

## **Masteroppgave i Samfunnsplanlegging og ledelse**

Samhandlingsreformen og samhandlingsavtaler – en studie om iverksettelse av avtalene

Studiepoeng 45

Anniken Standal Remseth

12/2016.

## Oppsummering

Hensikten med denne masteroppgaven er å se hvordan samhandlingsavtalene blir realisert i Helse Møre og Romsdal som organisasjon, med speialet fokus på sengepostene hvor beslutningene settes ut i livet og blir realisert i praksis. Oppgaven har også som formål å bidra til økt oppmerksomhet på samhandling og hva som fremmer god samhandling.

Oppgaven bygger på kvalitativ vitenskapsmetode, med et fenomenologisk perspektiv hvor gruppeintervju av sykepleierne som arbeider i sengeposter i helseforetaket, er benyttet som verktøy i datainnsamlingen. Det ble våren 2016 gjennomført to gruppeintervju med til sammen tolv sykepleiere som arbeider i medisinske og kirurgiske sengeposter i helseforetaket.

Den teoretiske referanserammen rundt undersøkelsen, er teorier om iverksetting og kulturforskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Funn i undersøkelsen viser at iverksetting av samhandlingsavtalene i Helse Møre og Romsdal er preget av manglende kunnskaper om innholdet i avtalene blant sykepleierne i sengepostene. Kunnskapene de har tilegnet seg om avtalens innhold, er langt på vei kommet som følge av kommunikasjon og samarbeid med kommunehelsetjenesten og i mye mindre grad gjennom informasjon og kommunikasjon innad i foretaket som organisasjon. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har både ulik organisering og ulik kultur. Disse ulikhetene kommer til syne i den daglige samhandlingen mellom partene. Realiseringen av avtalene har hatt en beslutningsorienterende tilnærming, hvor beslutninger er tatt av ledelsen mens de som skal gjennomføre disse beslutningene er i sykehusets operative kjerne, sengepostene.

Funnene fra denne undersøkelsen kan benyttes for å fremme god samhandling både internt i helseforetaket og eksternt i den daglige kontakten med kommunene. Funnene kan også benyttes i planleggingen av andre lignende prosjekt hvor vedtak besluttet i ledelsen skal settes ut i livet av andre, og hvor en tilstreber å unngå samme utfordringene som innføringen av samhandlingsavtalene medførte.

## Summary

During spring 2016 two group interviews were conducted with twelve nurses working in medical and surgical wards in the hospital trust.

The theoretical framework were theories concerning the initiation and cultural differences between municipal and specialist health care.

The findings show that the implementation of cooperation agreements in Helse Møre og Romsdal is characterized by lack of knowledge about the contents of the agreements among the nurses in the wards. The knowledge they have acquired about the agreement content, is largely come as a result of communication and collaboration with community health and to a much lesser extent through information and communication within the company as an organization. The municipal health services and specialist health services have both different organization and a different culture. These differences appear in the daily interaction.

The findings from this study can be used to promote good interaction both within the health authority and externally in the daily contact with municipalities. The findings may also be used in planning of other similar projects, and where one strives to avoid the same challenges as the introduction of collaboration agreements entailed.

## Forord

I 2016 er det 25 år siden jeg ble ansatt som nyutdannet sykepleier i Ortopedisk avdeling ved Fylkessykehuset i Ålesund i en prosjektstilling for å redusere ventelistene på elektive hofte- og kneprotesepasienter. Siden den gang har jeg hatt ulike roller i avdelingen, sykepleier i sengepost, assisterende avdelingssykepleier og driftskonsulent ved ortopedisk kontor. En kort periode var jeg ansatt som rådgiver i Samhandlingsavdelingen i Helse Møre og Romsdal. Jeg fikk da blant annet delta i forhandlingsmøter ved tverretattlig evaluering av samhandlingsavtalene etter at de hadde vært i bruk i et år. Dette vekket min nysgjerrighet når det gjelder implementeringen av avtalene. Jeg hadde jo det meste av min arbeidserfaring fra grunnplanet i sengepost i helseforetaket og så raskt hvor utfordrende det ville bli å implementere avtalene innad i foretaket. Det var lite oppmerksomhet på hvordan iverksettingen av avtalene skulle skje og opplæring av avtalene blant personalet. Som sykepleier i en travel sengepost er knapphet på personalressurser et kjent fenomen. Mange gjøremål skal gjennomføres på kort tid og tiden strekker ofte ikke til. Planlegging og prioriteringer er viktig for å skape et godt samarbeid med kommunene for at pasienten skulle få en best mulig behandling- og omsorgstjeneste både under sykehusoppholdet og seinere når han skulle utskrives til kommunal helsetjeneste.

I alle disse årene som ansatt i Ortopedisk avdeling, har samhandlingen med kommunene rundt sykehuset alltid hatt stort fokus og vært en del av hverdagen for de ansatte i sengeposten. Ofte har samarbeidet mellom sykehuset og kommunene hatt vært preg av kamp om ressursene. Helse- og omsorgstjenestene i begge forvaltningsnivåene har hatt og har også i dag en hverdag hvor de ansatte presses til det ytterste for å drive effektivt og kostnadsbesparende, dessverre ofte med pasienten som skadelidende. Jeg har erfart at pasientene får riktig og god behandling i sengeposten i sykehusavdelingen og at pasientene blir meget godt ivaretatt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men at overgangene fra kommune til sykehus og fra sykehus til kommune, har ikke vært optimale verken for pasientene eller etatene.

Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt meg mange nye erfaringer og kunnskaper, både ved å fordype meg i litteratur men ikke minst gjennom intervjuene med sykepleierne som ga meg innsikt i de ulike meningene rundt samhandling og hva som skal til for å lykkes i god samhandling. Jeg håper resultatene i undersøkelsen min kan bidra til fokus på implementering slik at iverksetting av beslutninger ved senere anledninger unngår fallgruvne som er avdekket i denne oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Randi Bergen ved Høgskolen i Volda som tålmodig har guidet meg gjennom prosessen og kommet med innspill og motivasjon.

Takk til sykepleierne som sa seg villig til å bli intervjuet. Deres deltakelse av avgjørende i denne oppgaven.

Takk til Helse Møre og Romsdal og spesielt Ortopedisk avdeling som har lagt til rette slik oppgaven kunne fullføres.

Til slutt en stor takk til familien min som har stått på sidelinjen og støttet meg med oppmuntringer og oppbakking i tunge stunder. Tusen takk.

Anniken Standal Remseth

Desember 2016

## Innhold

Oppsummering	2
Summary	3
Forord	4
1.0 Innledning	9
1.1 Formål	10
1.2 Problemstilling	11
1.3 Oppbygging av oppgaven	12
1.4 Samhandlingsreformen og samhandlingsavtalene	14
1.4.1 Samhandlingsreformen	16
1.4.2 Samhandlingsavtale mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i fylket	17
1.4.3 Kommunens nye rolle	21
1.4.4 Spesialisthelsetjenestens nye rolle	22
1.4.5 Økonomiske insitamenter og utskrivningsklare pasienter	23
1.4.6 Hva sier samhandlingsavtalene om faktorer for god samhandling?	
Hva som skal til for god samhandling?	23
1.5 Det normale pasientforløp for pasienter som trenger kommunale omsorgstjenester etter utskrivelse fra sykehuset	27
1.6 Forskning på feltet	28
2.0 Teori	29
2.1 Implementering	29
2.2 Instrumentell logikk	31
2.3 kommunikativ logikk	31
2.4 Ovenfra- og- ned perspektivet	32
2.5 Nedenfra-og-opp perspektivet	41

2.6 Ulike kulturer og ulike perspektiv på pasientforløp	43
3.0 Metode	46
3.1 Forskningsdesign	47
3.1.1 Kvalitativ vitenskapsmetode	47
3.1.2 Forforståelse	47
3.1.3 Fenomenologisk perspektiv	48
3.2 Gruppeintervju	48
3.2.1 Strategisk utvalg av respondenter	50
3.2.2 Intervjuguide	51
3.2.3 Organisering og gjennomføring av intervju	51
3.2.4 Transkripsjon	53
3.3 Analyse	53
3.4 Validitet og reliabilitet	54
3.4.1 Validitet	54
3.4.2 Reliabilitet	56
3.5 Etske refleksjoner	57
4.0 Empiri	58
4.1 Begrepene samhandling og samarbeid	58
4.2 Samhandlingsavtalene	61
4.3 Samhandling med kommunene	65
5.0 Drøfting	74
5.1 Hvordan opplever sykepleierne i sengepostene den daglige samhandlingen med kommunene?	75
5.2 Hvilke kunnskaper har sykepleierne om avtalene og de partene de er satt til å samhandle med?	76
5.3 Hvilke faktorer mener sykepleierne må være tilstede for å sikre god samhandling? Hvorfor er disse faktorene viktig for samhandling? Er disse til stede? På hvilken måte?	84

5.4 Har iverksetting av samhandlingsavtalene vært preget av «ovenfra-og-ned» eller «nedenfra-og-opp» styring?	87
6.0 Oppsummering og konklusjon	92
7.0 Referanser	98
Vedlegg 1: Intervjuguide	104
Vedlegg 2: Prosjektplan	106
Vedlegg 3: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS	111



## 1.0 Innledning

De siste årene har det vært en økning i oppmerksomheten om samhandling i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen (Helse- og Omsorgsdepartementet 2009). Samhandling og koordinering av oppgaver i helsetjenestene på tvers av forvaltningsnivåene er blitt satt i fokus og er blitt et av tiltakene i samhandlingsreformen for å skape en bedre og helhetlig helsetjeneste. Reformen stiller krav til å etablere samhandlingsavtaler mellom de regionale helseforetakene og de kommunene som ligger rundt sykehusenes nedslagsfelt. Samhandling skal være en naturlig del av organisasjonen, både internt og eksternt. Begrepet samhandling innebærer en forventning om koordinering av helsetjenestene, gjensidig avhengighet av kommune- og spesialisthelsetjenesten, å kunne se helheten i pasientens helsesituasjon og felles målsetning for behandlingen. Samhandling defineres slik i Samhandlingsreformen:

*«Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte»* (Samhandlingsreformen s. 13)

Denne masteroppgaven omhandler nettopp samhandling. Oppgaven tar utgangspunkt i samhandlingsavtalene og ser på hva sykepleierne i helseforetaket anser som avgjørende faktorer i iverksetting av disse i praksis<sup>1</sup>. De nasjonale beslutningene og de regionale samhandlingsavtalene mellom foretakene og kommunene legger bestemte føringer for hvordan samhandlingen skal foregå og hva som skal vektlegges, mens implementeringen av avtalene og beslutningene er mer vagt skissert og er opp til nærmeste leder i organisasjonen. Selve iverksettingen er tillagt svært lite føringer til tross for at implementering av beslutninger av denne størrelsen og i slike komplekse helse- og omsorgsorganisasjoner, ofte er svært ressurskrevende og kompliserte.

I tillegg til å belyse realiseringen av samhandlingsavtalene, viser oppgaven hvilke faktorer sykepleierne som skal utføre den daglige samhandlingen i praksis, anser for nødvendig for å lykkes. Sykepleierne på sykehussengepostene har samhandling som en naturlig del sine arbeidsoppgaver i løpet av arbeidsdagen. Samhandlingspartene er både eksterne, som kommunehelsetjenesten, og interne i helseforetaket, som for eksempel andre sengeposter eller serviceavdelinger.

---

<sup>1</sup> Begrepene implementering, iverksetting, operasjonalisering og realisering, benyttes i denne oppgaven om hverandre for å skape variasjon i språket. Betydningen av begrepene er det å sette i produksjon, sette i gang eller utføre handlinger etter bestemmelsene.

## 1.1 Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å se hvordan samhandlingsavtalene blir realisert i Helse Møre og Romsdal som organisasjon, med spesielt fokus på sengepostene hvor beslutningene settes ut i livet og blir realisert i praksis. Jeg ønsker å belyse iverksetting av samhandlingsavtalene, med vekt på hvordan implementeringen kommer til uttrykk i den praksis som utføres i den operative kjernen i organisasjonen- som sengepostene kan betegnes som. Målsetningen er å vise hvilke faktorer som påvirker iverksettingen- sett fra en sykepleier i sengeposts perspektiv.

Masteroppgaven har også formål å bidra til økt oppmerksomhet på samhandling og hva som fremmer god samhandling. Jeg ønsker å øke kunnskapsbehovet hos sykepleierne, noe som på sikt kan medføre mer kompetanse og kultur for god samhandling. Å beherske god samhandling og være flink i samarbeid er egenskaper som er nyttige i de fleste av livets situasjoner og faser.

Det finnes mye litteratur om samhandlingsforskning med kommunehelsetjenestenes utfordringer som utgangspunkt (Tønnesen et al. 2016, Grimsmo 2013). Dette vekket interessen min for å sette helseforetakets utfordringer i fokus og spesielt med sykepleierne erfaringer og synspunkter i sentrum av forskningen. Som sykepleier selv, kjenner jeg til at arbeidet til sykepleierne i sengepostene kan komme i konflikt med faglig skjønn og beslutninger som er fattet i ledelsen. Målsetningen med oppgaven er derfor også å kunne belyse forholdet mellom forventninger og praksis.

Forskningsoppgaven har en målsetning om å øke kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer og hemmer iverksetting av en beslutning eller et vedtak. Bestemmelsene tas ofte i ledelsen og realiseringen av beslutningen skal settes ut i praksis inn i organisasjonen. Ved å samle informasjon fra de som er satt til å realisere beslutningene, vil en få viktig læring som kan nyttiggjøres i iverksettingen av andre bestemmelser. Forskningsresultatet anses derfor som nyttig både for lederne som står ansvarlig for implementeringen og de som skal utføre i praksis.

## 1.2 Problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer påvirker iverksettingen av samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner – sett fra perspektivet til sykepleiere i sengepost?*

For å operasjonalisere har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever sykepleierne i sengepostene den daglige samhandlingen med kommunene?
- Hvilke kunnskaper har de om avtalene og de partene de er satt til å samhandle med?
- Hvilke faktorer mener sykepleierne må være tilstede for å sikre god samhandling? Hvorfor er disse faktorene viktige for samhandling? Er disse faktorene til stede? På hvilken måte?
- Har iverksetting av samhandlingsavtalene vært preget av «ovenfra-og-ned»- eller «nedenfra-og-opp» styring?

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på den daglige samhandlingen mellom sykepleierne i sengepost i sykehus og det kommunale helseapparatet og undersøke hva som påvirker denne, med samhandlingsreformen og samhandlingsavtalene som utgangspunkt. Vinklingen på problemstillingen vil være fra helseforetakets side. Denne vinklingen synes å være et naturlig valg for meg både siden jeg selv har mange års arbeidserfaring fra sykehus og fordi jeg synes det er skrevet for lite om Samhandlingsreformens innføring i spesialisthelsetjenesten. Det finnes mye litteratur om hvilke følger Samhandlingsreformen fikk for kommunene i Norge (Tjøstolvsen 2016. Kvalheim et al 2015. Danielsen & Fjær 2010. Tønnesen et al 2016), men mye mindre om betydningen reformen fikk for helseforetakene. Det er viktig at reformer og andre endringer, forankres i ledelsen i organisasjonen, men det er også viktig at endringene blir gjort godt kjent nedover i organisasjonen og at det blir lagt til rette for at beslutningene kan iverksettes i den daglige praksis ut fra kunnskaper og andre forutsetninger. Har ikke sykepleierne den kunnskapen eller evnene som trengs for å realisere de delene av samhandlingsavtalene de trenger i det daglige, blir gjennomføring av avtalene vanskelig.

Det er disse tankene som ligger bak når jeg velger sykepleiere på sengepost som informanter i oppgaven min. Det er i sengepostene i sykehuset som kan betraktes som den operative enhet i samhandlingsavtalene. Kjenner ikke sykepleierne til innholdet i dokumentene, eller ikke kjenner til

hvordan dette skal realiseres i praksis, er avtalen lite til nytte og i praksis verdiløs.

Utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunaltjeneste, er et av punktene det har vært mest uenighet om i forhandlingene om samhandlingsavtalene og det er i utskrivningssituasjoner og planlegging av disse, det er mest krevende, både for kommunene og foretakene, å innfri målsetningen i avtalene om god og effektiv samhandling. Sykehuslegene har definisjonsmakt med tanke på når en pasient er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten og kan overføres til kommunal pleie- og omsorg. I dette ligger det en forventning om at den kommunale helse- og omsorgstjenesten overtar og eventuelt viderefører det andre- linjetjenesten har bestemt, men det er ikke alltid kommunen har forutsetninger for å innfri disse forventningene, eller synes det riktig vurdert ut fra sitt perspektiv. Det finnes utallige eksempler på pasienter som spesialisthelsetjenesten har skrevet ut til kommunal pleie og omsorg hvor de sykehusansatte argumenterer sterkt for kommunal institusjonsplass da pasienten har fungert så dårlig i sykehuset, men hvor pasienten fungerer tilfredsstillende når han kommer hjem til sine vante og kjente omgivelser. Denne utfordringen vil også belyses, særlig utfra spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens ulike kulturer og pasientperspektiv.

### 1.3 Oppbygging av oppgaven

Innledningsvis presenteres temaet samhandling og hvorfor samhandling er interessant å forske på. Bakgrunnen for prosjektet er Samhandlingsreformen og innføringen av den. De offentlige utredningene og tankene som førte til reformen og selve reformen er et sentralt bakteppe for forskningen her og blir beskrevet i oppgaven. Ved å se på hva reformen gir av rettigheter og plikter, både til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, blant annet med tanke på helhetsperspektiv og koordinering av oppgaver og ansvar, dannes det en formening om hvilke tiltak som må til for å innfri forventningene i reformen. Det mest sentrale punktet i forskningsprosjektet er de regionale samhandlingsavtalene som ble vedtatt og iverksatt som et av tiltakene i samhandlingsreformen for å fremme samhandling mellom helsetjenestene. Samhandlingsavtalen mellom Heles Møre og Romsdal og kommunene i fylket inneholder momenter om verdigrunnlag og målsetting for samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene. Disse sier også noe om hvordan samhandlingen skal skje i det daglig med plikter og rettigheter. Både utredningene forut for samhandlingsreformen, selve samhandlingsreformen og samhandlingsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i fylket blir beskrevet innledningsvis i oppgaven.

For lettere å illustrere de daglige utfordringene sykepleierne i sykehusene opplever i forbindelse med samhandling, gis det videre i oppgaven en beskrivelse av de vanligste samhandlingsproblemene som sykepleierne står overfor i sin arbeidsdag.

Deretter beskrives formålet med nettopp dette prosjektet og hva som ønskes oppnådd med å forske akkurat på dette feltet, med utgangspunkt i problemstillingen i denne forskningsoppgaven: Hvilke faktorer påvirker iverksettingen av samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner – sett fra sykepleiere i sengepost sitt perspektiv?

Valg av problemstilling er bestemmende for hele forskningsprosessen (Busch 2013). Problemstillingen med forskningsspørsmål vil bli presentert med begrunnelser og begrensninger avslutningsvis i kapitlet.

Det teoretiske perspektivet som ligger til grunn for forskningen i denne oppgaven, er implementeringsteori med presentasjon av tilnærmingen ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp.

Kommunikativ og instrumentell rasjonalitet er relevante perspektiv når det er snakk om iverksetting.

Tidligere forskning på området har vist at kulturforskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er avgjørende i samhandlingen mellom partene (Hellesø & Fagermoen 2010.

Røsstad et al 2013). Kultur og kulturforskjeller vil derfor også beskrives i teoridelen av oppgaven.

Faktorer som sykepleierne synes er viktig for å realisere samhandlingsavtalene og som spiller en rolle for samhandlingen, vil drøftes.

Argumentasjon for valg av vitenskapelig perspektiv, metode og design kommer som eget kapittel. Her beskrives hvorfor dette er en formålstjenlig metode for å komme frem til de spørsmålene en vil ha svar på. Utvelgelsen av informanter og intervjuform beskrives og begrunnes.

Empiri og analyse omtales i kapittel 4. Denne delen vil vise hvilke funn intervjuene ga og hvordan datamengden analyseres for å få frem de undersøkelsene jeg ønsker svar på og de resultatene jeg vil belyse.

I drøftingskapitlet blir problemstillingen og forskningsspørsmålene drøftet.

Mot slutten av masteroppgaven blir prosjektet oppsummert og det dras en konklusjon av forskningen og resultatene av denne.

## 1.4 Samhandlingsreformen og samhandlingsavtalene

Det har vært en rivende utvikling innen medisin og sykdomsbehandlinger de siste tiårene. Det er forsket på nye medisiner og behandlingsmetoder som både gir bedre prognoser, større overlevelse ved alvorlige helsetilstander og generell lengere levetid i befolkningen (Helse- og Omsorgsdepartement 2011). I tillegg har vi mer kunnskaper om hvordan en kan forbygge en del sykdommer og lidelser. Denne medisinske utviklingen tvinger helsetjenestene til å endre seg i takt med befolkningens behov for hjelp.

Samhandling mellom de ulike aktørene i pasientbehandling har alltid vært viktig og nødvendig for å yte beste mulig helse- og omsorgstjenester for pasientene. Behovet for en koordinert og samhandlende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og organisatoriske grenser, synes å øke i takt med økende levealder i befolkningen og med den medisinske og teknologiske utvikling (NOU 2005:3). Til tross for viktigheten av samhandling, har helse- og omsorgstjenesten ikke klart å samhandle på en tilfredsstillende måte. I 2003 fikk et offentlig utvalg i oppdrag av Stortingets kommunalkomite oppgaven med å vurdere samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og til å vurdere rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utredningen fikk tittelen: «Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.» (NOU 2005:3) og er langt på vei grunnlaget for Samhandlingsreformen som ble innført 01.01.12. Utvalget konkluderte blant annet med tre hovedområder hvor det burde settes inn tiltak for å bedre samhandlingen av helsetjenestene på tvers av forvaltningsnivåene. Det første hovedområdet var pasientperspektivet i helsetjenesten. Pasienten skal være i sentrum og pasientperspektivet skal ligge til grunn for alle handlinger. Helsetjenestene skal bære preg av helhetsperspektiv. Det viktigste for pasientene er ikke hvilket forvaltningsnivå de får hjelp av eller hvem som bekoster hjelpen, bare de får god og riktig behandling og omsorg.

Det andre hovedområdet var samhandlingen mellom tjenesteutøverne hvor utvalget kom med anbefalinger både til helsetjenestens forskjellige aktører og til nasjonale ordninger og regler. Noen av tiltakene utvalget anbefalte var krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner og en adresse for samhandling i kommunene og i foretakene (NOU 2005:3)

Det tredje hovedområdet var økonomiske og organisatoriske rammebetingelser hvor utvalget kom med forslag om blant annet adgang til å etablere felles organisatoriske enheter, lokal forankring av spesialisthelsetjenesten og bruk av økonomiske virkemidler.

«Fra stykkevis til helt» (NOU 2005:3) beskrev samhandlingsutfordringene helsetjenestene sto overfor og kom med forslag til tiltak på noen av utfordringene. Mange av utfordringene som utvalget hadde belyst, ble dratt inn i Samhandlingsreformen da arbeidet med den begynte et par år etter. De utfordringene som tvang frem en endring i Norges helsevesen beskrives nedenfor:

Helsetjenestene i Norge hadde i mange år vært preget av dårlig koordinering og samarbeid, særlig i tjenester rettet mot de svakeste befolkningsgruppene som f. eks de eldre (Helse og omsorgsdepartement 2011). Pasientene kunne ved at helsetjenestene bedret samarbeidet og fikk et mer helhetlig perspektiv på pasientforløpene, få et langt bedre tilbud og bedre behandling og pleie. Synet på pasientbehandlingen måtte utvides til å gjelde fra pasienten var i sitt bosted i kommunen, til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og tilbake til kommunal helsetjeneste igjen. Pasientforløpene skulle innbefatte fra kommune, gjennom spesialisthelsetjenesten og tilbake til kommunehelsetjenesten igjen. Dette var en ny måte å tenke på da en tidligere hadde tradisjon for å tenke på pasientforløpene i kommune helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten som to separate forløp i hver sitt forvaltningsnivå.

Samtidig så en at kommunene slet med å organisere helsetjenestene sine på en slik måte at de ferdigbehandlede pasientene, som hadde behov for kommunale tjenester etter opphold i spesialisthelsetjenesten, ble liggende i sykehusene i påvente av kommunal hjelp. Det økonomiske insitamentet med kommunal betaling til sykehusene etter 10 dager med ferdigbehandling på sykehuset, var ikke nok til at kommunene klarte å ta imot de ferdigbehandlede pasientene. Dessuten var det ofte billigere for kommunene å betale sykehusene, enn å organisere helsehjelpen til pasientene i kommunen.

Helsevesenet i Norge er i høy grad preget av spesialisering (Melby & Tjora 2013). Det finnes en mengde av forskjellige yrkesgrupper som ofte er delt inn i spesialiseringer innenfor ulike fagområder med spisskompetanse på større eller mindre medisinske fagfelt. Dette vises spesielt godt innen spesialisthelsetjenesten hvor de forskjellige fagmiljøene er eksperter på sitt område og har i større eller mindre grad kun dette fagområdet i fokus i pasientbehandlingen. Helhetsperspektivet er mer eller mindre fraværende og dette kan være kompliserende i samhandling med primærhelsetjenestens utfordringer.

Norges befolkning har en del livsstilssykdommer. Måten vi lever på og maten vi velger å spise påvirker helsen vår på en slik måte at livsstilssykdommer utvikles. Inaktivitet, alkoholoverforbruk, røyking og overvekt er risikofaktorer for helsesvikt og forebygging av disse faktorene setter spesielle krav til helsetjenestene. Sykdommer og lidelser som hørte til sjeldenhetene for få år siden, er nå mer vanlige og

forekommer hyppigere i befolkningen. Disse endringene i sykdomsbildet i samfunnet, gir endringer i sykehuspanoramaet (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Eldrebølgen utfordret organiseringen av Norges helsevesen. I Norge er levestandarden høy og vi lever lengere nå enn våre forfedre. Det er vanlig at begge foreldre i familien arbeider og vi får færre barn enn de tidligere generasjoner. Dette medfører at det blir en økt andel eldre i samfunnet vårt som ikke lenger er i lønnet arbeid og dermed ikke bidrar med skatt til myndighetene. Samtidig skal disse ha sin opptjente trygd og sine rettigheter i helsevesenet. Vi kjenner ikke nøyaktig til når eldrebølgen setter inn, men det er antatt at den når sin høyde om lag i 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Med blant annet disse samfunnsmessige og medisinske utfordringene som bakteppe, ble det etter offentlige utredninger (NOU 2005:3), Stortingsmelding nr. 25 i 2006 og Nasjonal Helseplan (2007-2010) konkludert med at en Samhandlingsreform kunne være løsningen på mange av disse vanskeligheter helse- og omsorgstjenesten slet med.

Opphopningen av ferdigbehandlede pasienter i sykehusene, endringene i den medisinske utviklingen med nye behandlingsmetoder og bedringer i sykdomsprognoser, livsstilsykdommer og økning av andel eldre i populasjonen, stilte nye krav til helsetjenestene og behovet for en reform i helsevesenet i Norge kom klart til syne.

#### 1.4.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.12. Den består av flere tiltakstrinn som trer i kraft over flere år. Reformen karakteriseres som en retningsreform (Helse- og omsorgsdepartement 2009) og innføres gradvis for å skape en langsiktig omstilling av helse- og omsorgstjenestene. Det skal være fokus på forebygging og helsefremmende arbeid, kommunehelsetjenesten skal utvikles og styrkes og spesialisthelsetjenesten utvikle sin spesialisering.

Samtidig som Samhandlingsreformen ble innført, fikk Norge en ny lov: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (Helse- og omsorgsdepartement 2011). Denne nye loven skulle gjøre det enklere å nå samhandlingsreformens intensjoner og målsetninger, og det er i denne loven vi finner krav om samhandlingsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Samhandlingsavtalene skal gjøre samhandlingen mellom partene enklere ved å konkretisere ansvars- og oppgavefordeling samt etablere gode samhandlingsrutiner.



Ved innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, ble samhandling mellom tjenestenivåene lansert som et av virkemidlene for å lykkes i pasientbehandlingen. Med pasienten i fokus skal spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samhandle for å danne sømløse pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene.

*«Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte»* (Helse- og omsorgsdepartement 2009 s. 13)

Samhandling skal med andre ord gjennomsyre helse- og omsorgstjenestene fra toppledelse til de operative enhetene, fotfolket, og for å få dette til er helseforetakene og kommunene pålagt å opprette samhandlingsavtaler. Formålet med avtalene var å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen til partene og lage gode samarbeidsrutiner slik pasientene opplevde samordning av tjenestene, kvalitet i behandlingen og at det alltid er klart hvem som er ansvarlig for de aktuelle tjenestene.

#### 1.4.2 Samhandlingsavtale mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i fylket

I Møre og Romsdal er det forhandlet frem en likelydende avtale mellom helseforetaket og de 36 kommunene. Samhandlingsavtalene finnes tilgjengelig på helseforetakets hjemmesider.

Det var fra helsemyndighetenes side satt visse kriterier for avtalene

Samarbeidsavtalene skal bidra til å:

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samarbeidstiltak
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av god samhandlingskultur

- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte (Helse- og omsorgsdepartementet 2011 s. 8)

I avtalene er det blant annet spesifisert oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og helseforetaket slik at brukere kan oppleve mest mulige helhetlige og sømløse helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivå og organisasjonsgrenser til det beste for pasienten. Samarbeidet mellom partene skal bygge på likeverd, tillit og åpenhet og med en felles forståelse av oppgaver og ansvar.

Samhandlingsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i fylket består av en innledning med forklaring av formålet med avtalen, hva samhandling betyr og innebærer, og hvilke lover som ligger til grunn for den. Dernest følger et avsnitt om verdigrunnlag og målsetting. Her beskrives hvilke verdier samhandlingen skal bygge på og begreper som tillit, åpenhet og likeverdighet trekkes frem som viktige for å kunne gi et godt og helhetlig pasienttilbud.

De neste punktene går blant annet på samhandlingsområder, plikt til gjennomføring og forankring og avvikshåndtering. Forpliktelsen partene har til å gi opplæring til sine egne ansatte i en sengepost, samt at større endringer som planlegges av en part, skal den andre parten informeres om og involveres i. Partene skal orientere hverandre om endringer av rutiner, organisering og andre hendelser som kan ha innvirkning for den andre parten.

Avvikshåndtering skal bidra til forbedringsarbeid og erfaringsutveksling.

Samhandlingsavtalen har 13 delavtaler hvor en mer detaljert går inn i hvert samhandlingsområde og presiserer partenes sentrale plikter, oppgaver og ansvar. Det er spesielt delavtale 3a *Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester* og delavtale 5b *Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester* som er mest aktuelle i denne masteroppgaven. Delavtale 3a *Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester* har som formål å sikre at alle pasienter skal få et faglig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom primærhelsetjenesten til andre- linjetjenesten. Delavtalen tar sikte på å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved innleggelser i sykehus. Helseforetakets ansvar, plikter og oppgaver går på plikt til å gi spesialisthelsetjenester til personer med fast bopel eller som befinner seg innenfor helseområdet, veiledning og støtte overfor kommunene og forsvarlig behandling av pasientene de har

ansvaret for og i overføringen fra helseforetaket til kommunene. Kommunenes plikter, ansvar og oppgaver går på å tilby personer i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester, holde medikamentlistene til pasienter som benytter kommunale helse- og omsorgstjenester oppdaterte, og gi pasientene forsvarlig behandling også i overføring til helseforetaket. Deretter inneholder delavtalen et avsnitt hvor det er presisert hvilken dokumentasjon fra kommunehelsetjenesten som skal følge pasienten ved innleggelse i sykehuset. Videre går det frem hvilken plikt helseforetaket har til å sende melding om innlagt pasient til kommunen hvis pasienten er mottaker av kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykehuset er også forpliktet til å eventuelt bistå lege fra kommunehelsetjenesten ved tvil om behov for innleggelse, vurdere henvisninger i forhold til forskrifter og lignende, samt å innhente ytterligere dokumentasjon fra kommunehelsetjenesten ved behov. Delavtalene sier også at all kontakt mellom kommunen og sykehus skal dokumenteres i pasienten journal.

Delavtale 5b *Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester* er en noe lengre avtale som er svært detaljert i forhold til noen av de andre delavtaler. Den har også som formål å sikre forsvarlig og helhetlig pasientbehandling i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og gjentar kommunenes og helseforetakets ansvar, plikter og oppgaver i pasientbehandlingen. Videre kommer et eget punkt om definisjon av utskrivningsklar pasient. Her opprømses sju krav som må være oppfylt for sykehuslege kan definere pasienten som utskrivningsklar. Kravene går i all hovedsak på at problemstillingen ved innleggelsen er avklart og at diagnose og videre behandling er tatt standpunkt til og at pasientens samlede funksjonsnivå, i forhold til før innleggelse og fremtiden, er vurdert og formidlet til kommunen.

Delavtalen nevner så i neste punkt plikten til vurdering og varsling av pasientens behov for kommunale tjenester. Kommunen har plikt til å ha en ordning med koordinerende enhet i kommunen og foretaket er forpliktet til å etablere kontakt med denne i pasientens hjemkommune. Det presenteres deretter en detaljert prosedyre for hva som er forventet ved utskrivelse av pasienter med antatt behov for kommunale tjenester:

### ***5.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester***

*Dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyre følges:*

- 1. Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.*
- 2. Pasientens antatte funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning formidles til kommunen så snart dette er avklart, senest innen 24 t før utskrivning. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i Helse Møre og Romsdal HF (f.eks. multitraume, behov for respiratorbehandling med mer), og det ikke er mulig å foreta vurderingene innen ovenfor nevnte tidsfrist, skal vurderingene foretas og kommunene varsles så snart det lar seg gjøre. Slikt varsel skal uansett gis senest en uke før pasienten antas å være utskrivningsklar.*
- 3. I tilfeller hvor den første vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp i kommunen etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, vil 24 timers fristen starte fra det tidspunkt hvor det blir klart at et slikt behov foreligger.*
- 4. Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning, har sykehuset plikt til å bistå pasienten med å søke om slike tjenester. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte. I søknaden skal det fremgå om pasienten har/har hatt kommunale tjenester. Søknaden utfylles/sendes kommunen så tidlig som mulig.*
- 5. Helse Møre og Romsdal HF skal varsle kommunen så tidlig som mulig, dersom pasientens situasjon er vesentlig endret, slik at det kan være behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra kommunen eller NAV.*
- 6. Ved endret utskrivingsplan eller ved dødsfall informeres kommunen umiddelbart. Endring i utskrivningsklar dato skal registreres i pasientjournalen. (Helse Møre og Romsdal HF 2015 s. 27)*

Delavtale 5b inneholder så foretakets ansvar ved utskrivelse. Dette ansvaret går på å varsle kommunen om at pasienten som har behov for kommunale helsetjenester er utskrevet, skrive ut pasienten så tidlig på dagen som mulig, varsle pårørende om utskrivningen og sende epikrise eller lignende dokumentasjon

hvor det er beskrevet hvilken behandling pasienten har fått samme dag som utskrivningen finner sted. Foretaket er ansvarlig for pasienten så lenge han befinner seg på sykehuset også etter vedkommende er registrert utskrivningsklar hvis ikke kommunene er i stand til å tilby hjelp til pasienten på det daværende tidspunkt.

Kommunenes ansvar ved utskrivning er å så tidlig som mulig etter at de er varslet om at en pasient er utskrivningsklar, gi sykehuset beskjed om de kan ta imot pasienten. Kommunene er ansvarlig for å forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasientene etter at foretaket har meldt om pasientens antatte behov for kommunale tjenester.

Til slutt i delavtalen står det om kommunenes betalingsplikt fra den dagen pasienten blir meldt utskrivningsklar. Her følger både presiseringer og unntak fra reglene om betalingsplikt.

Avtalene er forhandlet frem og godkjent i organisasjonenes høyeste beslutningsnivå, altså helseforetaksstyret og de ulike kommunestyrene, og det er gjentatte ganger i dokumentene påpekt viktighetene med at samhandlingen er forankret i ledelsen. Toppledelsen skal så påse at avtalene blir gjort kjent nedover i organisasjonene og hvor mellomlederne skal sørge for at den blir praktisert i det daglige arbeidet. Avtalene skal evalueres og reforhandles hvert annet år.

### 1.4.3 Kommunenes nye rolle

Samhandlingsreformen legger opp til en endring i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene på tvers av forvaltningsnivåene. LEON- prinsippet skal ligge til grunn for all pasientbehandling. LEON-prinsippet innebærer at all pasientbehandling skal foregå på lavest effektive omsorgsnivå (Martens & Veenstra 2015). Ved å la pasientene få rett behandling, til rett tid og på rett sted, ønsker samhandlingsreformen å bidra til en mer samfunnsøkonomisk tilnærming. Reformen legger opp til at kommunehelsetjenesten tar over noen av oppgavene som spesialisthelsetjenesten tradisjonelt har hatt ansvaret for og på den måten kan tjenestene både bli kvalitetsmessig bedre og mer økonomisk gunstig (Helse og omsorgsdepartement 2009). Helsetjenester som utføres i spesialisthelsetjenesten er generelt mer kostbare enn hvis de overføres til kommunehelsetjenesten og ved å overføre oppgaver til kommunene, kan spesialisthelsetjenesten frigjøre tid og økonomi til videreutvikling av sine spesialiseringer. Mange av helsetjenestene vil bli bedre kvalitet på hvis kommunehelsetjenesten tar over da de er bedre rustet for koordinering av ulike sosiale-, pleie- og omsorgsbehov og har ofte nærmere

kontakt til pårørende.

Samhandlingsreformen vil sikre at overgangene mellom forvaltningsnivåene på en slik måte at pasientene føler trygghet og kvalitet (Helse- og omsorgsdepartement 2009). Det skal være gunstig for kommunene å kunne behandle flest mulig av sine pasienter i kommunehelsetjenesten, og slippe å legge inn pasientene i spesialisthelsetjenesten og ta imot sine utskrivningsklare pasienter. Samtidig er reformen klar på at ingen tilbud i spesialisthelsetjenesten må legges ned før et tilsvarende tilbud er etablert i kommunene, enten i hver enkelt kommune eller i interkommunale tilbud hvor flere kommuner går sammen for å tilby en tjeneste.

#### 1.4.4 Spesialisthelsetjenestens nye rolle

Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt tatt seg av mange ulike helsetjenester og mange av dem har både vært lite kostnadseffektivt og kanskje av for dårlig kvalitet. Det er generelt mer økonomisk ugunstig å tilby helsetjenester i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten da tjenestene i spesialisthelsetjenesten koster mer pr pasient (Helse- og omsorgsdepartement 2009).

Samhandlingsreformen ønsker å utvikle et system for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten der en understøtter og bidrar til hverandres kompetanseheving og roller i sine kjerneoppgaver. Spesialisthelsetjenesten skal ikke ta seg av oppgaver som kommunehelsetjenesten er bedre egnet til å ivareta. Det vektlegges at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal være likeverdige og beslutningstakere. Reformen legger til rette for en fremtidig utvikling av sykehusene hvor de har mer av de spesialiserte oppgavene som skal gi strategisk utvikling til å yte spesialiserte helsetjenester av høy kvalitet. Helseforetakene skal utvikles med tanke på standardiserte pasientforløp og pasientenes behov for koordinerte helsetjenester.

Spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten, men også ta lærdom fra kommunene.

Dagens organisering av spesialisthelsetjenesten utfordrer helhetstenking og mulighetene for sammenhengende tjenester, både innad i organisasjonen og i samspill med kommunehelsetjenesten. Et av utviklingsområdene samhandlingsreformen nevner for spesialisthelsetjenesten, er å utvide pasientforløpene utover sine egne organisatoriske grenser og løfte fokuset på forløpene til helhetsperspektiv på tvers av områder og forvaltningsnivå (Helse- og omsorgsdepartement 2009).

#### 1.4.5 Økonomiske insitamenter og utskrivningsklare pasienter

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Samhandlingsreformen lagt til rette for økonomiske insitamenter som verktøy for implementering av reformens tiltak. Gjennom betaling for utskrivningsklare pasienter i sykehus i påvente av kommunale tjenester, oppmuntres kommunene til å utvikle en helse- og omsorgstjeneste som er i stand til å ivareta sine innbyggers behov. Takst pr liggedøgn på sykehus av utskrivningsklare pasienter er fastsatt gjennom statsbudsjettet og er på et kostnadsnivå som raskt kan gi store økonomiske utfall i en slunken kommunekasse.

Det er sykehuslege som gjennom samhandlingsreformen har fått definisjonsmakt over når en pasient er utskrivningsklar eller ikke. I samhandlingsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i fylket, er det listet opp syv punkter som må være tilstede før legen kan definere pasienten som utskrivningsklar. Punktene går på avklaring av problemstillinger, diagnoser og videre planer i behandlingen, vurdering av funksjonsnivå etter sykehusoppholdet og formidling til kommunen om dette samt dokumentasjonskrav og videreformidling av informasjon om pasientbehandlingen til aktuelle samarbeidsparter.

Samhandlingsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene er svært konkret i forhold til tidsangivelser og frister for når kommunenes betalingskrav for utskrivningsklare pasienter inntreffer, noe som viser seg som nødvendig da delavtale 5a er den delen i avtalen det er mest uenighet rundt (Rapport om melding av uønska avvikshendingar 2015.)

#### 1.4.6 Hva sier samhandlingsavtalene om faktorer for god samhandling? Hva som skal til for god samhandling?

Samhandlingsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal sier mye om hvilke forpliktelser og forventninger partene har til hverandre. Setninger som:» Partene skal samarbeide om...» er hyppig brukt uten at det står hvordan og på hvilken måte partene skal kunne samarbeide og hva som ligger i det å samarbeide. Likevel er der en del begreper benyttet som en gjerne forbinder med forutsetning for vellykket samhandling og godt samarbeid. Begrepene går ofte inn i hverandre, og kan være vanskelig å se hver for seg uten å ta hensyn til dem samlet.

*«Samhandlingen innebærer god kommunikasjon, felles oppfølging og delt ansvar for pasienten/brukeren, felles utdanningsprogram og tett personlig kontakt» (Helse- og omsorgsdepartement 2009 s.*

4).

God kommunikasjon er et vidt begrep som inneholder flere elementer. Kommunikasjon er et samlebegrep hvor dokumentasjon, informasjonsutveksling, kunnskapsoverføring, holdninger, samtale og dialog er influert. I begrepet god kommunikasjon i samhandlingssammenheng, kan en spesielt tenke på den elektroniske informasjonsutvekslingen som daglig finner sted, hvilke ord og begreper en benytter for å beskrive pasientstatus. Skjønner den andre parten hva vi legger i det bestemte begrepet, er dette viktig informasjon for den andre part eller er det andre ting som er viktigere å få formidle, har den andre parten fått den nødvendige informasjonen som trengs for videre pasientbehandling? Spesialisthelsetjenesten er delt opp i fagområder og hvert fagområde har eksperter og spesialister som har unik kompetanse og kunnskaper på sitt fagområde. De har naturligvis en grunnleggende kompetanse på sykdom og behandling fra sin utdannelse, men innehar særlige og utdypede kunnskaper i sitt fagfelt. Dette innebærer at pasienter blir innlagt i avdelinger som er rett i samsvar mellom det som feiler pasienten og der hvor ekspertisen befinner seg. Spesialistene setter da i gang behandling etter pasientens problemstilling, uten nødvendigvis å behandle andre sykdommer innen andre fagområder. Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven. Når en legger dette tradisjonelle snevre pasientperspektiv som preger spesialisthelsetjenesten til grunn, kan en lett se hvor enkelt det er å overse eller ignorere viktig informasjon som kommunen kan ha god nytte av, som spesialisthelsetjenesten ikke tenker over å formidle. Det som kan være svært avgjørende for kommunehelsetjenesten å vite om pasientstatus, er spesialisthelsetjenesten ikke oppmerksom på og viktig informasjon formidles ikke videre. At en part må etterlyse viktig informasjon, eller at informasjonen som gis er mangelfull, er tegn på mindre god kommunikasjon, selv om parten ikke har unnlatt informasjon med vilje. Kommunikasjon handler også om non- verbal kommunikasjon. Denne fremkommer helst i fysiske møter eller for eksempel i telefonsamtaler hvor fremtoning og valg av ord og setninger blir tolket av samtalepartnern. Det kan være avvisning, himling med øynene, å være opptatt av mobiltelefonen eller kranglete og hissige fremtreden som bidrar til usikkerhet og dårlig kommunikasjon og samhandling. Ved å vie hele sin oppmerksomhet til samtalen, legge vekk forstyrrende element, slippe andre til ordet, lytte og vise med kroppen at en er tilstede og interessert i felles løsninger for det beste til pasienten, legger en til rette for god kommunikasjon.

Med begrepene felles oppfølging, delt ansvar for pasienten og felles utdanningsprogram appellerer avtalen til fellesskapsfølelsen og får frem at dette er et felles ansvar på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser. Helhetsperspektivet legges til grunn og utfordrer til å tenke utover sine vante



omgivelser og se pasientforløpet som mye videre enn en tidligere har vært vant til. Pasientforløpet starter i kommunen, går gjennom spesialisthelsetjenesten, og fortsetter i kommunehelsetjenesten igjen. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er ansvarlig for å se hele pasientforløpet som en helhet slik at tiltak settes inn med helhetsperspektivet som bakteppe til det beste for pasienten. Ved å benytte begrepene felles og delt ansvar, tvinges partene til å løfte blikket og innsatsen til pasientbehandlingen utover sine egne begrensede grenser, og bidra til at den andre parten har best mulig utgangspunkt for det videre pasientforløpet.

Tett personlig kontakt går på å sette pasienten i sentrum, også i overgangene mellom forvaltningsnivåene, hvor samhandling har vist seg spesielt utfordrende. Ved å opprette tett og personlig kontakt med samhandlingsparter, vil partene bedre yte sitt beste og pasientbehandlingen bli deretter.

Samhandlingsavtalen sier at opplæring av avtalene er viktig. Partene skal ha kjennskap til avtalen og bruke den i det daglige. Partene skal ha kjennskap til hverandre. Kjennskap til avtalens innhold, hvordan en andre part er organisert, hvilke forpliktelser partene har overfor hverandre og hvordan forpliktelsene skal innfris, er avgjørende for god samhandling. Uten denne kunnskapen vil samhandlingen halte og helhetsperspektivet vanskelig å danne seg. For å kunne lage et sømløst pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene, må partene ha kjennskap til hverandre og avtalen. Avtalen sier helsearbeidere skal arbeide på tvers av grenser for å skape sammenhengende tjenester. Dette er umulig hvis helsearbeiderne ikke har nok kunnskaper om hverandre og til avtalen.

Tillit, åpenhet, likeverdighet og gjensidig avhengighet er ord som blir brukt om hverandre og som avtalen bruker for å forklare hvordan partene skal arbeide sammen. De som arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten må vise tillit til hverandre og stole på at den andre part holder sin del av avtalen og tilbyr pasienten den rette helsetjenesten utfra deres vurderinger. Partene må ha tillit til og stole på at den andre part gjør som det er avtalt og har kunnskaper og kompetanse til å gjøre arbeidet sitt faglig forsvarlig. Samhandlingspartene må ha tillit til at den andre parten legger til rett for at pasientforløpet skal gå som planlagt og at partene gjør det som er mulig for at den andre parten skal kunne gjennomføre pasientbehandlingen på den optimale måte til beste for pasienten.

Åpenhet både i prosesser og utviklingsarbeid er viktig for god samhandling. Ved åpenhet har ikke partene grunn til å mistro hverandre og mistenke skjult agendaer. Åpenhet bidrar til tillit og trygghet, både for pasienten og for samhandlingspartnere. Ved å involvere samhandlingspartnere i planprosesser, utarbeidelser av rutiner og andre utviklingsprosjekt, vises en åpenhet som kommer alle parter til gode

(Amdam & Veggeland 2011).

Begrepet likeverdighet bygger på at partene skal anses som like betydningsfulle og ha lik makt i pasientforløpene, utviklingsarbeid samt i samhandlingsarbeid. Begge parter skal delta og ha samme forutsetninger for å uttale seg og bli hørt. Partene er like viktige i samhandling om pasientforløpene og skal derfor tillegges samme makt, ifølge avtalen.

Det legges vekt på at partene skal være gjensidig avhengige av hverandre, noe som igjen går på makt og maktfordeling: «*Samarbeidet bygger på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter som er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi et godt helhetlig tilbud*» (Helse Møre og Romsdal HF 2015 s. 5).

Partene må bli tidlig orientert og involvert i endringsprosesser som vil ha innvirkning på den andre part, og konsekvensutredning, dialoger og høringer, på tvers av forvaltningsnivå, hyppige benyttede redskaper før beslutninger vedtas. Det som besluttes hos den ene part kan med stor sannsynlighet få innvirkning på den andre part, selv om det ikke er oppmerksomhet rundt det når beslutningen tas.

Andre faktorer som skal gi god samhandling er at pasienten settes i fokus. Pasientens interesser og behov skal innfris så lang det er mulig utfra ressurser. Pasientfokus skal bevares på tvers av organisasjonsgrenser og forvaltningsnivåer for å skape en helhetlig pasienttjenlig helsetjeneste. Fokus skal være pasientens ve og vel og ikke begrensninger på grunn av overganger mellom helseforetak og kommune. Ved å ha helhetsperspektiv i pasientforløpet, tvinges partene til å involvere seg i den andre partens pasientbehandling. Forskning viser at det er overføringene fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten og omvendt som medfører de største utfordringene i et helhetlig pasientforløp (Grimsmo 2013). Ved å ha pasienten i fokus, skal helsetjenestene tilpasse seg hverandre og tjenestene skal flettes sammen til det helhetlige pasientforløpet. Pasienten skal oppleve ivaretagelse, trygghet, kvalitet og omsorg uavhengig av forvaltningsnivå som er ansvarlig for behandlingen der og da.

Samhandlingen skal bære preg av effektiv ressursutnyttelse og være løsningsorientert. Det skal legges vekt på muligheter og gode løsninger samtidig som partene skal drive effektivt utfra sine ressurser og kunnskaper. En forventer at partene ikke fokuserer på begrensninger og problemer, men legger helheten i pasientforløpene til grunn for sine handlinger selv om dette er ny og uvant måte å tenke på i helsetjenestene. Dette innebærer at det må være gode rutiner hos begge parter og at avgjørelser kan fattes på lavest mulig beslutningsnivå. Den ene part bør legge til rette for at den andre part kan holde sin del av samhandlingsavtalen og pasientbehandlingen innenfor sine ressurser så lang det er mulig.

Selv om der er nevnt viktige forutsetninger for god samhandling i samhandlingsavtalene, synes jeg at det hele koker ned til å vise respekt for pasienten, hverandre og hverandres arbeid. Respekt vises ved å ha tillit til at den andre part er faglig oppdatert og søker kompetanse der det trengs. Respekt vises ved maktlikevekt i forhandlinger og beslutningssituasjoner. Respekt vises ved tidlig å involvere den andre part i utviklingsprosesser, endringer av rutiner og planlegging som vil ha innvirkning på den andre part. Respekt vises ved å kommunisere med pasienten på en måte som viser at vi bryr oss og vil det beste for han uansett hvilket forvaltningsnivå hjelpen skal ytes på. Respekt vises ved å gi informasjon til den annen part på en slik måte at den forstås og kan nyttiggjøres i den videre pasientbehandlingen. Respekt vises ved å gjøre seg kjent med samhandlingspartene og omtale hverandre på en måte som skaper trygghet for pasienten.

### 1.5 Det normale pasientforløp for pasienter som trenger kommunale omsorgstjenester etter utskrivelse fra sykehuset

Hva som kan kalles det normale pasientforløp for pasienter som trenger kommunale omsorgstjenester etter utskrivelse fra sykehus, er beskrevet av flere, blant annet av Grimsmo (2013).

De fleste eldre som legges inn i sykehus, legges inn gjennom legevakt eller fastlege. Mange av pasientene er allerede inne i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og skal da så lang det er mulig ha med dokumentasjon fra den kommunale tjenesten som inneholder medikamentliste, opplysninger om hvilke hjelpemidler pasienten benytter samt sykepleieopplysninger. De gangene den kommunale omsorgstjenesten ikke er informert om innleggelsen, skal slik dokumentasjon gjøres tilgjengelig for sykehuset så snart som mulig. Det vil derfor gå elektronisk melding til aktuell kommune så snart noen som benytter kommunale helsetjenester er innlagt i sykehuset, slik kommunen får videreformidlet viktig informasjon om pasienten til sykehuset.

Hvis pasienten ikke allerede er inne i kommunal helsetjeneste eller har endrede behov etter innleggelsen, slik sykehuset anser det, skal helseforetaket sendt en melding til kommunen innen 24-timer etter innleggelsen med en kort oversikt over pasienten status, antatt funksjonsnivå og forventet utskrivningstidspunkt. På denne måten skal kommunen har mulighet til å forbedre seg på å ta imot pasienten når han ikke trenger å være innlagt i sykehus lenger, og organisere en tilfredsstillende pleie- og

omsorgstjeneste som skal ivareta pasienten behov etter oppholdet i sykehuset. Senest 24 timer før pasienten kan meldes utskrivningsklar, skal kommunen ha mottatt en oppdatert situasjonsbeskrivelse hvor funksjonsnivå og videre utfordringer for pasienten beskrives så nøyaktig som mulig, slik at de kan fatte riktige vedtak på videre kommunal helsetjeneste til det beste for pasienten. Det er flere steder i samhandlingsavtalen lagt vekt på at det er kommunene som legger føringer og bestemmer hvilket omsorgsnivå pasienten skal hjelpes på. Dette er presisert flere ganger da det har vært, og kanskje enda er, et problem for kommunene at sykehuset legger føringer for hvilket omsorgsnivå kommunen skal legges seg på i den enkelte pasientbehandlingen. Det er imidlertid viktig at helseforetaket beskriver pasienten funksjonsnivå og hjelpebehov på en slik måte at det blir lettere for kommunen å fatte riktig vedtak om omsorgsnivå og gi pasienten et best mulig pasienttilpasset tilbud.

Når sykehuset har utført sine forpliktelser i pasientbehandlingen og meldinger til kommunen, kan pasienten meldes utskrivningsklar. Kommunen har da plikt til å ta imot pasienten og gi et kommunalt tilbud innen et døgn før betalingskrav gjøres gjeldene. Er ikke kommunen i stand til å gi et forsvarlig kommunalt tilbud, betales et fast gebyr for hvert døgn pasienten forblir i sykehuset. Helseforetaket er pålagt å ta vare på den utskrivningsklare pasienten så lenge han er innlagt i sykehuset.

Samhandlingsavtalen sier at all kontakt mellom sykehus og kommune skal dokumenteres i pasientens journal (Helse Møre og Romsdal 2015). Dette sikres ved at partene benytter et elektronisk meldingssystem som er integrert i de gjeldende datasystemer som brukes i den daglige pasientbehandlingen. Etter at dette elektroniske meldingssystemet kom på plass for et par år siden, har samhandlingen gjort arbeidsdagen litt enklere. Tidligere var telefax den eneste måten å formidle pasientopplysninger på tvers av forvaltningsnivåene. Dette satte både dokumentasjonskrav og tidsbruk i et dilemma. Når endelig de elektroniske datasystemene kom, ble akkurat de utfordringene mindre og sykepleierne kunne bruke tid på andre viktige gjøremål i pasientbehandlingen.

## 1.6 Forskning på feltet

Flere studier om konsekvensene av samhandlingsreformen og samhandlingsavtalene er utført etter innføringen av reformen (Rambøll 2012. Gautun & Syse 2013). Studiene viser at informasjonsflyt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er utfordrende for begge parter, men at felles elektroniske verktøy oppleves som tidsbesparende for de ansatte.

Studier viser at kommunehelsetjenesten opplever større arbeidsmengde i pleie- og omsorgssektoren da

de eldre skrives ut tidligere fra sykehus og dermed er skrøpeligere og sykere enn de var ved utskrivninger fra sykehus før innføringen av reformen (Grimsmo 2013). Dette gir stor press på hjemmebasert omsorg i kommunene da de økonomiske insentivene for å etablere kommunale pleie- og omsorgstilbud er store.

## 2.0 Teori

Det teoretiske utgangspunktet i denne oppgaven er implementering, og det sentrale i oppgaven er å drøfte hvilke faktorer som ser ut til å påvirke iverksetting av samhandlingsavtaler mellom kommuner og helseforetak. I dette kapitlet presenteres implementeringsteori, samt perspektiver som knyttes til implementering, som ovenfra-og-ned, nedenfra-og-opp og instrumentell og kommunikativ rasjonalitet. Det er en klar sammenheng mellom ulike perspektiver på iverksetting og tilnærminger i rasjonalitet.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er preget av ulike kulturer, og det er grunn til å tro at det påvirker samhandlingen mellom disse aktørene. I teorikapitlet har jeg derfor også valgt å ta med en modell som skisserer egenskaper og kjennetegn ved de to tjenestenivåene.

### 2.1 Implementering

Å gå fra planleggingsstadiet til implementering av beslutninger, endringer og omstruktureringer, kan være en komplisert og vanskelig vei. Det krever mye av både de ansatte, lederne og organisasjonen som helhet. Mange faktorer vil påvirke hvordan implementeringen vil fungere og i hvor stor grad en lykkes i implementeringen.

Implementering betyr iverksetting, operasjonalisering eller realisering og disse ordene vil bli brukt om hverandre i denne oppgaven. Iverksetting handler om å gå fra bestemmelse til handling. Å kunne iverksette en handling forutsetter at det er foretatt en bestemmelse eller en beslutning på et eller annet nivå i organisasjonen. Det er vanlig å snakke om to ulike retninger i implementeringsteorien: Ovenfra- og nedperspektivet og nedenfra- og - opp- perspektivet (Offerdal 2014). Presentasjonen av tilnærmingene viser ytterpunktene av begge. I praksis vil man kunne finne elementer fra begge i implementeringsprosesser.

Tradisjonelt har implementeringsteorier hatt fokus på hvordan en får en beslutning ut i organisasjonene og videre satt ut i praksis av de ansatte (Van Meter & Van Horn 1975). På slutten av 1970- tallet og begynnelsen av 1980- tallet begynte forskerne å fokusere på svakhetene med ovenfra-og-opp perspektivet, som hadde vært det dominerende perspektivet så langt. Istedenfor å starte med en beslutning som kom fra ledelse, begynte man med en analyse av mangfoldet av aktører som samhandler på operasjonelt nivå med et spesielt problem eller problemstilling. Implementeringsprosessen med nedenfra-og-opp perspektiv vil arte seg på en annen måte enn med ovenfra-og-ned perspektiv. Fokuset på denne tilnærmingen, er lagt på strategier som aktører benytter for å nå sine målsetninger (Sabatier, 1986).

Senere forskning har rettet oppmerksomheten mer på hvordan iverksettingen av bestemmelser påvirker utøverne og hvilke problemer realisering av beslutningen medfører (Offerdal 2014).

Implementering svikter ofte på grunn av misforholdet mellom intensjonen og målsetningen med beslutningen på ene siden, og realiseringen i praksis på den andre. Ved å forske på implementeringsprosesser kan en få ny viten og forståelse for hvordan organisasjoner lykkes eller mislykkes i iverksetting av beslutninger. Det sentrale kriteriet for vellykket implementering er om praksisen stemmer overens med målsetningen (Offerdal 2014)

Implementering er vanskelig å studere på grunn av kompleksitet av elementer og ofte har en å gjøre med faktorer som kan være vanskelig å måle. Slike studier krever dermed omfattende analyser og enorme utlegg både i forhold til tid og andre ressurser. Studier av implementeringsprosesser kommer ofte som følge av en mislykket iverksetting og har gitt oss viktig informasjon om hvilke faktorer som bidrar til en forståelse av implementeringsprosessen (Van Meter & Van Horn 1975).

Jeg skal komme nærmere inn på teorier om iverksetting, men først vil jeg gå inn på hva som ligger i de to rasjonalitetene instrumentell og kommunikativ logikk og vise hvordan disse er knyttet til ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp tilnærmingene til implementering.

## 2.2 Instrumentell logikk

Instrumentell rasjonalitet eller logikk kalles i noen sammenhenger for formålsrasjonalitet. Enhver handling stiller krav om kunnskap i forhold til formålet og resultatet med handlingen slik rasjonaliteten kan evalueres (Amdam & Amdam 2006). Tradisjonelt er dette en tenkemåte som har vært dominerende i offentlig forvaltning gjennom årtider. Logikken innebærer at det finnes en ekspertise eller fagfolk som har kunnskaper om totalsituasjonen og som finner eller kjenner svarene til løsning for å nå målet. En legger vekt på å forklare årsak og virkning (Amdam & Amdam 2006). Det er ledelsen som fremmer målene og ekspertisen som avgjør hvilke tiltak som skal iverksettes for å nå disse. Selve handlingene som skal føre til målsetningen, er det andre i organisasjonen som utfører. Denne tenkemåten skiller altså mellom planleggerrollen og utførerrollen. Det innebærer at planleggingen foretas av en med ekspertise og realisering av handlingene og endringene som skal nå målsetningen, utføres av andre. Instrumentell tankemåte krever lydighet i organisasjonen og tillit blant de ansatte til at beslutningen fører til det ønskede målet. Det stilles få spørsmål til beslutningen og der er ingen rom for kompromiss. Makten er konsentrert i ledelsen og ekspertisen. Denne rasjonaliteten kan være gunstig ved store endringer i en begrenset tidsperiode. Instrumentell logikk ligger til grunn for ovenfra-og-ned tilnærming til implementering og vi finner altså igjen denne rasjonaliteten i Van Horn og Van Meters (1975) implementeringsteori som presenteres senere i oppgaven.

## 2.3 Kommunikativ logikk

Kommunikativ rasjonalitet har en mer sosial dimensjon hvor en tar hensyn til mellommenneskelige relasjoner. Denne tenkemåten har mer fokus på sosiale relasjoner, prosesser og verdier samt at løsning av konflikter bidrar til forandring. Menneskene grunngir sine handlinger og andre kan vurdere hvor fornuftige eller rasjonelle de er (Amdam & Amdam 2006). Kommunikativ rasjonalitet legger til grunn at personlige behov, interesser og ønsker må tas med i betraktningen av handlingene. En legger vekt på å skape meninger og oppslutning om forslag til endringer (Amdam & Amdam 2006) Ved denne tenkemåten skiller en ikke mellom planlegging og iverksetting som to ulike faser i organisasjonsendring, men ser på hele prosessen som en utvikling hvor planlegging og implementering skjer parallelt. Kommunikativ logikk vektlegger det mellommenneskelige aspektet i organisasjonsendring. Det kan

være behovet for å løse en problemstilling de ansatte opplever som vanskelig som er utgangspunktet for en endring i organisasjonen. De ansatte får bidra med problemformuleringen og komme med forslag til løsninger. På denne måten er de ansatte med i flere ledd av endringsprosessen og det det skilles ikke nødvendigvis på beslutningstaker og utøver som i instrumentell logikk. Kommunikativ logikk er en tankemåte som ligger til grunn for nedefra-og-opp tilnærming av iverksettingsteori.

## 2.4 Ovenfra-og-ned perspektivet

Det er vanlig å skille mellom to ulike tilnærminger til implementering. Den ene tar utgangspunkt i styring fra toppen av organisasjonen for å skape en endring, mens den andre tilnærmingen tar utgangspunkt i de ansattes ønsker og mål som starten på en endring.

Ovenfra- og- ned- perspektivet bygger på den instrumentelle tenkemåten hvor beslutningen tas på et nivå og handlingene utføres på et annet og lavere nivå i organisasjonen. Dette perspektivet ser på implementering som spørsmål om grad av samsvar mellom de sentralt utformede målsetningene og måten de blir realisert i praksis. I dette perspektivet kreves det klart definerte mål, styring og kontroll for å nå målsetningene slik at mål og praksis blir samsvarende i størst mulig grad (Amdam 2011). Dette perspektivet kalles også beslutningsorientert tilnærming til iverksetting da hovedfokuset er selve beslutningen og mindre på gjennomføringsprosessen som helhet (Kjellberg & Reitan 1995). Perspektivet forbindes med byråkrati, kontroll og avhengighet, og iverksettingen blir sett på som en instrumentell handling. Med andre ord: Det er foretatt en beslutning om en målsetning i ledelsen eller administrasjonen og handlingene for å nå målet utføres av ansatte nedover i organisasjonen. De ansatte forventes å være nøytrale og lojale til beslutningene som tas og har liten påvirkning på det som bestemmes. Flere har vært kritiske til en slik tilnærming til iverksetting (Amdam 2011). Michael Lipsky var en av de som var kritisk til modellen og mente at en burde være mer fokusert på de ansatte i organisasjonen som arbeider med handlingen i praksis (Lipsky 1980). Han innførte begrepet bakkebyråkrater. Lipsky definerer bakkebyråkartene som offentlige tjenestepersoner som handler direkte med borgerne og som har omfattende muligheter til å benytte skjønn som en del av arbeidet sitt (Lipsky 1980). En bakkebyråkrat er ifølge Lipsky en person som arbeider i det laveste nivået i en byråkratisk organisasjon. Bakkebyråkraten arbeider i det daglige i grenselandet mellom organisasjonen og omgivelsene. Det er bakkebyråkratene som utøver den politikken som er vedtatt i organisasjonens



ledelse. De vedtatte beslutningene er ofte preget av tvetydighet og motsetningsforhold i målsetningene fordi beslutningen kommer som resultat av forhandlinger og kompromisser. Dette skaper utfordringer for bakkebyråkratene som skal utøve politikken. Kombinasjonen av uklare målsetninger og rasjonering av tjenester fører til at bakkebyråkratene tvinges til bruk av skjønn som gir fordelings effekter. I dette med bruk av skjønn ligger det at bakkebyråkratene foretar vurderinger ut fra sine personlige verdisyn i kombinasjon med deres yrkesbakgrunn.

Vanligvis arbeider bakkebyråkratene med brukerne/ pasientene individuelt og dette medfører at andre brukere/ pasienter eller kollegaer ikke kan sammenligne skjønnsutøvelsen som er utført. De overordnede i organisasjonen fører sjelden kontroll med praktiseringen av arbeidet til bakkebyråkratene, bakkebyråkratene får dermed ingen tilbakemeldinger av sine skjønnsvurderinger.

Bakkebyråkratene står ofte i et konfliktfullt forhold mellom krav fra pasienter og egen profesjon på ene siden og vedtak tatt på overordnet nivå i organisasjonen på den andre siden (Djupvik & Eikås, 2010). Bakkebyråkratene opplever ofte ressursmangel og dermed stort arbeidspress. Mangel på tid gjør at en føler ikke får gjort arbeidet på en slik måte en ønsker og mener er forsvarlig. Ressursmangelen medfører også at noen arbeidsoppgaver må fortrenses til fordel av andreoppgaver. Tilførsel av ressurser vil likevel ikke nødvendigvis minske arbeidspresset, da å øke ressurstilgangen ofte vil føre til en økt etterspørsel av tjenester. Bakkebyråkratene opplever ofte skvis mellom organisasjonens mål om rutiner og masseproduksjon og behovet for individuelt tilpassede målsetninger (Lipsky 1980).

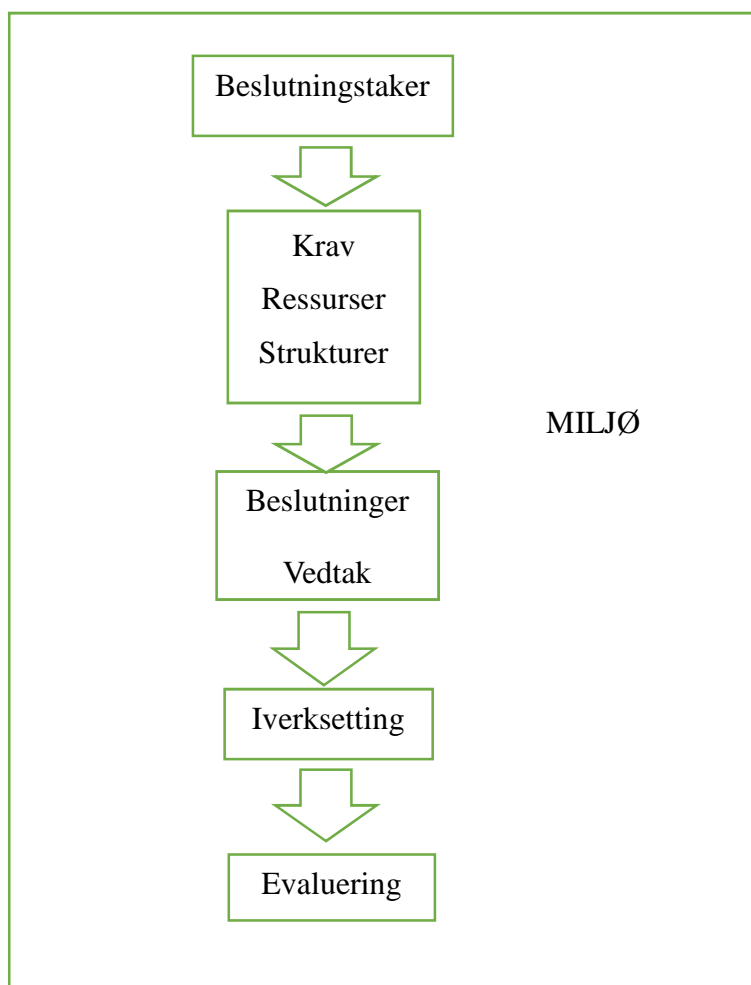
Det er ofte gjennom bakkebyråkratenes arbeid omgivelsene danner seg et bilde av organisasjonen de jobber i. Bakkebyråkratene kan sies å være organisasjonens ansikt utad.

Det er tre forskerpar som har dominert byggingen av teori rundt ovenfra- og-ned perspektivet på iverksetting de siste tiårene og det er deres tanker som vil bli presentert i dette kapitlet. Tildig på 1970-tallet kom Jeffery Pressman og Aaron Wildavsky med skrev boken «Implementation». Denne boken konkluderte med at all politisk politikk mislyktes i sin iverksetting da de som var satt til å gjennomføre vedtakene, ikke gjorde det de var satt til eller fordreide beslutningene (Pressman & Wildavsky 1984). Pressman og Wildavsky la stor vekt på den sentrale styringen i gjennomføring av beslutninger og dannet med det grunnlaget for at dette synet på iverksetting også benevnes som beslutningsorientert tilnærming (Kjellberg & Reitan 1995). Senere kom Van Meter og Van Horn med sine betraktninger om realisering av beslutninger. De bygde videre på den beslutningsorienterte tilnærmingen, men utvidet fokuset til også å vektlegge innholdet i vedtakene og hvordan innholdet ville ha innvirkning på iverksettingen (Van

Meter & Van Horn 1975). Van Meter og Van Horn definerte implementering av beslutninger som de aktiviteter som er rettet mot måloppnåelse i beslutningen. Dette inkluderer både arbeidet for å realisere beslutningen til operasjonalisering og de kontinuerlige anstrengelsene for å oppnå større eller mindre endringer som ligger i beslutningen.

Når Daniel Mazmanian og Paul Sabatier (1980) lanserte sine tanker rundt iverksetting, ble det sett på som en mer utdyping av teoriene Pressman og Wildavsky (1984) og Van Mater og Van Horn hadde presentert. Mazmanians og Sabatier tilføyde viktigheten av å se på konsekvensene av iverksettingen og dermed bringe vektlegging av evaluering inn i teoriene (Kjellberg & Reitan 1995).

Jeg vil illustrere denne beslutningsorienterte tilnærmingen gjennom en modell bestående av seks elementer som anses som avgjørende i et ovenfra- og -ned perspektiv på iverksetting av vedtak. Elementene har ikke tydelige avgrensninger mot neste element, men flyter litt inn i hverandre. På denne måten vil mange av begrepene gå igjen i flere av elementene.



### Beslutningstaker/ Sentral styring:

Ovenfra-og-ned perspektivet preges av stor vektlegging på sentral styring i gjennomføringen av beslutningene. Overordnet kontroll over organisasjonen benyttes som et effektivt instrument for å få iverksettingen realisert (Kjellberg & Reitan 1995).

Denne tilnærmingen er preget av tydelig ovenfra-og-ned perspektiv hvor beslutningstaker er ekspert og kjenner problemstillingene, løsningene og totalsituasjonen i forhold til krav fra eksterne og interne miljøer og utøverne er lojale og gjør det de er satt til å utføre. Tilnærmingen tar utgangspunkt i målsetningen som ledelsen i organisasjonen har definert, og ser på hvordan disse målsetningene gjør seg gjeldene nedover i organisasjonen og påvirker de ansattes arbeidsutførelse (Offerdal 2014)

Når det gjelder kontroll i organisasjonene, mener Van Meter og Van Horn at kontroll i denne sammenhengen går på å få realisert jobben og sikre samsvar i organisasjonens målsetning og ytelse (Van Meter & Van Horn 1975). Ledelsen må ha kontroll over at det drives effektivt og at ressursene fordeles etter ønsker og målsetning. Kontroll kan også defineres som lederens kontroll over at arbeidet utføres og regler følges. Kontroll i denne sammenhengen forbindes med ledelsens autoritet og organisasjonens hierarki. Ledelsen må vise kontroll over at organisasjonen har samsvar mellom det som er vedtatt og besluttet og det som faktisk utføres i praksis. Det er nettopp dette samsvaret mellom beslutningen og det som utføres i praksis, som er hovedutfordringen i en slik beslutningsorientert tilnærming av implementeringsprosessen (Van Meter & Van Horn 1975). Kontroll over organisasjonen er dermed et begrep som kommer igjen i alle elementene i den modellen.

Toppledelsen i organisasjonen representerer med andre ord ekspertisen, som kjenner både problemstillingene og løsningsforslagene (Kjellberg & Reitan 1995). Ledelsen har kontroll over organisasjonen med tanke på hierarkiske maktfordeling, økonomi, organisasjonens positive og negative ressurser og informasjonsflyt. Med dette som bakteppe, vedtas en beslutning. Ledelsen tar de ansattes lojalitet til det besluttede som en selvfølge. Ovenfra-og-ned perspektivet bygger altså på instrumentell logikk. Dette kommer jeg tilbake til etter hvert.

### Krav, ressurser og strukturer:

Det er viktig at implementeringsprosessen knyttes til formelle strukturer i organisasjonen. Forankring og støtte i ledelsen er helt avgjørende for å kunne realisere et vedtak ved beslutningsorienterende tilnærming (Kjellberg & Reitan 1995). Forankringen må deretter mobiliseres nedover i organisasjonen, via mellomledere. Det innebærer også fornuftige og tydelige målsetninger, sympatisk

iverksettingsforhold, tilgang på støtte og adekvat finansielle ressurser (Sabatier 1986). Enhver beslutning vil kreve et visst ressursbehov, og ledelsen må tilse at disse ressursene er tilstede (Van Meter og Van Horn 1975). Ressursene kan være av økonomiske art, personalmessige ressurser eller kunnskapsbaserte behov. Uansett hvilke ressurser det er snakk om, må de være tilstede for at iverksettingen skal kunne la seg gjennomføre. Uenighet mellom ledelsen og de ansatte, om hvilke ressurser som må være tilgjengelig, vil jeg ikke gå inn på her, men kommer mer inn på denne problemsstillingen i beskrivelsen av elementet om iverksetternes vilje og evne til å gjennomføre det som er besluttet.

Organisasjonene utsettes for krav fra yte og indre omgivelser, spesielt i beslutningsprosesser hvor omgivelsene vil påvirkes av vedtakene. Inneholder beslutningen store ressurser, vil interessen for prosessen som regel være større enn ved beslutninger med mindre ressurser tilgjengelig (Van Meter og Van Horn 1975). Organisasjonene må derfor ta hensyn til omgivelsene i beslutningsprosessen.

### Vedtakene:

Det teoretiske perspektiv som Van Meter og Van Horn benytter i sin artikkel bygger blant annet på at implementeringsprosessen vil variere alt etter som hvilken beslutning som er tatt (Van Meter og Van Horn 1975). De deler beslutningene inn i to ulike karakteristikk: hvor store endringene er og hvor stor enighet det er i målsetningen blant aktørene i implementeringen. Med tanke på graden av endringer som beslutningen innebærer er det to aspekter: 1) Realiseringen vil bli påvirket av hvor stor endring beslutningen innebærer i forhold til tidligere beslutninger. Van Meter og Van Horn mener at mange små endringer over tid, gir større sjanse for å lykkes i realiseringen av beslutningen. Dette kalles også inkrementalistisk tilnærming og innebærer at en gjennomfører små endringer skrittvis (Kjellberg & Reitan 1995). 2) Iverksettingsprosessen påvirkes av hvor stor organisatorisk endring som kreves. Det hevdes at jo mindre organisatoriske endringer som kreves, jo større sjanser er det for vellykket implementering (Van Meter og Van Horn 1975). Større organisatoriske endringer, vil naturligvis kreve mer energi, tiltakslyst og ressurser enn små organisatoriske endringer (Kjellberg & Reitan 1995)

Van Meter og Van Horn hevder at beslutninger som har innvirkning på relasjoner mellom ansatte vil bli vanskeligere å realisere enn beslutninger som har mindre innvirkning på relasjoner mellom ansatte (Van Meter og Van Horn 1975). Dette viser at relasjonene mellom ansatte er viktig og at stabilitet i disse forholdene foretrekkes av de fleste. Tap av slike sosiale relasjoner, kan være en viktig kilde til motstand til vedtaket (Jacobsen 2012)

### Målsetning/ intensjon:

Van Meter og Van Horn presiserer at implementeringsfasen ikke starter før beslutningen er tatt og målsetningen er identifisert av beslutningstakerne (Van Meter og Van Horn 1975). Selve iverksettingen starter etter beslutningen er vedtatt, altså i realisering av det som er bestemt. Dette er i tråd med beslutningsteorien «economic man». Economic man er en endringsstrategi som har som formål å skape endring for å øke en økonomisk verdi for organisasjonen. Strategien fokuserer på formelle strukturer og er drevet frem av toppledelsen i organisasjonen som har vurdert behovet for en endring. Endringene er altså planlagte. En kan med andre ord si at strategien economic man er en beslutningsteori som ser på endring som en prosess der det settes mål, alternative løsninger vurderes før en beslutter hvilken løsning som er best og beslutningen iverksettes (Jacobsen 2012).

Beslutninger hvor en ikke har kommet til enighet om målsetningen vil bli vanskeligere å iverksette enn i tilfeller hvor en har kommet til konsensus (Sabatier 1986). Beslutningene eller bestemmelsene må inneholde tydelige mål og intensjoner og disse må formidles ned og ut i organisasjonen, til de som er satt til å realisere dette i praksis. Er målsetningen eller intensjonene ukjent eller utydelig for iverksetterne, kompliseres realiseringen og i ytterste fall mislykkes. Uklarhet eller tvetydighet i målsetningen eller formålet ved beslutningen, gir rom for fordreining og fortolkninger som igjen kan preget gjennomføringen av beslutningen (Kjellberg & Reitan 1995).

### Iverksetting:

Beslutningene i dette ovenfra-og-ned perspektivet iverksettes av andre enn beslutningstakerne, og iverksetternes holdninger og oppfatning av vedtaket, vil påvirke utfallet av gjennomføringen av vedtaket (Offerdal 2014). Iverksetterne evne og vilje til å gjennomføre det som er vedtatt, er avgjørende for resultatet av iverksettingen (Kjellberg & Reitan 1995).

Hvis de ansatte er negative til endringene i organisasjonen, vil iverksettingen preges av denne negativiteten og gå saktere eller stoppe opp. Det er imidlertid noen virkemidler som kan hjelpe ledelsen til å oppnå samsvar mellom vedtaket og det som realiseres i praksis. Et av disse virkemidlene er å innføre sanksjoner. I organisasjoner hvor de ansatte har positive holdninger og føler tilknytning til organisasjonens målsetning og krav, kan samsvar oppnås ved normativ makt- altså ved å tilfredsstille behovet for sosial tilhørighet og tilknytning. I organisasjoner hvor de ansatte ikke føler en sterk tilknytning til organisasjonens holdninger, men kun arbeider der for å kunne tjene til livets opphold, kan samsvar oppnås ved lønnsøkning eller andre insitament som føles nyttige eller verdifulle for de ansatte

(Van Meter & Van Horn 1975).

I de fleste endringsforslag i en organisasjon vil der være endringsmotstand i større eller mindre grad. De ansatte har en trang til å gjøre slik det alltid har blitt gjort, og alle endringer vil dermed representere en frykt (Jacobsen 2012). Motstanden ligger ofte i resursbegrensninger, kostnader, behovet for stabilitet og disse faktorene bidrar til at ting helst blir utført slik det alltid har blitt utført.

Forholdet mellom lederne og de ansattes er avgjørende i implementeringsprosesser i komplekse organisasjoner. Det forventes at underordnede er trofaste mot det som deres overordnede har besluttet. Lojalitet blant de ansatte ses på som en selvfølge og denne lojaliteten har sitt utgangspunkt i organisasjonens makthierarki. Toppledelsen har makt gjennom sin autoritet og kunnskap. Videre har mellomlederne makt fordi det er de som styrer de ansatte som skal iverksette beslutningene ut i det praktiske arbeidslivet. Toppledelsen og mellomlederne har kontroll over informasjon som gis og utstyret som skal benyttes for å realisere bestemmelsen. Organisasjonen er derfor helt avhengig av at både mellomledere og de øvrige ansatte er trofast og lojale mot det som bestemmes for at iverksetting av beslutninger blir vellykket (Van Meter & Van Horn 1975).

Ledelsens makt er også et viktig begrep med tanke på oversikt over de ansattes aktiviteter i organisasjonen. De overordnede har autoritetsmakt i sine ledelsesposisjoner, men makten til de ansatte er også stor i organisasjoner hvor lederne har lite innsikt i hva de ansatte gjør i praksis. Derfor er det viktig å se på dette når en skal studere en kompleks organisasjon. Det er mange måter en overordnet kan tilegne seg informasjon om aktiviteten til de ansatte på: rapport fra mellomledere, inspeksjoner av de ansatte, kontakt med de ansatte og formelle undersøkelser. De ansattes har også en form for makt da det er de som til en viss grad kan velge å utføre det som er forventet eller la være å gjøre det de er satt til. Det er størst sjans for at de ansatte utfører bestemmelsene i praksis når insitamentene oppleves høyest ved å realisere i forhold til å la være å realisere dem (Van Meter & Van Horn 1975).

Det er spesielt tre faktorer som påvirker iverksetternes evne og vilje til å realisere beslutningen: deres kompetanse og forståelse, deres tanker for eller mot vedtaket og til sist hvilken intensitet som må legges i responsen (Van Meter og Van Horn 1975). Intensiteten i responsen er med andre ord innsatsen som kreves av de som skal iverksette beslutningen.

Iverksetternes forståelse av vedtaket er avgjørende for realiseringen og meget viktig for hele iverksettingsprosessen (Sabatier 1986). Hvis iverksetter ikke er enig i målsetningen, intensjonene eller ressurstilgjengeligheten i vedtaket, kan implementeringen bli vanskelig.

Måten beslutningene kommuniseres til de ansatte på, er avgjørende for en vellykket implementering. Iverksetters respons er avhengig av vedkommende sitt syn på vedtaket og målsetningen. God og tydelig kommunikasjon er avgjørende i realiseringen av beslutninger, men god kommunikasjon alene er ikke nok for å lykkes.

Deltakelse i planleggingsprosessen har vist seg å bøte på endringsmotstand og manglende tilslutning av vedtak. Deltagelse fører til høyere moral blant de ansatte og høy moral blant de ansatte er nødvendig for en vellykket iverksetting (Offerdal 2014). Deltagelse fører til større forpliktelse og høy grad av forpliktelse er ønskelig for å oppnå effektive endringer. Ved å delta i beslutningsprosessen, vil en oppnå større klarhet og forståelse i forhold til innovasjon. Klarhet og forståelse er nødvendig for å få en vellykket iverksetting. Deltagelse vil medføre mindre motstand til endringene og dermed større sjanse for en vellykket implementeringsprosess. Underordnede vil ha en motstand til å iverksette noe de overordnede har besluttet, når de underordnede ikke har vært med i planleggingsprosessen (Jacobsen 2012). Dette kan en altså unngå ved å benyttes kommunikativ logikk ved å la de ansatte få være med i beslutnings- og planleggingen av iverksettingsprosessen.

#### Evaluerings:

Mazmanian og Sabatier brakte begrepet evaluering inn i ovenfra-og-ned perspektivet. De mente at evaluering av implementeringen var viktig lærdom i senere prosesser (Mazmanian & Sabatier 1980).

Faktorer som er viktige tidlig i iverksettingsprosessen, kan vise seg å ha mindre betydning senere i prosessen. Derfor er det viktig å studere implementering over tid. Fokus på målsetning, og gjerne i kombinasjon med langt tidsaspekt, gir en mindre pessimistisk evaluering (Sabatier 1986).

Konsekvensene av en beslutning og iverksettingen av den, kan første vise seg etter lang tid, ofte mange år. Tålmodighet er derfor en nødvendighet i implementeringsprosesser. Ved å fokusere på realiseringen av beslutningen i praksis, vil undersøkelser av implementering belyse kreftene som har innvirkning på iverksettingen av beslutningen.

Ovenfra-og-ned tilnærmingen kan oppsummeres på denne måten:

- Kommunikasjonsprosessen er viktig for å lykkes i implementeringsprosessen. Dette innebærer at utøverne må vite hva de skal utføre. De må forstå helt og fullt hva som kreves av dem. Vedtaket må formidles på en måte slik at utøverne forstår hva det innebærer. Bestemmelsen må være tyde-

lig, klar og ikke til å misforstå. Hvilke forventninger som ligger i vedtaket og på iverksetter, må presenteres på en slik måte at det oppfattes.

- Er organisasjonen i stand til å skape en vellykket implementering? Evnen til implementering er avhengig av at de ansatte har tid og kunnskaper til å gjennomføre vedtaket, at informasjonskanalene fungerer som de skal og at finansieringen og tid til realiseringen er tilstede. De overordnede må også være i stand til å instruere sine ansatte. Om organisasjonen er i stand til vellykket implementering belyses gjennom følgende komponenter: vedtakets ressurser, kommunikasjon i organisasjonen og organisasjonens muligheter for å tvinge vedtaket inn i de praktiske ytelsene, egenskaper ved de ansatte som skal iverksette, ledelsen, vitaliteten i organisasjonen og det økonomiske, sosiale og politiske miljøet i organisasjonen.

Det er mange utfordringer knyttet til iverksetting av politiske beslutninger eller andre vedtak.

Iverksettingen kan svikte på grunn av at de som er satt til å iverksette nekter å utføre det de er satt til å gjøre. Dette kan blant annet skyldes uenighet i målsetningen eller iverksetterens personlige verdier, selvinteresser eller ønske om å opprettholde nåværende retningslinjer.

Det er kommet noe kritikk til denne tilnærmingen til implementeringsteori (Sabatier 1986). En av kritikkene er at teorien har hovedperspektivet på beslutningstakerne og ignorerer de andre aktørene i iverksettelsen. Ovenfra-og-ned tilhengere setter beslutningstakerne som nøkkelpersoner og anser de andre aktørene som hindringer til å få realisert beslutningen. Dette igjen fører til at det ikke blir lagt vekt på de strategiske initiativene som kommer fra privat sektor, fra bakkebyråkrater eller andre iverksettere. Ovenfra-og-ned perspektivet vektlegger ikke sosiale strukturer og erfaringer fra de ansatte.

Ovenfra-og-ned tilnærmingen er vanskelig å bruke i situasjoner hvor der ikke er noen dominant politikk men et mangfold av politiske direktiver og aktører. En har også liten mulighet til å forutse hvilket resultat eller outcome en slik kompleks situasjon fører til (Sabatier 1986).

I denne tilnærmingen overser en ofte faktumet om at noen organisasjoner er involvert i både i beslutningstakingen og iverksettingen. Iverksetterne kan snarere ignorere sentrale føringer og gjøre avtaler med hverandre, heller enn å følge de overordnedes bestemmelser.

Noen av styrkene ved denne tilnærmingen er at ovenfra-og-ned tilnærmingen kan være nyttig i situasjoner hvor der er et dominerende program til vurdering eller hvor de som analyserer er veldig interessert i å effektivt utføre et program (Sabatier 1986).



Perspektivet kan være fruktbart når en er interessert i meningen, beslutningens resultat og outcome.

Tilnærmingen fokuserer på i hvilken utstrekning selve systemet er strukturert og oppbygd.

Ovenfra-og-ned tankegangen er mer nyttig for innledende vurderinger fordi det er mer teoretisk utviklet.

## 2.5 Nedenfra- og- opp- perspektivet

Nedenfra-og-opp perspektivet preges av partnerskap, fleksibilitet, nyskapning og erfaringslæring. Dette perspektivet kalles også for prosessorientert tilnærming hvor implementering ses på som en helhetlig prosess (Kjellberg & Reitan 1995). Implementeringsprosessen ses på som en kommunikativ handling og legger vekt på samhandlingen mellom aktørene i prosessene. Om iverksettingen blir sett på som vellykket, kommer an på om aktørene har fått realisert sine mål (Amdam 2011). Lederen sees på som en tjener slik at aktørene opplever samsvar mellom ønsket endring og resultatene av tiltakene. Aktørene er likeverdige og handlingene tilpasses gjennom forhandlinger og kompromisser (Amdam 2011).

Nedenfra-og-opp tilnærmet implementering starter ved å identifisere nettverket av aktører som er involvert i tjenesteyting og spør dem hva som er deres mål, strategier, aktiviteter og kontakter. Denne kontakten blir så benyttet som et redskap eller verktøy for utvikling av nettverk for å videre identifisere lokale, regionale og nasjonale aktører som er involvert i planlegging, finansiering og utarbeidelser av statlige og ikke- statlige program. Dette medfører en mekanisme for bevegelse fra bakkebyråkrater (the bottom) opp til beslutningstakerne/ lederne (the top). Forskning har vist at implementering lykkes lettere når aktørenes evner i de lokale iverksettingsprosessene benyttes fremfor anstrengelser fra sentrale aktører (Sabatier 1986). I prosessorientert tilnærming er det vanskelig å definere hvor beslutningsfasen slutter og hvor iverksettingsfaser starter (Kjellberg & Reitan 1995).

Implementering med nedenfra-og-opp tilnærming ser på iverksetting som en prosess der en ikke skiller mellom beslutningstaker og utøver på samme måte som ved ovenfra-og-ned perspektiv. En fokuserer heller på en problemstilling og de ansatte får anledning til å bidra med forslag til løsninger og tiltak for å løse problemet. En kan si at problemet står i fokus og ikke tiltaket (Kjellberg & Reitan 1995). Å identifisere iverksetterne, blir dermed en del av iverksettingsprosessen (Offerdal 2014). Ved å fokusere på hva de ansatte ønsker løsning på eller endring av bidrar, slik jeg ser det, til større engasjement blant de ansatte. De ansatte får mulighet til å påvirke utfallet og komme med sine tanker rundt hva som ønskes

å oppnås, altså målsetningen i endringsprosessen. På denne måten tas det hensyn til de menneskelige forholdene i organisasjonen og de ansattes meninger, holdninger og kultur tas på alvor.

Denne tilnærmingen av iverksetting er altså ikke så opptatt av selve beslutningen, men mer av nøyaktig kartlegging av aktørenes strategier rundt problemet. Perspektivet gir heller ikke særlig interesse i selve implementeringen, men mer av forståelsen av aktørene interaksjon i den delen av organisasjonen (Sabatier 1986).

Nedenfra-og-opp tilnærmingen har også svakheter, ifølge Paul Sabatier (Sabatier 1986): Perspektivet kan stå i fare for å legge for stor vekt på periferien i organisasjonen fremfor den sentrale ledelsen. Fokuset på aktørenes mål og strategier for å nå dem, kan undervurdere ledelsens indirekte innflytelse over målene og strategiene for å nå disse målene gjennom evnen til å påvirke de institusjonelle strukturer som aktørene opererer i. Det er også en svakhet at en tar tak i en spesiell teori om faktorer som påvirker den enkeltes interesse. Siden den legger stort tyngde på persepsjon og aktivitet hos deltagerne, blir de fanget i utførelsen og det kan derfor være vanskelig å analysere indirekte påvirkninger til deres oppførsel. Nedenfra-og-opp tilnærming kan være nyttig i situasjoner hvor man er mer interessert i utvikling av de ansatte og hvor man nødvendigvis involverer et mangfold av offentlige og private aktører.

Perspektivet er også gunstig når en fokuserer på den lokale implementeringsstruktur og dermed bedre kan vurdere de lokale variasjonene, men perspektivet er enda noe nytt og ikke ferdigutviklet (Sabatier 1986).

Styrken i nedenfra-og-opp tilnærmingen er at det setter fokuset mot spørsmålet om hvordan en beslutning kan utformes slik at effekten av den blir slik en ønsker (Offerdal 2014).

I stedet for å måtte velge en av de to tilnærmingene, kan en ta de beste egenskapene fra begge og koble disse. Man kan starte med et problem i stedet for med en beslutning. Så må en undersøke de ansattes, på de ulike nivåene i organisasjonen, strategier for å løse problemet og aktørenes løsningsforslag for å nå målsetningen.

Det er ikke bare perspektivet på implementeringen av samhandlingsavtalene som er avgjørende for hvordan disse realiseres i praksis. De kulturelle forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har også en stor innvirkning på hvordan partene samhandler i det daglige arbeidslivet. Undersøkelser har vist at de to forvaltningsnivåene ser svært forskjellig på blant annet pasientforløp og dette kan, slik jeg ser det, få stor innvirkning på hvordan vi samhandler med hverandre. I det følgende vil jeg komme nærmere inn på disse kulturforskjellene.

## 2.6 Ulike kulturer og ulike perspektiv på pasientforløp

Samhandlingsreformen ønsker å bidra til et mer helhetlig pasientperspektiv hvor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sammen setter pasienten i fokus og tilrettelegger sine tjenester i forhold til pasientene behov. Tjenestene skal fremstå sammenhengende, koordinerte og pasientrettet uavhengig hvor i behandlingsforløpet pasienten befinner seg og hvilke av forvaltningsnivåene som har ansvaret for tjenestene der hvor pasienten befinner seg for øyeblikket.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er organisert på ulike måter og de forskjellene gir grunnleggende ulikheter i organisasjonskulturer og på hvordan pasientforløpet blir sett på av aktørene. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan sies å være gamle organisasjoner til tross for en viss modernisering gjennom årenes løp. Gamle, store organisasjoner kan være vanskelige å endre. Disse endringsvanskene skyldes kompleksitet med mange ansatte prosedyrer og rutiner, mange lag i hierarkiet og mange underenheter (Jacobsen 2012). Disse store organisasjonene innebærer også mange ansatte og mange ulike interesser, perspektiver og kulturer. Organisasjonskultur defineres gjerne som et system av felles verdier og ideer om hvordan ting fungerer og skal gjøres. Fra dette utvikles normer og forventninger til ytelse (Kaufmann & Kaufmann 1998) Kultur er dermed en måte å betrakte omgivelsene på og jo sterkere kulturen er jo vanskeligere er det for de involverte å ta innover seg andre meninger eller synspunkter. Kulturen i en organisasjon er grunnleggende stabil og endring av kultur en tar gjerne lang tid (Jacobsen 2012). En organisasjonskultur kan beskrives å være de ansattes organisasjonstrekk. Jeg legger til grunn at kulturen i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er dypt forankret gjennom mange år og partenes perspektiv på pasientforløp bygger på denne kulturen. Ulike kulturer gir utfordringer med tanke på å innfri samhandlingsaspektet som ligger i samhandlingsavtalene.

I tabellen under har kulturforskjellene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skjematisk blitt satt opp og viser de relativt store ulikhetene i kultur og perspektiv som lett kan medfører samhandlingsutfordringer og problemer (Røsstad et al. 2013).

## ”Kulturforskjeller”

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet Lite/langsom endring	Kortsiktig – ofte med store endringer på kort tid.
Helseproblemer	Multimorbide pasienter, hele spektret diagnoser/problemer	Ofte fokus på ett problem om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv.	Diagnoseorientert og med avansert teknologi.
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, Sterk pasientrolle	Sjelden og i korte perioder. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adheランス først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange - horisontalt, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak vertikalt med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

Råsstad T, Garaasen H, Steinsbekk A, Sletvoll O, Grimsmo A. Development of a patient centered care pathway across health care providers: A qualitative Study. BMC Health Service Research 2013;

Der er, og skal være, ulikheter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Som nevnt i innledende kapittel er spesialisthelsetjenesten preget av stor grad av spesialisering. Denne spesialiseringen medfører også en form for fragmentering hvor andrelinjetjenesten er delt opp i enheter og hvor de ulike enhetene er eksperter på hvert sitt diagnoseområde. Ikke bare har spesialisthelsetjenesten delt seg i medisinsk, kirurgisk og psykiatriske sykdomsområder, men innenfor de tre hovedgruppene er der også en fragmentering. På denne måten vil hver enhet inneha kompetanse som er unik innenfor sitt fagområde og når pasienter innlegges i den aktuelle enheten er fokuset problemet og sykdommen som denne enheten er ekspert på. Denne spesialiseringen har innvirkning på aktørens informasjonsgrunnlag, synsvinkler og prioriteringer (Bentsen et al. 1999). Det er naturligvis ikke slik at alle andre sykdommer eller problemer ignoreres, men hovedfokuset er likevel innenfor det aktuelle fagområdet. Oppmerksomheten er på et eller få problemområder av gangen, pasienten totale funksjonsnivå har mindre fokus. Har pasienten flere diagnoser eller sykdommer, henvises han til den enheten som innehar ekspertkompetansen på det fagområdet. Pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten er kortsiktig og har som målsetning å få pasienten friskest mulig, slik han kan komme hjem eller videre til kommunal omsorg.

Helseforetakene har fokus på den medisinske behandlingen av pasientens sykdom og melder pasienten

som utskrivningsklar når den medisinske behandlingen i sykehuset er ferdig. Den stadig kortere liggetiden på sykehuset, kan gjøre at pasienten fremdeles er i en aktiv sykdomsfase ved utskrivning. Hjelpebehovet til pasienten kan derfor stige etter utskrivelsen. Kommunehelsetjenesten formidler derfor ofte at sykehusene undervurderer pasienten hjelpebehov (Orvik 2004)

I spesialisthelsetjenesten tas bestemmelser og beslutninger basert på faglige retningslinjer, som regel etter spesialistens anbefalinger. Når beslutninger angående pasientbehandlingen skal tas, gjøres det gjerne i tverrfaglige møter med flere tilstede og med faglige retningslinjer som preferanse. Pasientens rolle i slike beslutninger er derfor minimale da en anser pasientens kompetanse i problemstillingen som liten. Når pasientene er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, er det mer kortsiktig planlegging. Pasienten får behandling for sitt helseproblem og behandlingen kan gjerne medføre store endringer for pasienten over kort tid. Behandlingen er knyttet til hvilken diagnose pasienten har og det benyttes gjerne avansert teknologi i pasientbehandlingen.

Pasientens forhold til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er sjeldnere og i kortere perioder enn i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten samarbeider hovedsakelig kun med kommunehelsetjenesten. Det er sporadisk samarbeid med pårørende og andre aktører.

Det er lett å se at denne spesialiseringen i andrelinjetjenesten utfordrer kommunehelsetjenestens syn på pasientbehandling. Kommunehelsetjenesten har kontakt med pasienten over lang tid, gjerne over mange år. Endringer i pasientens helsemessige utfordringer skjer over tid og planleggingen er derfor ofte langsiktig og hos eldre pasienter, kanskje mot resten av livet. Kommunehelsetjenesten står for hoveddelen av pasientbehandlingen i det daglige. Kommunehelsetjenesten fokuserer mindre på diagnoser og mer på hvilket funksjonsnivå pasienten befinner seg på. I hvor stor grad pasienten mestrer de vanlige aktiviteter i dagliglivet ligger til grunn for vurderingen av pasientens funksjonsnivå og hvor den kommunale helsehjelpen eventuelt må bestå, uansett hvor mange diagnoser og sykdommer pasienten har. Perspektivet på pasientbehandling i kommunehelsetjenesten kan slik sies å være mer langsiktig og helhetlig enn i spesialisthelsetjenesten. Endringene er som regel beskjedne og langsomme. Eldre pasienter som mottar helsetjenester i kommunene har ofte mange diagnoser og sykdommer som primær- helsetjenesten må forholde seg til. Oppmerksomheten blir derfor ikke på den enkelte diagnose eller sykdom og behandling av dem, men på funksjonsnivået til pasienten og på hvordan pasienten mester de daglige aktiviteter i hverdagen. Pasientbehandlinger går ofte på tilrettelegginger i dagliglivet aktiviteter. Eksempler på aktiviteter i dagliglivet kan være å gå på toalettet, stå opp og legge seg i seng

og lage mat osv. Pasienten er på denne måten svært delaktig i behandlingen. Siden kommunehelsetjenesten forholder seg til pasientene i lengere tidsperioder og fokuserer på hvilke aktiviteter de mestrer i dagliglivet, er det naturlig at pasienten synspunkter og meninger tas hensyn til. Pasientrollen blir dermed sterkere i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Forholdet mellom pasient og helsepersonell i kommunehelsetjenesten er kontinuerlig over mange år. Ofte mottar pasientene ulike former for hjelp og i varierende intensitet gjennom perioder av år alt ettersom hvordan behovene melder seg og endrer seg.

Fastlege, sykehjem og hjemmesykepleier har et perifert forhold til hverandre i den forstand at de gjerne befinner seg fysisk forskjellige steder og de kjenner ikke nødvendigvis til hverandre. Beslutninger som må tas i forhold til pasientbehandlingen tas derfor ofte av den enkelte helsearbeider, gjerne av den som arbeider tettest med pasienten. Pasienten og pårørendes medvirkning og ønsker tillegges stor vekt i behandlingen.

Den kommunale helsetjenesten samarbeider med mange aktører i pasientbehandlingen, også utenfor helsetjenesten. Dette kan være samarbeid med NAV, Hjelpemiddelsentralen, drosjesentralen osv. Det er ofte tatt samarbeid med pasientens pårørende.

Iverksetting av et vedtak er preget av den tilnærmingen de som tar bestemmelsene, velger å ha i beslutningsprosessen. Ved bruk av instrumentell logikk, som ved ovenfra- og- ned perspektiv, ses de ansatte på som lojale verktøy for å få vedtaket satt ut i livet, mens nedenfra- og- opp perspektiv med kommunikativ logikk, bygger på de ansattes meninger og deltagelse i beslutningsprosessen, slik de ansatte selv er med på å legge føringer for realiseringen av beslutningen.

Ulike kultur utfordrer samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i det daglige, både med tanke på hvilken pasientinformasjon som formidles den andre part og med tanke på perspektiv på pasientforløp.

### 3.0 Metode

I forskning er valg av vitenskapelig metode avgjørende for resultatet av prosjektet (Malterud 2011). Ved å velge en metode som ikke er egnet, vil hele forskingsresultatet påvirkes og i verste fall bli misvisende, feil eller meningsløs. Metoden skal stå i forhold til hva en skal forske på og hva en ønsker svar på i

prosjektet. Forskningsmetoden må derfor velges ut fra problemstilling og forskningsspørsmålene som er utarbeidet.

Forskningen påvirkes av hvilket vitenskapsperspektiv som benyttes i undersøkelsen. Tolking av mening i den innsamlede empiriske datamengden kan få ulike resultat utfra forskerens vitenskapelige vinkling.

### 3.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign skal vise en oversikt over de sentrale elementene i et forskningsprosjekt og planen over hvordan vi skal få svar de de spørsmålene vi vil ha svar på (Kalleberg 2007).

#### 3.1.1 Kvalitativ vitenskapsmetode

Kvalitativ forskning egner seg godt for forskning av beskrivelser og undersøkelser av menneskelige erfaringer, meninger og opplevelser (Malterud 2011) og tilstreber en helhetsforståelse og analytisk beskrivelse av spesielle forhold (Grønmo 2007). Metoden bygger på opplysninger som forskeren har ervervet seg gjennom samtaler, observasjon, dokumenter eller på andre måter. For å finne svaret på problemstillingen i dette forskningsprosjektet, er kvalitativ metode naturlig å benytte. Forskingen vil belyse og forsøke å forstå hvilke faktorer som påvirker iverksettingen av samhandlingsavtalene, sett fra sykepleiernes side. Sykepleiernes erfaringer og meninger skal fokuseres og analyseres gjennom transkriberte intervju og drøftes opp mot implementeringsteori.

Ved å velge kvalitativ metodikk, legges det til rette for vurdering av mellommenneskelige relasjoner og interaksjoner (Malterud 2011). Det forskes ikke på hvor mange eller hvor ofte, men hva sykepleierne opplever og synes i og om samhandlingssituasjoner. Den innsamlede datamengden består av tekst som skal analyseres og struktureres og deretter drøftes opp mot teoretiske perspektiv.

#### 3.1.2 Forforståelse

Empirianalysen utfordrer forskingen på flere måter. Alle mennesker har en forforståelse og en forutinntatt holdning og mening om situasjoner eller hendelser (Malterud 2011). Tidligere erfaringer og opplevelser gjør at en inntar en holdning og fordommer som en tar med seg videre inn i andre situasjoner eller oppgaver. Jeg vil med mine erfaringer som sykepleier ha en forutinntatt formening om hvilke resultat og svar forskningen vil gi. En slik forutforståelse vil prege meg i analysearbeidet i

forskningsprosjekt. Jeg som forsker, må derfor være bevisst på mine fordommer og holdninger og forsøke å frigjøre seg fra disse for å møte analysearbeidet med fritt sinn og være åpen for uforutsette resultat i analysen (Malterud 2011).

Kvalitativ vitenskapsmetode innebærer altså at en datamengde skal analyseres av forskeren. I analysen skal jeg tolke hva informantene har fortalt og formidlet. En slik tolking av ord og signaler, utfordrer meg som forsker, til å få fatt i den informasjonen informantene ønsket å formidle. Et utsagn eller kroppsspråk kan oppfattes på en helt annen måte enn informanten intenderte. Ved å stille oppfølgingsspørsmål eller be informanten utdype svaret sitt i datainnsamlingen, vil jeg minske sjansen for mistolkinger.

Det at jeg forsker på mitt eget arbeidsfelt, i min egen organisasjon, er spesielt utfordrende og krever en kontinuerlig bevissthet med tanke på min forforståelse. Jeg kjenner godt organisasjonens formelle struktur og målsetning, og er klar over at der eksisterer uformelle strukturer, kulturer og holdninger som påvirker organisasjonen og undersøkelsen. Jeg har tatt alt dette med i betraktningen for å bli bevisst min egen forforståelse og frigjøre mine tanker og holdninger for at det i så liten grad som mulig skal påvirke studien.

### 3.1.3 Fenomenologisk perspektiv

Forskningen i dette prosjektet fremstår i et fenomenologisk perspektiv ved at den virkelige virkelighet er den mennesket oppfatter (Kvale & Brinkmann 2015). I kvalitativ forskning forstås fenomenologi som interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra menneskenes egne perspektiv og beskrive verden slik den oppfattes av de enkelte informantene (Kvale & Brinkmann 2015).

Ved å vise til at forskningsprosjektet har et fenomenologisk perspektiv, legges det til grunn at samhandlingsavtalen leses og forstås av hver enkelt sykepleier og at samhandlingen slik den oppleves av sykepleierne i det daglige beskrives utfra responsen i intervjuene. Søkelyset i masteroppgaven på å prøve å forstå hva sykepleierne synes er viktig i realiseringen av samhandlingsavtalene sett fra deres ståsted.

## 3.2 Gruppeintervju

Datainnsamling i kvalitativ forskningsmetode kan gjøres på ulike måter (Malterud 2011). Hvilken metode for datainnsamling forskeren benytter i sitt prosjekt bør vurderes i forhold til hvilket resultatet en ønsker og hva som er hensiktsmessig med tanke på informanter. Kvalitativt forskingsintervju er en



metode som benyttes for å skaffe seg kunnskaper om hvordan intervjupersonene forstår verden på (Kvale & Brinkmann 2015). Kunnskapen produseres gjennom spørsmål fra intervjuer og svar fra respondentene. Intervju kan således beskrives som et sosialt verktøy for å skaffe seg kunnskap på, da kunnskapen produseres i samspillet mellom intervjuer og de som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann 2015). Målsetningen med kvalitativt forskningsintervju er å få frem hvordan intervjupersonene opplever verden for å skape ny kunnskap (Kvale & Brinkmann 2015). Empirien i denne forskningen er hentet fra intervju av sykepleiere på sengeposter ved Ålesund sykehus våren 2016. Ved å velge intervju som innsamlingsverktøy, får en ikke bare spørre informanten om det en ønsker svar på, men også muligheten for oppfølgingsspørsmål og utdyping av tema.

I denne masteroppgaven ble gruppeintervju funnet gunstig ut fra følgende grunner:

1. Ved å benytte gruppeintervju, anses det som lettere å få frem variasjon i tolkningene og forventningene til informantene. Selv om sykepleierne leser de samme ordene i avtalene, vil det være stor sannsynlighet for at de legger ulike tolkninger i teksten alt etter deres tidligere erfaringer, kunnskaper og faglig- og sosialt ståsted. Innholdet i avtaleteksten kan oppfattes forskjellig utfra leserens kontekst, kognitivt ståsted og kunnskapsnivå.
2. Ved å intervju sykepleierne i grupper, anså jeg at sjansene økte for å få en mer korrekt fremstilling i hvordan samhandlingsavtalene brukes. Gruppesamtaler medfører ofte at gruppe medlemmene påvirker hverandre på en slik måte at en lettere husker på ting når andre medlemmer snakker, blir korrigert av de andre eller at medlemmene utdyper svar for hverandre når noen står fast i tilbakemeldingene (Brandth 2007)
3. Gruppeintervju egner seg særlig siden problemstillingen gjelder felles erfaringer. Gruppeintervju egner seg godt for å finne svar på problemstillinger som erfaringer, holdninger og synspunkt i miljøer der menneske samhandler (Malterud 2011). Ved å bruke gruppeintervjuer, kan det være lettere å få frem nyanser i tematikken og en mer reell fremstilling av de daglige utfordringene sykepleierne på sengepostene står overfor i forbindelse med utskrivninger av pasienter til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Ved å intervju i grupper kan en risikere at gruppe medlemmene legger skjul på avvikende synspunkt eller følsomme forhold. Men min erfaring er at det ikke er særlig relevant i min studie, fordi temaet som tas opp er lite sensitivt..
4. Ved å benytte gruppeintervju kan en oppleve å få en mer nyansert tilbakemelding på problemstillingen da gruppen korrigeres av hverandre. Gruppesamtalen krever struktur og styring for at samtalen ikke skal

bli overfladisk og ensformig.

5. Gruppeintervju kan være tidsbesparende. Det settes av 1- 1 1/2 time pr intervju, noe som mye mindre enn ved individuelle intervju av like mange respondenter.

### 3.2.1 Strategisk utvalg av respondenter

Jeg ville ha respondenter fra seks sengeposter: Medisinsk sengepost 1, 2 og 5, Kirurgisk sengepost 1 og 2 og Ortopedisk sengepost. I tillegg vurderte jeg sengeposten på Fysikalskmedisin og Rehabilitering og kreftavdelingen, men fant at pasientgruppene som er i de sengepostene ofte har så komplekse utfordringer at samhandlingen med kommunale pleie- og omsorgstjenesten krever helt annen innsats og fokus enn hos de øvrige sengepostene. De psykiatriske sengepostene ble ekskludert da jeg ønsket å fokusere på samhandlingen i somatiske sengeposter.

Siden jeg selv er ansatt i helseforetaket og i en av avdelingene hvor jeg ville snakke med sykepleierne på sengeposten, anså jeg det som mest formålstjenlig å be seksjonslederne ved sengepostene om å plukke ut informanter til gruppeintervjuene. På den måten unngikk jeg at sykepleierne følte seg presset av meg som kollega til å delta. Det var viktig å poengtere at deltakelsen var frivillig og at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen.

For å få et utvalg av respondenter som kunne vise meg flere nyanser av de daglige utfordringene sykepleierne sto overfor til daglig, valgte jeg å be om to sykepleiere fra hver sengepost, slik at jeg til sammen hadde 12 informanter. Informantene besto av elleve kvinner og en mann med ulik fartstid i sengepostene, men med erfaring fra den daglige samhandlingen som sengeposten hadde med blant annet kommunehelsetjenesten. Sykepleierne ble delt inn i to grupper, en gruppe med sykepleieren fra medisinske sengeposter og en gruppe med sykepleiere fra kirurgiske sengeposter. Denne inndelingen vurderte jeg som nødvendig fordi jeg hadde en formening om at samhandlingen mellom medisinske sengeposter og kommunene fortonte seg forskjellig fra samhandlingen mellom kirurgiske sengeposter og kommunene. De medisinske sengepostene har meget stor andel pasienter som innlegges som øyeblikkelig- hjelp og mange av pasientene har kroniske tilstander som medfører hyppige opphold i spesialisthelsetjenesten. De kirurgiske sengepostene har en noe mindre andel akutt- innlagte og driften er mer preget av elektive innleggelser for å få gjennomført planlagte operasjoner eller andre behandlinger. Med utgangspunkt i denne forskjellen mellom de medisinske og kirurgiske sengepostene, spesielt med tanke på innleggingens planleggings horisont, organiserte jeg intervjugruppene.

### 3.2.2 Intervjuguide

Jeg ønsket en mest mulig fri samtale i gruppeintervjuet. Likevel laget jeg en intervjuguide som ville hjelpe meg å sikre at alle emner jeg vill ha belyst, ble diskutert i gruppene. Tanken var å støtte meg til guiden i den grad det var nødvendig, men ikke følge den slavisk. Gruppeintervju trenger struktur og streng regi, for ikke å flyte ut og endre retning. Dette var jeg bevisst på under planleggingen av intervjuene.

Intervjuguiden tok utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene. For å sikre at jeg ville få svar på de spørsmålene jeg ønsket, ble guiden delt opp i temaer som burde være dekkende for forskningen. Det første temaet gikk på begrepet samhandling. Innenfor dette temaet ønsker jeg å få kjennskap til hva intervjupersonene la i begrepet, om det var et begrep som ble diskutert og snakket om og om hvilke faktorer sykepleierne mente måtte være tilstede for at samhandlingen opplevdes som vellykket. Det neste temaet var samhandlingsavtalene og her ble det spurt om de kjente til og hadde lest avtalene. Det ble snakket om forventningene deres til avtalene og om hvilke muligheter de følte de hadde for innvirkning på avtalene. Det siste temaet gikk mer direkte på samhandling med kommunehelsetjenesten. Det ble spurt om deres kunnskaper om organisering og helsetjenestens utfordringer i kommunene, deres opplevelse av den daglige samhandlingen med kommunehelsetjenesten og hvordan samhandlingsavtalene har påvirket pasientforløpene på tvers av forvaltningsnivåene. I tillegg ble det laget underspørsmål under hvert tema slik at jeg kunne komme med oppfølgingsspørsmål hvis det var nødvendig eller bruke intervjuguiden som en sjekkliste for å se om alle emnene jeg ønsket hadde vært diskutert i gruppen.

Intervjuguiden ligger som vedlegg til denne oppgaven.

### 3.2.3 Organisering og gjennomføring av intervju

Da jeg skulle samle data fra sykepleiere og bruke dette som empiri i oppgaven, måtte jeg søke Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Søknaden ble sendt elektronisk 17.02.16 med intervjuguiden og informasjonsbrevet som vedlegg og 18.03.16 fikk jeg positiv respons. Dette innebar at NSD godkjente prosjektet og at jeg kunne sette i gang med intervjuene. Godkjenningen ligger som vedlegg til oppgaven. Det var viktig for meg og for forskningen at det ikke ble gjort noen formelle feil i organiseringen og

gjennomføringen av intervjuene. Jeg ville at forskningsprosjektet skulle framstå som seriøst, samtidig som jeg ikke ville skape en unødig distanse til informantene som ville skape problemer i for det første finne informanter og for det andre å skape en maktforskjell mellom meg som intervjuer og de som intervjupersoner.

Jeg sendte en e-post til klinikkjefene og avdelingssjefene ved Klinikk for medisin, Ålesund og Klinikk for kirurgi, Ålesund hvor jeg informerte om forskningsprosjektet, og ba om å få ta kontakt med aktuelle seksjonsleder for å forhøre meg om de kunne hjelpe meg med å plukke ut informanter til intervjuene. Kun en av disse svarte at det var helt greit, men tidspunktet for intervjuene måtte nøye samordnes med avdelingen andre gjøremål. De to klinikkjefene og to av avdelingssjefene svarte aldri. Med bakgrunn i alle mine 25 år i denne organisasjonen, vurderte jeg ikke deres manglende svar som et avslag, men mer som et tegn på aksept da jeg har erfart at ordtaket «den som tier samtykker» er gjeldene i dette helseforetaket.

Jeg forsøkte derfor å opprette kontakt med de aktuelle seksjonslederne ved å ringe dem på telefon for å avtale et møte, og ved og fysisk oppsøke dem på deres sengeposter. I møtet informerte jeg om masteroppgaven, om formålet med undersøkelsen og hva jeg ønsket av informanter. Jeg ble tatt godt imot hos alle seksjonslederne, noen uttrykte til og med begeistring for prosjektet. Etter møtet sendte jeg et informasjonsbrev til seksjonslederne på mail, og ba de velge ut aktuelle informanter og spørre om de ville delta i forskningen. Tanken var at informasjonsbrevet skulle videresendes til de som sa seg villig til å delta i intervjuene, men det viste seg at kun et fåtall av respondentene hadde fått dette informasjonsbrevet. Jeg sendte purringer til de som lot være, eller var sene med å gi meg navn på intervjupersoner. Når navn på informanter var på plass, avtalte seksjonsleder og jeg tidspunktet for gruppeintervjuet etter når det var mulig for sengeposten å unnvære sykepleierne på jobb. Seksjonslederne hadde full regi på denne prosessen og jeg tilpasset min arbeidsdag deretter.

For meg var det viktig at utvelgelsen av informantene ble utført av seksjonslederne ved sengepostene. Det var en fordel om sykepleierne var noe kjent med utskrivingsrutinene ved sengeposten og hadde noe erfaring samhandling med kommunene. Dette ville seksjonslederne ha oversikt over. I tillegg tenkte jeg at hvis spørsmålet om deltakelse kom fra seksjonsleder, ville dette kanskje ufarliggjøre deltagelsen og gjøre det lettere å få villige sykepleiere til å stille som informanter.

Gruppeintervjuene ble gjennomført i et stort møterom hvor informantene satt rundt et bord og med lydopptakeren plassert i midten av gruppen. Gruppen ble informert om lydopptaket og at filen ville bli

slettet etter prosjektet var avsluttet, planlagt til desember 2016. De ble også informert om deltakerfrivillighet og at de sto fritt til å forlate prosjektet når som helst uten at det ville bli stilt spørsmål om hvorfor.

Vi startet seansene ved å ta en presentasjonsrunde da flere av informantene var ukjent for hverandre. Begge gruppeintervjuene ble gjennomført på samme måte og forløp stort sett helt likt. Noen informanter var snar til å ta ordet, mens andre ventet til de ble direkte spurt. Noen snakket mye mens andre måtte oppfordres og trengte tid før responsen kom.

Jeg hadde i samtalene med seksjonslederne avtalt en varighet på om lag en time pr intervju. I intervjuet med de kirurgiske sykepleierne brukte vi akkurat en time. De medisinske sykepleierne kom til intervju på fritiden sin og hadde fått en avtale med seksjonslederne sine om at tiden som ble brukt til intervjuet, skulle de få avspasere i ettertid. Sykepleierne kom derfor på jobb tidligere enn vaktstart før en kveldsvakt. Intervjuet med dem måtte derfor tidsbegrenses til 45 minutter. Dette intervjuet krevde derfor litt mer struktur og ordstyring fra meg. Jeg opplevde likevel å komme innom de temaene som var ønsket uten at tiden begrenset kvaliteten av intervjuet nevneverdig.

#### 3.2.4 Transkripsjon

Lydfilene fra gruppeintervjuene ble lagret på mobiltelefonen. Samtalene ble så lyttet på og skrevet ned ord for ord. Dette var et møysommelig arbeid som gikk over flere dager. Noen ganger var samtalen vanskelig å høre fordi intervjupersonene snakket lav og andre ganger snakket sykepleierne i munnen på hverandre. Intervjuene måtte derfor lyttes på mange ganger før jeg var sikker på å ha fått med meg alle ordene og meningene. Når begge intervjuene var transkribert, satt jeg med trettien fullskrevne sider.

### 3.3 Analyse

For å gjøre en god analyse av en datamengde, er det essensielt å reflektere over hva som er formålet med analysen. Analysen må derfor gjenspeile problemstillingen en har valgt å belyse. I denne oppgaven var formålet å utvikle kunnskaper om informantenes erfaringer og livsverden innen temaet samhandling.

For å finne hvilken informasjon intervjuene ga meg, måtte datamengden jeg satt med etter intervjuene analyseres. Det finnes flere måter å analysere slike datamengder på (Malterud, 2011. Kvale &

Brinkmann 2015). Til formålet med denne oppgaven egnet fenomenologisk analyse seg godt.

I analysen lette jeg etter vesentlige kjennetegn eller viktige poeng som informantene kom med, samtidig som jeg forsøkte å sette mine egne forutinntattheter til side, slik at jeg på en god måte kunne gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold på en mest mulig lojal måte (Malterud 2011)

En systematisk tekstkondensering er godt egnet for deskriptiv analyse av datamengden med tanke på å utvikle nye beskrivelser av samhandling (Malterud 2011) Jeg valgte å lese gjennom tekstene mange ganger for å danne meg et helhetsinntrykk over informasjonen sykepleierne formidlet gjennom intervjuene. Gjennom hele prosessen var jeg bevisst min forforståelse og aktivt forsøkte å legge denne til side. Neste trinn i analysen var å identifisere deler av datamengde som jeg ville studere nærmere. I denne fasen skilte jeg mellom det som var interessant og som kunne gi svar på problemstillingen i oppgaven og det som var irrelevant. Den interessante delen av datamengden, blir kalt meningsbærende enheter (Malterud 2011). Deretter grupperte jeg de meningsbærende enhetene på en slik måte at de som så ut for å være innen samme type sjanger eller gruppe, dannet en kode og andre liknende meningsbærende enheter havnet i en annen kode. Det neste trinnet i analysen gikk ut på å sortere innad i kodene og danne kategorier som samlet informasjon. Kategoriene systematiserte datamengden på en slik måte at all teksten som var samlet inn under intervjuene, lettere lot seg bearbeide og illustrerte dermed klarere hva informantene formidlet.

### 3.4 Validitet og reliabilitet

#### 3.4.1 Validitet

Validering handler om å vurdere gyldigheten til datamaterialet. Ved validering av et forskningsprosjekt, ønsker en å undersøke om valgene som er tatt i løpet av prosessen, representerer relevante veier til kunnskap som kan belyse vår problemstilling (Malterud 2011). Kvale og Brinkmann skriver om at validering av oppgaven skal gjennomsyre hele forskningsprosessen og jeg vil nå vise hvordan validitet har stått i høysetet i arbeidet med denne masteroppgaven (Kvale & Brinkmann 2015):

1. Tematisering: Temaet i denne oppgaven er samhandling. Samhandling er et tema som har vært i fokus i helsevesenet i mange år og særlig de siste årene etter innføringen av Samhandlingsreformen. Hva som bidrar til god samhandling og hva som preger en dårlig samhandling, er noe enhver kan ha en formening

om og som det er skrevet mye om. Som sykepleier med mange års fartstid i sykehus, har også jeg mine erfaringer og meninger om dette temaet. Den teoretiske referanserammen som ligger til grunn for oppgaven er satt opp i samarbeid med veileder og er nøye vurdert opp mot problemstillingen og forskningsspørsmål.

2. Planlegging: Valg av forskningsdesign og forskningsmetode er gjort med tanke på hva som ville være formålstjenlig for å få svar på de spørsmålene jeg ville undersøke. Gruppeintervju ble vurdert, som tidligere nevnt, som et verktøy for å finne svarene på spørsmålene jeg ønsket å belyse. Informantene ble valgt ut av seksjonslederne, slik at de ikke skulle føle seg forpliktet eller tvunget av meg til å delta på noe de ikke ønsket. Deltagelsen bygget på frivillighet. Alle informantene hadde arbeidserfaring av kortere eller lengre tid i sengeposten og arbeidet til daglig med samhandling med kommunene.

3. Intervjuing: Det var ønskelig at intervjuene skulle være så fri som mulig og at informantene selv skulle føre samtalen med minst mulig innblanding fra meg. Denne fremgangsmåten ville forhindre at mine meninger og holdninger skulle påvirke informantene. Intervjuguiden ble benyttet som en sjekkliste for å se at alle spørsmålene jeg ønsket svar på var belyst. Underveis i intervjuene gjentok jeg det informantene hadde sagt for å få bekreftet eller korrigert hva jeg hadde oppfattet som svar. Intervjuene fremsto i perioder som diskusjoner blant informantene, noe som ga et mer nyansert innhold i svarene og belyste problemstillinger fra flere ulike vinkler.

4. Transkripering: Transkriperingen av intervjuene foretok jeg selv i etterkant av begge intervjuene. Intervjuene ble skrevet ned ord for ord, og lagret på en forskriftsmessig måte.

5. Analysering: Analysen av informasjonen fra intervjuene ble utført som angitt tidligere i kapittelet. Jeg var bevisst min egen forforståelse av temaet og forsøkte etter beste evne å utføre analysen uten at denne skulle få innvirkning på resultatet.

6. Validering: I løpet av forskningsprosessen har jeg jevnlig stoppet opp og reflektert over om arbeidet mitt så langt gir svar på det jeg ønsker å undersøke. Jeg har under hele forskningsprosessen vært bevisst mitt eget faglige ståsted og forutinntatthet både om samhandling som tema og den daglige samhandlingen som finner sted i sengepostene og forsøkt å unngå at dette skulle ha noen innvirkning på informantene eller prosjektet som helhet. Det faktum at jeg selv er ansatt i en av avdelingene som er representert i undersøkelsen, kan ha hatt en innvirkning på informantene ved at noe informasjon ble holdt tilbake eller pyntet på. For å motvirke dette ble informantene forsikret om at de hadde mer kjennskap til hvor skoen trykker i den daglige samhandlingen mellom sykehus og kommune, enn det jeg

hadde og at det var nettopp deres meninger og erfaringer jeg ønsket å undersøke.

7. Rapportering: Formålet med denne oppgaven er, som beskrevet innledningsvis, å forsøke å øke oppmerksomheten rundt samhandling og hva som fremmer god samhandling. Å studere hvordan iverksettelsen av samhandlingsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene har blitt realisert i praksis, kan gi verdifull kunnskap som kan benyttes i andre implementeringsprosesser. Jeg håper oppgaven kan gi verdifull innsikt og refleksjon over hva som skal til for å fremme god samhandling både innad i helseforetaket og på tvers av samhandlede organisasjoner.

Med de syv stadiene i valideringen som utgangspunkt vil jeg si at oppgaven har rimelig stor grad av validitet og overførbarhet til andre sykehus i Norge på samme størrelse som Ålesund sykehus og de omkringliggende kommunene.

### 3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet i et forskningsprosjekt har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale & Brinkmann 2015). Reliabiliteten vurderes utfra om intervjupersonene ville gitt samme svarene hvis det var andre som spurte de samme spørsmålene, eller om de ville endre sine svar. Reliabiliteten sier noe om hvor pålitelig resultatene fra undersøkelsen er.

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg under hele prosessen vært opptatt av at resultatene skulle være pålitelige. Jeg la til rette for at informantene fritt hadde regi på svarene under gruppeintervjuene og var på vakt for ikke å stille ledende spørsmål. Underveis i intervjuprosessen gjentok jeg ofte det informantene hadde formidlet, slik de hadde mulighet til å korrigere min oppfattelse av deres svar. På denne måten sikret jeg at svarene var riktige i forhold til hva informantene ønsket å uttrykke. I arbeidet med transkripsjon av lydfilene fra intervjuene, hadde jeg fokus på å skrive nøyaktig og presis det intervjupersonene formidlet, uten å forme innholdet utfra mine erfaringer og meninger. Lydfilene ble gjennomgått mange ganger for å sikre at jeg hadde fått med meg alle detaljer og nyansene i svarene fra intervjupersonene.

I analysedelen arbeidet jeg bevisst med å ikke la min forforståelse ha innvirkning på kodingen og kategoriseringen av empirien.

Om en annen intervjuer hadde fått de samme svarene fra informantene, er vanskelig å vurdere. Svarene i intervjuene er ofte preget av dagsform og nylige hendelser rundt temaene. En nylig negativ hendelse i



forbindelse med samhandling med en annen part, vil ofte gi mer negative resultat i en intervjurunde og en positiv opplevelse ha en gunstig innvirkning på svarene. Nettopp det at intervjuene ble gjennomført gruppevis, kan ha hatt en gunstig innvirkning på dette og gitt et mer riktig og nyansert bilde av sykepleiernes holdninger og meninger rundt temaet samhandling. Det er stor grunn til å tro at en tilsvarende studie gjennomført av en annen forsker ville gitt et lignende resultat.

### 3.5 Ethiske refleksjoner

Problemstillingen i denne masteroppgaven er ikke av særlig sensitiv karakter. Likevel ville der dukke opp etiske dilemmaer i arbeidet med undersøkelsen. Selve intervjuet stilte spesielle krav etiske avklaringer. Det var viktig å formidle at intervjuene var konfidensielle og at det kun var intervjuer som hadde tilgang til samtalene. Det ble også forsikret at lydfilene ville bli slettet etter oppgaven er ferdig. Sykepleierne som deltok i intervjuene hadde ingen taushetsplikt overfor de andre sykepleierne i intervjuene, men det ble i starten av gruppeintervjuene bedt om at intervjupersonene holdt intervjusamtalene for seg selv, slik alle kunne føle seg trygge på at det som ble sagt i intervjuene, ble værende hos gruppene.

Alle referanser til intervjuene er fremstilt anonyme. Det deltok en mannlig sykepleier på intervjuene og for å forhindre at denne blir gjenkjent i oppgaven, omtales alle sykepleierne som hun.

Det var noen tema under intervjuene som kunne oppleves som særlig vanskelige for respondentene. Dette var blant annet tema hvor en kom innpå seksjonsleders rolle i implementeringen av samhandlingsavtalene. Noen av respondentene følte at de utleverte eller hengte ut sin leder som ikke hadde hatt stort nok fokus på opplæring og formidling av kunnskap om avtalene. Andre var ukomfortable med tanke på å snakke om kollegaer eller sengeposten generelt. For å bøte på disse ubehagelige følelsene av angiveri, ble det vektlagt at oppgavens formål var å gjøre samhandlingen bedre og lære av erfaringene av iverksettingen av samhandlingsavtalene.

Det faktum at intervjuer selv arbeider i en av avdelingene hvor sengeposten var representert i gruppeintervjuene, var nøye gjennomtenkt før intervjuene. Denne problemstillingen var diskutert med seksjonsleder ved den aktuelle sengeposten og alle intervjupersonene var informert om dette i forkant av intervjuene.

## 4.0 Empiri

I dette kapitlet vil jeg presentere funn fra intervjuene. Jeg har valgt å presentere empirien gjennom inndeling av tema som jeg benyttet i intervjuguiden.

Det er ifølge implementeringsteorien viktig at ledelsen sørger for at de ansatte som er satt til å utføre beslutningene i praksis, forstår og kjenner til hva som ligger av forventninger og krav i selve beslutningen. Hvis ikke de ansatte har kunnskaper om hva ledelsen ønsker å oppnå og målsetningen med vedtaket, er iverksettingsprosessen vanskeligere å fullføre på en tilfredsstillende måte. Det er derfor viktig å kartlegge i hvilken grad sykepleierne opplever å ha fått opplæring og informasjon om samhandlingsavtalene og de partene de er satt til å samhandle med. På samme måte er det innledningsvis i gruppeintervjuene nødvendig å få undersøke hva sykepleierne legger i begrepene samhandling og samarbeid, slik vi kan enes om en felles forståelsesplattform og forhindre misforståelser senere i intervjuene. Senere går intervju spørsmålene over til å handle om samhandlingsavtalene og til sist å omhandle samhandlingen med kommunene.

### 4.1 Begrepene samhandling og samarbeid

De første intervju spørsmålene går på begrepene samhandling og samarbeid. Hva som ligger i de to begrepene samhandling og samarbeid er nok ikke nødvendigvis tema sykepleierne vanligvis har reflektert særlig rundt, hvis ikke temaene er satt fokus på i ulike fora på arbeidsplassen. Sykepleierne i begge gruppeintervjuene gir uttrykk for at samhandling og samarbeid sjelden er tema som blir diskutert i sengeposten. I intervjuet med de kirurgiske sykepleierne, kommer dette sitatet frem :

*«Vi diskuterer ofte e- meldinger og de meldingene er jo en del av samhandlingen og samarbeidet, men akkurat hva vi legger i begrepene snakker vi ikke noe særlig om».*

Sykepleierne sier at samhandling for dem er at partene har kommunikasjon. Noen av sykepleierne sier at samhandling og samarbeid er tema når de får tilbakemeldinger fra andre instanser om at noe var gjort feil eller manglet i samhandlingen med dem. Intervjupersonene sier at samhandling slik de ser det, er å ha pasienten i sentrum. Når jeg ber informantene utdype hva de legger i dette, snakker de om at sam-

handlingspartene må kommunisere med hverandre på en slik måte at pasientene opplever at behandlingsforløpet glir på tvers av organisasjonsskillene uten at pasienten lider i overgangen fra kommune til sykehus og tilbake til kommunen igjen.

På spørsmål om hva sykepleierne legger i begrepene samhandling og samarbeid, svarer sykepleierne at samarbeid en del av det å samhandle med noen. Begrepene flyter inni hverandre, men det å samhandle med noen innebærer noe mer enn bare å samarbeide og en kan ikke samhandle med noen uten å samarbeide med dem. En kan med andre ord si at begrepet samhandling er videre og inneholder flere nyanser enn begrepet samarbeid, ifølge sykepleierne. Begrepene er blitt hyppigere brukt i det daglige arbeidet etter innføringen av samhandlingsreformen. Likevel sier sykepleierne at begrepene og bruken av dem, er lite snakket om i andre settinger enn samhandlingsavtalene, og særlig i forbindelse med elektroniske meldinger, mellom sykehuset og kommunene. Sykepleierne fra medisinsk sengepost sier at for dem er samhandling at kommunene og sykehuset får en bedre flyt og at pasientene helst blir der han hører hjemme. Sykepleierne uttrykker i intervjuene et savn av opplæring og ønsker mer kunnskaper om samhandlingsavtalene.

På spørsmål om hvilke parter sykepleierne samhandler med i løpet av en arbeidsdag, svarer sykepleierne at de samarbeider både med kommunene og med andre avdelinger og sengeposter innad i sykehuset. Sykepleierne forteller en hendelse med dårlig samhandling mellom en medisinsk og en kirurgisk sengepost. Sykepleierne uttrykker at samarbeidet innad i sykehuset ikke alltid er preget av god kommunikasjon. Det er ofte i perioder med stort arbeidspress at samarbeidet blir forverret. Sykepleierne har forståelse av at andre avdelinger ikke klarer å gjennomføre planlagte gjøremål på grunn av stort arbeidspress i perioder, men sier i samme setning at hvis de er tydelige på hva de ikke har rukket å gjøre på grunn av travelhet, er det lettere å akseptere at det ikke er gjort og ta opp tråden der de andre slapp den uten at pasienten blir lidende.

Intervjupersonene blir spurt om hva som må være tilstede for å kunne samhandle med andre på en tilfredsstillende måte og i begge intervjuene blir det å ha tid til å samhandle uttrykt som viktig. Sykepleierne mener at for mange arbeidsoppgaver og lite personell er en av hovedgrunnene til at samhandlingen ikke går slik de ønsker. Knapphet på ressurser er et fenomen de fleste av intervjupersonene trekker frem som en faktor som synes å hemme dem i samhandling med andre. Informantene formidler at sykepleierne i sengepostene ofte får flere og flere arbeidsoppgaver, men at det sjelden er satt av tid til å utføre oppgavene og at de derfor føler på ressursmangel daglig. De opplever sjelden at arbeidsoppgaver blir

overflødig eller overtatt av andre yrkesgrupper. Denne stadige forventningen om å utføre flere oppgaver uten å få tilført mer personalressurser mener sykepleierne går utover pasientbehandlingen.

En annen faktor for god samhandling informantene trekker frem, er tydelig kommunikasjon. Sykepleierne mener at kommunikasjonen både med kommunene og innad i sykehuset, er avgjørende i samhandlingsøyemed. Både vennlighet og løsningsorientert tilnærming blir trukket frem som element som fremmer god kommunikasjon. Informantene sier at de fleste sykepleierne de samhandlet med i kommunene er hyggelige og vennlige personer som er innstilt på å finne gode løsninger for pasientene. Noen av sykepleierne forteller om dårlige opplevelser med saksbehandlertjenesten i noen av kommunene. Disse opplevelsene går ofte på uenighet om en pasient kan registreres utskrivningsklar eller ikke, og sykepleierne føler de ble mistenkeliggjort og opplever dette svært ubehagelig. Også i skriftlig kommunikasjon er tydelighet viktig, ifølge sykepleierne. De uttrykker at kommunikasjonen bør gi svar på det de ønsker informasjon om og at dette ikke alltid er tilfelle. Sykepleierne forteller at de ofte må etterlyse mer informasjon for at de kunne gjøre en tilfredsstillende behandling og pleie for pasientene og at denne innhenting av mer informasjon, kan ta mye av deres allerede hardt pressede arbeidsdag. Intervjupersonene mener de selv er tydelige i sin kommunikasjon med samhandlingspartnere og noen uttrykker at de har større fokus på tydelig kommunikasjon og informasjonsformidling enn det sykepleierne i kommunene har. Flere av sykepleierne mener at de kommunale sykepleierne, burde ha lært mer om pleieplan og formidling av vurdering av pasientsituasjoner av sykepleierne i helseforetaket.

For å kunne samhandle på en god måte, mener sykepleierne at det er viktig å vite hvem som utfører hvilke oppgaver i det totale pasientforløpet. Sykepleierne mener at retningslinjer og prosedyrer som tydelig viser hvem som har ansvar for de ulike oppgavene, er viktig. En sykepleier sier det slik:

*«Jeg tenker også at det er viktig å ha klare retningslinjer på hvilke arbeidsoppgaver vi skal ha, slik vi vet hva vi skal gjøre.»* En annen sykepleier sier dette:

*«Hvis alle gjør det de skal, er det lettere å samhandle og pasientene får et bedre helsetilbud».*

Oppsummert kan en si at intervjupersonene uttrykker at faktorene tid og personalressurser er mangelvare i sengepostene og at samhandlingen med andre aktører og pasientene lider under dette. Med tanke på tydelig kommunikasjon og oversikt over sine ansvarsområder, sier sykepleierne at de har kontroll over disse faktorene. De er tilfreds med sine evner til å gi god og riktig informasjon til kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter. Når de ikke lykkes å kommunisere på en ønsket måte, er det på grunn av manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser. De opplever å ikke ha nok tid til å kommunisere

på en tilfredsstillende måte. Informantene uttrykker at de kjenner sine ansvarsområder når det gjelder sykepleie til pasientene, og at dette bidrar til god samhandling.

## 4.2 Samhandlingsavtalene

I samhandlingsavtalene, ligger det som nevnt en forventning og et krav om at avtalene skal gjøres kjent i organisasjonene. Det er viktighet at de som skal sette bestemmelsene ut i praksis, kjenner hvilke forventninger det er stilt til dem og hva iverksettingen av bestemmelsene innebærer av innsats av de ansatte.

Sykepleierne blir spurt om de kjenner til samhandlingsavtalene og alle informantene opplever å kjenne til avtalene. Likevel er det ingen som hadde sett eller lest hele avtalen. Samhandlingsavtalene er sjelden, eller aldri, tema på avdelings- eller postmøter. Når de blir spurt om hvorfor de ikke har lest avtalene, er svaret at de ikke har tatt seg tid til å studere dem. Arbeidsdagen tillater ikke tidsmessig at de finner og leser avtalene. Noen av sykepleierne forteller at de kjenner til hvor de finner avtalene, men at de ikke har prioritert tid til å lese dem.

På spørsmål om de kjenner innholdet i samhandlingsavtalene, uttrykker sykepleierne at de kjenner deler av avtalen. Det er spesielt den delen av avtalen som går på utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal helsetjeneste, som daglig er i bruk på sengepostene som oppleves best kjent blant sykepleierne. Informantene sier likevel at de ikke kjenner alle detaljene i denne delen av avtalen heller og at deres uvitenhet medfører at utskrivelser ikke alltid skjer etter avtalen. Dette er blitt bedre, hevder sykepleierne, etter hvert som avtalen har vært i bruk i noen år. I starten var det oftere brudd på avtalens bestemmelser om til tidspunkter for registrering av utskrivningsklar pasient.

Sykepleierne mener det har vært lite opplæring av avtalene i helseforetaket. Ingen av informantene kan erindre hvordan innholdet i avtalene ble gjort kjent og uttrykker manglende opplæring som svært lite tilfredsstillende. Noen nevner opplæring i elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene som kom etter noen år etter innføringen av avtalene og at denne opplæringen følte nyttig.

*«Klart at når den avtalen kom burde vi ha fått mer informasjon om hva den innebar og hva som var forventet av oss, Jeg kan ikke huske at vi fikk slik informasjon»* sier en sykepleier i intervjuet.

Noen av sykepleier at de kjenner avtalen gjennom avvik som er sendt fra kommunene. Sykepleierne forteller om en spesiell tilbakemelding fra en opphisset saksbehandler i en kommune, hvor den kommunalt ansatte mente at samhandlingen ikke hadde foregått etter samhandlingsavtalen og at sykehussykepleierne da bare måtte forholde seg til det den kommunalt ansatte sa fordi sykepleierne på sykehuset ikke kjente til avtalen. Sykepleierne sier at de bare måtte være ydmyk og ta imot kjeften fra den kommunalt ansatte. Det er tydelig at hendelsen opplevdes ubehagelig for sykepleierne.

Når sykepleierne spørres om hvordan de ble kjent med innholdet av avtalene er svarene vage. Svarene deres går på at innholdet er blitt kjent etter hvert som tiden har gått. Avtalene har vært aktive i mange år og kunnskapen om avtalene har blitt tilegnet tilfeldig gjennom det daglige virket, gir informantene uttrykk for. Sykepleierne mener det mulig var en form for felles opplæring og sier det slik: *«Jeg kan ikke huske at vi fikk noe informasjon om avtalen. Det kan hende det var noe informasjonsmøter i auditoriet eller noe lignede, men slike har vi sjelden tid til å gå på»*.

Informantene spørres i intervjuet hvilke forventninger det ligger i avtalene til de ansatte i helseforetaket. Sykepleierne mener at det forventes at de legger til rette for at pasientene skal oppleve godt samspill mellom kommunene og sykehuset i forbindelse med innleggelser og utskrivelser fra sykehuset. Videre mener de at det forventes at de gir riktig og tilstrekkelig informasjon om pasientene til kommunehelsetjenesten, at de er tilgjengelig for kommunehelsetjenesten ved behov for ytterligere informasjon og veiledning samt at de gir god pleie og behandling til pasientene som er innlagt i sengeposten slik at pasientene har størst mulig forutsetninger til å klare seg best mulig etter utskrivning er ivaretatt.

Samhandlingsavtalene skal evalueres annethvert år. Det blir under intervjuene undersøkt om sykepleierne opplever å ha noen innvirkning på innholdet i avtalene. Ingen av sykepleierne føler at de har muligheter for å påvirke samhandlingsavtalene og deres innhold. Sykepleier formidler at de opplever seg for perifere i organisasjonen til å ha noen som helst mulighet for å påvirke avtalene. Informantene uttrykker at lederne tar seg av avtalene og at de som sykepleiere på grunnplanet i organisasjonen, ikke har innvirkningskraft på utarbeidelsen av avtalene.

Informantene ble spurt om der er noe ved avtalene som du synes burde vært endret på eller om avtalene har noen mangler. Intervjupersonene uttrykker undring over de strenge detaljene for når en pasient kan meldes utskrivningsklar. I følge samhandlingsavtalen skal dette kun gjøres på ukedager på dagtid. Sykepleierne sier dette har flere ganger medført at pasienter som har blitt innlagt fredag, forblir i

sengeposten helt til mandag til tross for at pasienten er utskrivningsklar i løpet av helgen. Sykepleierne forteller at dette har skjedd ved mange anledninger og at denne delen av avtalen er lite gunstig for helseforetaket. Det medfører at pasientene oppholder seg lengre i spesialisthelsetjenesten enn strengt nødvendig. Sykepleierne sier at når pasientene blir liggende i sengeposten lengre enn nødvendig, hoper det seg opp med pasienter noe som fører til korridorsenger og økt arbeidsmengde for sykepleierne i sengepostene. En sykepleier sier: *«Jeg tenker at behovet til pasienten endrer seg jo veldig under et opphold og operasjonspasienter som vi ser at her må vi kanskje inn med litt hjemmesykepleie, så blir det jo ei utfordring da vi ikke kan sende 24- timer varsel og skrive pasienten ut samme dag..»* I tillegg forteller sykepleierne at det er utfordrende å klare å ferdigstille alle dokumentasjon den dagen pasienten skal utskrives. Avtalen er klar på hvilken dokumentasjon som skal følge pasienten over til kommunehelsetjenesten og dette kan være er dokumentasjon fra flere yrkesgrupper. Noen ganger er ikke all dokumentasjonen ferdig fordi en venter på et prøvesvar eller liknende. Andre ganger kan pasienter har vært registrert utskrivningsklar i mange uker, men dokumentasjonen kan ikke ferdigstilles før sengeposten får klarsignal om utskrivning fra kommunen. Det er jo eldre skrøpelige pasienter det er snakk om, og det skjer jo ting med helsen deres i den tiden de venter på et kommunalt tilbud, sier intervjupersonene. Informasjonen om pasientsituasjonen kan derfor ikke ferdigstilles før den dagen pasienten skal reise. Når kommunen gir tilbakemelding at pasienten kan utskrives, har sykepleierne gjerne kort tid på seg før alt må være klart. Sykepleierne uttrykker frustrasjon over at det er de som er satt til å koordinere all dokumentasjon, også den fra legene eller andre yrkesgrupper. Noen av sykepleierne opplyser at de ved to anledninger har opplevd at utskrivningsklare pasienter har blitt returnert fra kommunal institusjon til sengeposten fordi det manglet epikrise fra sykehuslegen. Sykepleierne mener at pasientene i disse situasjonene er påført unødvendig mye ubehag og blitt benyttet som brikker i en kamp mellom kommunehelsetjenesten og helseforetak.

Dokumentasjon er et tema som det ble mye diskusjon rundt på begge gruppeintervjuene. Sykepleierne uttrykker frustrasjon og forvirring med tanke på de forskjellige elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene. De mener at meldingene er lite tilpasset deres behov, og at de er utformet på en måte som ikke fremstår som naturlig og logisk. Sykepleierne diskuterer hvilke meldinger som skal til hvilken del av kommunehelsetjenesten. De er klar over at noen meldinger skal til sykepleiertjenesten i kommunene og at disse meldingene må inneholde andre pasientopplysninger enn de meldingene som skal til saksbehandlerdelen i kommunen. Meldingene er likevel ikke utformet på en slik måte at det kommer klart frem hvilke opplysninger som skulle formidles til hvem. En sykepleier skildrer det slik:

*«Jeg tenker at de må fjerne feltene hvis de ikke trenger å vite det på en måte, for det ser jo ut for at du skal skrive ting i alle feltene og gi dem informasjon om alt. Og det er jo klart at en av og til skriver for mye, men malen burde vært klarere, tenker jeg, om de ikke skal ha den informasjonen trenger ikke feltet være der.»*

De elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene kommer jeg mer tilbake til under omtale av neste intervjutema.

Sykepleierne blir i intervjuet utfordret på å si noen om hvordan samhandlingsavtalene har påvirket arbeidshverdagen på sengeposten de arbeider på. Informantene sier de er blitt flinkere til å planlegge utskrivelsen av pasientene tidligere enn de gjorde før. Avtalen inneholder så spesifikke detaljer om fremgangsmåte ved utskrivelser, at sykepleierne mener at planleggingen starter allerede ved innleggelsen på sykehuset. Denne planleggingen innebærer å sende melding til kommunene, få timer etter innleggelsen, om at pasienter som vanligvis har kommunal helsehjelp er innlagt, og siden sende melding om forventet forløp og utskrivelsestidspunkt innen første døgn på sykehuset.

Utskrivningsplanleggingen starter så tidlig i sykehusoppholdet fordi sykepleierne vet at det er stor sannsynlighet at sykehusoppholdet er kortvarig. I tillegg er det viktig at sykehussykepleierne få gitt beskjed til kommunene at pasienten er innlagt og trenger kommunal helsehjelp etter utskrivning, slik kommunehelsetjenesten får best mulig anledning til å etablere et tilfredsstillende tilbud for pasienten. Ifølge de intervjuede sykepleierne kan meldingen om forventet forløp og utskrivelses tidspunkt være vanskelig å få helt riktig da det ofte er mye uavklart og usikkert enda så kort tid etter innleggelsen. Samtidig er mange av pasientene gjerne innlagt i svært kort tid, mange pasienter trenger ikke helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten mer enn et par døgn før kommunale helsetjenester kan ta over behandlingen. Sykepleierne må derfor skrive informasjonen til kommunehelsetjenesten med forbehold om at situasjonen kan endre seg voldsomt og nærmest gjette pasientens behov for kommunal hjelp etter utskrivning på dette tidspunktet.

*«På den optimale dagen, tenker jeg at vi får meldt en pasient fra mottak og mottak har ansvar for å sende melding om innlagt pasient til kommunene. Så tar jeg en innkomst av pasienten, skriver innkomsten og kartlegge litt mer. Så rekker jeg kanskje å sende ei 24- timers melding til kommunene, men ofte er det jo slik at den 24- timer meldingen rekker jeg ikke å sende. Den blir sendt neste dag for det er så travelt i sengeposten»* forteller en sykepleier.

I tillegg uttrykker sykepleierne at samhandlingsavtalene bidrar til at de tvinges til mer administrativt



arbeid fremfor direkte pasientkontakt. De elektroniske meldingene som nesten helt har erstattet den muntlige kommunikasjonen, krever at sykepleierne oftere må være pålogget de elektroniske pasientjournalene for å få med seg eventuelle nye meldinger fra kommunene. Sykepleiere mener dette er en uheldig forandring i deres arbeidsdag som gir større arbeidsmengde og mindre tid til direkte pasientbehandling.

Intensjonen av samhandlingsavtalene om at bare pasienter som behøver spesialisert medisinsk behandling, skal være innlagt i sykehusene, har medført større fokus på kortere liggetid og større pasient- turnover i sengepostene. Sykepleierne opplever stadig at ledelsen uttrykker behov for å få pasientene raskt behandlet og videre til neste nivå i behandlingsskjeden. Får en ikke forgang i behandlingen, hopper det seg opp med pasienter i sengeposten. Korridorsenger og økte ventelister er ikke ønskelig og det blir derfor viktig å få skrevet ut de pasientene som ikke trenger å være i spesialisert helsetjeneste lenger. Spesialisthelsetjenesten har ikke samme muligheter som kommunene til å si at nå er her fullt og vi kan ikke ta imot flere pasienter. De eneste mulighetene en full sengepost i sykehuset har er enten å omrokere pasientene til andre sengeposter med ledige plasser eller stenge inntaket av elektive pasienter. Sykepleierne uttrykker at begge disse løsningene er lite ønskelige med tanke på at å flytte en pasient fra en spesialisert sengepost til en annen, ikke er særlig pasientvennlig og stenge inntaket for elektive innleggelser fører til økte ventelister og lite effektiv drift av en spesialisthelsetjeneste som er parat til å betjene avansert og ressurskrevende pasientbehandling.

Samtidig er det til enhver tid pasienter som er registrert utskrivningsklar, som kommunen ikke klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til og derfor blir værende i sykehuset. Informantene sier det bare er unntaksvis at det leies inn ekstra personell selv når sengepostene er fulle og har mange korridorpatienter.

Samhandlingsavtalene har på denne måten ikke bidratt til en lettere arbeidsdag ved sengepostene.

Likevel sier en sykepleier at avtalene er kommet for å bli og at de gjør sitt for at arbeidsdagen tilpasses de bestemmelsen som er tatt av ledelsen.

### 4.3 Samhandling med kommunene

Det siste temaet i intervjuene er samhandling med kommunene. Temaet blir innledet med spørsmål om de kjenner til hvordan helsetjenesten er organisert i kommunene. De fleste sykepleierne mener de har en formening om hvordan kommunehelsetjenesten er organisert. Sykepleierne snakker om

tildelingskontoret i en av kommunene som har som oppgave å fatte vedtak om hvilket tilbud de ulike pasientene skal ha i kommunen, og at sykepleiere fra tildelingskontoret kommer på sengepostene to dager hver uke for å bistå planleggingen og vurderingen av funksjonsnivået til pasienter som er klar for utskrivelse av sykehuset. Sykepleierne mener de er kjent med hvilke utfordringer kommunene sliter med når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Utfordringene kjenner de gjennom media samt i kommunikasjon med representanten fra tildelingskontoret som kommer innom sengeposten. Alle de intervjuede sykepleierne mener at årsaken til at kommunene sliter med å ta imot sine utskrivningsklare pasienter, er at kommunene har for få sykehjemsplasser. De nevner at det er særlig en av kommunene som har disse problemene. De andre kommunene klarer i all hovedsak å tilby utskrivningsklare pasienter et tilfredsstillende kommunalt tilbud i løpet av det døgnet avtalen beskriver de har på seg, ifølge informantene.

Sykepleierne uttrykker at den daglige samhandlingen med kommunehelsetjenesten stort sett foregår uten for store problemer. De kommunalt ansatte sykepleierne er i regelen vennlige og imøtekommende. De intervjuede sykepleierne uttrykker sympati med sykepleierne i kommunene med tanke på deres arbeidshverdag etter innføringen av samhandlingsavtalen. Informantene mener at de kommunale sykepleierne har fått en mer utfordrende arbeidsdag, særlig de som arbeider i hjemmebasert omsorg.

*«Hjemmesykepleierne er alltid vennlige og villig til å overta ansvaret for pasientene, selv om vi vet de har mye å gjøre. Bare send pasienten hjem får vi til svar når vi spør»* sier en av sykepleierne i intervjuet.

Informantene forteller at de av og til synes synd på representanten fra en av kommunene som kommer til sengeposten og må beklage at de ikke har noe kommunalt tilbud til pasientene klart. Disse møtene er noe alle intervjupersonene synes å sette stor pris på. Sykepleierne forteller at ved at en representant fra en av kommunene kommer for å diskutere og vurdere pasientens funksjonsnivå, har hverdagen for sykepleierne på sengeposten blitt noe lettere. Sykepleierne sier i intervjuene at det er vanskelig for dem å vurdere en innlagt pasient med tanke på hva han kan klare når han utskrives.

En sykepleier sier det slik: *«En ting som jeg synes fungerer veldig bra, er at kommunen sender en representant hver mandag og torsdag til oss og det har vært kjempeflinke folk som har vært her. Fornuftige og veldig, veldig flinke. Problemet er at de ikke har flere sykehjemsplasser selv hvor flinke disse to damene der er.»*

En annen sykepleier sier det slik: *«Jeg synes det er lettere at representanter fra kommunen kan vurdere pasientene.....de ser de andre behov enn vi ser...»*

Sykepleierne synes det er en vanskelig vurdering ved en sykehusesengepost å kunne vurdere hvilket hjelpenivå kommunens helsetjenester skal legge seg på. En sykepleier sier det slik:

*«... det er ikke lett for oss å vurdere pasientens behov for hjelp. Det er vanskelig å se for seg hva som er relevant når han kommer hjem.»*

Sykepleierne i sengeposten påpeker i intervjuene at denne ordningen med besøk fra en representant fra kommunehelsetjenesten for å vurdere pasientene, fungerer svært bra. Ved disse vurderingsbesøkene kan begge parter få svar på uklarheter rundt pasientene, og gjennom informasjonsutvekslingen, finne et best mulig behandlingsforløp for pasienten. Med kunnskapen og erfaringene fra kommunen og kunnskapen og erfaringene fra sengepost, legges det et godt grunnlag for totalvurderingen av pasientens helsesituasjon og veien videre for pasienten i behandlingsforløpet, mener informantene.

Kommunerepresentanten kjenner det kommunale hjelpeapparatet godt, har satt seg inn i pasientens helsesituasjon før innleggelsen og har erfaring på tidligere pasientforløp, mens sykepleierne på sengepost har kunnskaper om hvordan den aktuelle diagnosen, som førte til innleggelsen vil påvirke pasienten og hvordan pasienten har det og fungerer på det nåværende tidspunkt, uttrykker sykepleierne. Informantene formidler i intervjuet hva de legger til grunn når det skal vurderes hvilket hjelpetilbud en pasient har behov for etter utskrivelse fra sykehus, men uttrykker at det er mulig at kommunen ser noe annerledes på denne vurderingen utfra deres erfaringer med hva som har fungert bra tidligere i liknende situasjoner. Det som av sykepleierne i sykehuset blir ansett som en sykehjemspasient, kan bli vurdert til å klare seg fint hjemme med tilbud fra hjemmesykepleien, sier intervjupersonene.

Sykehusets sykepleiere synes også det er en lettelse at det er kommunens egne ansatte som gir pasientene avslag på eventuelle institusjonsplasser, eller gir beskjed til pasientene at de må forbli i sykehussengeposten i påvente av et kommunalt tilbud. Sykepleierne forteller om episoder hvor de har opplevd å få kjeft fra pasienter eller pårørende fordi kommunen ikke har gitt pasienten det tilbudet vedkommende hadde håpet på og forventet. Dette oppleves frustrerende og urettferdig med tanke på at sykehuset ikke kan legge noen føringer på hvilke hjelpetiltak kommunen skal sette i verk. Følgende sitat illustrerer dette slik: *«Jeg synes det er lettere at en sykepleier fra kommunen kommer og vurderer pasienten. For vi kan jo ikke love sykehjemsplass. Vi kan jo bare love hjelp. Det kan jo være hjelp på det psykiske planet også, ikke sant. Da blir det lettere dersom kommunen kommer og snakker med pasienten slik de ser alle behovene. Det synes jeg er viktig.»*

Sykepleierne synes ikke det har vært behov for at andre kommuner kopierer denne ordningen med en kommunerepresentant som går rundt på sengepostene. De andre kommunene har færre pasienter som forblir i sengepostene etter de er registret utskrivningsklar, forteller informantene. Sykepleierne sier pasienter fra andre kommuner enn Ålesund, som regel får raskere kommunalt tilbud, gjerne i løpet av samme dag eller få dager etter pasientene er meldt klar for utskrivelse.

Sykepleierne i sengepostene har sporadisk kontakt med pårørende til pasientene. I intervjuet formidles det at samhandlingsreformen har vært omtalt så mye i media at pårørende ofte sier at de vet hva de har krav på, men det viser seg ofte at de likevel ikke har forstått alt om reformen og hva den innebærer for deres pårørende. Sykepleierne sier i intervjuet at de antar at tildelingskontorene i kommunene har mer pårørende kontakt enn de selv har.

Den daglige samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten foregår i hovedsak pr elektroniske meldinger. Disse elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene kom for om lag tre år siden og har, ifølge sykepleierne gjort kommunikasjonen mellom partene lettere. Sykepleierne forteller at de tidligere kunne bruke timevis på dokumenter som skulle fylles ut med penn for så å fakses til kommunen og deretter scannes inn i pasienten legejournal med korrekte tidsangivelser for utført oppgave. Dagen pleie- og omsorgsmeldinger skrives rett inn i pasienten legejournal og sendes elektronisk derfra til aktuell kommune. Alle tidsangivelser finner en i journalen hvis en trenger det i ettertid. Sitat fra intervju:

*«Jeg synes det er blitt lettere med disse pleie- og omsorgsmeldingene. Det er lettere å søke og få svar nå enn å drive på med disse faksene hele tiden. Det er litt mindre tidkrevende nå kanskje enn det var før.»*

Likevel er det ikke alt med pleie- og omsorgsmeldingene som oppleves som optimalt for sykepleierne. I begge gruppeintervjuene blir det gitt uttrykk for forvirring rundt hvilke meldinger som skal til hvilke instanser i kommunen. Det er nemlig slik at noen pleie- og omsorgsmeldinger skal til koordinerende enhet i kommunen, mens andre meldinger skal til sykepleietjenesten i kommunen. Innholdet i meldingene skal tilpasses alt etter hvilken del av tjenesten som er mottaker. Koordinerende enhet i kommunene skal derfor kun ha opplysninger som de kan bygge sitt vedtak om kommunalt tilbud på, mens sykepleietjenesten må ha mer detaljerte opplysninger om pasienten helsesituasjon. Sykepleierne skildrer det slik:

*«Når vi skal skrive ut pasienten skal vi ha to ting å forholde oss til. Den meldingen om helseopplysninger vi sender til kommunen slik de kan fatte et vedtak, skal helst ikke være så personlig i*

*forhold til pasienten. Det skal være faktaorientert. Og nå har jeg fått vite at den utskrivningsrapporten som kom nå nettopp, den skal liksom være litt mer sånn informasjon oss sykepleiere i mellom. Men den om helseopplysningene skal være sånn sykepleier til byråkrat på en måte.»*

Sykepleierne sier at selve utformingen av meldingene gir forvirring når det gjelder hvilke instanser som skal ha hvilke meldinger. Særlig 24-timers-meldingen trekkes frem som et eksempel. Denne meldingen skal sendes til koordinerende enhet i kommunen, slik at de kan forberedes seg på at en pasient med stor sannsynlighet trenger kommunal hjelp etter utskrivelsen fra sykehuset og dato for forventet utskrivelse.

Sykepleierne forteller at de stusser over at det plutselig kom en ny type melding som skulle brukes uten at noen i sengeposten hadde blitt informert:

*«Men så kom jo dette punktet med utskrivningsrapporten og den bare dukket opp... med veldig lite oppfølging der og da. Jeg visste ikke at det eksisterte før for noen få dager siden.»*

De elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene utfordrer sykepleierne på en annen måte også. Det kan være ganske vanskelig å formidle den informasjonen som synes viktig i skrevet tekst. Dette medfører at behovet for å ringe til sykepleietjenesten i kommunen kommer av og til. Å få poengtert viktig informasjon eller for eksempel få frem nyanser i en pasients helsesituasjon i en skrevet tekst, kan være vanskelig eller, i noen tilfeller umulig, mener sykepleierne. De elektroniske meldingene kan aldri helt erstatte de verbale dialogene mellom partene i pasientforløpene, sier sykepleierne. Selv om sykepleierne mener antallet telefoner er blitt færre etter innføringen av samhandlingsavtalene, brukes enda mye tid i telefonen. Telefonsamtalene går fra sykepleier i sykehuset til sykepleier i kommunen for å få avklaringer, men går kanskje oftere inn til sykepleierne i sengeposten fra kommunens helsetjeneste, pasientene eller pårørende. Det er særlig de kirurgiske sykepleierne som bruker mye tid i telefonen etter pasientene er utskrevet. Sykepleierne mener det ikke er vanskelig å sette seg inn i behovet for informasjon etter pasienten har vært gjennom et kirurgisk inngrep og er utskrevet til kommunal omsorg igjen. Et kirurgisk inngrep oppfattes av de fleste pasienter som en stor inngripen i hverdagen. Etter en kirurgisk operasjon, er det mange pasienter som føler usikkerhet og utrygghet og har et stort behov for å snakke med en erfaren sykepleier på sykehuset om sine bekymringer. De kirurgiske sykepleierne snakker og trygger gjerne pasientene eller deres pårørende i telefonen selv om dette tar mye av arbeidstiden som kunne vært brukt på andre gjøremål, sier de i intervjuet. En kirurgisk operasjon medfører også ofte en akutt funksjonsnedsettelse i aktiviteter i dagliglivet og med kort tid innlagt i sykehuset, er pasienten fremdeles preget av det postoperative forløpet etter at han er skrevet ut av sykehuset. Noen pasienter innlegges og

utskrives med alvorlige diagnoser og dårlige prognoser, og slike i situasjoner er det viktig at sykehusets sykepleiere er tilgjengelig pr telefon slik pasienten eller kommunehelsetjenesten lett kan komme i kontakt, sier sykepleierne i intervjuene.

Det er også ofte telefoner fra sykepleierne i kommunen, kan informantene fortelle. Sykepleierne synes å vise forståelse for behovet for telefonsamtalene. Med tanke på de store endringene et sykehusopphold kan medføre for en pasients behov for pleie og omsorg, er behovet for kommunikasjon mellom sykehus og kommune fullt forståelig og ofte helt nødvendige. Mange sykepleiere arbeider i turnuser og på deltid er en problemstilling sykepleierne som ble intervjuet sier de kjenner godt til når de forsøker å nå sykepleierne i kommunen. De opplever ofte vansker med å nå de sykepleierne de ønsker å snakke med, fordi de ikke er på jobb når en forsøker å nå dem. Sykepleierne forteller at det også kan være utfordrende å finne det rette telefonnummeret til den aktøren en vil snakke med i kommunehelsetjenesten og at de ukentlig kan bruke lang tid på å nå riktig vedkommende. De intervjuede sykepleierne sier imidlertid at det tidligere var større problemer med å nå de kommunale sykepleierne på telefon, og at når kommunen ble gjort oppmerksom på dette kontaktproblemet, er de blitt flinkere til å sette inn riktig telefonnummer i pleie- og omsorgsmeldingene.

Sykepleierne forteller at de gjerne skulle snakket direkte med kommunehelsetjenesten på telefon når pasienter får tildelt institusjonsplasser sent på dagen. I dag gis det elektronisk melding også ved tildeling av institusjonsplass og dette krever at sykepleierne hyppig er pålogget pasientenes legejournaler for å se etter meldinger. Dette oppleves som utilfredsstillende og er i konflikt med måten de i dag har organisert sin arbeidsdag på. Kommunene har mulighet til å gi beskjed om tildelt institusjonsplass frem til kl. 15:00 på hverdager og pasientene må da reise samme dag. En utskrivning av en pasient fra sykehus, stiller store krav til dokumentasjon som skal følge pasienten. Dokumentasjonen må altså påbegynnes den dagen pasienten meldes utskrivningsklar, men ferdigstilles først når kommunen har gitt beskjed om at de er klar til å ta imot pasienten. Med tanke på at noen pasienter som er registret utskrivningsklar, kan ligge i mange uker på sykehus og vente på et kommunalt tilbud, er det lett å tenke seg at mye kan ha skjedd med denne pasienten i ventetiden. Vi har ikke laget rutiner og system for å organisere arbeidet på en slik måte at pasienter skal kunne utskrives i løpet av kort tid etter klarering fra kommunen og all dokumentasjon og informasjon skal være ajour og oppdatert, sier sykepleierne. Dette oppleves som svært utfordrende for sykepleierne.

Sykepleierne forteller at de ikke er tilfreds med hverken informasjonsmengde eller kvaliteten på informasjonen de mottar fra kommunehelsetjenesten når pasientene innlegges. Det de er mest fornøyd

med i informasjonen, er medisinalisten fra hjemmesykepleien som ofte er den mest korrekte medisinalisten. Den fremstår ofte mer oppdatert enn medisinalisten fastlegen forholder seg til.

De kommunale helsetjenestene benytter en form for tallscore som skal være et uttrykk for pasientens pleiebehov og dette tallscoret forteller sykepleierne i sykehuset lite, fordi de er vant til andre vurderingsskalaer. Samtidig sier sykepleierne at kvaliteten på informasjonen fra kommunen er dårlig:

*«Jeg ønsker bedre informasjon fra kommunen, spesielt om de pasientene som kommer fra sykehjem eller har mye hjelp hjemme. Jeg vil vite hvordan pasienten er og hvordan han fungerer til daglig.»*

*«De skriver ofte informasjon i et slikt skjema: pasienten har tildelt 32 minutter..., men det sier meg ingenting.»*

Flere av sykepleierne beskriver at flere og flere pasienter blir innlagt og reinnlagt med jevne mellomrom på grunn av marginal funksjon i hjemmet. Disse pasientene betegnes som svingdør- pasienter. Særlig de medisinske sengepostene har mange av denne pasientkategorien, forteller informantene. Sykepleierne sier at svingdør- pasientene som regel er eldre personer som kan ha en kronisk lidelse som blusser opp og krever spesialistbehandling med jevne mellomrom, eller hvor den totale helsesituasjonen til pasienten er så skjør at å bo hjemme blir vanskelig i perioder, særlig ved forverring av lidelser. I følge sykepleierne i medisinsk sengepost, burde flere av disse pasientene fått plass i en av kommunenes institusjoner i stedet for å innlegges på sykehus og utskrives til bosted igjen og igjen:

*«Så er det jo litt dilemma med svingdør- pasienter da. Vi sender jo melding til kommunen at pasienten trenger slik og slik hjelp. Så har kommunen møte og vi får beskjed om at de ikke kan tilby pasienten sykehjems plass. Vi opplever at det er i grenseland om det er forsvarlig at pasienten reiser hjem til egen bolig. Vi vet at pasienten har vært innlagt flere ganger i sykehuset før og både pasienten og pårørende krever at pasienten skal få sykehjems plass. Og så er det vi som kommer i konflikt med pasienten og pårørende og blir svarteper opp i hele situasjonen.»*

*«Ja da synes jeg det blir viktig å dokumentere hvordan pasienten har fungert her i sengeposten, for å ha mitt på det tørre på en måte, i forhold til at du vet at det ikke går så lang tid til pasienten blir innlagt igjen».*

En medisinsk sykepleier forteller at en som jobbet i hjemmesykepleien i en kommune, sa at hjemmesykepleien av og til måtte legge inn en pasient på sykehus for å belyse pasientens behov for

institusjonsplass. Sykepleieren uttrykker at dette er misbruk av sykehussenger og samhandlingsavtalen. Likevel opplever sykepleierne sjelden innleggelse på grunn av sosiale forhold nå enn før samhandlingsavtalene ble innført.

Både de kirurgiske og medisinske sykepleierne tar opp i intervju samtalen at de har reagert på at når kommunen har flere utskrivningsklare pasienter på vent i sykehuset, kan de velge fritt hvilke pasienter som får tilbud om kommunal hjelp og kan utskrives. Til tross for at en pasient har vært registrert utskrivningsklar i lang tid, kan kommunen velge å tilby en annen pasient som har vært registrert utskrivningsklar i kortere tid, et kommunalt tilbud før enn pasienten som har ventet lengst.

I intervjuet med de medisinske sykepleierne sier sykepleierne at utskrivningsklare pasienter som venter på korttidsplass i kommunene, gjerne blir ventende så lenge i sykehuset at behovet for korttidsplass forsvinner og pasienten kan reise rett hjem til egen bolig. Det hender også at pasientene får nye problemstillinger og nye lidelser i ventetiden på sykehjemsplass. Slike situasjoner har medført diskusjoner med kommunehelsetjenesten som da ønsker at sykehuset skal trekke meldingen om utskrivningsklar pasient. Sykepleierne i sykehuset er imidlertid ikke enig i at meldingen skal trekkes hvis dette er lidelser som ville ha oppstått uansett hvor pasienten oppholdt seg, siden det i hovedsak er eldre, skrøpelige og pleietrengende pasienter dette dreier seg om.

Informantene gir uttrykk for at innføringen av samhandlingsavtalene har bidratt til en mer positiv innstilling til kommunehelsetjenesten. Sykepleierne forteller om at de alltid får positiv respons fra sykepleierne i kommunene når de snakkes i telefonene eller i de ukentlige, fysiske møtene på sykehuset. Sykepleierne i sengepostene uttrykker forståelse for utfordringene den enkelte sykepleier i kommunene står overfor, for eksempel hjemmesykepleien, og mener at samhandlingsreformen har medført at kommunehelsetjenesten blir ekstra utfordret når pasientene kommer tidligere hjem etter sykehusopphold og at de i tillegg kanskje har en sykere pasientgruppe boende hjemme enn de hadde før. Sykepleierne poengterer at det er viktig for samhandlingen at alle parter viser en positiv innstilling til hverandre og legger til rette for at overgangene fra kommunehelsetjeneste til spesialisthelsetjenesten og omvendt, går så smertefritt for pasientene som mulig. At en møter hverandre med respekt, snakker og omtaler hverandre på en skikkelig måte og viser forståelse for hverandre utfordringer, er viktige forutsetninger for et godt samarbeid uttrykker informantene. Sykepleierne blir spurt om de har inntrykk av at de ansatte i kommunene har mer kunnskaper om samhandlingsavtalene enn de selv føler de har. Inntrykket sykepleierne formidler er at de personene som arbeider på kommunale kontorer kjenner avtalene godt, men at hjemmesykepleierne og de i kommunale institusjonene ikke nødvendigvis kjenner de så godt.



Både de kirurgiske og de medisinske sykepleierne mener at de kommunale saksbehandlernes kunnskaper om avtalene viser seg gjennom den mengden av avvik som kommunene sender til sykehusavdelingene når noe ikke har gått helt etter avtalene. Sykepleierne uttrykker svært varierende måter disse avvikene behandles på i de ulike sengepostene. I noen sengeposter blir avvikene gjennomgått og diskutert på avdelingsmøter, mens i andre sengeposter er ikke sykepleierne i befatning av avvikene i det hele tatt. Intervjuene viser også at noen sykepleiere ikke kjenner til muligheten til å sende avvik på uønskede samhandlingshendelser.

Sykepleierne i sengepostene sier i intervjuene at de ikke får den informasjonene de trenger om pasientene ved innlegginger i sykehus og at kravene til dokumentasjon ved utskrivelser fra sykehuset er enorme.

Kommunikasjon, både innad i helseforetaket og utad mellom foretaket og kommunen, oppleves til tider utfordrende for sykepleierne i sengepostene. Noen av sykepleierne snakker om kommunikasjonsproblemene i intervjuet og uttrykker forståelse for at en sykepleier i hjemmesykepleien ikke er klar over hva som var viktig informasjon å formidle når en pasient skal innlegges. De mener derfor at sykehusets pleieplan er et greit verktøy for å vurdere alle pasientens utfordringer og skissere en sykepleiefaglig tiltakspakke på hver utfordring, og at kommunene burde være flinkere til å lage slike pleieplaner og sende de til sykehuset når pasientene ble innlagt. De medisinske sykepleierne sier at det er litt merkelig at sykepleierne på sykehuset skal lage en pleieplan på en pasient som i beste fall er innlagt i sykehuset noen dager, og sende denne pleieplanen med pasienten ved utskrivelsen til sykepleierne som kjenner pasienten veldig godt og kanskje hadde hatt med denne pasienten å gjøre i årevis. De sier at en slik pleieplan burde vært laget av den kommunale helsetjenesten og sendt med pasientene når de ble innlagt på sykehuset.

Intervjupersonene forteller at de er kjent med at kommunehelsetjenesten har anledning til å sende avvik når helseforetaket har brutt samhandlingsavtalen. At sykepleierne ved sykehuset også har denne anledningen til å sende avvik, er mindre kjent blant informantene. Når de utfordres på hvorfor de selv ikke melder uønskede hendelser tilbake til kommunene, mener de dette skyldes at de ikke kan prioritere å bruke tid på avvik fremfor pasientbehandling i en travel hverdag. Med tanke på at et avvik kan medføre endret praksis på sikt, kan det i ytterste forstand også medføre en lettere arbeidsdag for alle parter. Noen av informantene forteller i intervjuet om avviksmeldinger de har fått fra kommuner. Et av

avvikene gikk på at en pasient hadde gjennomgått en kirurgisk operasjon og skulle reise hjem igjen. Pasienten var for det meste selvhjulpne, men trengte hjelp til å sette blodfortynnende sprøyter i et par uker fremover. Pasienten mente han kunne få hjelp til å sette disse sprøytene av en av sine pårørende som var sykepleier. Pasienten reiste hjem og et noen dager kom det at avvik inn til sengeposten med beskjed om at samhandlingsavtalen var brutt siden sykehuset ikke hadde kontaktet hjemmesykepleien for at pasienten skulle ha blodfortynnende sprøyter. Det viste seg at pasientens pårørende ikke var enig i at hun skulle sette sprøytene og hadde tatt kontakt med hjemmesykepleien. Sykepleierne sier slik avvik gjør dem mer bevisst i utskrivningssituasjoner og avtale både med kommunene og pårørende når det kreves en innsats av disse. Avviket oppnådde dermed sin hensikt med å gi lærdom og endre praksis.

I neste kapittel vil empirien analyseres og drøftes mot den teoretiske referanserammen for oppgaven.

## 5.0 Drøfting

Ved å studere en implementeringsprosess, kan en finne ut av om organisasjonen klarer å stå samlet og motivere de ansatte til endring (Van Meter & Van Horn 1975). Det er altså hele organisasjonens ansvar at beslutninger realiseres i praksis, ikke bare de som er satt til å utøve endringene. Drøftingen tar utgangspunkt i problemstillingen for oppgaven: *Hvilke faktorer påvirker iverksettingen av samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner – sett fra sykepleiere i sengepost sitt perspektiv?*

I kapittel 3 om metode har jeg beskrevet hvordan jeg går frem for å analysere materialet i empirien. Etter en systematisk tekstkondensering av materialet, sitter jeg tilbake med tre kategorier som sier noe om hvilke områder av faktorer informantene ga uttrykk for, som hadde innvirkning på realiseringen av samhandlingsavtalene i praksis: kunnskap, kultur og kommunikasjon. De tre kategoriene vil gjenspeiles i dette kapitlet. Kategoriene henger sammen, men jeg vil likevel forsøke å skille de fra hverandre i fremstillingen som følger. Kunnskap er første temaet og omfatter både kunnskaper om selve samhandlingsavtalene og kunnskaper om kommunene som de er satt til å samhandle med. Det neste temaet er kultur. Selv om de intervjuede sykepleierne ikke benyttet uttrykkene kultur og kulturforskjeller, tolker jeg svarene som at det er nettopp kultur og ulike perspektiv på pasientforløp som er en del av

utfordringene i den daglige samhandlingen. Kommunikasjon er siste tema. Kommunikasjonsvanskene sykepleierne skildrer i intervjuene skyldes ofte at partene har ulike perspektiv og kunnskapsmangel. Jeg har til tross for dette valgt å ta kommunikasjon som eget tema i analysen og drøftingen.

Drøftingene er organisert med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

## 5.1 Hvordan opplever sykepleierne i sengepostene den daglige samhandlingen med kommunene?

Sykepleierne formidler et positivt syn på sin daglige samhandling med kommunene generelt. De ansatte i kommunene blir oppfattet som vennlige og løsningsorientert. Det er ikke de menneskelige relasjonene som vanligvis kompliserer den daglige samhandlingen mellom partene. Likevel oppleves ikke samhandlingen som optimal og den umiddelbare årsaken til dette, kan synes å være at sykepleierne i sengepostene har for få kunnskaper om samhandlingsavtalene og begrenset kjennskap til ulikhetene mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens pasientforløps- perspektiv. Dette positive synet på den daglige samhandlingen mellom sykepleierne i sykehuset og kommunen, finner jeg igjen i litteraturen (Tønnesen 2016). Sykepleierne uttrykker sympati og beundring for sine kollegaer i kommunehelsetjenesten som må forholde seg til de forskjellige pasientene med alle deres helsemessige utfordringer og sykdommer. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten fremstår som løsningsorienterte og arbeidsvillige. Dette er egenskaper som samhandlingsavtalen legger vekt på og som skal prege samarbeidet mellom partene. Samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, skal bygges på åpenhet og tillit, heter det i avtalen. Denne åpenheten og tilliten vil vise seg i den daglige kommunikasjonen mellom kommuner og helseforetak i pasientforløpet. Ved å stole på at faglige vurderinger ligger til grunn for all behandling og pleie, viser en tillit til den andre part. Det er gjennomført undersøkelser som viser at sykepleierne i helseforetakene ikke nødvendig har denne tilliten til kommunehelsetjenesten (Paulsen & Grimsmo 2008). Bakgrunnen for denne mistilliten kan synes å være at sykepleierne i sykehuset ikke er enig i kommunehelsetjenestens vurdering av pasientens behov for institusjonsplass eller frykten for at kommunehelsetjenesten ikke fullfører behandlingen som er startet i spesialisthelsetjenesten (Paulsen & Grimsmo 2008, Tønnesen et al 2016). Den manglende tilliten til kommunehelsetjenesten kan også være et resultat av de mange svingdørspasientene som innlegges med jevne mellomrom og utskrives tilbake til det tilsynelatende samme omsorgsnivået i kommunen igjen og igjen (Ljunggren et al 2015). Dette kommer jeg tilbake til senere i drøftingen.

Materialet fra intervjuene viser at sykepleierne i sengepostene opplever at mange av samarbeidsoppgavene konsentrerer seg til slutten av dagen. Sykepleierne formidler at dette medfører stress for å rekke å komme i mål med gjøremålene, slik pasienten kan utskrives til kommunehelsetjenesten til avtalt tid. Sykepleierne uttrykker også et stort behov for at utskrivende leger er mer tilgjengelig utover dagen, slik at all utskrivnings- dokumentasjon blir ferdigstilt og ikke ligger til hinder for utskrivelsen. Samhandlingsavtalen sier at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal drive koordinerende virksomhet til pasientenes beste (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Sykepleierne opplever at dette koordinerende arbeidet i utskrivningssituasjoner, hovedsakelig faller på dem og legene burde hatt en mer synlig rolle i slike situasjoner. Undersøkelser har vist at leger og sykepleiere på sykehusene har ulik planleggingshorisont i utskrivningssituasjoner (Orvik 2004)

At mange av sykepleierne i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeider i deltidstillinger, kompliserer samhandlingen mellom partene (Paulsen & Grimsmo 2008). Reduserte stillinger og turnusarbeid medfører at sykepleierne kan være vanskelig å nå og at utskrivningsprosessen må fordeles på flere personer. Dette kan redusere kvaliteten og helheten i utskrivningen.

Den daglige samhandlingen mellom sykehuset og kommunen synes å være preget av vennlighet og forståelse for hverandres utfordringer. Likevel kan det å ha tillit til den andre parts vurderinger, oppleves problematisk, særlig med tanke på at mange eldre, skrøpelige pasienter reinnlegges i sykehuset hyppig, tilsynelatende på grunn av marginale funksjon i hjemme. Den daglige samhandlingen kunne tjene på en omorganisering av timeplanen for gjøremål i sengepostene slik at sykepleierne unngikk opphopning og stress på slutten av arbeidsdagene, samt at legene var mer aktiv i utskrivningsplanleggingen. Redusert arbeidstid og turnus gir også utfordringer i samhandlingen.

## 5.2 Hvilke kunnskaper har sykepleierne om avtalene og de partene de er satt til å samhandle med?

Sykepleierne i sengepostene samhandler med flere aktører, både internt og eksternt. I denne oppgaven er fokuset på kommunehelsetjenesten som samhandlingspartner.

Sykepleierne sier at de aldri har lest eller blitt informert om innholdet i samhandlingsavtalene. Dette

viser at en av de viktigste faktorene for at implementeringen av samhandlingsavtalene skulle lykkes er fraværende i større eller mindre grad. Kunnskaper om og forståelse av hva partene ønsker å oppnå med samhandlingsavtalene, er en av de grunnleggende faktorene som må være tilstede for at realiseringen av avtalene i praksis skal gå etter forventningene. Kjenner ikke sykepleierne til hvorfor avtalene er inngått og intensjonene med dem, blir implementeringen av avtalene vanskeligere (Kjellberg & Reitan 1995, Offerdal 2014).

Ifølge Van Meter og Van Horn er det nødvendig for en vellykket implementering at utøverne kjenner til, forstår og er enige i målsetningene og intensjonene ved samhandlingsavtalene (Van Horn & Van Meter 1975). Når sykepleierne i sengepostene aldri har sett eller lest avtalene, kan ikke målsetningene og intensjonene med avtalen være videreformidlet på en tilfredsstillende måte. Forventningen om en vellykket iverksetting av samhandlingsavtalene blir ikke innfridd etter intensjonene når de som skal sette den ut i praksis ikke vet hvorfor og hvordan dette skal gjøres. Da hjelper det lite at målsetningen er klart formulert i teksten i samhandlingsavtalen.

Når en bestemmelse ikke er kjent nedover i organisasjonen, vil de ansatte fortsette å utøve sine handlinger på samme måte som de alltid har gjort, eller tolke beslutningene etter sine egne forutsetninger, erfaringer og vurderinger, som bakkebyråkrat (Lipsky 1980) Slike personlige tolkinger av bestemmelser, kan naturligvis representere en fare for at bestemmelsens egentlige intensjon og målsetning ikke oppnås. Innføringen av samhandlingsavtalene ga partene mulighet for å rapportere uønskede avvikshendelser til hverandre for på den måten lære av sine feil og skaffe seg mer erfaringer (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Kommunehelsetjenesten har benyttet dette i mye større grad enn helseforetaket. Informantene sier de kjenner til innholdet i avtalene gjennom disse avvikene som kommer til uttrykk i samhandling med kommunene. Sykepleierne vektlegger ikke at behandlingen av disse avvikene er svært ressurskrevende både for kommunene og helseforetaket. Avvikene representerer dermed en positiv innvirkning ved å bidra til kunnskaper om avtalene og dermed endring av praksis. Føringer som blir lagt på endring av praksis i utskrivningssituasjoner, kommer med andre ord utenfra og ikke fra ledelsen i organisasjonen som en skulle forvente. Tilbakemeldingene fra kommunehelsetjenesten tvinger frem en endring i rutine ved sengepostene i sykehuset og kan dermed sies å skape mer kunnskaper om innholdet i samhandlingsavtalene blant sykepleierne som jobber der. På den andre siden medfører forpliktelse til skikkelig gjennomgang og behandling, og at dette er ressurskrevende arbeid. Det kan synes som om sykepleierne ikke kjenner til alle avvikene og hvordan disse bearbeides i avdelingene og sengeposten, og derfor ikke ser mulighetene for å lære av sine feil og skaffe seg nye erfaringer.

Samhandlingsavtalene er helt klar på punktet om opplæring og sier at partene er forpliktet til å gi opplæring om avtalen til egne ansatte. Avtalen beskriver også at det skal settes av ressurser til å øke de ansattes kunnskaper om avtalen. Det er naturligvis rom for å diskutere hvorvidt opplæring er lagt til rette for. Avtalene er lett tilgjengelig på helseforetakets interne og eksterne hjemmesider på internett, men intervjupersonene uttrykte at ikke alle sykepleierne var klar over at avtalene var publisert der. Samtidig uttrykker sykepleierne forbauselse over at de ikke er informert om et nytt meldeskjema, som skal benyttes i kommunikasjonen mellom foretaket og kommunene. Det kan derfor synes som om informasjonsflyten innad i helseforetaket ikke tilfredsstillende de ansattes behov. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er store komplekse organisasjoner med mange ansatte og ulike nivå i organiseringen. Slike organisasjoner stiller store utfordringer med tanke på hvordan få kunnskap og informasjon ut i enhetene både i forhold til innhold og tid (Jacobsen & Thorsvik 1997).

Undersøkelser viser at kommunehelsetjenesten har lykkes bedre enn spesialisthelsetjenesten, i å spre kunnskaper om avtalene blant sine ansatte (Danielsen & Fjær 2010). Hvorfor kommunene har mestret dette på en bedre måte enn helseforetakene, er vanskelig å finne svar på, men konsekvensen av samhandlingsreformens innhold er større for kommunene i form av omorganisering av helsetjenestene enn de konsekvensene det får for spesialisthelsetjenesten. Som det nevnes i innledningen av oppgaven, skal flere pasienter behandles utenom andre- linjetjenesten. Kommunehelsetjenesten må derfor rustes opp til å kunne ta imot disse pasientene og behandle dem minst like godt som spesialisthelsetjenesten har klart. Opplæring av avtalene har derfor vært et nødvendig tiltak i kommunehelsetjenesten for å kunne imøtese denne forventningen om økt kommunal pasientbehandling.

Det er nå snart fem år siden samhandlingsreformen ble innført i Norge. Informantene mener de kjenner innholdet i avtalene tilstrekkelig slik at de mestrer samhandlingen i arbeidshverdagen på en tilfredsstillende måte. Når sykepleierne i sengepostene sier de har liten opplæring i innholdet i samhandlingsavtalene, men likevel har kunnskaper om hva som forventes av dem, kan dette tyde på at de ubevisst opptrer som bakkebyråkrater, uten selv å være klar over denne rollen. Det kan synes som om sykepleierne har laget seg sine egne tolkninger av avtalene som de benytter i sitt daglige virke. Sykepleierne er bakkebyråkrater på den måten at de kan velge selv når de vil utføre en handling og hvordan den utføres (Lipsky 1980). Pasientene er prisgitt og helt avhengig av sykepleiernes tjenester og hjelp. Det er sykepleierne som tilbringer mest tid sammen med pasientene og som koordinerer behandlingen og pleien og dermed er best rustet til å vurdere pasientene behov for tjenester. Hvordan

pasientenes behov rangeres, er avhengig av sykepleiers vurderinger og skjønn. Vurderingene gjøres på grunnlag av sykepleierens verdisyn og hvordan sykepleieren tolker problemstillingene. Deres daglige vurderinger i samhandlingssituasjoner med kommunehelsetjenesten, kan komme i konflikt med de formelt inngåtte avtalene, for eksempel ved å legge føringer for hvilket nivå kommunehelsetjenesten skal legge sine pleie- og omsorgstjenester på. Dette forklarer også hvorfor sykepleierne er overrasket over alle avvikene fra kommunene, og anklager kommunene for bare å ha fokus på samhandling som ikke fungerer optimalt og masseprodusere avvik.

Van Meter og Van Horn sier at implementering tar tid og at iverksetting av en bestemmelse må ses på som en prosess som kan gå over mange år (Van Meter & Van Horn 1975). Det faktum at det nå er snart fem år siden samhandlingsavtalen slik vi kjenner dem i dag, var inngått, viser også at organisasjonene trenger lang tid på å realisere avtalene i praksis. Sykepleiernes utøvelse av den daglige samhandling, forandres sakte men sikkert avhengig av de opplevelser og erfaringer de tilegner seg med tiden. Adferd korrigeres og en lærer kontinuerlig nye måter å løse utfordringer på, alt ettersom hvilke tilbakemeldinger en får på sitt arbeid. Etter min oppfattelse er det på denne måten sykepleierne i sengepostene har lært seg kunnskaper om innholdet og målsetningene med samhandlingsavtalene. Kunnskapene om innholdet i avtalene er med andre ord tilegnet gjennom tilbakemeldinger fra kommunene om hendelser som ikke er utført etter bestemmelsene i samhandlingsavtalen, og ikke gjennom opplæring i sykepleiernes egen organisasjon som en kunne forvente.

De begrensede kunnskaper sykepleierne i sykehusene har om samhandlingsavtalene og kommunehelsetjenesten, kan handle om ulike kulturer og kommunikasjonsutfordringene som de opplever i samhandling med kommunen i det daglige.

De kulturelle forskjellene i kommunehelsetjenestens og spesialisthelsetjenestes perspektiv på pasientforløp (Røssstad et al 2013), vil etter mitt syn forsterkes gjennom sykepleiernes begrenset innsikt og kjennskap til sine samhandlingsparter. Kommunenes og helseforetakenes ulike tilnærminger til pasientbehandling, kunne blitt mer sammenfallende ved å ha mer kunnskap om hverandre og hverandres utfordringer i pasientbehandlingen (Grimsmo 2012. Tønnesen et al 2016). Informantene mener å ha tilstrekkelige kunnskaper om kommunehelsetjenesten organisering, men formidler indirekte gjennom samtalen at de mangler det totale overblikket på helsetjenestene på tvers av forvaltningsnivåene. Denne mangelen på helhetstenkning viser seg blant annet i spørsmålet om de erfarer at de legger føringer for hvilke tilbud kommunene bør tilby pasientene som er registret utskrivningsklar. De fleste av informantene mener at kommunen har for få institusjonsplasser og at de fleste av pasientene som er

utskrivningsklar fra sykehuset, trenger sykehjemsplass. Samtidig uttrykker sykepleierne at de kommunale representantene som er innom sengepostene på sykehuset med jevne mellomrom, har bedre forutsetninger for å foreta en vurdering av pasientenes muligheter for å komme hjem til egen bolig. De kommunale representantene har erfaringer med hva som er mulig å få til og hvilke løsninger de har lyktes med tidligere. Dette stemmer godt overens med ulike undersøkelser som er gjort nettopp på dette med vurdering av pasientenes funksjonsnivå etter sykehusopphold (Roos 2010. Bentzen & Domaas 2015. Kvalheim et al 2015). Representantene fra kommunen har også muligheter til å innhente mer informasjon fra andre kommunale aktører, som hjemmesykepleien, for å forhøre seg om hvordan pasienten har fungert før innleggelsen på sykehuset. Pasienter som har et tilfredsstillende funksjonsnivå før innleggelsen i sykehus, kan av ulike grunner, få et helt annet funksjonsnivå i løpet av kort tid etter sykehusoppholdet. Slike endringer kan medføre forverringer, stabilitet eller forbedringer i pasientens funksjonsnivå i forhold til dagliglivets aktiviteter. Med dagens avanserte behandlingsteknologi som benyttes i spesialisthelsetjenesten, er behandlingsmulighetene mange, og overlevelsessjansene etter alvorlig sykdom eller traumer er bedre enn noen gang (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Hvordan behandlingen vil innvirke på pasientens funksjonsnivå i hverdagen er vanskeligere å vurdere for sykehussykepleierne. Funksjonsnivået er avhengig av så mange ulike faktorer som for eksempel hvor godt tilrettelagt egen bolig er, andre kompliserende diagnoser og pasienten og pårørendes vilje og evne til vær løsningsorientert (Tønnesen et al 2016). Den avanserte sykdomsbehandlingen kan gi utfordringer når det gjelder å vurdere pasientenes funksjonsnivå, som kan endre seg mye på kort tid. Sykepleiere som arbeider i sykehuset tilegner seg erfaringer som kan gi dem bedre muligheter til å vurdere pasientenes endringer etter sykdomsbehandlingene, men der vil alltid være forskjeller fra pasient til pasient som kompliserer denne vurderingen.

På den annen side er foretakets sykepleiere fokusert mest på den diagnosen som pasienten ble innlagt for (Røsstad et al 2013. Tønnesen et al 2016. Tjøstolvsen 2016. Danielsen & Fjær 2010). Selv om sykehusets sykepleiere hevder å ta hensyn til alle behovene til pasientene, vil hovedvekten av behandlingen legges på den aktuelle innleggende diagnosen, og hjelpebehovet kartlegges deretter. For å illustrere denne problematiseringen kan en tenke seg en pasient med flere lidelser, men som likevel klarer å bo i sitt eget hjem ved hjelp av hjemmesykepleie. Pasienten er meget ustø ved gange og faller på vei til badet en morgen. Hjemmesykepleien kommer og organiserer sykebil for å få pasienten til sykehus. Pasienten blir innlagt på ortopedisk avdeling med brudd i lårhalsen. I ortopedisk sengepost blir pasienten hovedproblem behandlingen av bruddet og hjelp til å klare å gå igjen. Når informasjon om pasientens



helsetilstand utveksles til kommunen, er bruddet i lårhalsen og behandlingen av dette i fokus. Sykepleierne i sengeposten forventer at hjemmesykepleieren kjenner pasienten andre lidelser, men at lårhalsbruddet og behandlingen av dette er ukjent og derfor må informeres mest om. Det må naturligvis også informeres om eventuelle nye tilleggslidelser eller andre nye konsekvenser av pasienten helsetilstand som vil ha innvirkning på hvordan pasienten vil klare seg i hverdagslivet etter utskrivelsen. Det er nok her hovedutfordringen i forhold til vurdering av hva pasienten er i stand til etter sykehusoppholdet ligger. En kan forenkle dette med å si at spesialisthelsetjenesten fokuserer for mye på sykdom og for lite på det friske ved pasienten (Roos 2010).

Informantene forteller at deres definisjon av en pasient som behøver institusjonsplass, ofte ikke stemmer overens med kommunens syn på dette. Sykepleierne som intervjues viser til alle svingdørs- pasientene som med få dagers mellomrom innlegges i sykehuset gang på gang. Informantene mener antall svingdørspasienter vitner om for lite tilbud om helsetjenester i hjemmet og at flere pasienter burde vært tilbydd kommunal institusjonsplass.

Det finnes flere studier som viser at spesialisthelsetjenesten over- eller undervurderer pasientenes funksjonsnivå ved utskrivelser fra sykehus (Danielsen & Fjær 2010. Hellesø & Fagermoen 2010. Grimsmo 2013). I Sintef rapport om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre, stiller forfatterne spørsmålet om sykepleiere i sykehus er i stand til å se og vurdere pasientenes behov i hjemmet (Paulsen & Grimsmo 2008). Bakgrunnen for dette spørsmålet bygger nettopp på forskjellene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i synet på hva et sømløst og koordinert pasientforløp innebærer, som tabellen om kulturforskjeller viser (Røsstad et al 2013). Mens spesialisthelsetjenesten har fokus på diagnose og behandling av denne, er kommunehelsetjenesten opptatt av pasientenes funksjonsnivå. At kommunehelsetjenesten ikke fokuserer like mye som spesialisthelsetjenesten på diagnose, medfører at sykepleierne i sykehusene kan være bekymret for at ikke kommunehelsetjenesten tar hensyn til den behandlingen spesialisthelsetjenesten har satt i gang og som skal videreføres ut i kommunen (Paulsen & Grimsmo 2008). Dette kan ha noe å si i forhold til at kommunehelsetjenesten opplever at sykehusene legger føringer for hvilke kommunale tilbud pasientene bør ha. Til tross for at informantene i dette prosjektet ikke opplevde at de la noen føringer til hvilke tilbud kommunene burde tilby pasientene, er dette problemet skissert i flere andre undersøkelser (Paulsen & Grimsmo 2008. Tønnesen et al 2016. Otterstad 2009).

Hverdagen i en sengepost i et sykehus fortøner seg helt annerledes enn en hverdag i sykepleietjenesten i en kommune. I sykehuset er alle aktørene i pasientbehandlingen i umiddelbart nærhet. Det er legene som har behandlingsansvar og tar beslutninger hva angår hvilken behandling pasienten bør ha. Beslutningen om behandlingen tas på et medisinskfaglig grunnlag og pasienten har minimal påvirkning på dette valget. Sykehuslegene har også definisjonsmakt for når en pasient kan registreres utskrivningsklar fra sykehuset (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Beslutninger som angår pasientforløpet, tas gjerne i samspill mellom flere aktører i sykehussengeposten (Håland & Osmundsen 2015). Hvilke aktører som er med i beslutningsvedtaket varierer alt ettersom hvilken type sengepost en snakker om. Dette innebærer at beslutningen om å registrere en pasient ferdig med den spesialiserte behandlingen og klar for kommunehelsetjeneste, ofte tas i samarbeid mellom lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut osv. Sykepleierne i sykehusene har altså stor ekspertise rundt seg til enhver tid og kan raskt få svar og hjelp når det trengs (Håland & Osmundsen 2015). Arbeidshverdagen i kommunehelsetjenesten fortøner seg svært forskjellig fra den sykehushverdagen som er skissert over. I kommunene befinner ofte de ulike aktørene i helsetjenestene seg på mange lokalisasjoner og ikke under samme tak som ofte er tilfelle i helseforetakene. De ulike aktørene i kommunehelsetjenesten arbeider som regel hver for seg og må derfor ofte ta bestemmelser og vurderinger på egenhånd uten alltid å kunne konferere med andre (Håland & Osmundsen 2015. Røsstad et al 2013). De kommunale sykepleierne tvinges dermed til å stole på sine kunnskaper og fremstår som mer selvstendige enn tilfellet er for sykepleierne i sykehus. I tillegg hjelper de mange pasienter hver dag og må forholde seg til de mange diagnosene og lidelsene pasientene har.

Siden sykepleierne i kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulikt perspektiv på vurdering av pasientens helsesituasjon, blir informasjonsutvekslingen noe utfordrende for partene i overgangene mellom disse forvaltningsnivåene (Paulsen et al 2013. Røsstad et al 2013. Kvalheim et al 2015). I intervjuene snakkes det mye om informasjonsutfordringene og dette sier meg at utfordringene med kommunikasjon og informasjonsflyt mellom forvaltningsnivåene opptar sykepleierne mye.

Det første som slår meg når informantene skildrer sine utfordringer i forhold til informasjonsutvekslingen mellom kommunen og helseforetak, er at sykepleierne ikke ser på innholdet i avtalene og systemene som er etablert for å hjelpe dem i arbeidsdagen som gode samhandlingsverktøy. Sykepleierne gir uttrykk for usikkerhet med tanke på pleie- og omsorgsmeldingene, både i forhold til hvilke kommunale instanser de skal sendes til og i forhold til informasjonsinnholdet i meldingene. Dette sier meg at informantene har for få kunnskaper om systemene og kjenner ikke til hvordan systemene kan

utnyttes, slik de kan lette arbeidshverdagen til alle samhandlingspartene. Flere studier indikerer de elektroniske verktøyenes utilstrekkelighet (Kvalheim et al 2015).

Informantene formidler at de ikke er fornøyde med informasjonen fra kommunehelsetjenesten når pasientene innlegges i sykehus. De trekker frem at kommunehelsetjenesten benytter en tallskala som skal beskrive pasientens funksjonsnivå, men tolkningen av hva disse tallene gir uttrykk for er ukjent for sykepleierne i sykehuset. Sykepleierne i sengepostene har sine vurderingsverktøy og mener at kommunehelsetjenesten hadde profitert på å benytte den samme vurderingen som helseforetaket bruker. Denne fremstillingen viser at kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom to aktører som egentlig har svært ulikt syn på pasientbehandling og forløp, er meget komplisert. Studier viser at kommunehelsetjenesten i minst like stor grad som spesialisthelsetjenesten, er misfornøyd med informasjonsutvekslingen (Grimsmo 2013. Røsstad et al 2013. Paulsen et al. 2013). Det er viktig å ha i tankene at det kun er den som mottar informasjonen som kan si noe om hvor god den er (Grimsmo 2012). Den parten som gir informasjonen kan ikke vurdere kvaliteten eller mengden av informasjonen i samme grad som mottaker.

Innleggelse i sykehus innebærer ofte store endringer for mange av pasientene på svært kort tid (Bentzen & Domaas 2015). Dette kompliserer sykehussykepleiernes hverdag med krav om riktig og god dokumentasjon og informasjonsutveksling, særlig med tanke på de meget spesifikke tidsfristene som ligger i samhandlingsavtalene og som vil få innvirkning på saksbehandlingen rundt utskrivningen. Det ligger en forventning i samhandlingsavtalene at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten organiserer tjenestene sine slik at avtalene kan følges (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Det synes som om dette ikke er gjennomført på en tilstrekkelig måte. Sykepleierne kjemper mot klokka og mange av gjøremålene er konsentrert over kort tid, gjerne i løpet av de siste timene av arbeidsdagen (Orvik 2004). Knapphet på tid kan synes å forringe informasjonsutvekslingen til kommunen ved pasientutskrivelser. Tidsklemmen, i tillegg til lite kunnskaper om hva som er viktig informasjon til kommunen, representerer de to viktigste årsakene til mangelfull informasjonsutveksling, slik jeg ser det.

Informantene sier de bruker mye tid i telefonen og at de ofte blir oppringt fra kommunehelsetjenesten. Sykepleierne viser forståelse for kommunehelsetjenestens behov for å kommunisere, men nevner ikke at dette behovet kan komme fra at sykepleierne i sykehuset, ikke har gitt tilstrekkelig informasjon. Det er en stor mulighet for at behovet for å ta en telefon, hadde blitt redusert hvis partene var mer innforstått med hva som er viktig å formidle til den andre part. Det kan være grunn for å trekke slutning om at god og riktig informasjon hadde redusert tiden sykepleierne bruker i telefonsamtaler og at de kunne bruke

den tiden på andre gjøremål.

Mangelfull kunnskap om avtalenes innhold synes å prege den daglige samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Sykepleierne lager egne personlige tolkninger av avtalene basert på tidligere erfaringer og rutiner. Helseforetaket har ikke oppfylt forventningene om opplæring av de ansatte om avtalenes innhold og sykepleierne har tilegnet seg slike kunnskaper gjennom kommunikasjon med kommunehelsetjenesten, særlig gjennom avvik. Samhandlingen preges av kulturelle forskjeller, spesielt når det gjelder vurderinger av pasienters behov for kommunale helsetjenester etter utskrivelser fra sykehuset og med tanke på informasjonsflyt mellom partene.

### 5.3 Hvilke faktorer mener sykepleierne må være tilstede for å sikre god samhandling? Hvorfor er disse faktorene viktige for samhandling? Er disse faktorene til stede? På hvilken måte?

Informantene sier arbeidsdagen deres er preget av tidsmangel og at de tillegges stadig flere arbeidsoppgaver uten å få tilført ressurser som kan bidra til å lette tidspresset. Mangel på tid og ressurser er egenskaper som ofte gjenkjennes hos bakkebyråkratene, ifølge Lipsky (Lipsky 1980).

Ressursmangelen og knapphet på tid, henger nøye sammen. Informantene mener at de burde hatt flere kollegaer slik at arbeidsoppgavene kunne fordeles dem imellom og at pasientbehandlingen ville profitere på dette. Ressursmangelen oppleves i form av for få hender å fordele oppgavene på, men også med tanke på å få avsatt tid til å skaffe seg kunnskaper om samhandlingsavtalene og samhandling generelt. Med tanke på at norsk helsevesen gjennom flere år har hatt jevn økning i ressurser, bør søkelyset settes på hvordan organisasjonene har tatt i bruk disse ressursene (Orvik 2004). Sykepleierne i sengepostene opplever et konstant press fra ledelsen om å planlegge utskrivelser av pasienter på et tidlig tidspunkt, slik at nye pasienter kan innlegges og få behandling. Fokus på ventetider og produksjon, gir sykepleierne mindre tid til å gi den pasientbehandlingen de ønsker (Orvik 2004. Djupvik & Eikås 2010). En av informantene sier hun synes det går litt for fort i svingene noen ganger og at pasientene forteller at de opplever seg kastet ut av sykehuset før det oppleves forsvarlig. Samhandlingen med kommunehelsetjenesten preges også av denne tidsknappheten, mener sykepleierne. De opplever å ikke kunne ta seg tid til å gi skikkelig informasjon om pasientbehandlingen til kommunene fordi denne informasjonsformidlingen går på bekostning av andre viktige gjøremål.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg virkelig fått sett hvilke ulemper det er for sykepleierne i

sengepostene at de ikke har nok kunnskaper om detaljene i avtalene. Ved å tilegne seg kunnskaper, ville arbeidsoppgaver i forbindelse med planlegging av pasientutskrivelser, foregått på en mindre arbeidskrevende måte og sykepleierne kunne fått frigitt tid som kunne brukes til andre oppgaver. Hadde innholdet i avtalene og datasystemene blitt utnyttet etter intensjonen, kunne arbeidspresset for de ansatte i sengepostene avta og arbeidsdagen fortone seg på en bedre måte med tanke på stress. At samhandlingsavtalene har kjent innhold og at sykepleierne kjenner til sine forpliktelser i forbindelse med utskrivelser av pasienter til kommunehelsetjenesten, ville lette arbeidsdagen ikke bare til sykepleierne på sengepostene, men også hele organisasjonen som helhet. Brudd på avtalen medfører nye arbeidsoppgaver som må løses. Sykepleierne i sengeposten synes ikke å være bevisste på at ved å ikke følge innholdet i samhandlingsavtalen, genereres det mer arbeid som må utføres av andre aktører innen helseforetaket og kommunen. Dette vitner om at helseforetaket som helhet har sviktet i sin formidling ut i organisasjonen hvilke forpliktelser, oppgaver og ansvar som ligger i avtalene.

Når temaet om hospitering bringes på banen i intervjuene, er dette ikke en mulighet noen av informantene har benyttet seg av. Jeg får en fornemmelse av at de ikke synes det ville tilført dem noe som ville gjøre samhandlingen bedre. Sykepleierne sier at kommunehelsetjenesten ville ha nytte av å hospitere i en sengepost på sykehuset slik at vedkommende kunne fått innsikt i hvordan sykepleierne der arbeider og tenker. Undersøkelser har vist at hospitering eller felles møteplasser hvor erfaringer og kunnskaper kan utveksles mellom partene, er viktige virkemidler for å skape innsikt hos hverandres ansvar og utfordringer (Tjøstolvsen 2016. Danielsen & Fjær 2010).

Med tanke på de ulike kulturene sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten jobber i (Røsstad 2013), er min mening at å skape felles samhandlingsmøteplasser kan løse noen av utfordringene de møter i arbeidshverdagen. Felles møteplasser kan for eksempel være å hospitere hos hverandre, arrangere felles kurs hvor samhandling er tema eller på andre måter møtes og diskutere hverandres utfordringer i samhandlingssituasjoner. Å skape en felles plattform hvor samhandling og samarbeid er begreper som diskuteres og hvor en finner løsninger på felles problemer, vil øke forståelse av hverandres utfordringer og legge til rette for et dypere samarbeid hvor begge parter deltar for å finne løsninger til det beste for alle parter, ikke minst pasienten. Det er tross alt pasienten og hans pårørende som kjenner pasientforløpet best og opplever konsekvensene av en dårlig samhandling og flaskehalsene på kroppen (Orvik 2004).

Samhandlingsavtalene sier at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal være preget av tillit og åpenhet mellom likeverdige parter (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Likeverd handler om forståelse og anerkjennelse for den andre parts løsninger, vurderinger og kompetanse (Ljunggren et al 2013). I dette begrepet ligger det at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må stole på hverandres vurderinger om behandling og tilbud, tilpasset pasientenes behov. Likeverd på tvers av forvaltningsnivåene og økte kunnskaper til hverandres arbeidsmåter og vurderinger, vil kunne gi en fellesforståelse og sikre pasientene gode behandlingsforløp, også i overgangene mellom kommunen og helseforetak (Orvik 2004).

I tillegg til tid, ressurser og kultur, trekker informantene frem kommunikasjon og informasjonsflyt som viktige faktorer for god samhandling. Det er viktig at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er villig til å tilpasse informasjonsflyten etter den andre parts behov (Grimsmo 2013, Grimsmo et al 2015). Denne tilpassingen kan kun komme som et resultat av at partene kommuniserer med hverandre og fortelle hva som er viktig informasjon for dem slik de kan utføre pasientbehandlingen på en best mulig måte. Som tidligere nevnt er det kun mottaker av informasjon som kan vurdere om informasjonen er til nytte eller ikke (Grimsmo 2012). Det er derfor nødvendig å formidle sine informasjonsbehov til den andre samhandlede part. Det er også nødvendig å gjenta en slik formidling ofte siden vi er kjent med at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har mange ansatte og er komplekse organisasjoner hvor det kan ta lang tid før alle har fått samme informasjon.

De fysiske møtene mellom sykepleierne fra de ulike forvaltningsnivåene i helsetjenesten, kan synes å ha bidratt til bedre forståelse for hverandres utfordringer i arbeidslivet og kanskje lagt bedre til rette for en mer helhetlig tilnærming til pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene. Det er lettere kunne diskutere situasjoner og finne løsninger sammen og sette videre tiltak, å klare å se helheten i den behandling, pleie og omsorg pasienten trenger, for å oppnå best mulig resultat og god livskvalitet (Håland & Toussaint 2013). Gjennom disse møtene kan en avdekke små justeringer den ene parten kan gjøre som får store innvirkninger for den samarbeidende part og omvendt. Ofte kan dette være små ting som kan påvirke den andres arbeidshverdag på en positiv måte. Det oppleves derfor meget gunstig at en av kommunene sender representanter til sykehuset et par ganger pr uke. Slike fysiske møter representerer en felles møteplass som kan gi innsikt og forståelse for hverandre og bidra til en bedre og likeverdig samhandling (Heskedal & Aase 2015).

Det er også avgjørende for god samhandling at systemene som skal benyttes i samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen oppleves som nyttige og tidsbesparende. Disse systemene representerer beslutningens ressurser og kan, hvis det fungerer og brukes etter intensjonen, oppleves som positive insentiver i iverksettingen (Van Mater & Van horn 1975). De datasystemene som eksisterer i dag, innfrir ikke behovene for sykepleierne. De elektroniske skjemaene er ikke tydelige i hvilken informasjon som skal stå hvor og hvem i kommunehelsetjenesten som skal ha hvilken informasjon (Kvalheim et al 2015). Dette skaper forvirring blant sykepleierne og medfører ofte at de bruker mer tid enn nødvendig på å fylle ut disse skjemaene. Informantene er enig i at saksbehandlingen i forbindelse med pasientutskrivelser er blitt forenklet etter innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger, men skjemaene burde vært utformet på en annen og mer forståelig og logisk måte.

Tid og ressurser er altså to viktige faktorer for å kunne realisere innholdet i samhandlingsavtalene, slik sykepleierne på sengepost opplever det. Kunnskaper om innholdet i avtalene er en avgjørende faktor for å kunne gjennomføre endringer av rutiner som avtalene intenderer. En annen faktor er bevisstgjøring av kulturforskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for eksempel ved å danne felles arena hvor en åpner for informasjon- og erfaringsutveksling.

#### 5.4 Har iverksetting av samhandlingsavtalene vært preget av «ovenfra-og-ned»- eller «nedenfra-og-opp» styring?

Samhandlingsavtalene skal være forankret i toppledelsen i organisasjonene (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Avtalene er forhandlet frem og vedtatt i de høyeste nivåene i forvaltningstjenestene som er kommunestyrene og styret i helseforetaket, og forankringen i de øverste ledelsesnivåene i samhandlingsorganisasjonene, anses derfor som meget fast. Det er videre viktig at forankringen også sitter i de faglige miljøene på avdelingsnivå hvor realiseringen av avtalene settes ut i praksis. Viktigheten av informasjonsutveksling og kunnskapsbygging om avtalene i den operasjonelle delen av helseforetaket, beskrives i den nasjonale veilederen om samhandlingsavtalene fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). De sykehusansattes begrensede kunnskaper til samhandlingsavtalene synes som et generelt problem i helsevesenet i Norge (Kalseth & Paulsen 2008. Danielsen & Fjær 2010). Seksjonslederne, som mellomledere, har en helt spesiell rolle overfor sine

ansatte med tanke på å legge til rette for informasjon og kunnskaper om avtalene (Offerdal 2014). Seksjonslederen har makt og plikt til å gi de ansatte tid til å sette seg inn i avtalene, gjøre informasjonen om eller avtalene tilgjengelig for de ansatte, settes samhandling i fokus og påse at avtalene holdes i praksis i det daglige arbeidet. Intervjuene viser at seksjonslederne i sengepostene ikke har vært bevisst sine roller i iverksettingen av samhandlingsavtalene. Avtalene er helt klar og tydelig på at det er seksjonsledernes ansvar at avtalene er kjent blant sykepleierne og at oppgavene som ligger i avtalene utføres i den daglige arbeidshverdagen (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Likevel er inntrykket etter intervjuene at dette ikke har vært tilfelle i sengepostene. Hvorfor denne forankringen på seksjonsledernivået har sviktet, er vanskelig å si noe om basert på min empiri, men det kan synes som om seksjonslederne heller ikke har fått kunnskaper om avtalene fra sine overordnede.

I organisasjoner er der en grunnleggende visjon om de ansattes trofasthet til det som besluttes av ledelsen (Kjellberg & Reitan 1995). Ledelsen er helt avhengig av at både de ansatte og mellomlederne er tro mot de beslutninger som ledelsen tar. Hvis de ansatte ikke iverksetter det som ledelsen har besluttet, har beslutningen liten verdi. Dette er en form for makt som de ansatte har overfor ledelsen og organisasjonen som helhet. Ledelsen på sin side har også makt, først og fremst i form av sin autoritet, men også over insitament og sanksjoner (Van Horn & Van Meter 1975). Min studie viser at det er ikke illojalitet som er årsaken til manglende realisering av innholdet i avtalene, men manglende opplæring av innholdet og dets konsekvenser for sykepleierne på sengepost. Sykepleierne i sengepostene jeg intervjuet har valget mellom å realisere innholdet avtalene i praksis utfra sitt kjennskap til dette innholdet eller la være å gjøre det. Det er likevel få eller ingen sanksjoner hvis sykepleierne nekter å følge bestemmelsene som ligger i avtalen.

Som det er beskrevet i teorikapittelet, er der alltid en endringsmotstand i en organisasjon og de ansatte vil tilstrebe å fortsette å arbeide slik de alltid har gjort hvis ikke de på en eller annen måte tvinges til å endre praksis (Kjellberg & Reitan 1995. Sabatier 1986). I samhandlingsavtalene er det helt spesifikke krav til når en pasient kan meldes utskrivningsklar og til i hvilke tidspunkt pasientene kan formelt utskrives til kommunal helsetjeneste (Samhandlingsavtalen 2015). Når ikke de ansatte kjenner til detaljene i avtalen og heller ikke tvinges til å sette seg inn i bestemmelsene, vil endringene ikke skje som ønsket og sjansene for at de ansatte fortsetter med sine gjøremål på samme måte som de har vært vant til, er stor. Ledelsen må stimulere de ansatte på en måte som minsker endringsmotstanden i organisasjonen (Van Meter og Van Horn 1975). Dette kan for eksempel gjøres ved å øke de ansattes deltagelse i beslutningen for eksempler ved å la de delta i utarbeidelsen av avtalene, evaluering av dem eller ved å gi



de ansatte mest mulig opplæring i avtalene slik de er godt kjent og de positive og negative konsekvensene av avtalene er tilkjennegitt. Ved å ha godt kjennskap til innholdet i avtalene og mulighet til å påvirke innholdet ved revisjoner, kan ledelsen skape en følelse av eierskap til avtalen blant de ansatte. Et slikt eierskap minsker motstanden til beslutningene og øker muligheten for en vellykket implementering (Kjellberg & Reitan 1995).

Ledelsen kan også minske endringsmotstanden ved å la noen av de ansatte ha rollen som pådriver og superbruker. Ved å la ansatte delta i planleggingen av iverksettingsprosessen, vil motstanden til endringen svekkes og oppslutningen økes (Jacobsen 2012). En superbruker får mer opplæring av bestemmelsen og kan motivere sine kollegaer til å realisere avtalene. Ved å la en sykepleier få mer opplæring enn de andre sykepleierne og få tildelt en rolle som ekspert, vil denne sykepleieren kunne stimulere sine kollegaer til å utføre sine handlinger i tråd med beslutningen (Jacobsen 2012).

Superbrukeren, som de andre sykepleierne kjenner fra før, kan i opplæringen av sine kollegaer, få beslutningen til å fremstå i et annet lys enn hvis opplæringen kommer fra ledelsen eller andre personer som ikke er kjent i sengeposten. Opplæring av en superbruker, medfører at beslutningen ufarliggjøres og motstanden til endringene minskes. En av sykepleier sier i intervjuet at hun har vært på et kurs sammen med sykepleiere fra kommunehelsetjenesten hvor samhandlingsavtalene og særlig de elektroniske PLO-meldingene var tema. Denne sykepleieren fremstår som mer kunnskapsrik og engasjert på dette området enn noen av de andre sykepleierne ved at hun forklarer hvordan meldingene skal utfylles. Sykepleieren fungerer som en superbruker som de andre sykepleierne kan henvende seg til ved usikkerhet. Denne tankebanen kan dras videre til samhandlingsavtalene legitimitet og da spesielt avtalens legitimitet i forhold til faglig forankring (Brekke & Kirchhoff 2015. Amdam 2005).

Samhandlingsavtalene krever en viss endring i utskrivningspraksisen på sengepostene i sykehuset i forhold til hva sykepleierne var vant til fra før. Avtalene er som nevnt helt spesifikke i forhold til tidspunkt for melding av utskrivning av pasient som har behov for kommunalhelsetjeneste etter utskrivning fra sykehuset. Det er også krav om elektronisk kommunikasjon mellom helseforetaket og kommunene og at all kontakt mellom partene skal dokumenteres elektronisk (Helse Møre og Romsdal HF 2015). Det var regler for hva som måtte være utført før en pasient kunne meldes utskrivningsklar før samhandlingsreformen la føringer om samhandlingsavtalene også. Kommunene hadde da ti dager på å etablere et pasienttilbud i kommunen før betalingsplikten til helseforetaket trådte i kraft. Pasientene ble, i likhet med i dag, registrert som utskrivningsklar i datasystemene og pasientinformasjonen skulle formidles til kommunens helsetjeneste når pasienten reiste fra sykehuset. Den største endringen, sett fra

sykehus- sykepleiernes side, er de detaljerte kravene rundt tidsangivelse og dokumentasjon i forbindelse med registrering av utskrivningsklare pasienter og at kommunehelsetjenesten raskere har plikt til å etablere et tilfredsstillende kommunalt tilbud til pasientene som har behov for det. Dette kan karakteriseres som relativt mindre endringer og slike mindre endringer kommer sjelden i veien for en vellykket realisering av avtalene i praksis (Offerdal 2014). Det at helseforetaket ikke klarer å formidle kunnskaper om innholdet i avtalene til sykepleierne i sengepostene, fritar ikke sykepleierne den moralske plikten til å sette seg inn i dette innholdet. Som ansatt kan en ikke innta en passiv rolle og vente på opplæring og tilrettelegging. Det er forventet at de ansatte til en viss grad setter seg inn i nye rutiner, lover og regler på egenhånd, men at ledelsen naturligvis legger til rette og oppmuntrer de ansatte til å gjøre dette. Når sykepleierne likevel viser en viss motstand til endringene gjennom å ikke sette seg inn i avtalene, kan dette bygge på behovet for stabilitet i arbeidet eller, som både de kirurgiske og medisinske sykepleierne sier, mangel på tid i jobb hverdagen. De travle arbeidsdagene gir ikke rom for å sette seg inn i avtalene. Da blir det et paradoks at ved å gjennomføre beslutningene som ligger i avtalene, gis til dels store tidsbesparelser i sengepostene og frigjøring av tid som nå benyttes til avvikshåndtering hos begge parter, samt gi pasientene et mer tilfredsstillende behandlingsforløp i overgangene mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Behovet for klare og tydelige retningslinjer er altså til stede, men behovet er likevel ikke så stort at sykepleierne søker i avtalene etter svar. Dette fører oss til spørsmålet om hva som er beslutningens ressurser. I teorikapittelet står det at hvis beslutningens ressurser kan anses som positive for utøverne, lar beslutningen seg lettere iverksette (Van Horn & Van Meter 1975. Sabatier 1986). Det innebærer at hvis konsekvensen av bestemmelsen anses som positiv og gunstig for sykepleierne, vil vedtaket lettere bli gjennomført i praksis. Samhandlingsavtalene inneholder momenter, som hvis de ble fulgt opp, ville være tidsbesparende og kunne lette arbeidet med dokumentasjon og informasjonsutveksling for sykepleierne i sengepostene. Det er særlig kravene om dokumentasjon og innføring av elektroniske informasjonskanaler, som oppleves som positive og tidsbesparende.

Pleie- og omsorgsmeldingene er utformet på en slik måte at tekstene som er skrevet inn av sykepleier underveis i pasientens sykehusopphold, danner en helhet i pasientsituasjonen og letter arbeidet med informasjonsformidlingen til kommunehelsetjenesten ved utskrivning.

Samhandlingsavtalen har positive konsekvenser for sykepleierne i sengeposten i forhold til tidsbruk. De elektroniske Pleie- og omsorgsmeldingene tar mindre tid enn de meldingene som ble benyttet før samhandlingsavtalen og frigjør dermed tid som kan benyttes til andre gjøremål. Knapphet på tid kan

synes å være en viktig og avgjørende faktor i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten slik at tidsbesparelser oppleves svært positivt for sykepleierne. Denne positive konsekvensen kan derfor medføre at iverksettelsen av avtalen har større sjanse for å lykkes i praksis.

Van Meter og Van Horn (Van Meter og Van Horn 1975) sier at deltagelse i beslutningene, kan være en suksessfaktor i implementeringen. På spørsmål om sykepleierne har fått anledning til å delta eller påvirke arbeidet med eller evalueringen av samhandlingsavtalene, er svarene negative. Ingen av de sykepleierne som deltok i gruppeintervjuene hadde deltatt i utarbeidelse av avtalene. Sykepleierne antydte at de trolig befant seg på et lavere nivå i organisasjonen for slikt arbeid og at deres seksjonsledere eller avdelingssjefer nok hadde hatt innflytelse eller mulighet for å uttale seg. Sabatier poengterer viktigheten med deltagelse i beslutningen for og lettere kunne klare å iverksette bestemmelsene i praksis (Sabatier 1986). Ved å få delta i utarbeidelsen av avtalene kunne helseforetaket oppnådd en høyere moral og opplevd forpliktelse blant utøverne, og dermed større mulighet for vellykket realisering i praksis. Realiseringen i praksis ville blitt lettere å gjennomføre og avtalene kunne bli ufarliggjort ved at innholdet, målsetningen og intensjonen med dem var kjent.

For å oppnå en mer vellykket iverksetting av avtalene er det nødvendig at organisasjonen kartlegger hvordan maktpersoner stiller seg til endringene (Van Horn & Van Meter 1975). Eksempler på maktpersoner i en sengepost, er ansatte som i form av sin fremtoning og sine egenskaper opplever autoritet. Det kan være sykepleiere som har lang arbeidserfaring innen temaet, har spesialkompetanse innen emnet eller innehar rollen som maktperson på grunn av personlige egenskaper og karisma (Jacobsen 2012). Det er i de fleste sengeposter ansatte som fremstår som mer innflytelsesrike og erfarne enn andre, og som er i stand til å påvirke miljøet blant de ansatte i sengeposten. Ved å kartlegge hvordan disse personene stiller seg til endringene samhandlingsavtalene innebærer, kan lederne sette i gang tiltak for å hindre at motstanden blir for stor (Kjellberg & Reitan 1995). Orvik nevner løsningsfokusert tilnærming til motstand-LØFT, som en mulig vei (Orvik 2004). Et av tiltakene kan være å la slike maktpersoner få superbruker funksjon. På denne måten vil maktpersonen få en spesiell rolle som pådriver av iverksettelsen og innflytelsen den ansatte har overfor sine kollegaer kan utnyttes på en positiv måte i implementeringen. Et annet tiltak kan være å legge til rette for god opplæring av avtalene slik at de ansatte selv er i stand til å vurdere sine egne tanker rundt avtalene, og dermed ikke er så avhengige av hva maktpersonen synes om avtalene.

Med drøftingen over som utgangspunkt, fremstår iverksettingen av samhandlingsavtalene med stor vekt på ovenfra-og-ned tilnærming. Implementeringen bærer preg av instrumentell rasjonalitet hvor topple-

delsen representerer ekspertene som kjenner best til utfordringene og hva som skal til for å løse dem. De ansatte har ikke deltatt i utarbeidelsen av avtalene og har hatt beskjeden eller ingen påvirkningskraft på innholdet og beslutningene som ligger i avtalene. Det er et klart skille mellom beslutningsrollen og utførerrollen. Utfordringene sykepleierne har formidlet, kunne vært redusert eller unngått, hvis prosessen hadde hatt et mer kommunikativt perspektiv. Ved å la de ansatte delta i planleggings- og iverksettelsesprosessene, ville motivasjonen for realiseringen av avtalene øke, og implementeringen ville ta kortere tid og gi mer fornøyde ansatte.

Samhandlingsavtalene er forankret i topplidelsen i foretaket. Det er forankringen og opplæringen av innholdet i avtalene nedover i organisasjonen som synes å ha sviktet. Sykepleiernes kunnskaper om innholdet i avtalene, er tilegnet gjennom andre kanaler enn helseforetakets informasjonskanal. Kunnskapen til sykepleierne er bygget blant annet på kommunikasjon og tilbakemeldinger fra kommunehelsetjenesten, og det er disse avvikene som legger føringer på det som skjer i sykehuset, blant annet ved at sykepleierne endrer rutiner. Endringer skjer i mye mindre grad som følge av kunnskap om avtalene i seg selv, og i liten grad som følge av det som skjer internt i foretaket med tanke på realisere avtalene.

## 6.0 Oppsummering og konklusjon

For å oppsummere resultatene i oppgaven, vil jeg først gjenta problemstillingen som ligger til grunn for masteroppgaven: «Hvilke faktorer påvirker iverksettingen av samhandlingsavtalen mellom helseforetak og kommune- sett fra sykepleierne i sengepostenes perspektiv». Det har underveis i forskningsprosessen vært viktig for meg å vinkle denne oppgaven fra sykepleiernes perspektiv. Likevel har jeg ved flere anledninger, måttet bringe inn elementer i drøftingen som er tuftet på den teoretiske referanserammen og min egen forforståelse. Som jeg nevnte innledningsvis er ikke samhandling og samarbeid begreper som det vanligvis reflekteres rundt så ofte i en travel arbeidshverdag. Jeg vil derfor driste meg til å si at mange av sykepleierne ikke er bevisst årsakene til samhandlingsutfordringene og kanskje har inntatt en litt «bakoverlent» posisjon av maktesløshet og resignasjon.

Sykepleierne i sengepostene mener den daglige samhandlingen med kommunene fungerer stort sett

tilfredsstillende. De har imidlertid noen utfordringer de trekker frem i intervjuene. Det førte momentene sykepleierne nevner som preger samhandlingen er knapphet på tid. De opplever til stadighet å få nye oppgaver som skal utføres uten at det tilføres ressurser tilsvarende. Dette medfører at de må jobbe raskere og opplever og ikke få utføre oppgavene sine på en slik måte de ønsker og som tjener pasientene best. Informantene opplever press for å skrive raskt ut pasienter som er ferdig med den medisinske behandlingen. Forblir pasientene værende i sengepostene, reguleres ikke nødvendigvis inntaket av planlagte pasienter slik at det blir en opphopning av pasienter i sengepostene. Dette medfører igjen merarbeid for sykepleierne, korridorsenger, økte ventelister og forringing av pasientens behandling. Samhandlingsverktøyene som elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger har hjulpet litt i forhold til tidsbruk, men har også bidratt til merarbeid da skjemaene ikke oppleves som tilrettelagt og justert med tanke på informasjonen som skal flyte mellom samhandlingspartene.

Sykepleierne i sengepostene er ikke fornøyd med informasjonsutvekslingen mellom helseforetaket og kommunen. De mener at informasjonen de får fra kommunehelsetjenesten er mangelfull i forhold til hva de trenger å vite for å gi pasientens tilfredsstillende behandling. Vi ser også at informasjonen fra helseforetaket og til kommunen, ikke er optimal og preges av tidsmangel og liten kjennskap til hvilken informasjon kommunehelsetjenesten kan ha nytte av.

Mangel på kunnskaper om samhandlingsavtalene og samhandlingsparter preger hverdagen i sengepostene. Sykepleierne mener de ikke har fått opplæring av avtalenes innhold og hvilke konsekvenser avtalene får for deres arbeidshverdag. Når målsetningen og intensjonen med en avtale ikke er gjort kjent blant de som skal realisere avtalen i praksis, blir ikke iverksettelsesprosessen lett. Sykepleierne forteller de har lært hva avtalen sier gjennom avvik de har fått fra kommunen og at de har tilpasset sine handlinger etter tilbakemeldingene på brudd på samhandlingsavtalen. Dette viser at opplæringen av innholdet i avtalene kommer gjennom andre kanaler enn det en skulle forvente. Det er tilbakemeldinger fra kommunehelsetjenesten som legger føringer som gir endringer i rutinene ved sengepostene og i liten grad forventninger fra egen organisasjon.

Fem år etter innføringen av samhandlingsreformen, ser det likevel ut til å ha gått seg til på en noenlunde måte. Der er dog fremdeles stor rom for forbedring og jeg mener at fem år med forvirring og frustrasjon kunne vært unngått hvis en i starten hadde hatt mer fokus på hvordan implementeringen innad i helseforetaket skulle skje i praksis.

Kulturforskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er stor og dominerende i

samhandlingssituasjoner. Mange av de daglige utfordringene sykepleierne i sengepostene opplever i samhandlingen med kommunen, skyldes nettopp disse ulikhetene i kultur og perspektiv. Sykepleierne i sengepostene har et annet perspektiv på pasientforløp enn det sykepleierne i kommunen har og i tillegg er de ikke bevisste hva disse to ulike perspektivene gir av konsekvenser i arbeidsdagen. Informasjonsflyt - problematikken har også sitt utspring fra kulturforskjellene. Når en ikke har kjennskap og forståelse for hverandres utfordringer, blir samhandlingen preget av det.

Implementeringen av samhandlingsavtalene er preget av ovenfra-og-ned tilnærming. Avtalene er inngått og forankret i toppledelsen i helseforetaket. Det har vært begrensede muligheter for de ansatte å delta i planleggingsprosessen og ha noen innvirkning på realiseringen av avtalene. Dette har medført at implementeringen har tatt unødvendig lang tid og bidratt til mye frustrasjon og fortvilelse underveis. I reforhandlinger og evalueringer av avtalen er ikke sykepleierne i sengeposten deltagende. Dette gjør veien til realisering i praksis tung og vanskelig.

Jeg mener denne oppgaven viser at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer stort sett uten de helt store utfordringene, slik sykepleierne i sengepostene ser det. Utfordringene de møter, finner de løsninger på selv om dette kan ta lengere tid enn ønskelig. At samhandlingen mellom partene fungerer så pass godt, skjer til tross for helseforetakets, hele organisasjonen sett under et, innsats for å få avtalene realisert i praksis. Organisasjonene har sviktet i sin involvering av fag- og avdelingsnivå, og kunnskapene om avtalene og konsekvensene av dem er ikke formidlet nedover i organisasjonene. Det er ikke satt inn ressurser iverksettingen, slik at tilegning av kunnskaper er opptil hver enkelt avdeling og mellomleder og må tilpasses den daglige driften.

Utfordringene i samhandlingen med kommunehelsetjenesten, kunne blitt mindre hvis sengepostene hadde organisert hverdagen sin på en annen måte. Oppgaven viser at knapphet på tid preger sykepleiernes arbeidshverdag og at tiden stresser dem, særlig mot slutten av arbeidsdagen. Legene som har en sentral rolle i planleggingen av pasientutskrivelser fra sykehus, bør være mer tilgjengelig i sengepostene for å lette sykepleierne koordinerende funksjoner og bistå mer med planleggingen i forhold til dokumentasjon og lignende. Dette vil naturligvis gå utover andre oppgaver legene har, men jeg velger å se vekk fra dette momentet i denne sammenhengen.

Min studie viser at implementering tar tid, slik andre iverksettingsstudier viser (Offerdal 2014. Van Meter & Van Horn 1975). For å lette iverksettingsfasen, bør helseforetaket eller den enkelte sykehusavdeling, har ansatte som har en spesiell rolle i samhandlingssituasjoner. Ved å innføre en

ordning hvor en ansatt har mer kompetanse på avtalene og samhandling generelt og at denne personens kunnskaper benyttes i arbeidsdagen, kan synes som en fruktbar ordning. Siden helseforetaket er en stor og kompleks organisasjon, vil informasjonsflyten være utfordrende. Ved at ledelsen har en ansatt å forholde seg til og at denne personen informerer videre ut i organisasjonen og at informasjonen gjentas ofte i ulike fora. Denne personen bør være en annen enn mellomlederen da mellomlederen har som regel mange arbeidsoppgaver å fokusere på allerede og vedkommende ikke har med den konkrete daglige samhandlingen nødvendigvis å gjøre.

Det vil være svært nyttig for realisering av samhandlingsavtalene at sykepleiere på sengepostene får anledning til å delta i evaluering av avtalene. De er de som vet hvor skoen trykker i hverdagen og kan komme med erfaringer som er viktig å ha med seg i forhandlingene om avtalene. Deltagelsen trenger ikke nødvendigvis å være i selve forhandlingsmøtene med kommunene, men i forberedelsen innad i foretaket, før forhandlingene starter.

Hyppig dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, vil gi partene mulighet for å forstå hverandre og finne en felles plattform i pasientforløpet som helhet på tvers av forvaltningsnivåene (Tjøstolvsen 2016). Sykepleierne i sengepostene bør møte kommunehelsetjenesten og de bør møtes med jevne mellomrom. Slike møter er viktig for begge parter og kan bidra til et bedre samarbeid som både pasientene og det totale helsevesenet tjener på. De ulike kulturene som preger helsetjenestene, og som gir utfordringer i hverdagen, kan lettere forstås og gjøres noe med, når partene er bevisste på ulikhetene og villige til å gjøre endringer som får konsekvenser for helheten i pasientforløpene.

Realiseringen av samhandlingsavtalen innad i helse Møre og Romsdal, har nå etter fem år blitt en del av sykepleiernes hverdag på jobb. Iverksettelsesprosessen har dog vært preget av stor frustrasjon og forvirring til tider. Innføringen av nye og mye mer detaljerte utskrivingsrutiner og systemer, ble igangsatt uten nok informasjon og kunnskaper. Dette førte til merarbeid både i helseforetaket og i kommunene. Sykepleierne i sengepostene opplever at pasientene blir ivaretatt til tross for disse langvarige startvanskene i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Iverksettingen av samhandlingsavtalene bærer sterkt preg av ovenfra-og-ned tilnærming. Sykepleierne formidler at bestemmelsene ble tatt av ledelsen uten at de var involvert og deltakende. Dette instrumentelle, beslutningsorienterte perspektivet gir en opplevelse av at sykepleierne blir sett på som instrument for å få gjennomført avtalene. Sykepleiere kan aldri brukes som instrumenter for å tvinge

gjennom avtaler og vedtak. Sykepleierne utfører sitt arbeid i tråd med sine yrkesfaglige retningslinjer og benytter seg av faglig skjønn og vurderinger i pasientbehandlingen. Sykepleierne har også førstehånds kunnskaper og erfaringer med flaskehalser og utfordringer i samhandlingen med kommunene og deres ekspertise bør derfor ikke undervurderes i utarbeidelser av slike samhandlingsavtaler i fremtiden.

Selv om sykepleierne ikke gir direkte uttrykk for det i intervjuene, synes det for meg at perspektivet på pasientforløp i sengepostene er snevrere enn det intensjonen med samhandlingsreformen har som formål. Sykepleierne i sengepostene preges av oppmerksomhet på diagnose i stedet for å fokusere på det friske ved pasienten i samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Kultur- og holdningsarbeid er tidskrevende, men nødvendig og svært viktig arbeid innad i helseforetaket i fremtiden. Slikt arbeid bør absolutt prioriteres av helseforetaket.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg kunnskaper om hva som er viktig å vektlegge i gjennomføringsfasen av beslutninger. Deltagelse og involvering av aktuelle aktører synes særlig viktig og kan bidra til lettere realisering av vedtak og bestemmelser. Forsking på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er spennende og inspirerende arbeid. Fremdeles er der områder i den daglige samhandlingen mellom disse to partene, som ikke er belyst.

Oppmerksomheten i en slik videre forskning bør, etter min forstand, bygge på hvordan partene kan forenes med tanke på helhetlig pasientforløp ved å fokusere på at pasienten skal være i sentrum.

Avslutningsvis i denne oppgaven vil jeg lage en punktvis oppsummering for å vise hva som synes å fremme og hemme iverksettingen av samhandlingsavtalene. Jeg tar faktorer som fremmer iverksetting først:

- De ansattes deltagelse i beslutningsprosessene
- Opplæring og kunnskap om innholdet i vedtakene
- Nok tid og ressurser i implementeringsperioden
- Data- og andre aktuelle verktøy oppleves som nyttig
- Imøtekommenhet og løsningsorientert tilnærming
- Evne til å se helhet i helsetjenesten på tvers av forvaltningsnivåene
- Tillit og åpenhet, kunne stole vurderinger som er gjort av samhandlingspartner
- Felles møtearenaer for eksempel hospitering, for å skape en felles forståelse for hverandres utfordringer
- Vilje til å samarbeide



### Faktorer som hemmer iverksetting:

- Manglende kunnskaper og opplæring om innhold og konsekvenser av avtalene
- Problemfokusering
- Tids- og ressursmangel
- Stort krav om produktivitet
- Dataverktøy som ikke fungerer som forventet
- Liten vilje til nytenking
- Snevert perspektiv på pasientforløp, fokus på diagnose

## 7.0 Referanser

Amdam, Jørgen & Amdam, Roar: Kommunikativ planlegging. Regionalplanlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling. Oslo: Det norske Samlaget. 2006

Amdam, Roar.: Planlegging og prosessleing. Oslo: Det Norske Samlaget. 2011

Amdam Roar: Planlegging som handling. Oslo: Universitetsforlaget 2005

Amdam, Jørgen & Noralv Veggeland: Teorier om samfunnsstyring og planlegging. Oslo: Universitetsforlaget 2011

Bentzen, Hege & Domaas, Kirsti: Trenger oppfølging etter hoftebrudd. Fagartikkel. Sykepleie n3 12. 2015

Brandth, Berit: Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst. I: Holter, H. og Kalleberg, R.: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget 2. utgave 2007

Brekke, Åge & Kirchhoff, Ralf: Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? Nordiske organisasjonsstudier 3- 2015

Busch, Tor.: Akademisk skriving. For bachelor- og masterstudenter. Bergen: Fagbokforlaget. 2013

Danielsen, Britt V & Fjær, Svanaug: Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Forskning* n1 1, 2010

Djupvik, Alf Roger & Eikås, Magne: Organisert velferd. Oslo: Det Norske Samlaget. 2. utgave 2010

Gautun, Heidi & Syse, Asti: Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA Rapport nr 8/13. 2013

Grimsmo, Anders: Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning nr. 2, 2013

Grimsmo, Anders, Kirchhoff, Ralf, & Aarseth, Turid: Samhandlingsreformen i Norge. Nordiske organisasjonsstudier 3-2015

Grimsmo, Anders: Veien frem til helhetlig pasientforløp. Norskelsenett, NTNU & Trondheim kommune <https://www.nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/Sider/default.aspx> 2012. Lastet ned 01.09.2016

Grønmo, Sigmund.: Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen. I: Holter, H. og Kalleberg, R.: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget 2. Utgave 2007

Hellesø, Ragnhild & Fagermoen, May Solveig: cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *Internationale Journal of Integrated Care*. 10:2010

Helse- og Omsorgsdepartementet (2005): Fra stykkevis til helt. NOU 2005:3

Helse- og Omsorgsdepartementet: st. meld nr. 25: Mestring, muligheter og mening (2005-2006) Oslo: Departementet 2006

Helse- og Omsorgsdepartementet: St. meld nr. 47: Samhandlingsreformen (2008- 2009) Oslo: Departementet 2009

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m 2011

Helse- og Omsorgsdepartementet: Meld. St 29: Morgendagens omsorg. (2012- 2013) Oslo: Departementet 2013

Helse- og Omsorgsdepartementet: Nasjonal Helseplan (2007-2010)

Helse- og omsorgsdepartementet Nasjonal veileder: Samhandlingsreformen. 2011

Heskedal Randi N & Aase Karina: En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. Sykepleien Forskning 04/2015

Håland, Erna & Osmundsen, Tonje C: Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold. Nordiske organisasjonsstudier 3- 2015

Håland, Erna & Pieter Toussaint: Kommunikasjon, samarbeid og læring: erfaringer fra et nettbasert læringsprogram for helsepersonell på Fosen. I: Tjora, Aksel & Melby, Line: Samhandling for helse. Oslo: Gyldendal Nork Forlag 2013.

Jacobsen, Dag Ingvar: Organisasjonsendringer og endringsledelse. Bergen: Fagbokforlaget 2. utgave 2012

Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan: Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget. 1997

Kalleberg, Rangvald: Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I: Holter, H. og Kalleberg, R.: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget 2. utgave 2007

Kaufmann, Geir & Kaufmann, Astrid: Psykologi i organisasjon og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utgave 1998

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend: Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 3. utgave 2015

Kvalheim Anne, Bjørnethum Åshild, Bergflødt Trond Eirik, Mekki Tone Elin & Førland Oddvar: Trygger eldre som skrives ut av sjukehus. Fagartikkel. Sykepleien 08/2015

Kjellberg, Francesco og Reitan, Marit: Studiet av offentlig politikk- en innføring. Oslo: Tano Aschehoug. 2003

Lipsky, Michael: Street-level bureaucracy. New York: Sage 1980

Ljunggren, Birgitte, Solbjør, Marit & Kleiven, Hanne Hestvik: Strukturering av oppdragsnettverk. Nordiske organisasjonsstudier 3- 2015

Malterud, Kirsti: Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget 2011

- Mazmanian, Daniel & Sabatier, Paul A: The Implementation of Public Policy. Scott, Foresman & Co 1980.
- Martens, Christine Thokle og Veenstra, Marijke: Fra dialog til avviksmelding? NOVA Rapport 9/2015
- Melby, Line & Tjora, Aksel: Samhandlingens mange ansikter. I: Tjora, Aksel & Melby, Line: Samhandling for helse. Gyldendal Norske Forlag 2013
- Offerdal, Audun: Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I Baldersheim, H. & Rose, L.E (red.). *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering.* Bergen: Fagbokforlaget 2014
- Orvik, Arne: Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Cappelsen Akademiske Forlag 2004
- Otterstad Hans Knut: Skrives ut I kø. Sykepleien Forskning 02/2009
- Paulsen, Bård & Grimsmo, Anders: God vilje- dårlig verktøy. SINTEF Helse. 2008
- Paulsen, B. Romøren, T. I og Grimsmo, A: A Collaborative chain out of phase. International Journal og Intigrated Care. Vol 13. 2013
- Pressman, Jeffrey & Wildavsky, Aaron: Implemtation. University of California Press. 3. Utgave 1984
- Rambøll Management Consulting: Utskrivningsklare pasienter- endrer praksis seg? KS FoU- prosjekt nr 124005. 2012

Rapport om meldte uønskede samhandlingshendinger mellom kommunar og helseføretak i Møre og Romsdal fjerde kvartal 2015- med mål om læring og forbetring. <https://helse-mr.no/Documents/Rapport%20om%20meldte%20u%c3%b8nskte%20samhandlingshendinger%20fjerde%20kvartal%202015.pdf> Lastet ned 01.09.16

Roos, Eirik: Samhandling koster. Fagartikkel. Sykepleien 2010- 10

Røsstad, T, Garaasen H, Steinsbekk A, Sletvol O, Grimsmo A: Development of a patient centered care pathway across health care providers: A qualitative Study. BMC Health Service Research 2013.

Sabatier, Paul A.: Top- down and Bottom- Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. Jnl Publ. Pol.; 6, 1. 1986

Samhandlingsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i fylket  
<https://helse-mr.no/Documents/Samhandlingsavtale%202015%20.pdf> Lastet ned 01.09.16

Tjøstolvsen, Inger: Trygt hjem fra sykehus. Fagartikkel. Sykepleien 2016- 04

Tønnesen, Siri. Kassah, Bente- Linjan & Tingvoll, Wivi-Ann.: Hjemmesykepleien I samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sykepleien. Forskning. 01/16

Van Meter, Donald S and Van Horn, Carl E: The Policy Implementation Process. Administration & Society, Vol 6 No. 4, February 1975 Sage Publications

Årseth, Turid, Bachmann, Kari E., Gjerde, Ingunn & Skrove, Guri Kaurstad: Mot samhandlingskommunen? Nordiske organisasjonsstudier 3- 2015

## Vedlegg 1

### Intervjuguide

#### **Intervjuspørsmål**

Innledningsvis gi en kort presentasjon om meg selv og arbeidet med oppgaven

#### 1) Begrepet samhandling

- Hva legges i begrepet samhandling?
- Legges det den samme betydningen i begrepene samhandling og samarbeid?
- Hva innebærer det å samhandle med noen?
- Er samhandling emne det snakkes om og diskuteres?
- Hvilke parter er det samhandling med i din sengepost?
- Hva preger en god samhandling i forhold til en mindre god samhandling?
- Hvilke faktorer må være til stede for å kunne samhandle på en god måte? Hvorfor er faktorene viktige?
- Er disse faktorene til stede i din arbeidsdag/ på din arbeidsplass
- På hvilken måte er faktorene til stede?

#### 2) Samhandlingsavtalene

- Hva vet du/dere om samhandlingsavtalene?
- Er innholdet i samhandlingsavtalene kjent?
- Hvordan er innholdet i avtalene gjort kjent?
- Hvilke forventninger det er til ansatte i helseforetaket i forbindelse med samhandling?
- Hva sier samhandlingsavtalene om samhandling?
- Er samhandlingsavtalene tema på avdelingsmøter? Hvordan blir de evt snakket om?
- Er samhandlingsavtalene tema i andre sammenhenger på avdelingen/ sengeposten? Hvordan blir de evt snakket om der?
- Har det vært mulighet for innvirkning på samhandlingsavtalene? F. eks ved den årlige evalueringen? Hva er evt tatt opp i den sammenhengen?
- Er det noe i avtalene som burde vært endret? Hva burde evt vært endret? Hvorfor burde det vært endret?



- På hvilken måte påvirker (innholdet i) samhandlingsavtalene hverdagen på sengeposten?

### 3) Samhandling med kommunene

- Kjenner dere til hvordan kommunene er organisert i helse- og omsorgstjenestene?
- Er dere kjent med kommunenes utfordring i forbindelse med utskrivningsklare pasienter?
- Hvilke kanaler benyttes i samhandling med kommunene (Faks, E- meldinger, telefon, fysiske møter...)
- Hvordan oppleves den daglige samhandlingen med kommunene? Beskriv gjerne hvordan samhandlingen med kommunene foregår
- Hvis bra: hva er det som gjør at det fungerer bra, slik du/dere vurderer det?
- Hvis dårlig/mindre bra: Hva er det som gjør at det fungerer dårlig, slik du/ dere vurderer det?
- Tror du/dere samhandlingsreformen/avtalene medvirker til bedre pasientforløp? Hvorfor/ hvorfor ikke?
- Oppleves det at kommunene er kjent med samhandlingsavtalene? Ja/ nei: Hvordan kommer det til uttrykk i samhandling med kommunene?
- Oppleves det at kommunene bidrar til god samhandling? På hvilken måte?
- Hva skal til for å gjøre samhandlingen enda bedre? Er det mulig å få til innenfor dagens avtaler?

## Vedlegg 2

### PROSJEKTPLAN MASTEROPPGAVE, Anniken Standal Remseth

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

#### **Bakgrunn og formål med oppgaven:**

Samhandling mellom de ulike aktørene i pasientbehandling har alltid vært viktig for å yte beste mulig helse- og omsorgstjenester for pasientene. Behovet for en koordinert og samhandlende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og organisatoriske grenser, synes å øke i takt med økende levealder i befolkningen og med den medisinske og teknologiske utvikling.

Ved innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, ble samhandling mellom tjenestenivåene lansert som et av virkemidlene for å lykkes i pasientbehandlingen. Med pasienten i fokus skal spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samhandle for å danne sømløse pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene.

«Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (Samhandlingsreformen s. 13)

Samhandling skal med andre ord gjennomsyre helse- og omsorgstjenestene fra toppledelse til de operative enhetene, fotfolket og for å få dette til er Helseforetakene og kommunene pålagt å opprette samhandlingsavtaler. I avtalene er det blant annet spesifisert oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og helseforetaket slik at brukere kan oppleve mest mulige helhetlige og sømløse helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivå og organisasjonsgrenser til det beste for pasienten. Samarbeidet mellom partene skal bygge på likeverd, tillit og åpenhet og med en felles forståelse av oppgaver og ansvar.

Avtalene er forhandlet frem og godkjent i organisasjonenes høyeste beslutningsnivå, altså helseforetaksstyret og de ulike kommunestyrene, og det er gjentatte ganger i dokumentene påpekt viktighetene med at samhandlingen er forankret i ledelsen. Toppledelsen skal så påse at avtalene blir gjort kjent nedover i organisasjonene og hvor mellomlederne skal sørge for at den blir praktisert i det daglige arbeidet.

Formålet med denne masteroppgaven er å se hvordan samhandlingsavtalene blir iverksatt i Helse Møre og Romsdal, i organisasjonen, i sengepostene hvor beslutningene settes ut i livet og blir realisert i praksis. Jeg ønsker å belyse iverksetting av samhandlingsavtalene, med fokus på hvordan det kommer til uttrykk i den praksis som utføres på grunnplanet i organisasjonen.

## **Problemstilling og avgrensning**

Med bakgrunn i utfordringene jeg skisserte i starten av denne prosjektplanen, har jeg valgt følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer påvirker iverksettingen av samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner – slik sykepleiere i sengepost vurderer det?*

Som et arbeidsredskap har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever sykepleierne i sengepostene den daglige samhandlingen med kommunene? Opplever de å ha nok kunnskaper om avtalene og de partene de er satt til å samhandle med?

Hvilke faktorer føler sykepleierne må være tilstede for å sikre god samhandling? Hvorfor er disse faktorene viktige for samhandling? Er disse faktorene til stede? På hvilken måte?

Har iverksetting av samhandlingsavtalene vært preget av «ovenfra-og-ned»- eller «nedenfra-og-opp» styring?

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på den daglige samhandlingen mellom sykepleierne i sengepost i sykehus og det kommunale helseapparatet og undersøke hva som påvirker denne, med samhandlingsreformen og samhandlingsavtalene som utgangspunkt. Vinklingen på problemstillingen vil være fra helseforetakets side. Denne vinklingen synes å være et naturlig valg for meg både siden jeg selv har mange års arbeidserfaring fra sykehus og fordi jeg synes det er skrevet for lite om Samhandlingsreformens innføring i spesialisthelsetjenesten. Det finnes mye litteratur om hvilke følger Samhandlingsreformen fikk for kommunene i Norge, men mye mindre om betydningen reformen fikk for helseforetakene.

Det er viktig at reformer og andre endringer, forankres i ledelsen i organisasjonen. Med det er like viktig at endringene blir gjort godt kjent nedover i organisasjonen og at det blir lagt til rette for at disse kan iverksettes i den daglige praksis ut fra kunnskaper og andre forutsetninger. Det er disse tankene som

ligger bak når jeg velger sykepleiere på sengepost som informanter i oppgaven min. Det er i sengepostene i sykehuset som kan betraktes som den operative enhet i samhandlingsavtalene. Kjenner ikke sykepleierne der til innholdet i dokumentene er avtalen lite til nytte og verdiløs.

Utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunaltjeneste, er et av punktene i det har vært mest uenighet om i forhandlingene om samhandlingsavtalene. Det er i utskrivningssituasjoner og planlegging av disse, det er mest krevende både for kommunene og foretakene, å innfri målsetningen i avtalene om god og effektiv samhandling. Sykehuslegene har definisjonsmakt med tanke på når en pasient er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten og kan overføres til kommunal pleie- og omsorg. I dette ligger det en forventning om at den kommunale helse- og omsorgstjenesten overtar og evt viderefører det 2-linjetjenesten har bestemt, men det er ikke alltid kommunen har forutsetninger for å innfri disse forventningene eller synes det riktig vurdert ut fra sitt kommunale ståsted. Det finnes utallige eksempler på pasienter spesialisthelsetjenesten har skrevet ut til kommunal pleie og omsorg hvor de sykehusansatte argumenterer sterk for kommunal institusjonsplass da pasienten har fungert så dårlig i sykehuset, men hvor pasienten fungerer tilfredsstillende når han kommer hjem til sine vante og kjente omgivelser.

### **Design og metode:**

For å finne svar på problemstillingen, er det naturlig å benytte kvalitativ forskning. Kvalitativ forskningsmetode synes mest relevant for formålet mitt med oppgaven siden jeg forsøker å beskrive og forstå hvilke faktorer som påvirker iverksettingen av samhandlingsavtalene- sett fra sykepleierne side.

Jeg ønsker å bruke gruppeintervju siden problemstillingen gjelder felles erfaringer. Gruppeintervju egner seg godt for å finne svar på problemstillinger som erfaringer, holdninger og synspunkt i miljøer der menneske samhandler (Malterud 2011). Ved å bruke gruppeintervjuer, kan det være lettere å få frem nyanser i tematikken og en mer reell fremstilling av de daglige utfordringene sykepleierne på sengepostene står overfor i forbindelse med utskrivninger av pasienter til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Ved å intervjuer i grupper kan en risikere at gruppe medlemmene legger skjul på avvikende synspunkt eller følsomme forhold. Dette anser jeg som lite relevant i denne tematikken.

Gruppeintervju kan være tidsbesparende. Det settes av om lag 1 time til hvert intervju, noe som mye mindre enn ved individuelle intervju av like mange respondenter. Ved å benytte gruppeintervju kan en oppleve å få en mer nyansert tilbakemelding på problemstillingen da gruppen korrigeres av hverandre. Gruppesamtalen krever struktur og styring for at samtalen ikke skal bli overfladisk og ensformig.

Jeg ønsker informanter fra 6 sengeposter: Medisinsk sengepost 1, 2 og 5, Kirurgisk sengepost 1 og 2 og Ortopedisk sengepost, fordelt på to intervju. Det er laget en intervjuguide som ikke så detaljert, men er innom de emner jeg ønsker å belyse utfra problemstillingen og forskningsspørsmålene. Ved å unngå å binde meg til en detaljert intervjuguide, tror jeg det åpnes for en friere samtale hvor gruppemedlemmene lettere kan få frem sine meninger og synspunkt. Samtidig kreves det en regi av ordstyrer for å hindre feilsparing av intervjuet. Intervjuene tas opp på båndopptaker og transkriberes i etterkant.

### **Fremdriftsplan:**

November/ Desember: Problemstilling og avgrensninger

Desember/ Januar: Metode og teori/litteratur

Januar/ Februar/ Mars: Lage intervjuguide og informasjonsskriv. Sende skjema SND.

April/mai: Gjennomføre intervju og transkribere

Juni/ Juli/ August: Analyse

September/ Oktober: Analyse og teori

November: Korrektur og ferdigstilling

### **Litteratur/ Referanser:**

Malterud, Kirsti: Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget 2011

Paulsen, Bård og Grimsmo, Anders: God vilje- dårlig verktøy. SINTEF Helse. 2008

Helse- og Omsorgsdepartementet: St. meld nr. 47: Samhandlingsreformen (2008- 2009)

Helse- og Omsorgsdepartementet: Meld. St. 26: Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet (2014- 2015)

Helse- og Omsorgsdepartementet: Meld. St. 16: Nasjonal helse- og omsorgsplan. (2010-2011)

Helse- og Omsorgsdepartementet: St. meld. Nr. 25: Mestring, muligheter og mening. (2005- 2006)

Helse- og Omsorgsdepartementet: Meld. St 29: Morgendagens omsorg. (2012- 2013)

NOU 2012:11: Innovasjon i omsorg.

NOU 2005:3: Fra stykkevis til helt.

Sosial- og Helsedirektoratet: ...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005- 2015)

Ramsdal, Helge og Ramsdal, Kjetil: Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2007:3.

Pressman, J.L. og A. Wildawsky (1973/1984) *Implementation*. (3. utgave). Berkeley: California University Press.

Sabatier, P. A. (1986) "The Top-down and Bottom-up Approach to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis". *Journal of Public Policy*. 21-48.

Van Meter, D.S. and C.E. Van Horn (1975) The Policy Implementation Process. A Conceptual Framework. *Administration and Society*, vol. 6/4, pp. 445-488.

Hill, M. og Hupe, P. (2014). *Implementing public policy*. Sage. (3.utgåve).



Randi Bergem  
Avdeling for samfunnsfag og historie Høgskulen i Volda  
Postboks 500  
6101 VOLDA

Vår dato: 17.03.2016

Vår ref: 47456 / 3 / OTM

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47456	<i>Samhandling mellom sykehus og kommune. Faktorer som fremmer og hemmer samhandling, sett fra sykepleiernes side.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Randi Bergem</i>
<i>Student</i>	<i>Anniken Remseth</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf. 55 58 22 68

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarval@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarval@svt.ntnu.no)  
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [mdmaa@svt.uib.no](mailto:mdmaa@svt.uib.no)



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi forutsetter at veileders kontaktopplysninger påføres informasjonsskrivet før utvalget kontaktes.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Volda sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 16.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette/anonymisere digitale lydopptak