i kommunehelsetjenesten og at vi skal gi pasientene hjelp på et lavere nivå, slik at det koster mindre penger totalt sett for samfunnet og at vi kan gi flere eldre pasienter hjelp i kommunehelsetjenesten.

Disse to informantene sier at akkurat til dette hadde det vært fint å få noe ekstra ressurser, og det er overraskende for dem var at de ikke har fått det. Det er dyrt ikke å sende hjem utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og ikke alle kan reise rett hjem heller.

Samhandlingskoordinatoren for en av bydelene sier at kommunene bestemmer hvilket antall faglærte man skal ha på hvert sykehjem og i hjemmetjenesten, og mange vil naturligvis velge den billigste løsningen. Hun uttrykker seg slik:

Noen ganger er man nødt til å ha noen overliggedøgn fordi det ikke er korttidsplasser tilgjengelig, og de vurderer pasientene til å være for dårlige til å komme hjem. Vi merker en tydelig endring etter samhandlingsreformen. Dette er innlysende fordi kommunen må betale hvis pasientene blir liggende etter at de er utskrivningsklare. Dermed må kommunen gjøre noe.

Denne sitatet viser til mangel på egnede plasser og et gap i behandlingsmuligheter mellom sykehus og kommunene i dag. Dette gjør at noen bydeler da tenker at i stedet for å flytte en pasient til en somatisk plass, for å så flytte vedkommende igjen, så betaler bydelen heller for et døgn eller to på sykehus.

Beregningsgrunnlaget for samhandlingsreformen er i første omgang basert på pasienter med somatisk sykdom, ikke pasienter med rusproblemer og psykiatriske lidelser. Av sitatet nedenfor fra en leder ved en korttidsavdeling ser vi at bydelen har et apparat for å løse oppgavene, men det har ikke tilstrekkelig med penger til dette. Det er stramme økonomiske rammer i kommunen, og det burde ha vært satt av større midler til for eksempel kompetanseheving eller faglig påfyll lokalt:

Men fremdeles finnes det økonomiske proper i systemet, som gjør at bydelen ikke har nok penger til å plassere pasientene der de burde. Når man mangler plasser, dreier det seg ofte veldig mye om økonomi.

Det er en trend i materialet at informantene opplever at økonomi går utover forsvarligheten. Dette dreier seg særlig om pasienter som er vanskelig å plassere og pasienter som før er blitt tatt vare på av sykehus.

4.3.1 Utskrivningsklare pasienter og kvalitet – et mulig framtidsbilde

Lederen ved en korttidsavdeling reflekterer over et mulig framtidsbilde. Tanken er at man får bedre legedekning på sykehjemmene, så skal man kunne legge en pasient inn på en akutt plass der og ta røntgenbilder, blodprøver og starte aktiv behandling. Og så kan man sende vedkommende hjem etter 72 timer. Da vil man få en slags minisykevakt i forbindelse med sykehjemmene. Men slik vil det ikke bli de nærmeste årene.

Det er en lang vei å gå før vi er i mål og pasientene får rett behandling – på rett sted – til rett tid. Men det er lang vei å gå for å få alle instansene til å forstå hva dette innebærer.

Fra sitat kan man trekke at det er en lang vei å gå før man har oppfylt samhandlingsreformens målsetninger. Dette kan være mulig dersom alle instanser gjør sin del av oppgavene i helheten. Informantene sier at førstelinjetjenesten spiller en stor rolle i pasientbehandling. Derfor forventer de at når pasienter endelig er innlagt på sykehus, bør sykehuset forholde seg til pasienten som helhet, ikke bare utrede og ev. behandle den lidelsen de er innlagt for, og så anse seg som ferdige med vedkommende.

Primærhelsetjenesten opplever at sykehusene i stor grad er opptatt av å få skrevet pasientene raskest mulig ut. De klarer fortsatt ikke å sende med alle pasienter nødvendige papirer, epikrise eller medisinlister. Fortsatt er det stor svikt i noe så grunnleggende som dette. Og kommunene er ikke i stand til å plassere disse pasientene etter behov. Da tenker man at det er en lang vei å gå hvis man skal lykkes med samhandlingsreformen.

Informantene er opptatt av å kunne planlegge framtiden. De sier at å planlegge framtiden er et felles mål. I dag klarer de å gi riktig behandling. Men om de vil klare det i framtiden, avhenger av de ressursene de får, og om de klarer å skaffe nok kompetente medarbeidere. De må hele tiden tenke på å bygge opp fagkompetansen ettersom oppgavene blir vanskeligere. Dette er en utfordring for hele samfunnet.

4.4 Ledere og ledelse

4.4.1 Utfordringer for ansvarlige ledere i kommunehelsetjenesten

Informantene sier at samhandlingsreformen er utfordrende. Det byr på et stort ansvar å være leder under reformen. Det krever mer administrativt arbeid, endret kompetanse og en større grad av tilstedeværelse, med oppfølging av pasienter og ansatte på en annen måte enn før.

På den annen side opplever for eksempel ledere på søknadsavdelingen samhandlingsreformen også som positiv og spennende. Men ting skal skje fort nå. De må være forberedte på å ta imot brukere tidligere, og pasientene skal ha forsvarlig hjelp. Derfor må lederne sørge for at det er kompetente sykepleiere på jobb hele tiden. En leder ved en søknadsavdeling uttrykker seg slik:

Vi har utfordringer nå, men etter hvert må vi se på spesialisering slik at enkelte kan være ressurspersoner for andre. Samhandlingsreformen er kommet for å bli, og jeg tror det kommer til å bli mer og mer primærhelsetjenester.

Dette viser at disse lederne har akseptert samhandlingsreformen og har fått nye tanker om endringer nå og i framtiden for helsetjenestene.

4.4.2 Motiverende leder

Informantene sier at for å lede de kommunale tjenestene etter samhandlingsreformen må ledere være proaktive og motiverende. Det vil si at ledere må være innstilte på kontinuerlige omstillinger, og de må ha fokus på ressursbruk, på å sikre kvaliteten i tjenestene og ikke minst på å fange personellens positive innstilling om innføring av samhandlingsreformen. Slik kan de være med på å takle en så omfattende endring i kommunehelsetjenesten. En leder for et innsatsteam sier følgende:

Nå må vi være innstilt på at det kan komme pasienter samme dagen. Det er altså litt mer usikkerhet i forhold til dette. Men de ansatte er veldig positive og synes dette er spennende. Derfor er det ikke vanskelig å få dem med på laget.

Av sitatet over ser vi at samhandlingsreformen kan oppleves som motiverende og spennende. Disse lederne er positive og endringsorienterte fordi de synes at dette handler om en videreutvikling av tjenestene. Det er viktig å være klar over at dette bare gjelder noen av lederne, mens andre opplever store utfordringer. Det handler mye om økonomi, men det handler også om fag. At det er mer faglig utfordrende gjør også arbeidet mer faglig tilfredsstillende, slik en leder for et sykehjem uttrykker det:

Det har vært en svært spennende jobb å få være med på å bestemme hva vi skal kunne tilby i sykehjemmet og hjemmetjenesten. Samtidig føles det tøft å være ansvarlig for dette tilbudet. Jeg synes det er spennende, og jeg synes reformen er riktig. Og det å yte tjenester til mennesker som ønsker å være hjemme og motta hjelp, gir utfordringer. Jeg er stolt over å lede en hjemmetjeneste som yter bra tjenester, og vi gjør det. Samtidig opplever vi nye tilfeller som gjør at arbeidet blir ikke så statisk som det var før. Det er en utfordring i forhold til opplæringsbehov, men samtidig virker det utviklende, noe som oppleves som bra.

Jeg forstår med dette at informantenes motivasjon er deres viktigste verktøy for å motivere de ansatte i bydelen ved å bygge tillit til dem som arbeider på enhetene. Dette viser seg ved at de får svært sjelden klager på den tjenesten som de yter.

Å lede endringsprosesser er en av de viktigste og vanskeligste lederoppgaver i en organisasjon, sier flere av informantene. Effektivt og motiverende lederskap er nødvendig for å revitalisere en organisasjon og lette tilpasningen til et miljø i forandring (Martinsen, 2010). Samhandlingsreformen utgjør en omfattende endring av organiseringen av helsevesenet. Den er igangsatt av helsepolitikere, men de som har ansvar for

gjennomføring av disse endringene, er ledere i kommunene og ledere i de involverte enhetene.

4.4.3 Forventinger til og hos ledere

Informantene er enige om at det er store forventninger ovenfra og fra kommunepolitikere om at enhetsledere skal få gjennomført samhandlingsreformen smertefritt. Det finnes mange forventninger om at samhandlingsreformen skal gå seg til, og mange prosjekter blir satt ut i livet til samme tid. Lederen på sykehjemmet som er intervjuet, sier:

Det er klare forventninger til den ovenfra, at vi skal etablere nye tiltak og tjenester og sette i gang prosjekter knyttet opp til samhandlingsreformen er stor. De forventer at vi skal gjøre oss klare til å ta imot pasienter og at vi hele tiden omstiller oss. Det blir forventet at vi er innovative, at vi er framoverlente, at vi skal være en god samarbeidspartner som får til gode pasientforløp og ha et forsvarlig tilbud til våre pasienter. Det er høye forventninger til oss i kommunehelsetjenesten.

I tillegg sier hun at de må arbeide for å få alt ned på bakken og forankret hos de involverte. Lederne forventer nok at de ansatte skal implementere samhandlingsreformen uten problemer og at de ansatte skal være med på laget. Det er ingen enkel jobb for en leder å få dette til. Den samme lederen for et sykehjem sier følgende:

Jeg tror lederne forventer at disse tilbudene blir prioritert slik at man har anledning til å imøtekomme behovene. Det betyr at vi kan ta imot pasienter og gi dem riktige behandlinger på rett sted og rett tid. Hvis ikke vil samhandlingsreformen være til en stor ulempe for pasienten.

Mine intervjuobjekter ønsker å få realisert alle disse forventningene og ambisjonene i samhandlingsreformen, som er en lovbestemt reform. Det betyr at førstelinjen skal være i stand til å ta de utfordringene som før lå til andrelinjen. Nå må lederne stole på vurderingene som blir gjort på søknadskontoret og gjøre jobben. Lederne bør støtte de ansattes innsats for å realisere intensjonen i reformen ved å tilby veiledning, tilbakemelding og bistand der det er nødvendig, og dermed hjelpe dem til å utvikle seg faglig og styrke selvrespekten. Slik iverksetter og overholder de kravene som de er pålagt, både organisatorisk, faglig og personalmessig.

5. Diskusjon

5.1 Formulering av funn

Intervjumaterialet gir ikke entydige svar på hvordan samhandlingsreformen har blitt implementert og hvordan det oppleves at den fungerer i praksis. Svarene varierer særlig i forhold til hvor i hierarkiet vedkommende befinner seg, men det finnes også andre variasjoner som kan ha sammenheng med at bydelene har fulgt ulike veier fram mot målet.

I dette kapittel skal jeg diskutere de ulike konsekvenser av innføringen av samhandlingsreformen. Jeg skal drøfte ulike måter å forstå ledernes ønsker for nye måter å organisere arbeidet på. Jeg vil også ta opp spørsmålet om reformens intensjoner kan bli oppnådd eller ikke med tiden, og hva som i så fall må til. Jeg begynner med å presentere som en påminnelse mine to forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvilke konsekvenser har de nye oppgaver de utskrivningsklare pasientene fører med seg, ifølge informantene? Fokuset her er på de nye oppgavene og hva slags konsekvenser informantene mine opplever som følge av disse.

Det andre spørsmål jeg stiller er følgende. *Forskningsspørsmål 2: Hvilke organisatoriske løsninger ønsker informantene i møte med en mer krevende pasientpopulasjon? Her er fokuset på organisasjonsformer.*

Min undersøkelse viser at mange pasienter nå skrives ut fra sykehus raskere enn før. En del behandling av eldre pasienter er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette har ført til at helsetjenesten i kommunene har endret seg til mer spesialiserte oppgaver. Dermed må kommunehelsetjenestehøyne sitt medisinske kompetansenivå for å imøtekomme behovene til de nye pasientgruppene og for å oppfylle samhandlingsreformens krav.

Bestillerkontoret og innsatsteamet ser begge positivt på disse endringene. Det samme gjør lederne for hjemmetjenesten og sykehjemmene, men de påpeker at endringene medfører store utfordringer, særlig fordi de ikke har fått nye stillingshjemler med høy fagkompetanse, dvs. sykepleiere.

Når det gjelder det andre forskningsspørsmålet, kommer det fram at informantene ønsker å organisere seg ut fra funksjon ikke fra drift. Dette kan skje ved å organisere de spesialiserte sykepleiere i team. Når det gjelder spesialisering i sårbehandling, kan disse spesialistene arbeide på tvers av enheter og bydeler med pasientene som har behov for slike tjenester. Kort sagt ønsker informantene en organisasjon som støtter økt spesialisering i kommunehelsetjenesten.

5.2 Kompetanse i kommunehelsetjenesten

I Stortingsmelding nr. 47, punkt 3.4.2 sies det at det skal være kompetent helsepersonell i alle deler av tjenesten. Intervjumaterialet viser at kommunehelsetjenesten hadde kompetent helsepersonell før reformen. De ansatte var i stand til å ta på seg ansvar og gjennomføre handlinger etter etablerte standarder i forhold til de oppgavene de hadde. Informantene sier at situasjonen har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen.

Funnene fra intervjumaterialet viser to hovedkonsekvenser: Informantene er opptatt av endring i kompetansenivå og endring i organiseringen av tjenestene. Dette gjelder særlig den nye pasientpopulasjon, det vil si de utskrivningsklare pasientene, eldre pasienter og pasienter med kroniske lidelser.

Denne studien ser på konsekvenser av samhandlingsreformen sett fra ledernes og tjenesteutøvernes ståsted, og tar ikke opp pasientenes og brukeres egne opplevelser. I undersøkelsen kommer det fram at lederne opplever forskjellige utfordringer avhengig av hvilken enhet de har ansvar for. I sykehjemmene og i hjemmetjenesten er det utfordrende å tilby tjenester med høy fagkompetanse i alle turnuseralle dager i uken.

Informantene viser flere grep som kan høyne fagkompetansen til helsepersonellet i kommunehelsetjenesten. Kompetanse skaffer man seg med erfaring, øvelse og praksis og med studier. Kommunen har ansatte med ulike ferdigheter og ulike kompetansenivå. Derfor er det nødvendig at de som mangler ferdigheter, kan tilegne seg dette gjennom opplæring i praksis. Men dette løser ikke alene kompetansebehovet i primærhelsetjenesten. Ifølge informantene var det behov for økt kompetanse også før reformen. Med reformen har behovet for kompetanse, både i form av flere sykepleierstillinger og spesialsykepleiere, økt i alle enheter og på alle nivåer. Det er derfor viktig ikke bare å utdanne sykepleiere, men også andre yrkesgrupper. Tjenestene må ses som en sammenhengende kjede av tilbud. I den

kommunale omsorgstjenesten dreier det seg om legetilsyn, dagtilbud, hjemmetjeneste, åpen omsorg, aktivitetstilbud, fysioterapi, sykehjem og korttidsavdeling. I tillegg inneholder omsorgstjenestene ulike former for ikke-definerte oppgaver av betydelig omsorgsverdi, som en klem, en kort prat – en praksis som hører til omsorgsyrkene. Og til de forskjellige behovene trengs det ulikt fagpersonell.

En forutsetning for at kommunen kan gi behandling til pasienten etter reformens intensjoner, er at den tilstrekkelig fagkompetansen skal være varig. De mange grep kommunen ifølge informantene har satt i gang, er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet i det lange løp. De etterlyser utdanning og skoling som bør ha varighet og være kontinuerlig. Derfor kan det ikke helseinstitusjoner drive dette, fordi det blir for dyrt. Utdanningsaktører må etablere varierte utdanningsmuligheter. I tillegg må man motivere de ansatte til å videreutdanne seg, for eksempel ved å stimulere med lønnstiltak for videreutdanning, med nye og mer interessante arbeidsoppgaver og lignende.

De fleste informantene er sykepleiere i lederstillinger. I deres prinsippprogram står det at «sykepleiere skal sikre høy etisk og faglig standard på tjenestetilbud. Og sykepleie må organiseres og utøves på en effektiv og forsvarlig måte. Det må være samsvar mellom utdanning, kompetanse og ansvar» (NSF 2011). På den annen side er det krav om forsvarlighet, og kommunene må tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene er sikret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4–1 bokstav d) og slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine pålagte plikter. For det tredje gjelder kravet om faglig forsvarlighet ikke bare helsepersonell, men også virksomheten. Spesialisthelsetjenesteloven § 2–2 lyder slik:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlig.

I lov om helsetjenesten i kommunene er plikten til forsvarlig virksomhet litt mindre tydelig uttrykt, men den gjelder like fullt for kommunen som ansvarlig for sin del av tjenesten.

Helsepersonelloven har en bestemmelse som medfører at alle som organiserer helsetjenester, plikter å etablere systemer som bidrar til å sikre forsvarligheten. Bestemmelsen i § 16 lyder slik:

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

For at ledere skal kunne ivareta sine forpliktelser, er det nødvendig med god organisering og styring av virksomheten. God styring innebærer ikke bare muligheter til å påvirke den praktiske aktiviteten som skjer i møtet mellom pasient og helsepersonell. God styring forutsetter også at lederen har inngående kjennskap til de tjenester som ytes (helsepersonelloven, 2012). Ifølge mine informanter har de god kjennskap til enheter de har ansvar for. For å sikre at innholdet i tjenestene er forsvarlig, må ulike komponenter være til stede (Aase 2010:34). Eier og ledere må blant annet sørge for at utstyr er i orden, at personalet har tilstrekkelig kompetanse, at ansvarsforhold er avklart og at forsvarlige vaktordninger er etablert. I utgangspunktet kan forskjellige organisatoriske løsninger velges dersom minstestandarden blir overholdt.

Min undersøkelse viser at Oslo kommune ikke har opprettet nye enheter eller tilstrekkelig avklaringsplasser hvor de kan tilby godt tilrettelagt behandling, pleie og omsorg med faglig kompetente personell. Isteden brukes sykehjem og korttidsplasser for pasienter som trenger mer avansert pleie og behandling enn det de til vanlig kan tilbys på disse institusjonene. En leder for en korttidsavdeling gir et eksempel på dette som jeg er lyst til å gjenta her:

«Jeg kan nevne et eksempel på en pasient vi hadde nå, en ung mann på noen og tretti år. Han hadde meget alvorlig cancer og ble liggende i vår avdeling i flere uker før han ble flyttet over på en palliativ avdeling. Vi gav han et så godt tilbud som vi kunne, men det er jo ikke noe godt tilbud å ligge i en travel korttidsavdeling, med demente som roper og skriker.»

Informanter nevner dette som «uverdige situasjoner». Lokalpolitikere har ansvar for finansiering og strategisk planlegging, og den øverste ledelsen i kommunen har ansvar for å iverksette tiltak for at slike situasjoner ikke oppstår.

De fleste informanter viser at lederne er opptatt av å heve fagkompetansen i alle enhetene. Dette skal ivareta kravet til faglig forsvarlighet i alle tjenester. Når dette fungerer som det skal, er man ideelt sett på vei til å oppfylle reformens intensjon. Hvis ikke kan det få motsatt konsekvens.

Lederne oppfordrer sine ansatte til å delta i de forskjellige tiltakene for kompetanseløft. Det ligger også budsjettmessige og driftsmessige føringer i dette etter bestemmelsen § 16. Når man satser på videreutdanning, vil det koste penger, ikke bare i forhold til drift, men ansatte

blir også borte fra jobben. Dette tyder på at det ikke er satt av tilstrekkelige ressurser til å oppnå intensjonene i samhandlingsreformen.

Samtidig sier lederne at personalet er har forskjellige interesser, og ikke alle ansatte er interessert i videreutdanning. Dette henger sammen med Berg (1987) sine to prinsipper omtalt i *Den medisinske logikk*: 1) prinsippet om skapende tilpasning og 2) prinsippet om nødvendighet. I dette tilfelle, når ansatte oppfordres til å høyne sin kompetanse, handler det om prinsippet om nødvendighet. Den faktiske utvikling må også forstås på grunn av ytre nødvendigheter. Disse nødvendighetene har tilknytning tilsamhandlingsreformens krav og dens følger for produksjon og utnyttelse av ny kunnskap. Det bidrar til å holde en skapende utvikling i gang, til å påvirke dens tempo og bredde i tjenesten, og til at den får videre sosiale konsekvenser.

Ledere jeg intervjuet, uttrykker behov for politisk handling, for eksempel når det gjelder etablering av nye enheter med definert fagkompetanse. Den nye kommuneloven er også profesjonsnøytral og nevner ikke hvilken utdanning du skal ha for å gjøre ulike oppgaver. Dette åpner mulighetene for at kommunepolitikere som forsøker å spare penger kortsiktig, kan velge å tilsette personale med lavere fagkompetanse.

5.3 Kortidsplass og avklaringsplass, en utvikling av helsetjenestene

Intervjumaterialet viser at det ofte mangler samsvar mellom bestillerkontorets vedtak og sykehuset sine anbefalinger. Dette kan skyldes at det ikke finnes egnede avklaringsplasser for de utskrivningsklare pasientene i kommunen. Informantene sier at korttidsplasser brukes ofte, selv om de ikke nødvendigvis er egnet etter pasientens behov. Det er grunn til å tro at korttidsplasser kommer til å utgjøre en viktig del av framtidens behandlingsinstitusjon med spesialkompetanse.

Spesialisering fører til institusjonalisering. Det gjelder korttidsavdeling og alle andre enheter som skal opprettes som følge av samhandlingsreformen. Det bidrar, ifølge Berg (1987), til å gi behandlingsstrukturen et mer institusjonalisert og synlig preg. Jo mer spesialisert helsearbeidet er, jo mer institusjonalisert vil det vanligvis være, og jo større og mer komplekse institusjoner vil det ha en tendens til være tilknyttet. Samhandlingsreformen sier at kommunehelsetjenesten skal ta seg av veksten i behovet i en samlet helsetjeneste, som i

størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Eksempler på dette er den nye pasientgruppen av eldre og av flere kronikere som spesialisthelsetjenesten tidligere tok vare på, og som nå er flyttet til primærhelsetjenesten. I tillegg kommer de utskrivningsklarepasientene som krever oppfølging spesialutdannet helsepersonell. Institusjonalisering har imidlertid i tillegg en virkning som er av stor betydning for en virksomhet hvis kunnskapsgrunnlag er under løpende endring; den skaper et faglig stimulerende miljø omkring yrkesutøvelsen.

Denne undersøkelsen viser en utvikling av tjenestene i retning av institusjonalisering i Oslo kommune. Jeg har ikke grunnlag til å ta stilling til utviklingen av tjenester i andre kommuner.

5.4 «Svingdørspasientene»

Mine undersøkelser viser en av utfordringene for både sykehus og kommunehelsetjenesten, de såkalte «svingdørspasientene». Dette fenomenet oppstår fordi det ikke finnes egnede plasser for utskrivningsklarepasienter, og i tillegg fatter iblant bestillerkontoret vedtak som ikke samsvarer med sykehusets anbefalinger. Dette kan knyttes opp til Mintzberg (1989) sine beskrivelser av maktgrunnlag. Bestillerkontoret har makt *i lys av stilling*, som Mintzberg kaller «stillingsmakt», og som kjennetegner maskinorganisasjoner, ikke *i lys av ekspertise*, altså «ekspertisemakt», som kjennetegner profesjonsorganisasjoner. Slik kan man forstå hvorfor pasienter blir sendt til enheter som ikke har nok kompetanse for å behandle dem tilstrekkelig.

Sykehusene på sin side mener at pasientene er utskrivningsklare. Men ifølge den kommunale mottakerenheten (hjemmetjeneste, sykehjem og korttidsavdeling) er pasienten ikke utskrivningsklar. De vurderer altså pasientens helsetilstand ut fra to forskjellige ståsteder. Slik jeg ser det, står bestillerkontoret mellom disse to og utgjør et tredjeståsted. Svingdørspasienten blir en kasteball mellom disse tre aktørene, og det er et klart tegn på manglende samhandling mellom dem.

Fra et kommunehelsetjenesteperspektiv må det helserettede arbeidet administreres. I den sammenheng finner bestillerenheten sin plass. Et slikt administrativt arbeid blir ikke sett på som helsearbeid. Administrativ virksomhet kan, ifølge Berg (1987), også ha elementer av tjenesteytelse over seg, men da overfor de som utfører helserettet arbeid, ikke overfor

klientene. Men virksomheten omfatter også noe annet enn tjenesteytelse, den er styrende og ledende. En av bestillerkontorets oppgaver er plassering av pasienter og å fatte vedtak for dem. Ifølge informantenes svar er ikke alltid vedtakene med mottakerenhetens vurdering av pasientens behov. Som følge av dette er det grunn til å tro at bestillerkontoret ikke alltid har det nødvendige faglige kunnskaps- og kompetansegrunnlaget til på en forsvarlig måte å vurdere og fatte vedtak om å plassere innkommende pasienter.

På den andre side tilhører de ansatte på bestillerkontoret den administrative og politiske overbygningen/yrkeshierarkiet i primærhelsesektoren. Ifølge Berg (1987) har helsetjenesteutviklingen skapt behov for flere yrker i tjenesten, og den har også skapt et behov for noen som kan organisere og administrere pleien. Når vi snakker om primærhelsesektoren, finner vi flere administrative og politiske lag. Det administrative personellet har ledende posisjoner, formelt representerer de institusjonenes interesse, dvs. at bestillerkontoret representerer interessene til forvaltningen i kommunen. De har en ledende rolle og har ansvar for budsjett. Slik sett kan de lett komme i en interessekonflikt mellom sin lojalitet til å holde et budsjett og behovet for å gi pasientene en best mulig medisinsk oppfølging.

5.5 Samhandling, koordinering og samarbeid mellom ulike nivåer og aktører i helsetjenesten

Min undersøkelse viser at informantene har en felles forståelse om hva et godt pasientforløp er, og at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er gjensidig avhengige av hverandre. For å få til et godt pasientforløp forutsettes det et tettere samarbeid mellom de involverte etatene. Informantene sier de har begynt med dette; de samhandler på tvers av egne tjenester. Slik sett har samhandlingsreformen endret personalets syn på betydningen av samarbeid mellom alle aktører, ikke minst gjelder det helsepersonalets helhetstenkning. Ifølge Aase (2010) er en god samhandling avgjørende, og den fungerer best når den tilrettelegges ut fra pasientens helsemessige situasjon, slik at overgangen kan skje på en trygg og sikker måte. Både min studie og annen forskning viser områder med fare for svikt og hvor det kan medføre store konsekvenser. Ifølgemine informanter dreier dette seg f.eks. om feil plassering, unødvendige reinnleggelser, feil medisiner, epikriser som ikke følger pasienter.

Forskning (Midlöv, P. mfl. 2005 og Kripalani, S. mfl. 2007) viser at kommunikasjon og informasjon mangler ved overføringer av pasienter mellom primær og sekundær helsetjeneste. Det kan også forekomme feilmedisinering av eldre pasienter. Videre skriver Karina Aase (2010:133) at «...opplevelsen av risiko ofte varierer på tvers av grenseflater og mellom aktører på ulike nivåer i et helsesystem». Pasientsikkerhet er utfordret ved passering av grenseflater, dvs. under overføring av pasienter mellom førstelinjes og andrelinjes helsetjenester. Hun understreker også at «...samarbeid og informasjonsflyt mellom ulike organisatoriske enheter og profesjonsgrupper er en kritisk faktor for pasientsikkerhet». Dette er ikke ukjent for mine informanter.

5.6 Den moderne primærhelsetjenesten

Ifølge Berg (1987) kobles yrkene i den moderne helsetjenesten til hverandre i alle retninger. Den yrkeskomplekse helsetjenesten kan derfor også langt på vei betraktes som tjenesteskapt. Ifølge informantene står primærhelsetjenesten, særlig hjemmetjenesten og sykehjemmene, overfor en utfordring knyttet til å dekke alle turnuser med fagpersonale. Så omfattende som primærhelsetjenesten er, i tillegg til de nye oppgavene de har fått ansvar for, og med de kravene som stilles til effektivitet, medfører det en stor utfordring for ledelsen til å dekke alle turnuser.

Lederne har startet med å omorganisere turnuser og med omstilling av personalet. Dette er bare en liten del av løsningen. Jeg tror at hele personalet bør bidra aktivt til kartlegging av behov i forhold til ferdigheter og organisatoriske forhold, slik at man kan fordele klart definerte oppgaver. Kommunehelsetjenesten tilbyr en sammenhengende kjede av tjenestetilbud. Det er ikke nødvendigvis dårlig at hjemmetjenestene og sykehjemmene benytter seg av ufaglært personale. Men det er grunn til å frykte for konsekvensene av at det på enkelte kvelds- og helgevakter bare er ufaglærte på vakt, og at de utfører tjenestene uten tilsyn av fagpersonell. Mange fagutdannede vil gjerne unngå å arbeide kvelds- og helgevakter på grunn av lavere fagbemanning og større og udefinerte arbeidsoppgaver. En sykepleier gjør alle oppgaver, ikke bare de som krever fagkompetanse. Med klare retningslinjer om oppgavefordeling og stillingsbeskrivelser med hovedvekt på faglige oppgaver kan rekruttering være lettere og stillingene kan bli mer tiltrekkende.

5.7 Endret organisering

Gjennomføringen av samhandlingsreformen forventes å medføre forandringer i kommunenes organisering av helse og omsorgstjenestetilbudet til befolkningen og at det opprettes nye organisasjonsformer, Meld. St.16 (2011–2015). Dette kan føre til desentralisering av tjenesten i den forstand at større deler av oppgavene blir overført fra sykehus til kommunene. Dermed vil større deler av ressursveksten i helsevesenet skje i kommunene. På den andre siden kan dette føre til nye institusjonaliseringer innenfor kommunehelsetjenesten. Myndighetenes formål er at spesialisthelsetjenesten utvikles videre, blant annet ved å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, og ved å desentralisere funksjoner der det er mulig.

Et av mine funn er at informantene ønsker å endre dagens organisering av kommunehelsetjenesten. Slik jeg forstår dette, er det her snakk om økende grad av spesialisering og kompleksitet. Mintzberg (1987) beskriver hvordan «maskinorganisasjoner» og «profesjonsorganisasjoner» håndterer arbeidsoppgaver av hhv. lav og høy kompleksitet. Spesialisthelsetjenesten tilhører organisasjoner med høy kompleksitet og utfører komplekse oppgaver. Med samhandlingsreformen har deler av de spesialiserte oppgavene blitt overført til kommunalhelsetjenesten. Dette fører til økt kompleksitet i kommunehelsetjenesten, som informantene omtaler som en ny organisering basert på spesialiserte enheter eller teamfunksjon istedenfor drift og geografiske enheter, som beskrevet i analysekapitlet. Ifølge Berg (1987) driver en slik utvikling fram spesialisering, og spesialiseringen krever at man bruker mer ressurser på koordinering.

5.8 Ønsket vridning

Fra Prop. 1 St. (september 2014) sier at, «kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandling i spesialhelsetjenesten. Dette finansieres ved å overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene som nå går direkte fra stat til regionale helseforetak over til kommunene.» Tjue prosent av sykehusregningen for somatiske pasienter skal betales av kommunen fra 1. januar 2012. Det innebærer at 4,3 milliarder kroner ble flyttet (ISF – innsatsstyrt finansiering) fra Helse- og omsorgsdepartementet til kommunene.

En av forventningene til samhandlingsreformen er at den skal redusere liggetiden på sykehus og redusere antallet korridorpasienter. Kommunene hadde ansvaret for utskrivningsklare pasienter også før samhandlingsreformen ble innført, men de hadde ikke den betalingsplikten de har nå. Min undersøkelse viser at når sykehuset tidligere meldte om utskrivningsklare pasienter, hadde kommunene en uke til rådighet for å skaffe en plass i bydelen, uten at det medførte økonomiske konsekvenser for kommunen. I mellomtiden ble pasienten liggende på sykehuset i påvente av en plass på kommunehelsetjenesten, selv om vedkommende ikke lenger hadde behov for spesialisert behandling.

Nå får kommunene midler for å håndtere dette ansvaret fra første utskrivningsklare dag. Ifølge informantene innebærer dette en stor forskjell i håndteringen av utskrivningsklare pasienter, og det medfører store økonomiske konsekvenser i form av bøter hvis kravet ikke blir oppfylt. Derfor reagerer kommunen raskt når de får melding om utskrivningsklare pasienter.

I en kronikk i Aftenposten 21. november 2013 blir det presentert en analyse av antall korridorpasienter før og etter reformen på slagenheten på Nevrologisk avdeling ved Haukeland sykehus. Deres resultater viser at samhandlingsreformen har virket etter hensikten sett fra et sykehusperspektiv. Antall liggedøgn gikk ned på grunn av rask utskrivning til sykehjem. Av egen erfaringsvis kan jeg si at det å ha pasienter liggende i en sykehuskorridor mens de venter på egnet plass i kommunehelsetjenesten, fører til misfornøyde pasienter. Det oppleves ofte som ubehagelig å bli plassert i korridoren. På den andre siden hindrer dette at andre pasienter kan behandles. Må man regne ut hva dette koster konkrete per liggedøgn. Slik sett er det grunn til å tro at de økonomiske virkemidlene har ført til den ønskede utvikling når det gjelder utskrivningsklare pasienter. I forhold til pasientflyt inn og ut av sykehus kan det stemme at reformen har lyktes, men kommunene har ennå noen utfordringer å løse.

5.9 Ressurs og effektivitet

Helsetjenestene er i stadig endring. Innføringen av samhandlingsreformen, opprettelsen av øyeblikkelig hjelp i kommunene, overføring av ansvar mellom første- og andrelinjetjenesten og tilbud om ny, avansert medisinske behandling viser bare noe av utviklingen. Alt dette krever økt fagkompetanse og nye måter å jobbe på. Når nye tjenester skal etableres eller eksisterende videreutvikles, må vi være sikre på at vi prioriterer riktig; dvs. til beste for

pasienter, brukere og deres pårørende. Men hvordan kan man være sikker på at helsemyndighetenes prioritering er den riktige? Helseforsikringen i Norge er et obligatorisk, offentlig organisert system. Betalingsordningen er skattebasert, og hele befolkning omfattes av den samme politisk bestemte «kontrakten», som beskrevet i punkt 3.3.

Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar. Behandling blir prioritet ut fra alvorlighetsgrad og etter grad av forventet effekt av behandlingen. Med samhandlingsreformen skal også kommunene være med på å finansiere behandling av innbyggerne på sykehus. Ifølge Iversen (1997) kan dette ha betydning ikke bare for kostnadseffektiviteten i helsesektoren, men også for prioritering mellom pasientgrupper. Informantenes oppfatning er at økonomiske hensyn blir mer og mer dominerende i helsetjenesten. Etter samhandlingsreformen blir prioriteringer også foretatt med hensyn til kostnader, for eksempel ved at eldre og kronikere skal behandles på laveste kostnadsnivå, helst hjemme hos seg selv. Ifølge informantene man må være virkelig dårlig for å få sykehjems plass etter innføring av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen skal bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett. Slik sett skal den være en kraft i å sikre utviklingen av helse- og omsorgssektoren, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Når kommunene er med på å betale for innleggelsene, vil det føre til at de blir mer bevisste på viktigheten av å fremme helse, av å forebygge sykdom og av å bygge opp lokale tilbud. Oslo kommune jobber ifølge informantene kontinuerlig med å skaffe utskrivningsklare pasienter et tilbud enten hjemme eller på institusjonene. Kommunen sikter på å ivareta hensynet til kostnadseffektivitet. Slik sett vil økonomiske virkemidler bidra til å vri ressursbruken i den retning som samhandlingsreformen ønsker. Dermed er det grunn til å tro at den norske velferdsmodellens viktigste kjerne–lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted– er i endring.

Jacobsen og Thorsvik (2007) sier at begrepet «effektivitet er knyttet til ideen om målsettinger og defineres som *grad av måloppnåelse i forhold ressursbruk*». Det antas at organisasjoner arbeider på en måte som er produktiv; at *man ikke bruker mer ressurser enn nødvendig for å produsere en enhet av en vare og tjenester*. Nå bruker helsetjenesten minimalt med ressurser, som personell, kompetanse, utstyr, tid og penger, for å gi maksimale helseresultater i forhold til mål. Slik sett blir krav om effektivitet imøtekommet. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, har innføring av samhandlingsreformen ført til betydelig økt effektivitet. Pasientene skrives raskere ut, sykehusene behandler flere pasienter, og det er

færre pasienter som oppholder seg på sykehus bare i påvente av en plassering i kommunal helsetjeneste. Fra kommunens side arbeides for at de skal bli i stand til å takle den nye situasjonen. Men det forekommer fortsatt pasienter med overliggedøgn på sykehus, og det mangler fortsatt egnede steder i bydelene å overføre pasientene til. Og for at kommunene skal kunne levere tilfredsstillende tjenester i forhold til sykehusets anbefalinger og pasientenes forventninger må det i større grad satses på kompetanseheving, ny organiseringer for å utnytte kompetansen bedre og utbygging av tilbudsplasser. Dette støttes av en forskningsrapport som nevner de faktorene som bestemmer effektiviteten i primærhelsetjenesten, blant annet egne linjer for kontroll, ulike betalingsystemer som medfører mistenksomhet overfor motiver, ulike mål og profesjonelle barrierer oppfattes som ulikhet i status (Poulton, B, C. West, M, A. 1999).

Selv om kommunene gjør mer, i tråd med reformens mål, er de ennå ikke helt i mål når det gjelder å tilby helhetlig og koordinerte helsetjenester i samhandling med andre linjetjenester. Informantene etterlyser nye organisasjonsformer og bruk av tilgjengelig kompetanse på tvers av bydelsgrenser. Endring i organisasjonsformer i retning av profesjonsorganisasjoner er en løsning som kan fungere, for eksempel ambulerende spesialistteam.

5.10 Ledernes rolle

Lederne spiller en viktig rolle i implementering av samhandlingsreformen. De skal mobilisere medarbeidere til å være med i dette prosjektet. I tillegg gjør arbeidspress og forventninger fra både eiere, ansatte, pasienter og pårørende at ledere kan ha vansker med å heve blikket og ta seg tid til planlegging, utviklingsoppgaver og helhetlig tenkning. Ledere også trenger kompetanse og ressurser for å kunne ta det helhetlige ansvaret. Ifølge *Helsetjenestens nye logikk* (2014:14) innebærer ledelse å mobilisere medarbeidere til felles innsats mot bestemte mål. Det er grunn til å tro at ikke alle ledere har samme mål. Ledere for hjemmetjenesten og korttidsavdelinger ved sykehjem vil kunne vektlegge andre verdier høyere enn å holde budsjettene, for eksempel å gi forsvarlig hjelp av god kvalitet. Dermed kan målene komme i konflikt med hverandre. Ulike syn på målsetting kommer fram fra flere informanter, som etterlyser at kommunen bør tilrettelegge for en bedre organisering og rett kompetanse hos ansatte og ledere.

Flertall av mine informanter er sykepleiere i lederstillinger. De er ledere for enheter som utøver tjenester i primærhelsetjenesten. Med samhandlingsreformens krav står mange ledere

under stort press både ovenfra og nedenfra, slik både Berg og Mintzberg beskriver som hhv. maskinokratier og maskinorganisasjoner. For gode resultater er det viktig med god flyt av nødvendig informasjon både oppover og nedover i organisasjonen. I dagen helsetjeneste forventes det at ledere håndterer reformer, omorganiseringer, nye organisasjoner og finansieringsformer, samhandling mellom tjenestenivåene, endring og kunnskapsbasert praksis samt krav om kostnadseffektive og faglig forsvarlig tjenester. Dette er utfordrende for ledere i primærhelsetjenesten.

Ledelse i helsevesenet og spesielt i kommunehelsetjenesten innebærer oppgaver og utfordringer hvor endring inngår som en viktig del av arbeidet. Ny teknologi og nye behandlingsmetoder krever omstillinger. Endringskrav oppstår også når det er behov for å tilpasse aktiviteten til de tildelte økonomiske rammene. Dette betyr at de må lede omfattende prosesser som berører mange medarbeidere.

6. Konklusjoner

Intensjonene med samhandlingsreformen er gode. Behandling og oppfølging av pasienter skal deles mellom sykehus og kommune. Sykehusene skal ha høyt spesialisert personale som kan behandle akutte og kompliserte lidelser. Når pasientene er ferdig behandlet, skal de skrives ut, slik at de ikke opptar plass for nye pasienter. Pasienter som trenger medisinsk oppfølging, overføres da til kommunen. Dette er den medisinsk-organisatoriske delen av reformen. Reformen har også en økonomisk side. Den går ut på at samfunnet skal spare penger ved at ressursene utnyttes på en mer fornuftig måte, dvs. der de gjør best nytte for seg.

Min undersøkelse viser at samhandlingsreformen fungerer godt på mange områder, og det kan se ut som den fungerer særlig godt sett fra sykehusenes side. Man er likevel ikke helt i mål i forhold til å oppfylle intensjonene om man ser den fra kommunens side. Dette skyldes delvis at Oslo kommune ikke var tilstrekkelig forberedt da samhandlingsreformen trådte i kraft. Man hadde ikke tilstrekkelig infrastruktur på plass, og heller ikke tilstrekkelige økonomiske midler til å iverksette alle nødvendige tiltak. Kommunen hadde ikke etablert tilstrekkelig mange avklaringsplasser, og man manglet også mange korttidsplasser. Dessuten hadde man ikke tilstrekkelig utdannet personale til å ta seg av de nye pasientgruppene, og på flere av turnusene, særlig i helgene, hadde man ikke sykepleiere på vakt. Heller ikke hadde kommunehelsetjenesten etablert et godt nok samarbeid med sykehusene slik at overføring av pasientene kunne fungere «sømløst». Skrekkeksemplet, slik en av mine informanter formulerte det, er en dement pasient som blir sendt fra sykehuset i drosje bare iført pysjamas, med intravenøs slange påsatt og uten å ha med seg verken epikrise, medisiner eller resept.

Den største pasientgruppen kommunen må ta seg av, er eldre pasienter med kroniske sykdommer og varierende grad av behov for pleie. I tillegg kommer pasienter i terminalfasen av uhelbredelige lidelser, disse kan være både yngre og eldre.

Konsekvensen av disse manglene er at kommunen trenger å styrke og utvide kapasiteten både i hjemmetjenesten og ved sykehjemmene, særlig korttidsavdelingene. Til syvende og sist er det et politisk ansvar å sørge for at dette blir gjort, og i dette tilfellet ligger ansvaret hos lokalpolitikerne.

Men det er også mulig å oppnå bedre samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen ved å gjennomføre endringer i organiseringen av tjenestene som i dag tilbys. Min studie viser at det ikke finnes et entydig svar på hvordan bydelene skal være organisert når samhandlingsreformen er ferdig innfaset i 2016. Signaler fra enhetsledere som jeg intervjuet, går ut på at de vil gjerne utnytte de spesialiserte ressurser som finnes i kommunene bedre ved å organisere dem ut fra funksjon og ikke drift. Dette innebærer at man ikke må la bydelsgrensene bestemme hvordan man skal arbeide, men at man arbeider på tvers av grensene, basert på tjenestene man tilbyr, altså funksjon.

Undersøkelsen viser at samhandlingsreformen har ført til at de berørte ledere har innsett betydning av å tenke annerledes og helhetlig når det gjelder å høyne fagkompetanse og endre organiseringen av tjenestene. For pasientene handler det ikke bare om å være innlagt på sykehuset eller å være hjemme, men om hele forløpet fra de er hjemme, via sykehuset og så hjemme igjen.

Samhandlingsreformen har per i dag fungert i snaue to år. Den har snudd opp ned på mange sider av helsetjenesten, og ført til mange og store utfordringer. På kort tid ser vi også at reformen har ført til store og stort sett positive endringer, for ansatte i helsetjenesten og for pasientene. Slik jeg ser det, vil det være mulig å oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen fullt ut. De tilsatte i helsesektoren, på ulike nivåer fra ledere til ansatte, er innstilte på å yte sine bidrag. Men da må det være politisk vilje for å legge forholdene på bedre til rette for at de skal kunne gjøre det. De som kan sørge for at det skjer, er de som sitter med makten og «pengesekken», dvs. lokalpolitikere i kommunen.

Litteraturliste

Berg, O., 1987, *Medisinens logikk: Studier i medisinens sosiologi og politikk*.

Universitetsforlaget AS, Oslo.

Grete S. Botten, Jan Frisch, Terje P. Hagen, Tor Iversen, Halvor Nordby (red.),

Helsetjenestens nye logikk, 2014, Akademika forlag.

Hagen, Kåre Petter & Kjerstad, Egil, 2001, «*Helse, økonomi og politikk. utfordringer for det norske helsevesenet*», ss. 173–200, Cappelen Akademisk Forlag.

Helsedirektoratet rapport. Revidert 01/2013, *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold*. veiledningsmateriell

Hennestad, B. W., 3/2002, *Endringsledelse som implementering—sentrale utfordringer—*
Magma

Grepperud, S. 2009, *Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?* Universitetet for miljø- og biovitenskap og institutt for helseledelse og helseøkonomi Universitet i Oslo. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 11, 2009; 129:1112–4, tilgjengelig fra www.tidsskriftet.no 2.10.2023

Iversen, T. 1997, «*Om sammenhenger mellom finansieringsmåter og prioritering i helsesektoren*». NOU 1997. 18 Prioritering på ny. Vedlegg 3 1997 ss.142–152. Staten trykning

Jacobsen, D. og Thorsvik, J. 2007, *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. Utgave.
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kripalani, S. mfl. 2007, «*Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physician: Implication for Patient Safety and Continuity of Care*», *JAMA* 2007; 297: 831–841.

Kvale, S., Brinkmann, S., 2009, *Det kvalitative forskningsintervjuet*, 2. utg. Gyldendal, Oslo.

Lund Martinsen, Ø. 2010, *Perspektiver på ledelser*. 3. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

-
- Malterud, K., 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 3. Utg., Universitetsforlaget, Oslo.
- Meld. St. 29 (2012–2013) Melding til Storting, *Morgendagensomsorg*. Det Kongelige Helse- Og Omsorgsdepartement.
- Midlöv, Patrik, 2005, “Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care», *Pharm World Sci*(2005) 27:116–120.
- Mintzberg, H., 1989, *On management: inside our strange world of organizations*, The Free Press, New York, NY.
- National Environment Research Council (NERC).2012, “‘Competence’ in Health & Safety», *NERC Health & Safety Procedure*, number 16.
- Olsen, Jan Abel, 2006. *Helseøkonomi: Effektivitet og rettferdighet*, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.
- Aase, K. (red.) 2010, *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Poulton; B.,C., West, M., A., *The determinants of effectiveness in primary health care teams*. Journal of Interprofessional Care; Feb 1999; 13, 1; PeoQuest. Pg.7
- Prop. 1 S *Proposisjon til Stortinget*
- Rosano, A..mfl., 2012 «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review»*The European Journal of Public Health*, doi:10.1093/eurpub/cks053.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen: Rettbehandling – på rett sted – til rett tid*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
- Stange, Kurt C., MD, PhD 2009, “The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions», *Ann Fam Med* 2009;7:100–103. Doi: 10.1037/afm.971.
- Tjora, Aksel, 2012, *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis*, 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Troms fylkeskommune, 2013, *retningslinjer for omstilling i Troms fylkeskommune*

Tronsmo, P. 1987, *Myten om menneskers og organisasjoners iboende motstand mot forandring*, Magma

Vedlegg

Intervjuguide

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Sykehjem er en vesentlig del av denne prosessen i kommunehelsetjenesten. I den forbindelse ønsker jeg å ha en samtale med deg om **hvordan du og dere forholder dere til Samhandlingsreformen i din virksomhet.**

1. Hva betyr samhandlingsreformen for sykehjemmet/hjemmesykepleie/innsatsteam/bestilleravdeling/samhandlingskoordinator?
 - a. Hva er forskjellen i din virksomhet nå, og før reformen trådte i kraft?
2. Hvordan oppleves det å være leder for sykehjemmet etter at samhandlingsreformen ble innført?
3. Hva gjør du som leder for å heve sykehjemspleierens kompetanse med å behandle pasienter som raskt skrives ut fra sykehus?
 - a. Hvordan samhandler du i sykehjemmet med dem i hjemmesykepleien/innsatsteamet om utskrivningsklare pasienter?
4. Det er et økt behov for fagpersonell i helsetjenesten, hvordan håndterer sykehjemmet dette behovet i forhold til samhandlingsreformen?
 - a. Hvordan er det å få rekruttert folk med høy nok kompetanse?
 - b. Trenger dere en ny type fagfolk etter samhandlingsreformen, eller er det omtrent som før?
5. Tror du at kommunens helsepolitisk ansvarlige er klar over i den store systemendring i kommunehelsetjenesten som de har ansvar for?
6. Hva synes du om kvaliteten på eldreomsorgen som tilbys? Og hva slags krav til kompetanse opplever du at kommune stiller?
7. Hvordan tror du reformen påvirker kvaliteten på sykehjemmets tjeneste i kommunene?
8. Samhandlingsreformens hovedmål er at pasientene skal få «rett behandling – på rett sted – til rett tid», tror du det blir slik?
9. Hvordan håndterer kommunehelsetjenesten samhandlingsreformen med vekt på utskrivningsklare pasienter?
 - a. Kan du fortelle om hvordan dere typisk tar imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset her i sykehjemmet?
10. Hvordan opplever du forventningene ledere i kommune har til å iverksette samhandlingsprosjekter?

Hvilke forventninger har du som ledere for sykehjem tjenesten til samhandlingsreformen?