



## Forord

Denne oppgaven markerer avslutningen på min mastergrad i økonomi og administrasjon ved Norges Miljø- og Biovitenskaplige Universitet.

Proessen med å gjennomføre denne oppgaven har vært både krevende og lærerik. Det har til tider vært svært krevende med tanke på omfanget av oppgaven og ressurser jeg har hatt til rådighet. Samtidig har det vært en veldig spennende oppgave, som både har gitt meg utfordringer og nyttige erfaringer.

Først og fremst vil jeg takke alle som har stilt opp i forbindelse med oppgaven. Tusen takk til informantene som tok seg tid til å stille til intervju i en travel hverdag.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, Bernt Aarset, for all støtte, veiledning og raske tilbakemeldinger hver gang jeg har hatt behov for det. Denne hjelpen har vært uvurderlig i arbeidet med oppgaven.

Tonje Lotterud

Kolbotn, mai 2014

## Sammendrag

Denne oppgaven har som mål å studere effektene av samhandlingsreformen i en kommune i Akershus. Hovedfokuset for oppgaven er på hvordan samhandling og koordinasjon med spesialisthelsetjenesten fungerer, ettersom dette er noe av det mest sentrale i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser reformen har hatt for pasienter ved kommunens korttidsavdeling.

For å svare på problemstillingen var ønsket å få frem tanker og holdninger rundt samhandlingsreformen og dens effekt og konsekvenser hos ansatte i kommunen som jobber med samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten og ansatte ved korttidsavdelingen. Det er derfor benyttet kvalitativ metode med bruk av dybdeintervju i denne oppgaven, der informantene er strategisk plukket ut på bakgrunn av stilling og informasjonen de sitter på. I tillegg er metoden støttet opp med bruk av triangulering der det også er funnet sekundærdata om temaet.

Resultatene viser at reformen er en god idé, og at dette er den riktige veien å gå for å bedre norsk helse- og omsorgstjeneste. Det at kommunen skal ha mer ansvar og flere oppgaver blir sett på som riktig. Likevel er det slik at metodene og insentivene som ligger bak reformen ikke fungerer etter intensjonen. Når det gjelder samhandling og kommunikasjon viser resultatene at det er en lang vei å gå for at dette skal fungere optimalt, og de største hindrene er økonomi, likeverdighet og mangelfull informasjon. De største konsekvensene reformen har hatt for pasienter ved korttidsavdelingen er at de skrives ut tidligere og er dårligere når de skrives ut enn før. I tillegg oppleves det flere reinnleggelser og mer forflytting av pasienter, noe som gjør at det ikke oppleves at det er et helhetlig pasientforløp. Til tross for dette viser det seg at denne kommunen har klart endringsprosessen reformen har medført relativt bra tatt i betraktning de forutsetningene som lå til grunn for å få til en slik endringsprosess.

## Abstract

This thesis' purpose is to study the effects of The Coordination Reform in a municipality in Akershus. The main focus for this thesis is how cooperation and communication with the specialist health services work, as this is one of the most central aspects of the reform, and what consequences the reform has had for the patients at the municipality's short term division.

To answer the research question, the aim was to identify the thoughts and beliefs about the reform and its effects and consequences of employees in the municipality who work with cooperation and communication and employees who work at the short term division. Thus, qualitative method with the use of in-depth interviews is applied in this thesis, and the informants was strategically selected based on their position and the information they hold. In addition the method is supported by the use of triangulation, where secondary data on the subject is found.

The results show that the reform is a good idea, and that this is the right direction to move to improve the Norwegian health care. The fact that the municipality should have more responsibility and more tasks is considered to be the right thing to do. Still the methods and incentives that are used do not work as intended. When it comes to cooperation and communication the results show that there is still a long way to go for this to work properly. The greatest barriers to this is economy, equality and inadequate information. The largest consequences the reform has had for the patients at the short term division is that they are released from the hospital earlier and in worse shape when they are released than earlier. In addition it is experienced more readmissions and more movement of patients, which means that an overall patient care is not experienced. Despite all this, it appears that this municipality has managed the organizational change that the reform has resulted in relatively well, considering the assumptions that was the basis for successfully implementing such a change.

## Innhold

<b>Forord .....</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduksjon.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Samhandlingsreformen .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Bakgrunn for samhandling .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Generelt om samhandlingsreformen .....</b>	<b>12</b>
2.2.1 Utfordringer .....	12
2.2.2. Hovedgrep.....	13
2.2.3. Økonomiske insentiver.....	15
<b>2.3 Sekundærdata om samhandlingsreformen .....</b>	<b>16</b>
2.3.1 Artikler, forsknings- og utbedringsrapporter .....	16
2.3.2 Den nasjonale koordineringsgruppens evalueringer av samhandlingsreformen	19
2.3.3 Samhandlingsreformen i Akershus og den utvalgte kommunen .....	21
<b>3. Situasjonen før samhandlingsreformen .....</b>	<b>23</b>
<b>4. Teori .....</b>	<b>27</b>
4.1 Reformers.....	27
4.2 Helsereformer og deres effekt på helsetjenesten.....	28
4.3 Organisering og endring i offentlig sektor .....	29
4.4 Planlagt endring.....	30
4.5 Koordinering og samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser .....	31
4.6 Veien videre.....	34
<b>5. Metode.....</b>	<b>35</b>
5.1 Valg av metode .....	35
5.2 Datainnsamling.....	38
5.3. Deltakere .....	40
5.4 Dataanalyse .....	42
5.5 Validitet og reliabilitet .....	43
5.5.1 Intern validitet .....	43
5.5.2 Ekstern validitet .....	45
5.5.3 Reliabilitet.....	45
<b>6. Ethiske avveininger .....</b>	<b>47</b>
<b>7. Resultater .....</b>	<b>48</b>
7.1 Generelle syn på samhandlingsreformen.....	48
7.2 Samhandling og kommunikasjon .....	53
7.3 Konsekvenser for pasienter .....	61
7.4 Organisering og administrativt arbeid.....	65
<b>8. Diskusjon .....</b>	<b>67</b>
8.1. Generelt.....	67
8.2 Samhandling og kommunikasjon .....	67
8.3 Konsekvenser for pasienter .....	71
8.4 Endringsprosessen .....	72
<b>9. Konklusjon.....</b>	<b>74</b>

<b>10. Relevans og anbefaling for videre forskning.....</b>	<b>75</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 1: Begrepsavklaring.....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide for Samhandlingskoordinator og avdelingsleder ved     tjenestekontoret .....</b>	<b>81</b>
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide for ansatte ved korttidsavdelingen.....</b>	<b>83</b>
<b>Vedlegg 4: Intervjuguide for ansatt i samhandlingsavdelingen på Ahus .....</b>	<b>85</b>

## 1. Introduksjon

*”Det er noe fryktelig feil et sted når pasienter skrives ut og sendes hjem selv om legen mener det bør vurderes langtidsopphold. De sendes hjem i taxi og loves at hjemmetjenesten er der, men det er de ikke. Eller de må tas vare på av sin ektefelle på 78 år. Det skjer hele tiden”*

Dette sa pasientombud i Akershus, Knut Fredrik Thorne til VG 24.08.13 (Grøttum et al, 2013a). Daværende helseminister Jonas Gahr Støre hadde imidlertid følgende kommentar til VG dagen før;

*”Mitt klare inntrykk er at samhandlingsreformen virker som ønsket. [...]Et mål var å få ned antall utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Når man ikke har behov for mer sykehushjelp er det gal bruk av ressurser, og ikke god omsorg, at du blir liggende på sykehus”* (Grøttum et al, 2013b)

Disse to sitatene vitner om vidt forskjellige virkelighetsoppfatninger knyttet til hvorvidt samhandlingsreformen, som trådte i kraft 01.01.12, virker som ønsket. Det har vært mye debatt rundt denne reformen og hvilken effekt den har hatt på norsk helsetjeneste.

*”Rett behandling – på rett sted – til rett tid”.*

Slik lyder slagordet til samhandlingsreformen (St.mld. nr. 47 (2008 – 2009)). Målet med denne reformen var blant annet at det skulle bli et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Antall sykehusinnleggelse skulle reduseres, det skulle bli gode, helhetlige behandlingsforløp og bedre pasientsikkerhet. I tillegg skulle det være økt fokus på tidlig behandling og tilrettelegging for å begrense og forebygge sykdom. Det skulle også fokuseres på den organisatoriske oppbygningen av tjenesten, og det skulle etableres økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger (St.mld. nr. 47 (2008 – 2009)).

Debattene som har floreret rundt helsereformens virkning og min interesse for organisasjonsendring vekket min nysgjerrighet, og spørsmålet om hvorvidt samhandlingsreformen faktisk har hatt ønsket utfall dukket opp. Særlig temaet samhandling og kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som er et av reformens største temaer, virket interessant å undersøke nærmere. Har kommunikasjon og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten blitt bedre? Hvilke barrierer finnes det for kommunikasjon og hvilke tiltak kan bedre kommunikasjon? Dette er spørsmål som også indirekte kan gi svar på om pasientsikkerheten har økt og om pasientene får et bedre og mer helhetlig pasientforløp, ettersom samhandling og kommunikasjon er en forutsetning for at dette skal kunne bedres. At pasientene skal kunne tilbys en helsetjeneste av bedre kvalitet og et mer helhetlig pasientforløp er et av samhandlingsreformens hovedmål. I tillegg legger reformen vekt på bedre organisering av helsetjenesten.

Denne oppgaven søker å finne svar på dette. Fokuset vil være å få tak i ansattes oppfatninger av samhandlingsreformen, hvordan samhandling og kommunikasjon fungerer, og hvilke konsekvenser det har fått for pasientene. Ettersom omfanget av samhandlingsreformen er stort, blir man nødt til å gjøre noen avgrensninger for å begrense omfanget noe. Når det gjelder samhandlingsreformen vil den spesielt påvirke tre ulike aktører, nemlig spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og pasientene/brukerne. Denne oppgaven vil ta for seg kommunehelsetjenesten, og vil se samhandlingsreformen fra kommunehelsetjenestens sitt perspektiv.

For denne oppgaven har valget falt på å hente informasjon fra ansatte i helsetjenesten i en bestemt kommune og en utvalgt helseorganisasjon i denne kommunen. Problemstillingen vil forsøkes undersøkt ved å hente informasjon fra en kommune i Akershus og et behandlingssenter i denne kommunen. Det vil bli hentet informasjon fra dette behandlingssenterets korttidsavdeling. Grunnen til at valget falt på denne avdelingen er at det ved korttidsavdelingen ofte er eldre pasienter. Disse har ofte flere diagnoser samtidig, og har behov for behandling og tjenester i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på samme tid. I tillegg opplever pasientene ved korttidsavdelingen både hvordan det er å bli flyttet fra spesialist til kommune og internt i



kommunen. Disse elementene gjør at samhandling blir viktig, samtidig som dette er en pasientgruppe som er sterkt berørt av samhandlingsreformen.

Hovedkilden til informasjon vil være ansatte på forskjellige nivåer på behandlingssenteret sine tanker og oppfatninger om samhandlingsreformen. I tillegg vil det også bli hentet informasjon fra ansatte i kommunen som koordinerer samhandling med spesialisthelsetjenesten, i dette tilfellet Akershus Universitetssykehus (Ahus), for å få et mer overordnet blikk på hvordan denne koordineringen fungerer.

Ut i fra dette er følgende problemstilling utarbeidet:

***”Hvordan fungerer samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten i denne kommunen, og hvilke konsekvenser har reformen hatt for pasientene ved kommunens avdeling for korttidsbehandling?”***

Hensikten er å undersøke hvordan samhandlingsreformens mål om bedre samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten faktisk fungerer, hva fungerer bra og hva fungerer mindre bra? I tillegg vil konsekvensene dette har for pasientene også undersøkes ved å intervju ansatte i korttidsavdelingen i kommunen.

Jeg vil også, underveis i undersøkelsen trekke inn endringsprosessen og hvordan kommunen har taklet denne. Dette fordi innføringen av samhandlingsreformen i realiteten er en planlagt endringsprosess, der kommunen er nødt til å endre sine tjenester og hvordan de er organisert for å kunne nå de målene reformen har satt. Hvordan samhandling og kommunikasjon fungerer, og hvordan konsekvensene for pasientene har blitt kan ses i sammenheng med hvordan kommunen har taklet endringene som følge av reformen.

Det og kun ta for seg en kommune og en organisasjon kan gjøre at undersøkelsen ikke vil være gjeldene for andre deler av helsetjenesten. Dette er noe man må tenke på når man skal legge frem resultater og gi en konklusjon på forskningen. Det er ikke sikkert

resultatene som kommer frem ved denne undersøkelsen vil gjelde for alle andre kommuner. Likevel er tanken at det kan eksistere en del likhetstrekk med resultatene fra denne kommunen og hvordan situasjonen er i andre kommuner.

Videre i oppgaven vil jeg først presentere samhandlingsreformen, bakgrunnen for denne, samt evalueringer og forskning som har blitt gjort så langt. Jeg vil også trekke frem en del litteratur om hvordan situasjonen var før reformen, og hvorfor en reform var nødvendig. Dette gjøres blant annet for å støtte opp om funnene mine i undersøkelsen og for å forsterke min bruk av retrospektivt design, som jeg snakker mer om senere. Deretter presenteres relevant litteratur. I kapittel 5 vil jeg beskrive og begrunne valg av metode. Ettersom jeg i denne oppgaven ønsket å finne ut av hvordan kommunikasjon og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer i en gitt kommune, og hvilke konsekvenser reformen har hatt for pasienter ved kommunens korttidsavdeling, ble jeg nødt til å finne noen som kunne gi meg god informasjon om dette. Jeg måtte finne noen med informasjon om kommunikasjon og samhandling og noen som hadde informasjon om forholdene til pasientene. Dette er et tema jeg visste relativt lite om på forhånd, og ønsket derfor så mye informasjon som mulig. Valget falt derfor på bruk av kvalitativ metode og dybdeintervjuer, der jeg strategisk plukket ut de informantene jeg mente ville ha mest informasjon og kunnskaper om temaet. Kapittel 7 og 8 vil henholdsvis dreie seg om presentasjon og diskusjon av resultater. Til slutt vil det være en kort oppsummering og konklusjon på oppgaven.

Underveis i denne oppgaven vil det bli brukt en del faglige begreper knyttet til helsefaget. Forklaring på disse begrepene kan finnes i begrepsavklaringen i vedlegg 1.

## 2. Samhandlingsreformen

### 2.1 Bakgrunn for samhandling

Samhandling og kommunikasjon i helsevesenet har fått betydelig fokus med innføringen av samhandlingsreformen, men samhandling har vært et tema i lang tid. Allerede i 2005 ble det gjennomført en utredning om dette. I NOU 2005: 3 fremgår det at helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå, kommunen og statlige foretak, men at det også innenfor kommunene og foretakene er mange organisatoriske inndelinger. I tillegg må helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, som trygdekontor, sosialtjeneste og skole. Dette fører til at det er mange med ulik organisatorisk forankring og kompetanse som må samhandle med hverandre (NOU, 2005: 3).

I utredningen tas det opp en rekke forutsetninger for samhandling. Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har behov for en helhetlig helsetjeneste, og det blir da viktig at tjenesteyterne møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går utover den enkelte avdeling eller institusjon.

Primærhelsetjenesten skal være selve fundamentet i helsetjenesten, og en forankring av helsetjenesten i kommunene skal bidra til en helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. I tillegg skal den bidra til riktig prioritering og behandling på rett nivå. En annen forutsetning er at det må være likeverdighet mellom aktørene, og aktørene må ha gjensidig respekt og tillitt til hverandre, både mellom kommuner og foretak og mellom tjenesteytere på tvers av fagkompetanse og erfaring. Til sist må tjenestene være faglig gode og trygge. God kvalitet forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøvere, samtidig som tjenestene hver for seg også må være gode (NOU, 2005: 3).

Utvalget bak denne utredningen kom frem til en del tiltak for å bedre samhandling i helsetjenesten. Det første tiltaket går ut på at fastleger må ha et individrettet arbeid overfor personer med store og sammensatte behov, samt tiltak som styrker det offentlige legearbeidet. Fastlegenes ansvar må bli tydeligere og mer forpliktende. Utvalget vil også ha større oppmerksomhet på kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegetjenesten. I tillegg bør det være krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner som skal ivareta samhandlingsbehovet. Andre forutsetninger går på krav til ledelse og oppfølging, og at fokus på samhandling kun kan oppnås ved sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring

om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste. God og effektiv informasjonsdeling er også en forutsetning, og utvalget mener det bør legges vekt på elektronisk samarbeid. I tillegg til disse forutsetningene mener utvalget at det også må legges vekt på kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring om samhandling (NOU, 2005: 3).

## **2.2 Generelt om samhandlingsreformen**

### **2.2.1 Utfordringer**

Den nye helsereformen, som har fått navnet samhandlingsreformen, ble utarbeidet fra 2008 til 2011, og trådte i kraft 01. januar 2012. Dette er den største helsereformen i moderne tid. Reformen ble utarbeidet med bakgrunn i en del problemer i den norske helse- og omsorgstjenesten. Det kommer frem i Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) at mye i norsk helsetjeneste er bra, men mange pasienter får ikke den behandlingen de trenger når de trenger den. Det hevdes at mangel på samhandling er den viktigste grunnen til at pasienter som syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer og psykiske lidelser lett kan bli tapere i dagens helsetjeneste. Daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen sier i stortingsmeldingen at løsningen vil være å satse på forebygging fremfor reparasjon, og å sette økonomiske insentiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger (St.mld. nr. 47 (2008 – 2009)).

Samhandlingsreformen retter fokus både mot et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Reformen bygger på tre hovedutfordringer den daværende regjeringen fant viktigst når det gjelder samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Disse tre utfordringene er:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Regjeringen mener at det er disse utfordringene som er størst både når det gjelder de samfunnsøkonomiske utfordringene og de pasientrelaterte utfordringene. I den første

utfordringen ligger det at man har få systemer som understøtter pasientenes behov for helhet i pasientforløpet, men at man derimot har systemer som er rettet inn mot deltjenester. Ulike aktører har i liten grad ansvar for å tilrettelegge for en god veksling med andre aktører. Det går frem av stortingsmeldingen at pasienter og pårørende ofte selv må ivareta koordineringen mellom aktørene, og at dette kan medføre unødvendige belastninger og forsinkelser. utfordring nummer 2 går på at helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom, men lite på å fremme helse og forebygging av helseproblemer. Dette gjør at behandlingen ofte skjer når sykdommen har kommet langt, i stedet for at den forebygges og begrenses. Når det gjelder den siste utfordringen er samhandlingsproblemene store, og de vokser med spesialiserte personellgrupper, behandlingskompleksitet, funksjonsdeling og nye pasientgrupper (st.mld. nr. 47 (2008-2009)).

### 2.2.2. Hovedgrep

Samhandlingsreformen har fått sitt navn fordi reformen tar utgangspunkt i at samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder.

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St. mld. Nr. 47, (2009-2009)).

Slagordet for samhandlingsreformen er ”rett behandling – på rett sted – til rett tid”, og målet med reformen er å sikre en helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientenes behov for koordinerte tjenester og de samfunnsøkonomiske utfordringene. Kjernen i samhandlingsreformen er å forsøke og bedre de tre utfordringene som er nevnt ovenfor. Dette skal gjøres ved hjelp av fem hovedgrep (St.mld. nr. 47, 2008-2009));

1. Klarere pasientrolle
2. Ny fremtidig kommunerolle
3. Etablering av økonomiske insentiver
4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

## 5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Hovedgrep 1 går på at det skal arbeides med hvordan pasienter og deres organisasjoner i større grad kan trekkes inn i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet mot utvikling av bedre helhetlige pasientforløp. Samhandlingsreformen definerer pasientforløp som

”.. den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientenes møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientenes ulike behov.” (St.mld. nr. 47, 2008-2009))

Hovedgrep 2 fokuserer på endring av kommunens rolle slik at man i større grad kan legge ned innsats og forebygging i sykdomsforløpenes tidlige faser. Man skal ivareta et helhetlig pasientforløp innenfor beste effektive omsorgsnivå. De økonomiske insentivene i hovedgrep 3 skal understøtte ønsket oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud, samt kostnadseffektive løsninger. Ambisjonene med hovedgrep 4 er å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode, spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Dette skal løses ved hjelp av riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, slik at sistnevnte kan konsentrere seg om sine oppgaver. I tillegg skal sterkere søkelys på helhetlig pasientforløp legge til rette for at pasienter med behov skal kunne finne tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen innen spesialisthelsetjenesten. Det siste hovedgrepet fokuserer på at fremtidige prioriteringsbeslutninger rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene (St.mld. nr. 47, (2008-2009)).

I tillegg til disse fem hovedgrepene som ble innført med samhandlingsreformen, har reformen en del mål som ønskes oppnådd. Blant annet er det et mål at antall sykehusinnleggelses skal reduseres, og man skal bedre pasientsikkerheten. Et bedre samarbeid mellom kommune og sykehus, eller kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er også et av de viktigste tiltakene og målene i samhandlingsreformen. Man ønsker også med denne reformen å bidra til et kompetent

helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, samt god samhandling med andre sektorer (St. mld. nr. 47, (2008-2009)).

### 2.2.3. Økonomiske insentiver

Noe av det sentrale med samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning, samt at de gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Regjeringen ville i denne sammenheng etablere nye økonomiske insentiver slik at ulike deler av helse- og omsorgstjenesten fikk insentiver og inspirasjon til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. Regjeringen gjennomførte i sammenheng med samhandlingsreformen tre tiltak på finansieringsområdet:

1. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
2. Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene
3. Øke graden av ramrefinansiering av spesialisthelsetjenesten

Den kommunale medfinansieringen innebærer at kommunen får et økonomisk medansvar for behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette blir finansiert ved å overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene over til kommunene. Det blir overført fem milliarder kroner fra sykehusene. Dette skulle være et insentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på lavest effektive omsorgsnivå og kartlegge det totale omfanget av helsetjenester. At kommunen skal være med på å betale for innleggelsene skal føre til mer bevissthet på viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud.

Det at kommunen overtar det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter vil si at de får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. I dette lå det et insentiv til at kommunen skulle etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre tiltak.

Tiltak nummer 3 går på at den samlede aktivitetsbaserte finansieringen av regionale helseforetak ble redusert fra 40 til 30 prosent. Dette ble gjort for å bidra til å redusere sykehusenes insentiv til å ta pasienter unødige inn i sykehus, og dermed legge bedre til rette for behandling i kommunene (St. mld. nr. 47, (2008-2009)).

## **2.3 Sekundærdata om samhandlingsreformen**

### **2.3.1 Artikler, forsknings- og utbedringsrapporter**

I en analyse av samarbeidsavtaler og samarbeidsfora i forbindelse med samhandlingsreformen, utført i 2008, vises det blant annet at alle helseforetak med eget opptaksområde har samarbeidsavtaler som dekker somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. De fant at omtrent halvparten av foretaksområdene har ansatt prosjektleder for samhandlingsavtalene, og at det er en klar utvikling mot at man utvikler egne samarbeidsavtaler som legger rammen for samarbeidet og skisserer fora for samarbeid på ledernivå (Kalseth & Paulsen, 2008). Over halvparten av kommunene som ble undersøkt mente imidlertid at det var behov for mer formalisert samarbeid. Helseforetakene var også mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid, enn det kommunene var. Også når det gjelder kompetansedeling og involvering av kommunen i strukturelle endringer var kommunene mer uenige i at dette er til stedet enn det helseforetakene var. Over halvparten av kommunene var uenig i at kommunene blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet. Kommunene pekte på at dette var en av de største utfordringene for å få til god samhandling, mens helseforetakene mente en av de største utfordringene var manglende ressurser for utvikling av samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene. (Kalseth & Paulsen, 2008).

Resultatene fra denne rapporten kan tyde på at samhandling allerede i 2008 var på god vei, men at det fortsatt var mye som gjenstod for at man skulle være på et nivå som samhandlingsreformen tilsier. Resultatene peker også på at helseforetakene og kommunene hadde ulikt syn på hvordan samhandlingen faktisk fungerte. Kanskje finnes denne forskjellen blant helseforetak og kommuner fortsatt.



En undersøkelse av virkningen i kommunene i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen viser at det i de fleste kommuner som inngikk i undersøkelsen kom pasienter tidligere enn før og at det har blitt flere pasienter (Grimsmo, 2013). Mange av kommunene prioriterte utskrivningsklare pasienter, noe som gjorde det vanskeligere for andre i kommunene å få sykehjems plass eller korttidsopphold. Man fant også at mengden administrativt arbeid hadde økt, samt en indikasjon på at enkelte pasienter får et mer oppstykket forløp, noe som er det motsatte av samhandlingsreformens hensikt (Grimsmo, 2013)

I en analyse av samhandlingsreformen og hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene tok i mot det økte antall pasienter som skrives ut fra sykehus kommer det frem at mange sykepleiere opplever at de har fått mer varierte og spennende oppgaver, men at det følger for lite ressurser med de økte oppgavene (Gautun & Syse, 2013). Økt tidspres og kompliserte oppgaver ser ut til å gå utover kvaliteten på helsetjenesten enkelte steder. Mange hevder også at arbeidsbelastningen har økt etter reformen, og at det trengs flere ansatte og kompetansehevende tiltak for å utføre oppgavene som følger av samhandlingsreformen (Gautun & Syse, 2013).

Også i spesialisthelsetjenesten er det rettet kritikk mot samhandlingsreformen. Hege Gjessing, president i Legeforeningen, publiserte 03. september 2013 en artikkel på foreningens hjemmesider, der det rettes kritikk mot samhandlingsreformen. I artikkelen kommer det frem at leger blir presset til å skrive ut pasienter for tidlig. Pasienter skrives ut før diagnostisering og behandling er ferdigstilt. Det kommer også frem at leger har varslet at samhandlingsreformens økonomiske insentiver har ført til at faglige beslutninger lider. Sykehusene reduserer sine rehabiliteringstjenester, men kommunene bygger ikke opp tilsvarende tjenester. I tillegg hevdes det i artikkelen at både leger og sykepleiere bruker vesentlig mer tid til rapportering og administrativt arbeid (Gjessing, 2013).

Forskningen som er nevnt over tyder altså på at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke er så bra som ønsket, og at pasientforløpet ikke er så godt som ønsket. Andre igjen, hevder derimot at

samhandlingsreformen kan fungere som ønsket. Ved Oslo Universitetssykehus ble det, også allerede før samhandlingsreformen trådte i kraft, fokusert på bedre samhandling. Det ble etablert spesialiserte korttidsenheter i området rundt Oslo. Disse enhetene oppstod som et samarbeid mellom kommune og sykehus. I 2011 ble det publisert en evaluering av dette prosjektet som blant annet viser at pasientene som benyttet dette tilbudet var svært fornøyde, at antall reinnleggelser for pasienter var lavere etter et opphold på disse korttidsenhetene og at liggetiden på sykehuset var kortere. Det kommer også frem at pasientene etter oppholdet har gode forutsetninger for å klare seg hjemme, og 80 % av pasientene skrives ut til hjemmet etter oppholdet. Prosjektet har også ført til bedre samhandling og samarbeid mellom kommune og sykehus, og redusert behov for rehabilitering etter utskrivelse (Oslo Universitetssykehus, ”Evaluering av fire spesialiserte korttidsenheter”, 2011).

Helse- og omsorgsminister Bent Høye holdt 9.1.2014 en tale om samhandlingsreformen og veien videre. Der nevner han at han har sett og opplevd et stort engasjement rundt samhandlingsreformen fra kommunene. At de bygger opp nye tilbud til innbyggerne og legger grunnlag for endring og samhandling i kommunene. Han hevder at samhandling på tvers av kommunegrenser og mellom sykehus og kommuner har blitt bedre, og at det kommer frem løsninger som er til det beste for pasientene. Han sier allikevel også at det fortsatt er en lang vei å gå, og at det er sykehusene og ikke kommunene som bekymrer han. Han hevder at sykehusenes holdning og initiativ til samarbeid svikter mange steder, og at en kulturendring må til hos sykehusene (regjeringen.no, ”Samhandlingsreformen og veien videre”, 2014)

I november 2012 la helse- og omsorgsdepartementet frem en statusrapport om samhandlingsreformen. Av den fremgår det at foreløpig tall på det tidspunktet for utskrivningsklare pasienter tyder på at ordningen med at kommunene skal ha ansvar for disse pasientene fungerer etter intensjonen. Når det gjelder medfinansieringen viste det seg at kostnadene for kommunene var noe høyere enn de midlene de hadde fått tilført. I tillegg kom det frem at det var behov for økt elektronisk samhandling mellom kommuner og helseforetak (regjeringen.no, ”Status samhandling”, 2012).

Utposten (medisinsk tidsskrift) gjennomførte i 2012 en undersøkelse der de snakket med arbeidere i helse- og omsorgstjenesten om hvordan samhandlingsreformen har påvirket kommunale tilbud og pasientforløp. I undersøkelsen kommer det frem at alle de tre som ble intervjuet har et inntrykk av at pasienter blir skrevet ut raskere fra sykehusene og at de er i dårligere stand når de skrives ut enn de var tidligere. Når det gjelder kommunikasjon mellom sykehusene og kommunene opplever informantene i denne undersøkelsen at det fungerer relativt godt, men at de kan oppleve for sen eller dårlig informasjon og epikriser fra sykehusene, noe de beskriver som et problem. De mener at pasientforløpene er forholdsvis gode og de opplever ikke at pasientene må forflyttes noe særlig mer enn før, med unntak av at noen får et mellomopphold på en korttidsavdeling før de sendes hjem. Dette mener de imidlertid er bra for pasientene.

Samhandlingsreformen har også ført til at pasienter oftere behandles lokalt og dermed nærmere sine pårørende. Informantenes oppfatning er at dette er noe de pårørende er positive til og glade for. I undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om informantene tror samhandlingsreformen gjør at man sparer penger. På dette var det noe ulik oppfatning, men kommunalt sett øker utgiftene som følge av reformen. En av informantene sier også at de forbruker mer enn det som er gitt av midler, både til utskrivningsklare pasienter og medfinansiering (Utposten, 2012).

Gjennom disse analysene og rapportene kan man trekke frem noen elementer som går igjen i kritikken mot samhandlingsreformen. Fra kommunens side fungerer ikke samhandling og kommunikasjon optimalt. I tillegg oppleves det at sykehusene sender mangelfull informasjon til kommunene, at det ikke er likeverdighet og at de økonomiske insentivene ikke fungerer etter intensjonen, noe som er forutsetninger for at god samhandling og kommunikasjon skal kunne finne sted. For pasientene sin del oppleves det tidligere utskrivinger og dårligere tilstand på pasienter enn tidligere, i tillegg til at tid blir tatt bort fra pasienter grunnet mer administrativt arbeid.

### **2.3.2 Den nasjonale koordineringsgruppens evalueringer av samhandlingsreformen**

I forbindelse med innføringen og implementeringen av samhandlingsreformen ble det nedsatt en nasjonal koordineringsgruppe, ledet av helse- og omsorgsdepartementet, der oppgaven var å følge utviklingen av reformen gjennom rapporteringer, evalueringer og

andre tilbakemeldinger. Den nasjonale koordineringsgruppen har siden innføringen av reformen hatt 13 møter, der de har evaluert reformen (regjeringen.no, nasjonal koordineringsgruppe)

I referatet fra det første møtet den nasjonale koordineringsgruppen hadde etter innføringen av reformen, fra januar 2012, snakkes det om samarbeidsavtalene som skulle inngås mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Referatet hevder at det var gode og reelle prosesser rundt inngåelse av samarbeidsavtalene. Selv om det var noe uenighet opplevde man godt samarbeidsklima. Det ble tatt opp at det var viktig å holde tidsfristen for samarbeidsavtalene, til tross for at det kunne være krevende elementer i prosessen, og at det var viktig at både kommune og helseforetak satte inn alle nødvendige ressurser for å få dette på plass innen fristen. Dette for å kunne holde fremdriften i reformen (Nasjonal koordineringsgruppe, januar 2012).

Referatet fra det andre møtet, som fant sted rundt tre måneder etter at samhandlingsreformen ble innført starter slik: ”Hovedinntrykket som meldes er at det er gode erfaringer med iverksettingen så langt, og at utviklingen er i tråd med reformens intensjoner, selv om det også erfares utfordringer” (Nasjonal koordineringsgruppe, mars 2012). Det kom også frem at de hadde et inntrykk av at inngåelser av samarbeidsavtaler bidro til tettere samarbeid på alle nivåer mellom kommuner og helseforetak. De listet også opp en del utfordringer. Blant annet gikk dette på kommunikasjon mellom sykehus og kommuner, at dette måtte foregå via telefaks, og at media ofte ble brukt til å trekke frem uenigheter i stedet for å diskutere dette sammen. I tillegg var det utfordringer knyttet til tolkningen av når en pasient skal defineres som utskrivningsklar. Det fremgår også av referatet at sykehusene på det tidspunktet mente de hadde færre utskrivningsklare pasienter som ventet på overføring til kommunene, og at Oslo kommune erfarer tidligere utskrivninger enn før (Nasjonal koordineringsgruppe, mars 2012).

I sitt tredje møte rapporterte den nasjonale koordineringsgruppen at kommunesektoren hadde lagt ned stor innsats og strukket seg langt for å ta imot utskrivningsklare pasienter raskere, men var usikre på om samme omfang kunne opprettholdes uten at det gikk på bekostning av kvalitet. De hadde inntrykk av at finansieringsordningene virket. Det var

imidlertid store lokale variasjoner mellom kommuner og helseforetak rundt hvordan dialog mellom partene fungerte, og de pekte på at kvalifisert kompetanse i kommunene var en stor utfordring. Under dette møtet ble det også tatt opp elektronisk samhandling, og at dette er en forutsetning for god samhandling og informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Nasjonal koordineringsgruppe, juni 2012).

Fra møtet den nasjonale koordineringsgruppen hadde i september 2012 fremgår det at kommunene opplevde at de utskrivningsklare pasientene var sykere enn tidligere, men at liggetiden før pasientene meldes utskrivningsklare ikke var endret og at det ikke opplevdes flere reinnleggelser. Det samme fremgår også av referatet fra møtet som ble holdt oktober 2012. De fleste pasienter skrives ut enten til hjemmet og får hjelp av hjemmetjenesten, eller til korttidsplasser. (Nasjonal koordineringsgruppe, september 2012). I møtet fra oktober 2012 nevnes det også at kommunene så variasjon mellom kommuner når det kommer til medfinansiering, og at mange kommuner hadde høyere kostnader enn hva de har fått overført til medfinansiering (Nasjonal koordineringsgruppe, oktober 2012).

Den siste evalueringen som har blitt gjort av den nasjonale koordineringsgruppen hittil var i november 2013. Det kom da frem at forhandlingene mellom kommunene og helseforetakene har vært krevende. Dette er fordi partene ikke har opplevd at de har vært likeverdige, at de har hatt ulike forutsetninger og at tidspresset har vært stort (Nasjonal koordineringsgruppe, november 2013).

### **2.3.3 Samhandlingsreformen i Akershus og den utvalgte kommunen**

I en artikkel snakker ansatte ved bo- og behandlingssenteret som er valgt ut for denne oppgaven om følgene av samhandlingsreformen<sup>1</sup>. De mener situasjonen har blitt verre etter at reformen ble innført, og forteller at ressursene strammes inn samtidig som at oppgavene deres blir mer krevende, og at dette går utover pasientene. Alle korttidsplasser i kommunene ble etter innføringen av reformen plassert på dette behandlingssenteret, noe som gjorde at de gikk fra 20 til 30 plasser. I tillegg blir pasientene overført fra sykehus

---

<sup>1</sup> Av hensyn til anonymitet oppgis ikke referanse

tidligere enn før. Dette innebærer at pasientene på korttidsavdelingen er i dårligere fysisk form og dermed mer krevende.

En av sykepleierne beskriver situasjonen på følgende måte:

”Vi har blitt et b-sykehus uten at vi har bemanning eller kompetanse nok til å være det. Pasientene havner i bakleksa fordi vi ikke er rustet til å gjøre det arbeidet som reformen krever. Det skjer ofte at vi går hjem med dårlig samvittighet, og ofte når jeg er hjemme bekymrer jeg meg for pasientene, fordi jeg ikke føler de har fått den oppfølgingen de burde hatt”.

Det kommer også frem i artikkelen at pasientene på korttidsavdelingen ikke får nok opptrening slik at de kan klare seg når de kommer hjem, fordi det ikke er kapasitet nok til å gi dette. Det hevdes at pasientene fikk bedre oppfølging tidligere, at det både var mer tid til pasientene og et bedre tilbud.

Som følge av samhandlingsreformen og utfordringene knyttet til samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten ble det i 2012 gjennomført en utredning av regionalt samhandlingskontor blant en del av kommunene i Nedre Romerike og Rømskog, og et regionalt samhandlingskontor ble etter hvert startet opp. Dette samhandlingskontoret skal bistå kommunene der de opptrer som en region eller har felles utfordringer på et mer overordnet forvaltningsnivå. Tanken bak dette var at kommunene ville stå sterkere mot sykehuset i forhandlinger og løsning av utfordringer i samhandlingsfeltet dersom de møter sykehuset samlet. Bakgrunnen var at det tidligere var manglende strukturer for samhandling mellom kommunene, og at dette gjorde kommunene passive i samhandlingen med Ahus. Erfaringene var at det ofte var Ahus som satte dagsorden og tok opp problemstillinger knyttet til samhandlingsreformen og lignende. De som gjennomførte utredningen mente at dersom kommunene skulle bli mer proaktive og bli en likeverdig part måtte de i større grad være samkjørte og aktive i forhold til utfordringer knyttet til reformen. Samhandlingskontoret skal ha en samlet oversikt over utfordringer og aktivitet i samhandlingsfeltet mellom kommunene og Ahus, og dermed ha god oversikt over saker som bør tas opp. En annen grunn til at man ønsket

å opprette et samhandlingskontor var at flere kommuner sannsynligvis hadde sammenfallende utfordringer og at man ved å samarbeide om kompetansehevende tiltak på disse områdene kunne føre til kvalitets- og effektivitetsgevinster (Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskog, 2012).

Økonomi knyttet til samhandlingsreformen er også noe som er mye diskutert, særlig hvorvidt kommunene får nok midler tilført. Det ble i den valgte kommunen for denne oppgaven gjennomført en studie etter innføringen av reformen, blant annet av samhandlingskoordinator i kommunen<sup>2</sup>. I denne studien legges det frem et regnestykke over pengebruken i kommunen som følge av samhandlingsreformen, som viser pengebruk i forhold til tilførte midler fra staten grunnet reformen. Undersøkelsen kom frem til at kommunen fikk en kostnad på om lag 1,5 millioner utover det som ble tilført kommunen fra staten for å dekke kostnader som følge av reformen. Det ble i kommunen i 2012 brukt om lag 50 millioner kroner på tiltak som kan knyttes til håndtering av samhandlingsreformen og dens utfordringer. Overføringene kommunen fikk fra staten gikk i hovedsak tilbake til helseforetaket som betaling for utskrivningsklare pasienter og medfinansiering av medisinske innleggelser. Dette viser at kommunen har brukt mer ressurser for å takle utfordringene som følge av reformen enn de midlene kommunen faktisk fikk tilført for å håndtere nettopp dette. Kanskje tyder dette på at overføringen fra staten, som skulle være et insentiv til oppbygging av tjenester og forebygging av sykdom ikke fungerer så godt?

### **3. Situasjonen før samhandlingsreformen**

Som det blir nevnt og begrunnet senere i denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av det som kalles retrospektivt design, hvor jeg henter informasjon om situasjonen før reformen ble innført fra informantene jeg snakker med og deres minner om situasjonen. For å skaffe ytterligere informasjon og for å støtte opp om og minske svakhetene med dette designet har jeg også valgt å innhente eksisterende litteratur om hvordan situasjonen var før samhandlingsreformen ble innført.

---

<sup>2</sup> Av hensyn til anonymitet oppgis ikke referanse

Helse- og omsorgsdepartementet hevdet før reformen ble innført at det var for mange utskrivningsklare pasienter som ble liggende på sykehus å vente fordi kommunene ikke hadde et tilbud til dem. Dette var et av problemene som fantes før reformen, som den hadde til hensikt å løse. Det ble derfor gitt 560 millioner kroner til kommunene for at de skulle etablere tilbud til de utskrivningsklare pasientene (regjeringen.no, ”Utskrivningsklare pasienter, 2012”). Evaluering av den forrige reformen innenfor helse- og omsorgstjenesten, ”Sykehusreformen”, nevner også at samhandling kan redusere liggetid, og at dette dermed er viktig. Virkemidler for samhandling ble ikke tatt i bruk under den reformen, slik at dette var noe som trengtes i helse- og omsorgstjenesten (Forskningsrådet, 2007).

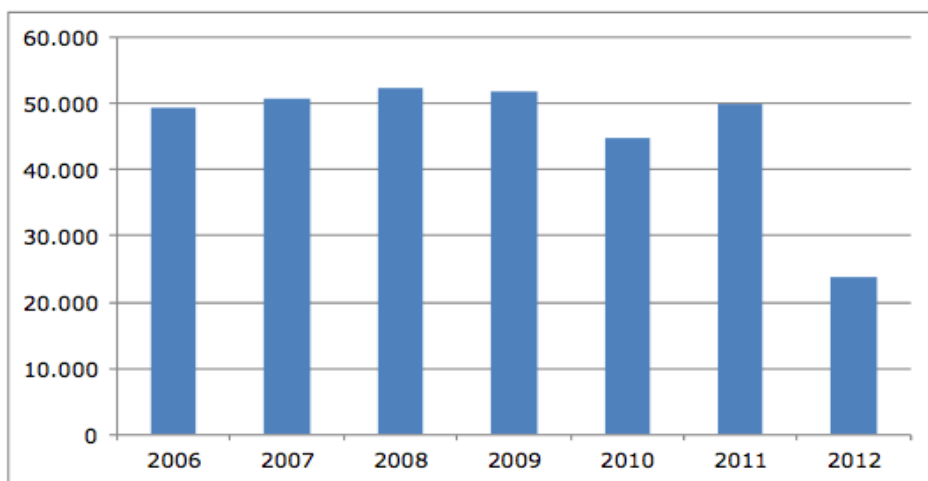
I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen kommer det frem at samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover, og at det er et stort behov for bedre samhandling i sektoren. Her kommer det frem en rekke utfordringer i helse- og omsorgssektoren som var bakgrunnen til at en reform trengtes. Blant annet var dette at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke var gode nok, koordinering mellom de ulike helsetjenestene måtte forbedres. Regjeringen mente det var for få systemer som var rettet inn mot helheten i tjenestene, i tillegg til at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har forskjellige målsetninger. I spesialisthelsetjenesten er ofte målet medisinsk helbredelse, mens i kommunehelsetjenesten er fokuset på pasientenes funksjonsnivå og mestringsevne. Dette kan føre til samhandlingsproblemer. I tillegg var det en utfordring at det ikke ble fokusert på begrensnig og forebygging av sykdom, og det manglet systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Det kommer også frem i stortingsmeldingen at brukere, pasienter, pårørende og tjenestene selv også mente at samhandling var et stort problem (St. mld. nr. 47, (2008-2009)).

”Samhandlingsutfordringene for store pasientgrupper er store. Vi bruker ressursene på et for høyt nivå, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunene”(St. mld. nr. 47, (2008-2009)).



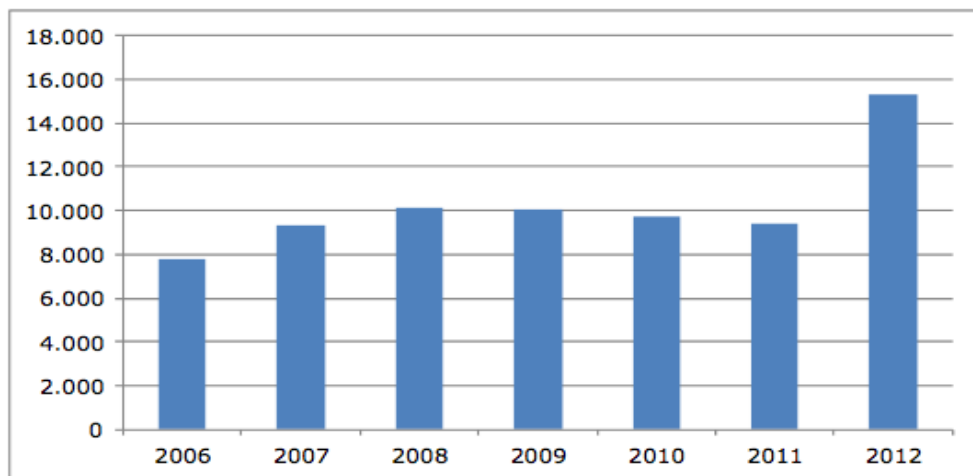
Denne påstanden tas opp i stortingsmeldingen, og beskriver at det kanskje er behov for at kommunene tar over en del av oppgavene i helse- og omsorgstjenesten. Grunnlaget for denne påstanden er blant annet at det blir flere eldre pasienter, og disse har behov for koordinerte tjenester og problemer i vekslingen mellom ulike tjenester. Dette er fordi de eldre ofte har sammensatte lidelser. Innlagte pasienter over 75 år har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig og 50 % av de innlagte mellom 80 og 90 år mottar samtidig kommunale tjenester. En stor del av disse pasientene har en eller flere kroniske sykdommer, som gjør at de over tid har behov for tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det kommer også frem at for 2007 ble utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus anslått til å være om lag 150 000 liggedøgn, noe som vil si at pasienter til sammen dette året ble liggende på sykehus i 150 000 liggedøgn etter at de egentlig kunne skrives ut (St. mld. nr. 47, (2008-2009)).

Rambøll har foretatt en undersøkelse av endringer i utskrivningsklare pasienter etter at reformen ble iverksatt. Tallmaterialet i undersøkelsen er hentet fra norsk pasientregister. Undersøkelsen kom frem til at antall liggedøgn på sykehus i perioden 2006 til 2011 var relativt stabilt, på mellom 40 000 og 50 000 liggedøgn per tertial. Disse tallene er sammenlignet med første og andre tertial i 2012, og viser at det har skjedd en stor endring. Antall liggedøgn var mer enn halvert i både 1. og 2. tertial 2012, og flertallet av kommunene har opplevd en nedgang i antall liggedøgn (Figur 1).



Figur 1: Antall liggedøgn 1. og 2. tertial 2006-2012

Når det gjelder antall utskrivningsklare pasienter har det i perioden 2006 til 2011 svingt mellom 7 000 og 10 000 utskrivningsklare pasienter, mens tall fra 2012 viser at antall utskrivningsklare pasienter har økt med ca. 50 prosent (Figur 2).



Figur 2: Antall utskrivningsklare pasienter 1. og 2. tertial 2006-2012.

I tillegg viser undersøkelsen at gjennomsnittlig antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er redusert med 8,3 per 1 000 innbygger, og at denne nedgangen er svært lik på tvers av kommunene (Rambøll, 2012).

Helsedirektoratet har også publisert en rapport om status for samhandlingsreformen, der de viser til endringer i antall utskrivningsklare pasienter og liggedøgn. Her har de sammenliknet tall fra 1. tertial 2011 og 1. tertial 2012 på landsbasis (Figur 3).

	Antall utskrivningsklare pasienter	Antall liggedager totalt for utskrivningsklare pasienter	Antall utskrivningsklare liggedager	Liggedager utskrivningsklare i % av alle liggedager
Helse Sør-Øst	3 068 (- 19,2 %)	37 475 (-37,7 %)	11 453 (-55,9 %)	30,6
Helse Vest	1 199 (31,9 %)	18 491 (1,2 %)	5 839 (-25,7 %)	31,6
Helse Midt-Norge	971 (- 2,8 %)	14 877 (-15,7 %)	5 292 (-32,0 %)	35,6
Helse Nord	553 (- 37,9 %)	8 590 (-49,1 %)	3 235 (-61,0 %)	37,7

Figur 3: Antall utskrivningsklare pasienter og antall liggedager 1. tertial 2012. parentes er endringer fra 1. tertial 2011.

For Helse Sør-Øst var antall utskrivningsklare pasienter 1. tertial 2012 på 3068, noe som tilsvarer en prosentvis reduksjon på 19,2 prosent fra året før. Totalt antall liggedager for utskrivningsklare pasienter er redusert med 37,7 prosent, mens antall utskrivningsklare liggedager, altså hvor mange dager pasientene ligger på sykehus etter at de er utskrivningsklare, er redusert med 55,9 prosent (Helsedirektoratet, 2012).

Det er altså mye snakk om at pasienter skrives tidlig ut som følge av reformen, og at kommunen må betale bøter for overliggerdøgn. Kommunen må betale 4000 kr per døgn en pasient blir liggende på sykehuset etter at pasienten ble utskrivningsklar. I studien, som er nevnt tidligere, som kommunen denne undersøkelsen tar for seg gjennomførte knyttet til innføringen av reformen kom det frem at bøter for overliggerdøgn gikk ned fra ca. 12 millioner (dersom det hadde vært bøter for overliggerdøgn i 2011) til 1,4 millioner i løpet av reformens første år. Dette kan tyde på at kommunen hadde mindre kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter før reformen ble innført og/eller at kommunen ikke hadde like stort fokus på å ta i mot utskrivningsklare pasienter så raskt som mulig.

## 4. Teori

### 4.1 Reformen

I artikkelen ”Helsereformer – fremskritt eller lappverk?” fremgår det at ordet reform tidligere betydde gjennomgripende endringer i struktur og innhold innenfor et gitt område, men at dette har endret seg. Betydningen er, i tråd med generelle inflasjonstrekk i samfunnet, utvannet. Artikkelen hevder at det i engelsk litteratur skilles mellom det som kalles ”changes” og ”reforms”, men at man ikke lenger finner denne nyansen i norsk språkbruk (Vigen, 2000).

Det kan være mange grunner til at reformer oppstår. Reformen kan oppstå på bakgrunn av både indre og ytre press. Ytre press kan for eksempel skyldes oppmerksomhet i media, som til slutt vil føre til en reform. I denne sammenheng vil det for eksempel kunne skyldes at media har slått opp store saker om at helsesektoren ikke fungerer som den skal, at det skjer grove feil og at pasienter ikke får den hjelpen de har behov for. Ytre press kan også komme i form av politiske argumenter fra storting og regjering. Også landets

økonomiske tilstand kan være forklaring på at reformer blir til. Når reformer oppstår på grunn av indre press kan dette være fordi ledere og andre aktører i helsevesenet selv innser at ting ikke fungerer som det skal (Christensen, 2006).

I tillegg til indre og ytre press som forårsaker reformer hevder Tom Christensen at myter og symboler også kan være en forklaring på hvorfor reformer dannes. Christensen sier i sin artikkel at ”..i et stadig mer komplekst samfunn, og med mange slungne politisk-administrative system, vokser det frem behov for enkle symbolpregete fasitsvar på hvordan det offentlige apparat skal organiseres” (Christensen, 2006)

Det kan altså være mange grunner til at reformer blir dannet, og grunnene til at det oppigjennom de siste årene har kommet flere nye helsereformer kan være mange og sammensatte.

#### **4.2 Helsereformer og deres effekt på helsetjenesten**

Helsereformer er noe som har kommet mye på banen de siste tiårene. I følge regjeringen sine nettsider har det særlig siden slutten av 1980-tallet vært iverksatt større helsereformer i mange europeiske land. De hevder at noe av drivkreftene bak disse reformene er økte muligheter til behandling gjennom store teknologiske endringer, økende pasientforventninger og krav til helsetjenesten (St.mld. nr. 47 (2008 – 2009)).

Byrkjeflot og Jespersen (2005) trekker frem at ved innføring av nye helsereformer oppstår det nye begreper. De hevder at disse nye begrepene kan gå utover tillitsforholdet mellom pasient og behandler, og mener at et sentralt spørsmål er i hvilken grad dette tillitsforholdet undergraves av nye talemåter og organisasjonsformer. De trekker frem at man i denne sammenheng spesielt tenker på beskrivelser og organisasjonsforhold som er forbundet med begrepet ”marked”, og den tilhørende forståelsen av pasienten som ”kunde” (Byrkjeflot & Jespersen, 2005). Ut i fra dette kan man tenke seg at i disse nye begrepene ligger nye handlinger og metoder som er ukjent for pasienten eller omsorgsmottakeren, og at det er dette som kan skape problemer i tillitsforholdet, ved at man ikke er kjent med disse nye begrepene og metodene som ligger bak. Det kan da tenkes at innføring av nye reformer vil påvirke forholdet mellom pasienter og leger eller sykepleiere, og at dette vil ha en negativ virkning for pasientene.

Byrkjeflot og Jespersen hevder også i sin artikkel at utvikling som følge av reformer kan medføre at selve sykehuset som et organisatorisk fenomen endrer karakter og transformeres i takt med utviklingen av nye teknologier og samarbeidsstrukturer på tvers av fysiske lokaliteter (Byrkjeflot og Jespersen, 2005). Innføringen av samhandlingsreformen og dens fokus på samarbeid mellom kommune og sykehus vil også ha innvirkning på hvordan helsetjenesten er strukturert og organisert.

### 4.3 Organisering og endring i offentlig sektor

I organisasjonslitteraturen har skillet mellom private og offentlige organisasjoner vært et stort tema. Offentlige organisasjoner, slik som et sykehus, er eid av det offentlige, enten det er stat eller lokale myndigheter, og formelt sett styrt av valgte politikere. Det argumenteres blant annet for at offentlige organisasjoner er spesielle fordi de ledes av folkevalgte representanter, og må derfor forholde seg til demokratisk valgte grupper. Det hevdes også at offentlige organisasjoner er multifunksjonelle. Dette innebærer at de må ta hensyn til flere, og kanskje motstridende hensyn (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Byrkjeflot (2008) trekker også frem at ledelsen i offentlige organisasjoner kan ha vanskeligere for å rendyrke spesifikke mål fordi det er viktig å balansere ulike hensyn, og at ledere i offentlig sektor har mindre handlefrihet. Offentlige organisasjoner skal ivareta sentrale demokratiske verdier, samtidig som de skal drive mest mulig effektiv produksjon av varer og tjenester. De skal også ivareta sentrale rettsverdier som likebehandling, forutsigbarhet og offentlighet. I tillegg kan offentlige organisasjoner ofte være mer byråkratiske og ha mer komplekse mål. På en annen side hevder mange at private og offentlige organisasjoner blir stadig mer like hverandre, særlig gjennom alle reformene som den offentlige sektor har gått igjennom de siste årene (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Likevel ser vi at det finnes forskjeller mellom private og offentlige organisasjoner, og offentlige organisasjoner vil i større grad måtte ta hensyn til flere ting når de står overfor endringer. Vi kan derfor tenke oss at når et sykehjem står overfor en endring som følge av en stor reform, vil nettopp det at sykehjemmet må ta hensyn til forskjellige elementer kunne få konsekvenser for hvorvidt man lykkes med denne endringen eller ikke.

#### 4.4 Planlagt endring

Ettersom endringen helsetjenesten stod overfor i forbindelse med samhandlingsreformen var pålagt av myndighetene, nettopp gjennom en reform og nye lover, kan vi kalle endringen for en planlagt endring. Planlagt endring går ut på at sentrale aktører i en organisasjon analyserer eksterne og interne forhold og trekker opp en handlingsplan for å gjennomføre de endringene de finner nødvendige. Deretter tilpasses struktur og kultur i organisasjonen slik at den støtter opp om valgt strategi (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Ved planlagt endring betraktes organisasjonsendring som en tilnærmet rasjonell beslutningsprosess, som består av fire faser. Først skjer det, eller man forventer at det skal skje en endring. Denne endringen skjer ofte utenfor organisasjonen, og er en endring organisasjonen må forholde seg til. I dette tilfellet er endring snakk om endringer i eksterne maktforhold, organisasjonen pålegges nye lover og regler av offentlig myndighet. Deretter analyserer organisasjonens ledelse de endringene som forventes og setter mål for hvordan man skal forholde seg til disse endringene. Når målene er satt må man analysere hvordan organisasjonen bør utformes for å møte de nye utfordringene. Til slutt må endringen iverksettes ved hjelp av ulike strategier (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Det er tre forutsetninger for å kunne få til en planlagt endring. Den første forutsetningen er at organisasjonen må ha et relativt klart mål for hvor den vil. For det andre forutsetter det at organisasjonen har relativ sikker kunnskap om tre forhold:

1. Behovene for endring – hvilke problemer står man overfor?
2. Ulike tiltak eller løsninger – hvilke virkemidler kan brukes for å løse problemene?
3. Hvilke effekter de ulike tiltakene har – hvilken sammenheng er det mellom de tiltakene man iverksetter og de effekter man oppnår gjennom tiltakene?

Den siste forutsetningen er at organisasjonen klarer å iverksette endringen slik den var planlagt (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Når det gjelder endringen korttidsavdelingen denne oppgaven tar for seg står overfor med tanke på samhandlingsreformen er det derfor viktig at de setter seg godt inn i reformen og hvilke problemer den er ment å løse. De må ha god kjennskap til hva som er målene med reformen for å kunne gjennomføre endringer

for å møte disse. I tillegg kreves det at organisasjonen har nok ressurser og kunnskap til faktisk å kunne iverksette tiltak som gjør at man når målene i reformen.

I tillegg til de tre nevnte forutsetningene for at man skal kunne ha en planlagt endring trekker Jacobsen & Thorsvik(2008) også frem en rekke forutsetningen for at den planlagte endringen skal være vellykket. Blant annet er det viktig at det er en utbredt oppfatning i organisasjonen om at det er et behov for endring, og at det er formulert en klar visjon for hva man skal oppnå med endringene. Det forutsettes også at det er en klar koalisjon bak endringen og at det kommuniseres ut i hele organisasjonen hva som skal endres. Når endringsprosessen starter er det viktig at man begynner med små skritt som har stor sannsynlighet for å lykkes. Til sist må sammenhengene mellom de endringer som foretas og de positive resultatene man oppnår understrekes, samtidig som eventuelle feiltrinn tones ned. Man må fokusere på de positive resultatene endringene fører med seg (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

#### **4.5 Koordinering og samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser**

Den offentlige sektor står overfor et dilemma, nemlig at den legger beslag på for store ressurser, mer enn 65 % av BNP, men at de samtidig har for liten kapasitet. Dette fordi etterspørselen etter offentlige tjenester øker, både fordi samfunnsproblemene øker og fordi befolkningens aspirasjonsnivå øker. På den ene siden er det et press mot budsjettnedskjæringer, mens det på den andre siden er økt press mot styrket kapasitet og kompetanse. Skiftende omgivelser, skiftende tjenestebehov, nye teknologier og nye arbeidsmetoder gir et behov for nye og vekslende kompetansesammensetninger, samarbeid og fleksible nettverksstrukturer (Knudsen, 1993).

Samarbeid, samhandling, nettverksbygging og lignende mellom organisatoriske enheter kalles i faglitteraturen for interorganisasjonisk koordinering. Knudsen (1993) hevder at interorganisasjonisk koordinering er nødvendig for å få til kapasitetsutvikling i den offentlige sektor. Et sentralt perspektiv innenfor interorganisasjonisk koordinering er utvekslingsperspektivet. Dette perspektivet går ut på at enheter erkjenner gjensidig avhengighet og vil søke å komme frem til enighet om oppgavefordeling som er nødvendig for utveksling av tjenester, klienter eller for å oppnå økonomisk verdi, ut i fra

et ønske om å realisere sine mål. Et slikt samarbeid avhenger både av evne og innstilling til samarbeid, og også overordnede politiske og økonomiske rammebetingelser (Knudsen, 1993).

Jacobsen snakker også i sin artikkel om samarbeid mellom organisasjoner og hvorfor dette ofte kan være vanskelig. Han nevner at den norske velferdsstaten består av store og formelle organisasjoner, der store og komplekse oppgaver blir delt inn i deloppgaver slik at de blir håndterbare. En slik oppdeling fører til at man kan spesialisere seg på et avgrenset emne. Problemet med slike inndelinger er at det som regel finnes noen utenfor organisasjonen som ikke ønsker kun en spesiell ting, men et helhetlig produkt (Jacobsen, 1993). Dette er sentralt i helsevesenet, der det er viktig med god og spesialisert kompetanse på mange områder, slik at man må kunne spesialisere seg innenfor avgrensede områder, men at pasientene samtidig ønsker et helhetlig tilbud som krever samarbeid mellom flere enheter.

Det å dele opp arbeidet i deloppgaver fører til to vanlige koordineringsproblemer, nemlig dobbeltarbeid og gråsoner. Dobbeltarbeid går ut på at flere utfører den samme oppgaven flere ganger, noe som tilsier sløsing med ressurser. Gråsoner er ordet som blir brukt på områder som oppstår der ingen har ansvaret for oppgavene, eller ansvarsforholdet er uklart. Disse problemene oppstår fordi arbeidsdelingen ikke er klar nok. Denne uklarheten kan enten skyldes maktkamp mellom organisasjonene eller at arbeidsområdet er uklart og vanskelig å dele opp (Jacobsen, 1993). For eksempel kan det være vanskelig å fordele oppgaver med tanke på omsorg av syke. Hvilke oppgaver skal kommunen ha og hvilke skal spesialisthelsetjenesten ha?

Jacobsen trekker fram at dersom man skal skape et samarbeid på tvers av organisasjoner må man forsøke å påvirke både den frivillige og den tvungne koordineringen. Det blir trukket frem fire koordineringsmekanismer for å bedre koordineringen. Det første er strategier som går på å minske behovet for strategier, at man reduserer avhengighet mellom ulike oppgaver. Det andre går ut på å oppmuntre til økt samarbeid, mens en tredje mekanisme har som formål å redusere barrierer for samarbeid. Den siste



mekanismen går på samordning, hvor en tredjepart pålegger to andre parter å samordne seg (Jacobsen, 1993).

Når det gjelder strategier for å øke det frivillige samarbeidet er det to tiltak man kan benytte seg av. For det første kan man øke følelsen av avhengighet mellom partene. Man kan danne seg kunnskap om sin plass i helheten ved å øke bevisstheten på hvordan de forskjellige deloppgavene henger sammen. I tillegg kan man forsøke å kartlegge de konsekvensene manglende koordinering vil ha for de som mottar tjenestene. For det andre kan man innføre belønningssystemer som oppmuntrer til samarbeid. Ansatte vil mest sannsynlig prioritere det de blir belønnet for, slik at man må ha belønningssystemer som fører til at samarbeid blir belønnet og dermed prioritert (Jacobsen, 1993).

Ved å avklare grenser mellom organisasjoner og enheter kan man minske behovet for koordinering. Organisasjoner kan gå i dialog og avklare seg i mellom hvilket ansvar de enkelte organisasjonene har. Et annet tiltak kan være å opprette nye enheter der to eller flere etablerte enheter ikke klarer å koordinere. Disse enhetene kan dannes for å ta det ansvaret som blir liggende i de såkalte gråsonene. Man kan også privatisere valg av tjenestesammensetningen til brukeren. Dette kan løses ved at den offentlige sektoren gir kontanttilskudd som gjør det mulig for brukerne å etterspørre de tjenestesammensetningene de selv ønsker (Jacobsen, 1993).

Felles kultur gjennom for eksempel felles rekrutteringspolitikk, felles utdanning og utveksling av personer kan være med på å minske barrierer for samarbeid, i tillegg til å minske fysisk avstand. Fysisk nærhet kan blant annet føre til hyppigere utveksling av informasjon (Jacobsen, 1993).

I tillegg til nevnte tiltak kan man også gjennomføre tiltak som går på tvungen koordinering. Dette kan for eksempel være å opprette regler og standardprosedyrer, samt felles planer for flere enheter. Det kan også være viktig å opprette strukturelle, tverrgående forbindelser. Dette kan for eksempel skje gjennom faste møter, oppsetting av prosjektgrupper eller opprette integrasjonsledere som har ansvar for å koordinere ulike

enheter. Et annet alternativ er felles ressursavveining, der enheter som må bedre koordineringen selv må fordele en gitt mengde ressurser (Jacobsen, 1993)

#### 4.6 Veien videre

Teorien som nå er gjennomgått vil danne grunnlaget for videre arbeid med oppgaven, og vil bli benyttet i analysen av problemstillingen. For denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i at samhandlingsreformen oppstod på grunn av ytre press, blant annet i form av politiske argumenter fra daværende regjering. Et ytre press fører til at de parter reformen gjelder for blir pålagt å forholde seg til reformen uten at de selv har vært med på å utforme den, og dette har jeg som utgangspunkt for videre teori og analyse i oppgaven, ettersom dette vil ha noe å si for hvordan helse- og omsorgstjenesten er rustet til å takle endringene som følge av reformen.

Litteraturen om organisasjonsendring og koordinering og samarbeid på tvers av organisasjoner er det som utgjør hovedvekten av teorien, og når de knyttes sammen kan dette ses på som oppgavens hovedmodell. Dette fordi jeg i denne undersøkelsen skal studere hvordan samhandling og kommunikasjon fungerer og hvilke konsekvenser det har for en gruppe pasienter. Jeg vil da også komme inn på noe av endringsprosessen som må til for å få til god samhandling og kommunikasjon. Teorien om organisasjonsendring vil benyttes som grunnlag for å finne ut og si noe om hvordan kommunen og korttidsavdelingen har vært rustet til å gjennomføre endringene som følge av reformen, og om de har hatt de ressursene og forutsetningene som må til for å få til en planlagt endring. Når det gjelder koordinering og samarbeid på tvers av organisasjoner er dette teori som vil bidra til å belyse hvordan samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer. Teorien vil kunne bidra til å svare på om samhandling og kommunikasjon fungerer bra eller dårlig og hva årsakene til dette er.

Sammen vil disse elementene være til hjelp for å forklare hvordan kommunen og korttidsavdelingen har taklet og gjennomført endringer og hvilke endringstiltak som har blitt gjort for å få til bedre samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten, og hvorvidt dette har vært vellykket eller ikke.

Sammen med sekundærdata vil denne teorien vil både bli brukt som grunnlag for valg av metode og utforming av intervjuguide samt for å analysere resultatene denne undersøkelsen gir. For å komme så dypt ned i temaet om samhandlingsreformens virkninger og samhandling og kommunikasjon som mulig er ønsket å få tak i ansatte i kommunen og korttidsavdelingens tanker og holdninger rundt reformen, samhandling og kommunikasjon og konsekvenser for pasienter. Valget av metode falt derfor på kvalitativ metode med bruk av dybdeintervju, og ved utforming av intervjuguide er denne teorien, samt sekundærdata, lagt til grunn for spørsmål som kan bidra til å svare på problemstillingen. I tillegg vil teorien tas opp igjen i diskusjonen og settes sammen med resultatene denne undersøkelsen gir.

## 5. Metode

### 5.1 Valg av metode

Når man skal velge metode for gjennomføring av en undersøkelse er det viktig at det er en metode som står i samsvar med problemstillingen og det undersøkelsen faktisk ønsker svar på. Det første man må ta hensyn til er hvilken hensikt undersøkelsen har og hva slags kunnskap man ønsker å tilegne seg, for så å finne et undersøkelsesdesign som støtter opp om dette. I følge Jacobsen (2005) kan man skille mellom tre hovedtyper hensikter med undersøkelser. Den første er det som kalles beskrivende, der formålet er å få mer innsikt i hvordan et fenomen ser ut. Den andre hovedtypen hensikt er forklaring. Dette innebærer å forklare hvorfor et fenomen oppstod. Til sist har vi prediksjon som har til hensikt å forutsi hva som kommer til å skje en gang i fremtiden.

For denne oppgaven kan man si at hensikten er en blanding av beskrivende og forklarende. Oppgaven har som formål å finne ut hvordan samhandling og kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i en gitt kommune fungerer, og hvilke konsekvenser dette har for pasientene ved korttidsavdelingen i kommunen. Oppgaven søker å beskrive hvordan kommunikasjon og samhandling fungerer ved å belyse ansattes oppfatning av hvordan situasjonen er etter innføringen av samhandlingsreformene. Samtidig vil undersøkelsen også si noe om konsekvensene dette har for en gruppe pasienter, altså å forklare virkningen av noe. Den

forsøker å si noe om sammenhengen mellom situasjonen i helsetjenesten og innføringen av reformen, noe som tilsier at undersøkelsen har en forklarende hensikt.

Når man ønsker å si noe om en årsak - virkningssammenheng vil tidsseriedata ofte være det som egner seg best. Det vil si å samle inn data på ulike tidspunkt for å kunne studere forskjellene som oppstår ved de ulike tidspunktene (Jacobsen, 2005). På grunn av begrenset tid og ressurser, og ettersom denne undersøkelsen foregår etter innføringen av reformen har jeg valgt å benytte meg av undersøkelsesdesignet som kalles retrospektivt design. Dette er en metode man kan benytte seg av når man gjennomfører en undersøkelse på et gitt tidspunkt, men også er ute etter opplysninger om hvordan en situasjon var på et tidligere tidspunkt (Jacobsen, 2005). Jeg har i min undersøkelse antatt at informantene jeg intervjuer kan huske tilbake til hvordan situasjonen var før reformen ble innført, og på den måten kunne sammenlikne de to situasjonene. Jeg valgte denne metoden fordi jeg da kunne utforske hvordan situasjonen i kommunehelsetjenesten i den gitte kommunen er nå, og samtidig få informasjon om hvordan de husker situasjonen før innføringen av reformen. Dermed kunne jeg oppdage forskjeller i situasjonene før og etter reformen.

Det kan være en del problemer knyttet til bruk av retrospektivt design. Blant annet kan man ikke være sikker på at informantene husker riktig. Det kan hende informantene ikke husker riktig eller at de ser fortiden i et fortegnert lys, at de husker fortiden som mer eller mindre positiv enn de gjorde på tidligere tidspunkt. Jeg vil allikevel tro at informantene kan huske mer eller mindre riktig ettersom reformen kom så sent som i 2012, slik at de ikke trenger å huske mer enn et par år tilbake i tid. For å bedre svakhetene som ligger i bruk av retrospektivt design har jeg også funnet sekundærdata knyttet til situasjonen før reformen ble innført, slik at jeg kobler informasjonen fra informantene med andre kilder. Denne litteraturen kan finnes i litteraturkapittelet. Jeg har også valgt å basere meg på sekundærdata, i tillegg til resultatene fra min egen undersøkelse, for å kunne benytte meg av det som kalles triangulering. Det å triangulere betyr å kontrollere data og konklusjoner ved å kombinere ulike metoder, i dette tilfellet sekundærdata og undersøkelse ved hjelp av kvalitativ metode og dybdeintervjuer. Bruk av triangulering kan være med på å øke gyldigheten og troverdigheten til data og konklusjoner (Jacobsen, 2005).

Når det gjelder valg av metode har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode. Dette fordi problemstillingen søker svar som i stor grad er beskrivende, i tillegg til at det er en eksplorerende problemstilling. Dette vil si at man har til hensikt å utdype noe man vet lite om. En slik problemstilling vil ofte kreve en metode som får frem mange nyanser. Dette krever igjen konsentrasjon rundt noen få enheter. I denne situasjonen anså jeg derfor at innsamling av kvalitative data egnet seg best (Jacobsen, 2005).

Denne undersøkelsen forsøker å finne svar på hvordan de ansatte i kommunehelsetjenesten i en kommune oppfatter samhandlingsreformen, hvordan kommunikasjon og samhandling fungerer, og hvilke konsekvenser det har for pasienter ved kommunens korttidsavdeling. Ønsket var å komme i kontakt med ansatte i kommunen som jobber med samhandling med spesialisthelsetjenesten og ansatte som behandler pasientene. Hensikten var å få tak i deres tanker og oppfatninger rundt hvordan kommunikasjon og samhandling fungerer, og hvilke konsekvenser det har for denne gruppen pasienter. Det at jeg ønsket å få tak i individers tanker og holdninger rundt et spesielt tema gjorde også at valget falt på kvalitativ metode. Dette fordi man ved bruk av denne metoden kan komme tettere inn på informantene, og det blir lettere å få frem holdninger og tanker informantene har.

Jeg ville i denne oppgaven få så detaljerte og nyanserte svar som mulig ved intervjuene, i tillegg til at jeg ønsket hver enkelt informants egne, personlige meninger rundt de temaene som ble tatt opp. Jeg valgte derfor å legge så få føringer som mulig for den informasjonen jeg samlet inn. Jeg ønsket å unngå og legge begrensninger på de svarene jeg fikk under intervjuene. Dette er også noe som gjorde at kvalitativ metode egnet seg godt. Ved bruk av kvalitativ metode kan man ofte komme nærmere de som undersøkes, man kan komme ”under huden” på informantene. Dette kan anses som viktig i en undersøkelse der informantenes personlige oppfatninger skal belyses (Jacobsen, 2005).

En kvalitativ tilnærming er ofte fleksibel. Man tar utgangspunkt i en gitt problemstilling man ønsker svar på, men denne kan endres etter hvert som man får mer informasjon. Dersom man finner det nødvendig kan man gå tilbake i prosessen å justere problemstilling etter hvert som undersøkelsen skrider frem (Jacobsen, 2005). I og med at

dette er en undersøkelse der jeg hadde relativt lite informasjon om situasjonen jeg ønsket å undersøke, anså jeg det som viktig at jeg kunne endre problemstilling, og at jeg kunne velge å gå frem på en litt annet måte enn først planlagt, dersom jeg skulle få informasjon underveis som tilsa dette. Dette er også et av poengene som gjorde at jeg anså kvalitativ metode som den beste metoden å benytte.

## 5.2 Datainnsamling

Denne oppgavens problemstilling er todelt. Den første delen går på å belyse hvordan samhandling og kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer, mens den andre delen av problemstillingen handler om konsekvensene for pasientene som trenger korttidsbehandling i kommunen. Når det gjelder datainnsamling ble det da viktig å kunne skaffe tilstrekkelig informasjon om begge temaene i problemstillingen. For å få til dette valgte jeg å hente informasjon fra to typer informanter, der den første typen har større kunnskaper om kommunikasjon og samhandling, mens den andre typen informanter har mest kunnskap om konsekvensene det har for pasientene.

Jeg har valgt å benytte meg av individuelle, åpne intervjuer for å hente informasjon. Jeg har valgt dette fordi denne metoden egner seg godt når man er interessert i enkelte individers tanker og holdninger. Denne oppgaven søker å finne ut hvordan ansatte i en gitt kommune oppfatter kommunikasjon og samhandling i forbindelse med samhandlingsreformen og hvordan de oppfatter at dette påvirker pasientene. Individuelt, åpent intervju egner seg også godt når det er relativt få enheter som skal undersøkes, noe som er tilfellet for denne oppgaven (Jacobsen, 2005). En annen grunn til at valget falt på individuelle, åpne intervjuer er at jeg ønsket å unngå at informantenes svar skulle bli påvirket av hverandre, eller at informantene holdt tilbake informasjon fordi det også var andre tilstede.

Når det gjelder hvordan intervjuene har blitt gjennomført, har de først og fremst foregått ansikt til ansikt. Dette fordi jeg ønsket å kunne oppfatte kroppsspråk og holdninger i tillegg til hva informantene faktisk sa, for å kunne trekke ut informasjon av dette også. Kroppsspråk er med på å understøtte informantenes svar, og kan være med på å forklare

deres holdninger til ulike temaer. Kroppsspråk kan også være med å sette det informantene sier inn i en kontekst. Jeg anså det derfor viktig at intervjuene foregikk ansikt til ansikt slik at dette også kunne oppfattes. I tillegg kan det være at informantene har lettere for å åpne seg når intervjuet foregår ansikt til ansikt. Jacobsen (2005), trekker frem at det kan være lettere for informanter å lyve når intervjuene blir anonyme, i tillegg til at det enklere kan skapes en fortrolighet når man fysisk sitter overfor hverandre. Dermed anså jeg individuelle intervjuer som utføres ansikt til ansikt, som egnet for denne oppgaven. Når intervjuene foregår ansikt til ansikt blir det lettere å observere hvordan informanten opptrer. I og med at noen av temaene i denne undersøkelsen kan tenkes å være sensitive for informantene, kunne et intervju som foregikk ansikt til ansikt gi mulighet for å observere når informanten ikke ønsket å utdype sine svar. Dette var med på å hindre at informantene følte at jeg gikk over streken ved å ville ha svar på sensitive spørsmål.

Ved gjennomføring av intervjuer må man også ta hensyn til om man ønsker at intervjuet skal være åpent eller strukturert. Jeg valgte å ha et intervju som var semistrukturert. Dette vil si at det ble utarbeidet en overordnet intervjuguide med temaer og spørsmål som skulle tas opp, men at jeg ikke laget en intervjuguide som skulle følges slavisk. Grunnen til at jeg valgte dette er fordi jeg ønsket et mest mulig åpent intervju, og jeg ønsket muligheten til å gå dypere inn i temaer som kom opp under intervjuet dersom jeg følte at det var viktig informasjon å hente. I tillegg er dette et tema der man vet relativt lite på forhånd. Et intervju som er relativt åpent gjør at man kan hente mye ny informasjon fra intervjuet og ut i fra dette finne nye temaer det kan være ønskelig å utdype. Samtidig har problemstilling og litteraturinnsamling gjort at jeg kom frem til noen temaer som jeg følte var mer relevant å få belyst enn andre i forhold til formålet med undersøkelsen. Jeg ønsket derfor litt strukturering på intervjuet i form av noen hovedtemaer og spørsmål, slik at det som syntes mest relevant for problemstilling ble belyst med tilstrekkelig informasjon.

For at informantene skulle føle seg mest mulig fortrolige og trygge på intervjusituasjonen foregikk intervjuene på et sted som er kjent for informantene. Alle intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass, slik at de befant seg i et kjent miljø. Tanken var at dette

kunne påvirke informantene positivt ved at de følte seg mer sikre, og at de kanskje lettere ville åpne seg opp under intervjuprosessen. Dette kunne føre til at de var villig til å dele mer informasjon enn om intervjuet hadde blitt gjennomført på et ukjent sted.

Informantene skulle i denne sammenhengen belyse forhold som har med deres arbeid å gjøre, slik at selve arbeidsplassen kunne anses som en naturlig arena å gjennomføre intervjuene på. Det kunne også tenkes at det ville være lettere for informantene å snakke om dette når de befant seg i det miljøet intervjuet faktisk baserte seg på.

Jeg valgte at hensikten med intervjuet skulle være åpen. Det er flere grunner til at jeg valgte dette. For det første gjorde de temaene som skulle tas opp at hensikten med intervjuet uansett ville bli veldig klar. Selv om noen av temaene kunne tenkes å være av en følsom karakter for informantene, antok jeg allikevel at det å sette fokus på dette ville kunne hjelpe informantene i det lange løp, slik at informantene ville snakke fortrolig selv om følsomme temaer. Det å belyse hvordan deler av samhandlingsreformen faktisk fungerer i denne kommunen kunne tenkes å avdekke muligheter for forbedring, slik at informantene ville være villig til å dele informasjon.

### 5.3. Deltakere

Denne undersøkelsen tar for seg en spesiell kommune, slik at deltakerne i undersøkelsen var ansatte som jobber i denne kommunen, og som har informasjon om samhandlingsreformen i denne kommunen spesielt. Ettersom denne undersøkelsen søker å finne svar på en todelt problemstilling var det viktig å finne informanter som kunne komme med nyttig informasjon om begge disse delene. Innenfor denne oppgaven var det mange aktuelle kandidater å kontakte for å få informasjon om dette temaet. På grunn av begrensede ressurser og tid ble jeg nødt til å velge noen få enheter. Jeg valgte derfor å hente informasjon fra noen av de personene jeg anså som de som sitter med mest informasjon om dette temaet og som jobber med dette til daglig. Dette for at jeg skulle kunne få best og mest mulig informasjon.

Når det gjelder den første delen av problemstillingen, som går på hvordan samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten fungerer, valgte jeg informanter som er ansatt i kommunen, og som jobber med samhandling. Den første informanten har tittelen



samhandlingskoordinator i kommunen, og er på det høyeste nivået i kommunen når det gjelder å koordinere samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Jeg så for meg at denne informanten ville kunne komme med mye god informasjon om hvordan hun oppfatter samhandling med spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble personen som sitter på tjenestekontoret i kommunen kontaktet. Dette fordi han har oversikt over antall pasienter, ventelister osv. i kommunen, og kunne dermed tenkes å ha informasjon både når det gjelder hvordan samhandling og kommunikasjon fungerer, og konsekvenser for pasienter, som er den andre delen av problemstillingen. I tillegg ble det hentet supplerende informasjon fra en informant med kunnskap om samhandling og kommunikasjon fra Ahus, for å kunne sammenlikne kommunehelsetjenestens syn på samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenestens syn. Dette for å avdekke eventuelle forskjeller i hvordan samhandlingen oppfattes.

Den andre delen av problemstillingen handler om konsekvenser for pasienter som behandles ved kommunens korttidsavdeling. Her kunne man hentet informasjon både fra pasientene selv og fra ansatte som behandler pasientene. Da det er de ansatte i avdelingen som trolig har størst grunnlag for å kunne si noe om forholdene til pasientene knyttet opp mot samhandlingsreformen, og til å kunne si noe om situasjonen både før og etter innføringen av reformen, falt valget på å hente informasjon fra disse. I tillegg er pasientene i avdelingen som ble undersøkt av varierende tilstand, ettersom det er snakk om syke og ofte eldre pasienter. Jeg antok derfor at å hente informasjon av de som pleier disse ville gi best utbytte. Det ble hentet informasjon både fra avdelingsleder ved avdelingen for korttidsbehandling samt lege og sykepleier. Dette for å kunne samle mest mulig informasjon, og for å kunne avdekke ulike synspunkt og oppfatninger om samhandlingsreformen og konsekvensene det har hatt for avdelingens pasienter. Jeg valgte å hente informasjon fra informanter på forskjellig nivå i avdelingen for å kunne få frem eventuelle forskjeller i synspunkter og oppfatninger fra nivå til nivå. Jeg anså det som viktig å få frem disse forskjellene, og valgte derfor å plukke ut informanter fra ulike nivåer i avdelingen. Informantene var ansatte som har jobbet i avdelingen siden før reformen ble innført, slik at de kunne sammenlikne situasjonen nå med slik den var før innføringen. På den måten hadde informantene en god forutsetning for å kunne si noe om

de endringene som faktisk har skjedd etter innføringen av reformen. Jeg startet med å intervju avdelingsleder, slik at jeg kunne få tips fra henne til ytterligere personer som kunne ha nyttig informasjon å komme med rundt dette temaet.

Til sammen ble det gjennomført 6 intervjuer. Etter at disse intervjuene var gjennomført følte jeg at jeg hadde tilstrekkelig med informasjon til å svare på problemstillingen, og jeg fant det lite hensiktsmessig å kontakte ytterligere informanter. Dette fordi jeg følte at jeg hadde snakket med de personene som satt med mest informasjon om temaene. I tillegg var det lite ny informasjon som kom opp i løpet av de siste intervjuene som ble gjennomført, slik at jeg antok at jeg hadde fått med den viktigste informasjonen. Det at alle informantene hadde nokså like oppfatninger om de fleste temaene som ble tatt opp, og at de samme meningene stadig dukket opp, gjorde også at jeg ikke følte at det var nødvendig med flere intervjuer. Det kom heller ikke opp noen kontroversielle temaer som kunne vært interessant å belyse nærmere, slik at jeg anser de 6 intervjuene som ble gjennomført som tilstrekkelig for å kunne gi et godt svar på problemstillingen.

I figur 4 er det satt opp en tabell over alle informantene. Videre i denne oppgaven vil de ulike informantene bli referert til ut i fra denne tabellen for å gjøre det enklere å holde oversikt over hvilken informant sitat og lignende er hentet fra.

Informant	Stilling	Hvor
A	Samhandlingskoordinator	Kommunen
B	Avdelingsleder tjenestekontoret	Kommunen
C	Avdelingsleder	Korttidsavdelingen
D	Lege	Korttidsavdelingen
E	Sykepleier	Korttidsavdelingen
F	Avdelingsleder samhandlingsavdelingen	Ahus

Figur 4: Oversikt over informanter

## 5.4 Dataanalyse

Det at jeg benyttet meg av kvalitativ metode for datainnsamlingen gjorde at jeg endte opp med relativt mye og kompleks informasjon. Det ble derfor viktig å kunne redusere denne kompleksiteten. Dette ble gjort ved å forenkle og strukturere datamaterialet. Det ble gitt

samtykke fra alle informantene til å benytte båndopptaker under intervjuene. Jeg benyttet meg derfor av dette slik at jeg hadde mulighet til å lagre all informasjon jeg fikk. I tillegg gjorde dette at jeg kunne fokusere mer på selve intervjuet, og gjøre meg noen få notater om det aller viktigste som kom frem under intervjuene. På denne måten kunne jeg også gjengi sitater nøyaktig senere i arbeidet, noe som er viktig for å kunne trekke riktige resultater ut fra datamaterialet.

Det første som ble gjort i dataanalysen var å skrive ut alle intervjuene, slik at jeg hadde tilgang på all informasjon som var hentet inn. Dette ble gjort så fort det var mulig etter at intervjuene var gjennomført, slik at intervjuene fortsatt stod sterkt i minne. Dermed kunne jeg også gjøre meg opp egne notater underveis ut i fra det jeg husket fra intervjuene. Notatene som ble tatt under intervjuene ble raskt renskrevet, slik at konteksten og sammenhengen i notatene ble husket. På denne måten ble notatene lettere å forstå i ettertid, og riktig informasjon kunne trekkes ut i fra notatene. Deretter ble de utskrevne intervjuene systematisert og forenklet. Datamaterialet ble kategorisert og delt opp i flere mindre temaer, for å gjøre analysearbeidet lettere. Datamaterialet ble blant annet delt inn i de samme temaene som finnes i intervjuguidene (Vedlegg 2-4). En del av temaene var altså funnet på forhånd for å gjøre sortering og kategorisering av datamaterialet noe forenklet. Til sist ble det jobbet med å se helheten blant de forskjellige delene, og informasjonen som var hentet inn ble bundet sammen. Dette ble gjort ved å sammenlikne intervjuene, som nå var delt opp og sortert etter tema, for å se etter likheter og forskjeller mellom dem. I tillegg ble datamaterialet tolket for å forsøke og finne meninger og årsaker bak informasjonen.

## **5.5 Validitet og reliabilitet**

### **5.5.1 Intern validitet**

Det å vurdere en undersøkelses validitet og reliabilitet vil si å vurdere henholdsvis gyldigheten og påliteligheten til resultatene av undersøkelsen (Jacobsen, 2005). Når det gjelder gyldighet kan vi skille mellom intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet går på om resultatene oppfattes som riktige, hvorvidt beskrivelsen av et fenomen er riktig. Det baserer seg på om en beskrivelse oppfattes som riktig av flere personer. Testing av

gyldighet vil derfor innebære en test av resultater overfor andre mennesker (Jacobsen, 2005).

Det finnes mange måter å teste intern gyldighet på, og i denne oppgaven har jeg forsøkt å sikre høy intern gyldighet ved å benytte meg av noen av disse metodene. For det første har jeg, dersom jeg har funnet resultater jeg er usikker på om stemmer, konfrontert informantene om det jeg har funnet. Ved å sjekke om informantene kjenner seg igjen i resultatene kan man forsikres om at det man har funnet faktisk stemmer overens med det informantene mener. Denne formen for gyldighetskontroll kalles ofte ”face validity” eller ”gyldighet ved første blikk”, fordi vi godtar en beskrivelse fordi den virker fornuftig og relevant for personer som har mye informasjon om fenomenet som undersøkes (Jacobsen, 2005).

En annen metode for ytterligere å styrke den interne gyldigheten er å sammenlikne egne resultater med andre. Man kan sjekke sine resultater opp mot andre undersøkelser om samme tema. Dersom det er sammenfall med andre undersøkelser vil gyldigheten styrkes. I denne oppgaven har jeg benyttet meg av triangulering ved både å samle inn sekundærdata og utføre en egen undersøkelse. Det viste seg at mye av det jeg kom frem til i min undersøkelse også stemmer overens med tidligere forskning, Dette er noe som bidrar til å øke undersøkelsens gyldighet. I tillegg kan man knytte resultatene opp mot tidligere teori og empiri for å bedre gyldigheten. Jeg har hele tiden forsøkt å knytte resultater og teori sammen.

En siste metode som har blitt benyttet for å styrke validiteten i denne oppgaven er validering gjennom kilder. Dette går ut på å sikre at man har intervjuet de riktige kildene, og hvorvidt disse kildene har formidlet sann informasjon (Jacobsen, 2005). For å sikre at riktige kilder er funnet for denne undersøkelsen, har informantene blitt plukket ut på bakgrunn av at de sitter med mye informasjon om fenomenet som undersøkes.

Informantenes arbeidsplass er preget av samhandlingsreformen, slik at dette er noe informantene har nærhet til i sitt daglige arbeid. I tillegg er det plukket ut informanter som faktisk jobber direkte med selve kommunikasjonen og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som denne undersøkelsen studerer.

Dette er også argumenter for at kildene også kommer med sann informasjon. Det at kildene har nærhet til fenomenet som studeres, og at de er førstehåndskilder, gjør at de er mer troverdig i forhold til det å gi riktig informasjon om fenomenet (Jacobsen, 2005). Dette vil også sannsynligvis bety at de har mest kunnskap om fenomenet. Disse aspektene vil trolig hjelpe med å styrke validiteten ytterligere.

### 5.5.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene fra en undersøkelse kan generaliseres. Ettersom denne oppgaven kun tar for seg en kommune, kan det bli vanskelig å generalisere. Denne undersøkelsen tar kun for seg én spesiell case, nemlig en kommune i Akershus. Samhandlingsreformen omfatter hele helse- og omsorgstjenesten i Norge, og er derfor mye mer omfattende. Det kan derfor være vanskelig å si at resultatene for denne ene kommunen vil kunne generaliseres for å gjelde situasjoner andre steder i helse- og omsorgstjenesten. Likevel kan det tenkes at noen av resultatene fra denne undersøkelsen også kan gjelde for liknende situasjoner, som for eksempel liknende kommuner eller liknende behandlingsavdelinger. I tillegg styrker resultater fra tidligere evalueringer og undersøkelser opp om at man til en viss grad kan generalisere disse funnene til andre kommuner. Mange av de resultatene som kom frem i denne undersøkelsen viser seg også å gå igjen i andre undersøkelser. Samhandlingsreformen er en nasjonal reform, som gjelder for hele helse- og omsorgssektoren. Dette gjør at alle enheter og ansatte innenfor helse- og omsorgssektoren må forholde seg til de samme forandringer som samhandlingsreformen legger til grunn for. Selv om kommuner har forskjellig resurser, organisering og utgangspunkt for å kunne takle reformen, er føringene for reformen gjeldene for alle. Dette vil trolig føre til at en del av funnene i denne undersøkelsen også vil være gjeldene for andre case og undersøkelser. Jeg vil derfor si at, selv om det kan være problematisk å generalisere funn i en undersøkelse som kun tar for seg ett spesifikt case, er det stor sannsynlighet for at de samme resultatene vil være å finne i andre kommuner.

### 5.5.3 Reliabilitet

Reliabilitet sier altså noe om hvor pålitelig en undersøkelse er, om den er til å stole på. Det kan for eksempel være om hvorvidt man får de samme resultatene ved å gjennomføre

undersøkelsen flere ganger, med forskjellige intervjuere/observatører og lignende. I denne oppgaven blir reliabiliteten forsøkt styrket ved at forskningsmetode og dataanalyse blir beskrevet på en grundig og åpen måte. På denne måten kan lesere av denne undersøkelsen få god innsikt i hva som er gjort, og selv ha mulighet til å vurdere om metodene som er benyttet er til å stole på. I tillegg har det vært viktig å sikre enkle spørsmål for intervjuene, slik at alle informanter forstår spørsmålene på samme måte. Intervjueren har også måttet tolke informanten riktig for at resultatene skal være pålitelige, og dette sikres ved for eksempel å gjenta informantens utsagn for å forsikre seg om at det er forstått riktig.

I denne oppgaven er det brukt retrospektivt design for datainnsamlingen. Dette er noe som kan få konsekvenser for påliteligheten til undersøkelsen. Det kan argumenteres for at retrospektivt design kan føre til lavere pålitelighet ved at informantene kanskje ikke husker tilbake i tid, eller at de ikke husker riktig. Jacobsen (2005) trekker frem et par problemer knyttet til dette. Det første er at det kan foregå en endringsforskyvning, som vil si at man husker fortiden i et fortegnert lys, enten mer eller mindre positivt enn det man gjorde tidligere. Det andre problemet er knyttet til etterrasjonalisering, og at man ønsker å fremstå som mer rasjonelle enn det man egentlig er. Når det gjelder etterrasjonalisering, vil ikke dette ha noen stor betydning for påliteligheten til denne undersøkelsen. Dette fordi undersøkelsen dreier seg om en bestemt situasjon som ikke handler om valg den enkelte informanten selv har tatt. Det er ikke snakk om å studere hvilke valg informantene har tatt og i hvilken grad disse var rasjonelle eller ikke i denne oppgaven. Det at informantene kanskje ikke husker riktig og at de ser fortiden i et fortegnert lys kan derimot føre til svekking av påliteligheten. Allikevel foregår denne undersøkelsen kort tid etter det tidspunktet man er interessert i å få informasjon om, slik at informantene sannsynligvis vil huske situasjonen på dette tidspunktet godt. Samhandlingsreformen ble innført i 2012, slik at informanten vil bli spurt om informasjon som ikke strekker seg mer enn noen få år tilbake i tid. I tillegg er dette et tema og en situasjon informantene har mye informasjon om og er veldig opptatt av. Dette vil trolig gjøre at de ikke vil ha noe større problem med å gi riktig informasjon. I tillegg har det retrospektive designet blitt støttet opp med annen litteratur om hvordan situasjonen var før reformen, slik at omfanget av svakhetene ved retrospektivt design har blitt minsket.

Også her vil jeg trekke frem bruk av triangulering som kan bidra til å styrke både gyldighet og pålitelighet ved at man kan kontrollere om flere forskere kan komme frem til samme resultater. Det at mine resultater i stor grad samsvarer med tidligere forskning bidrar til å styrke denne undersøkelsens pålitelighet.

## 6. Etiske avveininger

Bruk av kvalitativ metode tilsier mer nærkontakt med informantene i forhold til hva man ville hatt ved kvantitativ metode. I den forbindelse kan man støte på en del etiske problemer man som forsker må være oppmerksom på. For det første har alle informantene i denne undersøkelsen blitt godt informert om hensikten med undersøkelsen, og deltakelse har vært frivillig. Deltakerne har også hatt muligheten til å kunne trekke seg underveis dersom de skulle føle behov for dette. De ble imidlertid godt informert fra begynnelsen av, slik at uforutsette ting ikke skulle dukke opp. Dette kunne minske sannsynligheten for at noen av deltakerne skulle ønske å trekke seg underveis i prosessen, etter først å ha gitt sitt samtykke til deltakelse.

Det å snakke om forhold på arbeidsplassen og endringer som har blitt pålagt kan tenkes å være et følsomt tema for noen. Noen vil kanskje vegre seg for å snakke om negative aspekter rundt deres jobbsituasjon. Derfor valgte jeg å holde deltakerne anonyme med den hensikt at de skulle kunne føle seg tryggere og åpne seg mer under intervjuprosessen. For å skape ytterligere trygghet foregikk intervjuene i kjente miljøer for informantene, og spørsmålene ble formulert på en slik måte at de skulle være lette å forstå og uten at de ble for pågående eller ubehagelige for informantene.

For å sikre at resultatene skal være fullstendig og riktig, og for at sitater skal kunne gjengis korrekt og i riktig sammenheng, har det vært benyttet båndopptaker under intervjuene. Informantene ble forespurt om dette, og kunne si nei til bruk av båndopptaker dersom de ikke ønsket dette. Informantene fikk full informasjon om hva opptakene ville bli brukt til. De ble kun brukt i analysearbeidet for å sikre at all viktig informasjon ble tatt med og at denne informasjonen er korrekt.

## 7. Resultater

Her vises det til figur 4 i kapittel 5.3, slik at det blir enklere å knytte resultatene og sitatene opp til hver enkelt informant.

### 7.1 Generelle syn på samhandlingsreformen

Det ser ut til at det er enighet mellom alle informantene i denne undersøkelsen om at samhandlingsreformen er den rette veien å gå, og at man, dersom man klarer å nå målene for reformen, vil kunne bedre helse- og omsorgstjenesten. Alle informantene mener at intensjonene med reformen er gode og at det er riktig at kommunene skal overta en del av de oppgavene som før tilhørte spesialisthelsetjenesten. Informant A mener at de fleste er enige i at intensjonene med samhandlingsreformen er gode, og at reformen er lur og viktig. Dette er en mening som også deles av andre informanter.

*”Den (samhandlingsreformen) er en retningsform hvor man skal i større grad gjøre mer på kommunalt nivå enn på spesialisttjenestnivå. Det mener jeg er helt riktig, en veldig god vei å gå. Det er veldig godt å få opp kompetanse på kommunalt nivå.”*

(Informant B)

*”Det er jo noe bra i forhold til at vi har fått tilført mer kompetanse og ressurser i kommunen, sånn at vi har fått et mye bedre fagmiljø, økt sykepleie- og legedekning, som gjør at vi kan videreføre en del behandlinger som sykehuset har startet på, slik at de gamle og syke pasientene slipper å ligge så lenge på sykehus, for det er ikke så heldig for mange av dem. Vi starter jo også en del behandling her, som det opplagt er helt unødvendig at de legges inn for. Så det er vel en rett vei, at de ivaretas på lavest mulig nivå, så lenge vi har fagkompetansen.”* (Informant C)

*”Vi føler jo at det er riktig på en måte at man har en retningsreform som går ut på at det som kan ivaretas ute i kommunene, der innbyggerne bor, skal ivaretas der. Vi skal ikke gjøre mer enn vi må gjøre i spesialisthelsetjenesten. Så det tror jeg er riktig.”*

(Informant F)



Det er åpenbart at alle informantene ser positive sider ved reformen, og at det at kommunen har fått flere oppgaver er riktig. Det som kanskje ikke er like positivt er metodene som brukes for å få igjennom reformen og for å nå dens mål, samt insentivene som brukes. Også her er det enighet blant de fleste informantene. Informant A mener intensjonene med reformen ikke er fulgt opp i forhold til økonomi og likeverdighet, og mener blant annet at medfinansieringen kommunen har fått som følge av reformen, som skulle være et insentiv til større grad av forebygging av sykdom i kommunen, ikke fungerer.

*”Det er penger som kommer til kommunen, og så går de tilbake til Ahus uten at vi får brukt noe frie midler til å utvikle de tjenestene som skulle gjøre at en pasient skulle unngå å legges inn. Så vi har ikke fått noe økonomisk handlingsrom i forhold til det.”* (Informant A).

I tillegg mener hun at kommunehelsetjenesten ikke er en likeverdig partner med spesialisthelsetjenesten, og at det er spesialisthelsetjenesten som legger føringene.

*”Det som skjer er kanskje metoden og en del av bestemmelsene av gjennomføringen, som jeg tror driver dette (reformen) i feil retning.”* (Informant B)

Informant B fulgte opp dette sitatet med å beskrive hvordan et pasientforløp kan utarte seg, og at ting ofte tar mye lenger tid og er mer komplisert i overgangen fra sykehus til kommune, enn det som kanskje er nødvendig.

*”Jeg tror fokuset på disse overliggerdøgnene gjør at du får litt pengefokus, ikke så mye pasientfokus, og det er blitt mye mer byråkratisert.”* (Informant B)

Informant C har et litt annet perspektiv på reformen, og ser den fra en litt annen side enn de som jobber med samhandling på mer systemnivå, men også hun trakk frem negative aspekter ved reformen, som gjør at selv om intensjonene er gode, så fungerer ikke ting helt optimalt. Hun trakk frem at pasientene kommer mye raskere ut av sykehuset enn tidligere, og er i generelt mye dårligere forfatning. Dette fører til at det nesten til en hver

tid er fullt på korttidsavdelingen, slik at en del av de som tidligere fikk sykehjemsplass nå må sendes hjem på grunn av høy utskrivningsfart fra sykehuset. Hun sa at dette er den konsekvensen hun og hennes ansatte merker mest til som følge av reformen.

Selv om informant D og E tror samhandlingsreformen kan være en god ting på lang sikt, er begge enige om at det ikke fungerer optimalt nå. Informant D mener at de hittil ikke har fått styrket avdelingen nok, faglig sett, til å kunne ta imot pasientgruppen som nå kommer dit. Hun mener de ikke har fått tid til å øke kompetansen enda, og at man ikke har kunnet forberede seg godt nok på hva slags pasientgruppe man tar i mot. Hun mener imidlertid at, dersom de får til et godt samarbeid med Ahus, så vil reformen være riktig i et mer langsiktig perspektiv. Informant E mener også at de nå må ta imot mye dårligere pasienter, som krever mye høyere kompetanse og mer behandling enn før, og at det i tillegg kommer uavklarte pasienter fra sykehuset.

Når det gjelder hvorvidt kommunen har fått nok ressurser til å kunne gjennomføre de endringene som var nødvendig som følge av reformen er oppfatningene blant informantene litt ulike. Det er enighet om at man alltid har bruk for mer ressurser enn det man har til rådighet, men det er ulik oppfatning av hvor godt man har klart seg med de ressursene man har hatt, og i hvilken grad det er for lite ressurser. Informant A mener at de har bygget opp tjenesten i kommunen kraftig, med blant annet mer bemanning på korttidsavdelingen og styrking av hjemmetjenesten, samtidig som pasientene både er sykere og kommer hyppigere enn før. Dette fører til at kommunen må bruke mye penger på å klare å håndtere dette på en best mulig måte, og at de forbruker mye mer enn det de har fått tilført. Hun viser til et regnestykke som kommunen har gjennomført som en del av en studie om samhandlingsreformen (se kapittel 2.6). Som det positive trakk denne informanten frem at Ahus har opprettet et ambulerende sykepleierteam som kan kjøre ut til sykehjemmene for å gi sykepleierne der opplæring i mer avanserte ting, slik at kommunen kan håndtere det bedre. På denne måten kan kommunen få ytterligere hjelp til å øke sin kompetanse.

Informant B har relativt likt syn på dette. Han fortalte blant annet at den summen kommunen fikk for å kunne betale bøter for overliggerdøgn, som var på 6 millioner, ble

brukt til å bygge opp tjenestene i kommunen, slik at det i bunn og grunn ikke var penger igjen til å betale disse overliggerdøgnene. Hans inntrykk er at reformen har vært en stor endring som har pålagt kommunen vesentlig større oppgaver enn det de har blitt kompensert for.

Disse to informantene ser ressursbehovet for hele kommunehelsetjenesten i sin helhet. Når samme tema ble tatt opp med avdelingsleder på korttidsavdelingen var det et noe annet svar som kom frem. Hun mente nemlig at de ved korttidsavdelingen har nok ressurser og kompetanse.

*”Vi har kapasitet og kompetanse nok. I hvert fall har vi hatt det hittil. Også har vi godt samarbeid med Ahus, de har jo sånne ambulerende team, så hvis det er utstyr eller tekniske ting som er nytt for oss, så kan de følge pasientene ut og gi oss opplæring. [...] Bemanningsfaktoren her er mye høyere enn på en vanlig sykehjemsavdeling. Den økningen har vært i antall sykepleierstillinger. [...] Legerressurser har vi også økt, så nå har vi lege fem dager i uka. Ergo og fysio er det knapphet på. De ble styrka noe, men de er en viktig part i forhold til å få pasienter opp og ut og hjem, så der er det litt manko. Så vi har nok ressurser, vi har nok stillinger. Det er rekruttering som er det vanskelige”.*  
(Informant C)

Informant D og E mener også at de har økt ressurser og kompetanse mye, og at de klarer seg relativt bra på avdelingen sett ut i fra de forutsetningene de hadde. Allikevel har nok disse et litt mer negativt syn på situasjonen i forhold til behov for ressurser og kompetanse i forhold til informant C. De mener begge at de klarer seg relativt bra, men at det fortsatt er behov for å øke kapasiteten i avdelingen mye. Sykepleieren i avdelingen mener det varierer veldig i avdelingen, de har rolige perioder og de har perioder hvor det er mye stress, og at de hele tiden blir presset av tjenestekontoret, som igjen blir presset av sykehuset om å ha ledige plasser.

Det ser altså ut til at de ved korttidsavdelingen i kommunen føler at de har nok ressurser til å takle konsekvensene av reformen på en relativt god måte, og at de er bedre rustet enn mange andre kommuner. Informanten sier imidlertid at alle ressurser som har blitt brukt

til å styrke tjenestene stort sett er tatt fra ”egen lomme” De fikk tilført noe fra staten som følge av reformen, men dette var ikke nok til å dekke kompetanse- og kapasitetsbehovet slik at mesteparten er hentet fra egen avdeling. I tillegg mener sykepleier og lege at det er behov for ytterligere styrking av kapasiteten.

Under intervjuene av de som jobber direkte med samhandling kom det frem synspunkter på forskjellene i store og små kommuner og hvorvidt store eller små kommuner er best rustet til å håndtere samhandlingsreformen. Denne kommunen kan regnes som en forholdsvis stor kommune sammenliknet med andre kommuner i Akershus. Informant A mente at denne kommunen på grunn av sin størrelse kunne være bedre rustet til å håndtere følgene av reformen i forhold til mindre kommuner. Grunnen til dette er at hun mener man må ha en trygghet som sykepleier for å kunne håndtere de mer avanserte oppgavene som kommunen har overtatt etter reformen, og at det da er en fordel at du som sykepleier gjør de samme oppgavene med jevne mellomrom slik at du venner deg til det, og er trygg på det du gjør. Informanten mener at i en kommune på denne størrelsen vil sannsynligheten for at pasienter med samme behandlingsbehov dukker opp med jevne mellomrom være større i en stor kommune, og at man på denne måten er bedre rustet til å håndtere disse oppgavene.

Informant B trakk frem to sider ved denne saken. På den ene siden var han enig med samhandlingskoordinator om at større kommuner kan være bedre rustet med tanke på at de har en hyppigere gjentakelse av oppgaver grunnet flere innbyggere, og derav flere pasienter med samme behov. På den andre siden mente han at små kommuner bedre kan håndtere pasientforløpet. Dette fordi i mindre kommuner, med færre pasienter kan det være lettere å holde oversikt over alle pasientene til en hver tid, og dermed også lettere å holde oversikt over hva hver enkelt pasient har behov for av tjenester.

Informant F mener på sin side at størrelsen på kommunen ikke nødvendigvis har så mye å si, men at det heller er hvordan kommunene har organisert sine tjenester.

Dette kan oppsummeres med at store kommuner har bredere og bedre kompetanse til å håndtere vanskeligere oppgaver. De har imidlertid flere pasienter, slik at det blir krevende

å følge opp hver enkelt. Dette er lettere i små kommuner, både fordi det er færre pasienter og fordi man i større grad har kjennskap til hverandre i små kommuner. Store kommuner er derfor kanskje bedre rustet til å håndtere organisatoriske endringer som følge av reformen ettersom de har mer ressurser, mens små kommuner lettere kan følge opp hvert enkelt pasientforløp.

Det er altså slik at alle informantene er enige i at samhandlingsreformen er den rette veien å gå i et langsiktig perspektiv, og at det er riktig at kommunen skal overta flere oppgaver. Alle mener det er positivt at pasienter ivaretas mest mulig i kommunen. Derimot er det enighet om at de økonomiske insentivene og metodene som ligger bak reformen ikke fungerer som de skal, og at det fortsatt er en lang vei å gå for at reformen skal fungere optimalt og for at målene med reformen skal nås. Når det gjelder behov for ressurser og kompetanse er det stor enighet om at kommunen har behov for mer, men informantene fra korttidsavdelingen i kommunen mener også at de har rustet opp mye og at de har klart seg relativt bra.

## **7.2 Samhandling og kommunikasjon**

En stor del av samhandlingsreformen handler om samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og noe av det man ønsket å oppnå med reformen var et helhetlig pasientforløp slik at pasientene ikke skulle merke at han gikk fra et nivå til et annet. Det ser ut til at det blant alle informantene er enighet om at det har blitt gjort tiltak som har bedret kommunens samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten, men at det også fortsatt er mye som mangler og som kunne vært gjort bedre for at det skal være optimalt.

Av tiltak som har blitt gjort for å bedre samhandling og kommunikasjon trekker flere av informantene frem elektronisk samhandling. Dette har vært til stor hjelp for å bedre kommunikasjon mellom partene ved at det meste av kommunikasjonen foregår elektronisk. Det at epikriser og informasjon om pasienten overføres fra Ahus til kommunen elektronisk, før pasienten ankommer kommunen, har i følge flere av informantene bedret samhandling og kommunikasjon veldig. Tidligere manglet ofte

denne informasjonen. Informantene som trakk frem elektronisk samhandling under intervjuet mente alle at dette fungerer bra og gjør kommunikasjon mye enklere.

Et annet tiltak som ble trukket frem er en samarbeidsavtale mellom Ahus og kommunen, som blant annet sier hva slags informasjon som skal følge med når en pasient er utskrivningsklar fra sykehuset. I tillegg har det blitt opprettet et samhandlingskontor som skal kunne ha oversikt over hva som fungerer og ikke fungerer i samhandlingen med kommunen for i større grad å komme med innspill til tiltak for forbedring. Informant A ser på dette som et tiltak som kan gjøre kommunen til en mer profesjonell part og dermed mer likeverdig med spesialisthelsetjenesten. Også en del av de andre informantene mente at dette var et godt tiltak, som kan gjøre kommunen i bedre stand til å samhandle med Ahus.

I tillegg nevnte en del av informantene at Ahus har opprettet det de kaller ambulerende team, som er et team med personell som kan følge pasienter som er utskrivningsklare ut i kommunene, og gi kommunehelsetjenesten opplæring i behandling og lignende dersom de skulle trenge dette.

Det har altså blitt gjennomført en del tiltak med hensikt å bedre samhandling og kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i denne kommunen, men det kom også frem under intervjuene at det fortsatt er store svakheter knyttet til disse tiltakene, og at det må ytterligere forbedringer til for at kommunikasjon og samhandling skal være på et godt nivå. Blant annet er alle informantene enig i at det ofte kan mangle en del informasjon om utskrivningsklare pasienter fra Ahus. Når en pasient er utskrivningsklar skal informasjon om videre behandling, nødvendige medisiner og lignende følge med, men informantenes erfaring er at dette ikke alltid er tilfelle.

*"[...] Det er en utfordring, for pasientforløpsavtalen skal sikre at når pasienten blir skrevet inn, så skal vi i den grad vi kjenner pasienten sende med informasjon, og så skal det gjennom oppholdet være løpende dialog mellom kommunen og Ahus, og så skal de (Ahus) si at pasienten er utskrivningsklar, og da skal det følge med informasjon som gjør at vi kan ta over den stafettpinnen. Det er det ikke alltid det gjør. Sånn som de på*

*korttid vil kunne si at det følger ikke med epikrise, det følger ikke med medisinsliste, det følger ikke med medisiner.” (Informant A)*

*”Det er ikke avklart. Fordi du legges jo inn med en diagnose, og i avtalen står det at det skal være avklart, og at behandlingsforløpet videre skal være helt klart, og det er ikke alltid klart. Så da er det en utfordring for legene våre å nøste opp i alle de løse trådene, så de bruker mye tid på det.” (Informant C)*

*”Ahus ringer for å gi oss rapport om pasientene, men de fleste ganger ringer det en som ikke kjenner pasienten, så de rapportene er dårlige. Også må vi hver gang minne de på at de skal ha epikrise med seg. [...] Det er absolutt mangelfull informasjon.” (Informant E)*

Også informant D er enig i at informasjon fra Ahus ofte er mangelfull, og at epikrisene til dels er ganske dårlige. I tillegg trekker også informant F frem at dette kan være et problem, og at dette er noe de nå jobber med. Hun sa i sitt intervju at det jobbes med å bedre kvaliteten i overføringen av pasientopplysninger.

Alle informantene ser altså ut til å være enig i at det ofte er mangelfull informasjon. De mener dette både er til hinder for god kommunikasjon og samhandling, og også et hinder for å få til det gode pasientforløpet som reformen ønsker at skal være til stedet. I tillegg er det også enighet om at Ahus ofte har meninger om hva en utskrivningsklar pasient trenger av behandling og tjenester i kommunen, selv om dette er kommunens, og ikke sykehusets oppgave å bestemme. Alle informantene trekker frem at legene på sykehuset ofte kan si til både kommune, pasient og pårørende at pasienten trenger sykehjemsplass, mens når pasienten kommer til kommunen mener kommunehelsetjenesten at pasienten er frisk nok til å kunne sendes hjem og få behandling av hjemmetjeneste. Problemet med dette blir beskrevet som at Ahus ikke skal mene noe om hva en pasient har behov for i kommunen ettersom det er kommunen som avgjør hvilke tjenester som blir gitt. Det at Ahus mener noe om dette kan føre til at pasientene og pårørende får forventninger til hvilke tjenester pasienter kommer til å motta i kommunen, og at disse forventningene da

ikke blir innfridd. Dette er også en svakhet for å få til det gode pasientforløpet og kommunikasjon mellom partene.

Likeverdighet er også et tema som har vært mye omtalt i forbindelse med samhandlingsreformen, og alle informantene trakk frem sine meninger om dette, og konsekvensene det har for samhandling og kommunikasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir av mange sett på som en forutsetning for å kunne oppnå god samhandling. Alle informantene er enige om at full likeverdighet mellom kommunen og Ahus ikke eksisterer enda. Mange av informantene hevder at dette er like mye kommunens egen skyld som spesialisthelsetjenestens. Alle informantene sier imidlertid at Ahus sitter med mye av makten, og det er de som legger føringer for diskusjoner, bestemmelser og lignende, mens kommunen ikke har like mye de skulle sagt.

Informant A trakk allerede i starten av intervjuet frem temaet likeverdighet, og mener det ikke er til stedet mellom kommunen og Ahus, og at dette er noe av det som hindrer de gode intensjonene med reformen å fungere.

*”Avtaleverket har jo laget forskjellige arbeidsorganer hvor de møtes om utvikling og planer, men det har vært i stor grad Ahus som har satt dagsorden på møtene, som har kommet med temaer til diskusjon og kommet med forslag. De er liksom på, og kommunene kommer litt sånn heseblesende etter. Vi må i større grad melde inn saker og problemstillinger, og være aktive. Hvis vi skal få til likeverdighet betyr det at vi også må gå noen hakk opp i forhold til å være i posisjon til å møte Ahus. [...] Jeg tror på at vi kanskje kan bli mer likeverdige når kommunene i større grad blir profesjonelle parter.”*  
(Informant A)

Informant B mener på en annen side at likeverdighet kanskje ikke kan oppnås fordi sykehuset og kommunen har forskjellige roller, og er på forskjellige arenaer. Han trekker frem at kommunen ikke har noen påvirkning på det som er sykehusets ansvar og omvendt, slik at det ikke eksisterer noe likeverd der. Han trekker frem et eksempel der han beskriver at Ahus kan nekte noen innleggelse på sykehuset på grunn av kapasitet,



mens i kommunehelsetjenesten kan de ikke avslå omsorgstiltak ut i fra kapasitetshensyn. Dette er et eksempel hvor det ikke er likeverd mellom partene. Informanten er imidlertid enig med informant A om at Ahus har lagt føringer, men mener at dette er noe de har fått lov til å gjøre. Han er enig i at profesjonalitet må til for å være på lik linje med sykehuset.

*”Jeg mener at Ahus har fått lov til å legge føringen. Jeg tenker at vi har latt Ahus få lov til å bestemme mye. Vi har ikke klart og hittil lage strukturer som gjør at de (Ahus) har opplevd at de har møtt kommunene samlet. Nå har vi fått opp samhandlingskontoret, det er en enhet som i alle fall gjør at vi står sterkere i en dialog med Ahus. Jeg tror det er snakk om profesjonalitet.”* (Informant B)

Informant F er også enig i at det ikke er full likeverdighet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten enda.

*”Jeg tror nok både kommunene opplever, også hører jeg på en måte også at sykehuset oppfører seg som de er bestillere på et vis.[...] Også er sykehuset ett system, kommunene er mange, de er mange parter. For at de skal kunne opptre likeverdig mot oss så forutsetter det også at de klarer kanskje å samarbeide mer med hverandre.”* (Informant F)

Hun trekker da frem at samhandlingskontor, som er nevnt tidligere, kan være en god løsning for å få til samarbeid mellom kommunene, slik at de kan være tydeligere mot sykehuset.

Likeverdighet ble blant informantene sett på som en av de største barrierene for god samhandling og kommunikasjon. I tillegg ble økonomi trukket frem som kanskje det aller største hinderet, og flere mente at det var for mye fokus på økonomi, og for lite fokus på pasientforløpet. Sammen med likeverdighet var økonomi det som med en gang kom opp som tema under intervjuet med informant A, og hun mente at de økonomiske insentivene, som den nevnte medfinansieringen, ikke fungerte.

*”Penger er en stor faktor i samhandlingen. [...] Det er et hinder for å få til den gode samhandlingen og de gode pasientforløpene, fordi alle er jo opptatt av å dytte pasientene over på den andre. Så penga styrer for mye. Jeg tenker at penga styrer for mye i forhold til det med utskrivning av pasienter også. Jeg er litt i tvil om den medisinske faglige vurderingen som ligger bak er veldig objektiv medisinsk faglig, og ikke et resultat av nå må vi få ut pasienter.” (Informant A)*

Også informant C mener økonomi spiller en stor rolle i reformen og at det kan være til hinder for samhandlingen, men mener dette var et større problem i begynnelsen enn hva det er nå. Hun mener at de ansatte på avdelingen i stor grad har klart å få fokuset bort fra økonomi og over på pasientene. Hun mener imidlertid at økonomi er det som ligger bak for tidlige utskrivninger av pasienter.

*”Økonomi, det er jeg helt sikker på. Sikkert begge deler (økonomi og kapasitet), men nå er det liksom legitimt, for det er kommunen som skal ta over. [...] Og det mistenkte vi Ahus for å spekulere i fra starten av også. For de får jo 4000 kr i overliggerdøgn, og så klarte vi å drifte så godt. Vi sleit jo litt de første månedene til vi kom ordentlig på plass med de nye avdelingene, men da hadde vi veldig god sirkulasjon, så vi hadde jo ledig plass til enhver tid. Så da sa vi jo ja til å ta i mot alle som var utskrivningsklare, og så kommer kontra ”nei ikke utskrivningsklar likevel” i melding. Så det viste seg at nesten ingen av de var reelt utskrivningsklare, de bare melder det, og det opplever vi nå også. [...] Så fort de har fått avklart diagnose og begynt en eller annen form for behandling, så melder de de klare, så hvis de da får ”oi, det var en ledig plass” så kanskje de må beholde han litt til. Så det opplever vi ofte. Jeg tenker at det er nok veldig mye økonomi som styrer.” (Informant C)*

Økonomi blir også nevnt i intervjuet med informant F. Hun mener at økonomi er direkte til hinder for samhandling. Dette fordi det blant annet ikke lønner seg, økonomisk sett, for sykehuset å jobbe med for eksempel ambulerende team for å bedre samhandlingen. Hun mener det er en del økonomiske insentiver som ”henger etter”, som ikke er tilpasset samhandlingsreformen. Hun sier at alle har et ønske som å samarbeide, men at ingen av systemene er innrettet slik at man virkelig skal samarbeide om pasientene, bare

samhandle om å sende opplysninger. Hun mener at dette også er til hinder for et godt pasientforløp.

Informant B på sin side mener at kapasitetsmangel er den største grunnen til at pasienter ofte kan bli skrevet ut for tidlig fra sykehusene, men når det gjelder at fokus på økonomi kan ta fokus litt bort fra pasientforløpet er han helt enig med de andre informantene. Han mener pengene ofte kan komme i veien for gode faglige løsninger. Informant E tenkte at både økonomi og kapasitet begge kan være grunner til for tidlige utskrivninger, men i likhet med avdelingsleder mener hun at de på korttidsavdelingen ikke fokuserer så mye på økonomi i det daglige.

*”Nei, jeg sier alltid at jeg blåser i de 4000 kronene, jeg sender ikke hjem pasienter som ikke er vurdert at de kan klare seg hjemme. Vi har fokus på å jobbe målrettet for at de skal hjem, og det er den tankegangen vi jobber med, med alle ansatte her.”*(Informant E)

Andre barrierer som kom frem under intervjuene var blant annet at sykehuset og kommunen har forskjellige perspektiver på pasientforløpet. Sykehuset har fokuset på diagnoser, og er ferdige med sitt arbeid når behandling for denne diagnosen er gjennomført. Kommunen på sin side har et mer langsiktig fokus, blant annet på hvordan pasientene kan fungere i hjemmet. Det at kommunen og sykehuset har forskjellige målsettinger og problemstillinger blir nevnt som et aspekt som hindrer god samhandling og kommunikasjon. En av informantene beskrev det som at de ikke snakket samme språk, og at dette dermed vanskeliggjør god samhandling og kommunikasjon. Informant E mente at sykehuset ofte har fokus på en spesiell diagnose, mens eldre som legges inn på sykehus ofte har flere diagnoser som burde utredes.

Informant D trakk frem at sykehuset ikke kan nok om geriatri, og at det derfor har vært tøft og samarbeide om disse pasientene. Hun mener dette også kan være noe av grunnen til for tidlige utskrivninger, at de ikke har geriatrisk tankegang, men kun behandler en diagnose. Hun mener de ikke ser det helhetlig.

Flere av informantene mente også at endringer som følge av samhandlingsreformen skulle skje relativt fort, slik at de hele tiden var under press, og måtte endre organiseringene raskere enn det de egentlig hadde kapasitet til å gjøre. Blant annet trekker informant A fram at samarbeidsavtaler mellom kommunen og sykehuset skulle være på plass raskt. Det var korte tidsfrister slik at de ikke fikk jobbet ordentlig med disse avtalene. I tillegg nevner hun at sykehuset ikke skal legge ned tilbud før kommunene har fått bygget opp tilsvarende tilbud, men at dette ikke alltid har blitt fulgt. Hun mener imidlertid også at det kan være bra for kommunene at de får litt press på seg, slik at de får igjennom endringene og får bygget opp kompetansen og tjenestene raskt. Hennes oppfatning er at dersom samhandlingsreformen ikke hadde kommet med trykket den gjorde for å få til endringer, og at man skulle vente til kommunene var klare, så ville ting tatt mye lenger tid. Informanten F trakk frem at hun var veldig imponert over kommunene og hva de hadde fått til i løpet av kort tid. Hun var imponert over at de hadde taklet nye oppgaver bra og at endringer var på plass fort. Også de fleste andre informantene er av den oppfatning at kommunen har, til tross for at det kanskje har vært mangel på ressurser, klart seg relativt bra på bakgrunn av de forutsetningene de hadde, og det presset som var lagt på kommunen.

Når det gjelder tiltak informantene ser for seg at kan bedre samhandling og kommunikasjon med helsetjenesten nevner alle at det å få fullstendig informasjon fra Ahus om pasientforløp, medisiner, behandling og lignende vil være med å bedre kommunikasjon og samhandling, særlig i forhold til å få til et bedre pasientforløp. I tillegg nevner flere at det å få kommunen til å bli en profesjonell part på lik linje med Ahus er et viktig tiltak for å oppnå likeverdighet, og dermed bedre samhandling og kommunikasjon.

Informant A mener at dersom kommunen og Ahus, i stedet for at Ahus skal bestemme og legge føringer, sammen kunne diskutere pasientforløpet ville dette vært en stor forbedring. Hun ønsker seg en kommune og et sykehus som sammen skal definere pasientforløpet, finne ut hva som er sykehusets oppgaver og hva som er kommunens oppgaver, og samarbeide om gråsonene der arbeidsfordelingen er uklar. På denne måten

mener hun at de kan få en større, felles forståelse av helheten i tilbudet, både før, under og etter et sykehusopphold.

Informant D mener at et godt tiltak vil være å få gode ordninger for hospitering. Hun mener det må mye mer opplæring og fagkunnskap ut i kommunen, og at det hadde vært et godt tiltak dersom Ahus kunne komme ut med slik opplæring, slik at det blir mer overlapp av kunnskap. Hun ser for seg at det kan hjelpe dersom man får en bedre forståelse for hverandres arbeidshverdag. Dette var også noe informant F trakk frem, at det kunne vært mer direkte oppfølging av pasientene og bedre tilrettelagt for at sykepleiere og leger ved sykehuset og sykehjemmene kunne samarbeide med hverandre.

Til tross for tiltak som har bedret samhandling og kommunikasjon noe er det fortsatt problemer med samhandling og kommunikasjon. Mangelfull informasjon kan komme i veien for pasientforløpet og pasientsikkerheten. De økonomiske insentivene gjør at det fokuseres for mye blant annet på overliggerdøgn, som fører til en kamp mellom kommune og sykehus ettersom kommune vil unngå bøter, mens sykehusene tjener på bøkene. I tillegg svekker fokuset på økonomi faglige beslutninger. Likeverdighet hindrer god samhandling og kommunikasjon ved at den ene enheten får legge føringer for forhandlinger og lignende, og fremstår som overordnet i forhold til andre parter. Når det gjelder tiltak som kan bedre situasjonen er alle enige om at informasjonen fra Ahus må bedres. I tillegg trekkes hospitering og bedre tilrettelegging for samarbeid frem.

### 7.3 Konsekvenser for pasienter

Under temaet ”konsekvenser for pasienter” har jeg tatt for meg hvilke konsekvenser samhandlingsreformen og kommunikasjon og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen har hatt for pasientene ved kommunens korttidsavdeling. Det alle informantene først tar opp under dette temaet er at pasientene skrives ut mye tidligere fra sykehuset enn før og at de er i en mye dårligere tilstand.

*”De (pasientene) er sykere nå enn de var før, det er åpenbart. Det er mye dårligere pasienter som kommer ut, og det skjedde ganske fort, sånn at hele systemet stresses.”* (Informant B)

*”Vi har fått flere eldre og flere brukere, men også sykere pasienter enn det vi hadde før. Altså de kommer ut fra sykehuset mye fortere enn de gjorde før, sånn at det er mye større trykk på hjemmetjenesten, og samhandlingsreformen er en del av forklaringen på det.” (Informant A)*

*”Sånn generelt sett så kommer jo pasientene mye raskere ut. De har mye kortere liggetid, og de er i generelt mye dårligere forfatning når de kommer hit. Også er det på grunn av det at vi nesten til en hver tid har fullt her på korttids, så det er flere av de som kanskje tidligere fikk korttidsplass som nå sendes hjem fordi det er mye større utskrivningsfart fra Ahus. [...] Det er mange flere som ivaretas hjemme etter sykehusopphold enn det var før. Jeg tenker for de fleste, så lenge de er ferdigbehandlet, at de har det bedre hjemme og. Men så er det kanskje unntakene som burde ha vært på sykehuset lenger hvor de ikke er helt ferdigbehandlet eller utredet godt nok.” (Informant C)*

*”Erfaringen er at vi får mye dårligere pasienter, som krever mye mer kompetanse, mye mer behandling enn de har gjort før, og de kommer mange ganger uavklart fra sykehuset. [...] De blir sendt ut uten at de egentlig har tatt stilling og utredet dem for det de skal, så det er mange ganger vi må ta tak herfra, og at vi må reinnlegge pasienter.” (Informant E)*

Dette er noe av det som ble sagt om konsekvensene for pasientene. De blir skrevet ut mye tidligere, og ofte kan de, i følge informantene, skrives ut for tidlig, uten at de er ferdigbehandlet. På grunn av den hyppige utskrivningen er det også flere som blir sendt hjem og får behandling av hjemmetjenesten enn det var før. Informantene mener det er både positive og negative sider knyttet til dette. For pasienter som er ferdigbehandlet og kan klare seg hjemme, er dette ofte det beste, mens for pasienter som kanskje ikke er helt ferdigbehandlet ville det vært bedre med en sykehjemsplass. I tillegg opplever informantene fra korttidsavdelingen at det er en økning i antall reinnleggelser fordi pasientene blir skrevet ut for tidlig. Disse elementene er det som nevnes av flest

informanter, og ser ut til å være den konsekvensen de ser på som størst og merker mest til i sitt daglige arbeid.

Informantene fra korttidsavdelingen mener at det alltid er behov for mer ressurser, og at de fortsatt har en vei å gå, men at de til tross for dette har klart seg relativt bra med de ressursene og den kompetansen de har til rådighet. På spørsmål om avdelingen har nok ressurser og kompetanse til at pasientene får den oppfølgingen de trenger svarte informant C følgende:

*”Ja, så lenge de er her så mener jeg det. Vi har gode rutiner og prosedyrer. Vi har jo både lege, fysio og ergo, mange sykepleiere og dyktige hjelpepleiere, så det gjør de”.*

Informant D og E hadde imidlertid et litt mer nyansert syn på det. De mente at de klarer seg bra tatt i betraktning de forutsetningene de hadde, og at de har økt kapasitet og kompetanse veldig. Begge hevdet allikevel at det er behov for mer kompetanse, og at det i noen perioder kan være større behov enn andre perioder. Informant E mente at det i noen perioder kan være veldig stressende, og at de må sende pasienter hjem med en klump i magen, men mener også at dette er en faglig sterk avdeling, som er forholdsvis godt rustet.

De informantene som jobber med samhandling på et litt høyere nivå, og ser kommunehelsetjenesten som en helhet, har et litt annet syn på dette. Deres oppfatning er at det ikke er nok ressurser og kompetanse.

*”Nei. Nei, det er det ikke, så etter hvert som det blir dårligere pasienter, og det blir krav om at man skal gjøre mer og mer på sykehjemmene, så er vi nødt til å ha ganske høy kompetanse på korttidsavdelingen, både innenfor rent somatisk og på opptrenings siden. Du trenger en bredere kompetanse.[...] Det er ikke tvil om at kompetansen må økes, og vi strever med det. Jeg vet jo at legene er bekymra for kompetansen på avdelingene, og det er ut i fra at det blir dårligere pasienter ikke sant.”(Informant B)*

Informant F mente at dette med ressurser varierer fra kommune til kommune, men at kommunene ofte opplever selv at de har for dårlige ressurser.

*”Det varierer mellom kommuner og bydeler, og altså kommunene opplever selv at de har for dårlig med ressurser. Det er det jo kommunene som vet mest om, hva de har. Jeg må jo si at jeg er relativt imponert over hva de klarer å få til jeg. Altså, sett fra sykehusets side, så er jeg mer imponert enn bekymret over at de har manglende kompetanse på en måte. De har sykepleiere, og på veldig mange av sykehjemmene så har de økt legeressursene. Jeg skulle vel ønske meg at legeressursene kunne øke enda mer, for det er ganske dårlige pasienter de har med å gjøre. Sånn at hvis jeg skulle peke på noe så er det at de burde øke legeressursene sine mer. [...] Skal samhandlingsreformen lykkes, så må man ha særlig mer legeressurser og fagressurser ute i kommunene tror jeg.”*(Informant F)

Det ser altså ut til at det er litt forskjellige oppfatninger mellom ansatte på korttidsavdelingen og de andre informantene om hvorvidt det er nok kompetanse til å ta hånd om pasientene på en best mulig måte. De på et litt høyere nivå er mer bestemt på at det trengs mer kompetanse i kommunen, mens de på korttidsavdelingen mener at de har rustet opp kompetansen og kapasiteten i avdelingen veldig og at de etter forholdene klarer seg bra.

I tillegg trakk informant B frem en annen konsekvens for pasientene, som skyldes at ting ofte skal skje raskt i overgangen mellom sykehus og kommune.

*”Når du er utskrivningsklar betyr det at det skal foreligge en del papirer og en epikrise, men realiteten er at det er mye som ikke er avklart. [...] Så gir vi beskjed til Ahus (Om at en utskrivningsklar pasient kan overføres til kommunen), så må de ringe etter evt. en ambulanse. Så er det kø for å få ambulanse, og så kommer kanskje ikke pasienten til oss før sent på natta. Sånn pasientforløpsmessig så vil jeg si at hvis man kunne få lov å ligge på sykehuset over natta, og så kunne reise hjem til kommunen. At det var klart fra morgenen av. Det tror jeg hadde vært mye bedre for pasientene. Da hadde*



*de sluppet den hurtigheten som nå må foregå. Jeg tror at fokuset på disse overliggerdøgnene gjør at du får litt pengefokus, ikke så mye pasientfokus.”(Informant B)*

Også informant D var inne på dette med pasientforløp, og at det helhetlige pasientforløpet reformen snakker om, der pasienten ikke skal merke overgangen fra en enhet til en annen, ikke er oppfylt. Hun mener det er veldig mange avbrudd, og pasientene sendes ofte frem og tilbake.

*”Pasientene flyttes mellom sykehjem og sykehus oftere. Noen ganger har det uheldig utfall, for pasientene orker ikke og flyttes frem og tilbake, så de velger heller å la det gå den veien det går. Det har skjedd mange ganger.” (Informant D)*

Dette med at det ikke er et helhetlig og godt pasientforløp er et syn denne informanten også deler med alle de andre informantene.

Altså er de største konsekvensene for pasienter tidligere utskrivninger og dårligere tilstand ved utskrivning. Det oppleves i tillegg flere reinnleggelser og at pasienter skrives ut for tidlig. Det gode og helhetlige pasientforløpet hindres av en del forflytninger og fokus på andre aspekter, deriblant økonomi. Når det gjelder ressurser og kompetanse ser det ut til at de ved korttidsavdelingen mener å klare seg relativt bra. Ansatte i kommunen derimot er tydeligere på at kommunen ikke har nok ressurser og kompetanse

#### **7.4 Organisering og administrativt arbeid**

Temaet om organisering og administrativt arbeid er kun tatt opp med informanter som er ansatte ved kommunens korttidsavdeling. Dette fordi dette temaet handler om hvordan samhandlingsreformen har endret organisering og behovet for administrativt arbeid, og hvordan forholdet mellom tid bruk på dette og tid brukt på pasienter er.

Når det gjelder hvordan behovet for administrativt arbeid har forandret seg som følge av reformen trekkes det frem av alle informantene at behovet for dokumentasjon og rapportering har økt. Dette skyldes blant annet at kommunen har fått flere

samarbeidspartnere etter reformen, slik at avdelingen må dokumentere og rapportere til flere parter. I tillegg gjør tilstanden til pasientene at det kreves mer samarbeid mellom leger, sykepleiere, fysioterapeuter og lignende, slik at det går mer tid til møter mellom ulike aktører i avdelingen. Dette tar tid bort fra pasientene, men er også helt nødvendig, blant annet for å sikre pasientsikkerheten og for å kunne gi best mulig behandling.

*”Det går mye mer tid til dokumentering, fordi at du har mye flere samarbeidspartnere, så du må også dokumentere i forhold til omsorgsnivå i forhold til hva neste behandlingsnivå er. [...] Så vi bruker mye mer tid på dokumentasjon, og det at det er mangelfull informasjon fra Ahus, så bruker vi mye tid på å innhente informasjon for å få oversikt.[...] Så har vi større sirkulasjon av pasienter, så det er jo mye mer mottak og utskrivninger som også tar tid i forhold til dokumentasjon.”* (Informant C)

Dette kom frem om behovet for rapportering og administrativt arbeid etter innføringen av reformen. Når det gjelder forholdet mellom tid til pasientene og tid til administrativt arbeid mente informant C at dokumentering og rapportering tar tid bort fra pasientene, men at dette er nødvendig.

*”Det avhenger veldig mye av hva slags pasienter vi har inne. Det går mye mer tid til dokumentasjon, vi har mye flere møter. Vi har de møtene med alle pasientene når de kommer inn, og pårørende og sånn. Vi har tverrfaglige møter. Ja det går mye mer tid til møter og planlegging og sånne ting, også har vi rehabiliteringspasienter som også krever mye. Når du skal drive rehabilitering og tverrfaglig så må du møter mye, så klart da, det tar jo tid bort fra pasientene, men vi må jo det også. [...] Vi prøver å effektivisere det hele veien da, finne lurere måter å bruke tid til dokumentasjon og møter og sånn, for ikke å ta for mye tid bort fra pasientene.”* (Informant C)

Informant E mener også at det nå går med mer tid til dokumentasjon og rapportering. Hun sier dette tar tid bort fra pasientene, men at det må til fordi dette også er viktig.

*”Det er mer behov for rapportering og dokumentasjon fordi det er pasienter som krever veldig mye, og i løpet av to uker kan du forandre på en tiltaksplan fem ganger. Og*

*det er bare tiltaksplanen, hva med all annen dokumentasjon, daglig dokumentasjon?  
[...]Det tar tid bort fra pasientene, men vi må rett og slett ha den tiden til dokumentasjon.  
Det er også viktig.”(Informant E)*

Oppsummert har det blitt økt behov for dokumentasjon og rapportering etter innføringen av reformen, blant annet på grunn av flere samarbeidspartnere og hyppigere sirkulasjon av pasienter. Dette er noe som tar tid bort fra pasientene, men oppleves også som helt nødvendig å sette av tid til, blant annet for å sikre god behandling og god pasientsikkerhet.

## **8. Diskusjon**

### **8.1. Generelt**

Først og fremst har alle informantene relativt like oppfatninger og tanker rundt de fleste av temaene som er tatt opp i denne undersøkelsen, og mye av dette stemmer også overens med den litteraturen som allerede er å finne om samhandlingsreformen. Alle er enige om at samhandlingsreformen på sikt er den riktige veien å gå. Det at kommunen skal ta over en rekke oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten og at pasienter skal ivaretas på et lavest mulig nivå er en god retning i følge informantene. Dette mener også informanter fra tidligere gjennomførte undersøkelser. Det som synes å være problemet med samhandlingsreformen, og det som gjør at den kanskje ikke fungerer helt etter intensjonen er de økonomiske insentivene som ligger til grunn og en del av metodene som brukes for å gjennomføre reformen. Dette gjelder særlig for samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

### **8.2 Samhandling og kommunikasjon**

Av tiltak som har blitt gjort for å bedre samhandling og kommunikasjon mellom kommunen og Ahus trekkes elektronisk samhandling, ambulerende team på Ahus og samhandlingskontor frem som de viktigste bidragsyterne til god samhandling og kommunikasjon. Elektronisk samhandling har gjort kommunikasjonen mellom kommunen og Ahus mye enklere enn tidligere ettersom informasjonen nå kan sendes elektronisk og dermed mottas med en gang. Samhandlingskontoret som ble opprettet som følge av reformen bidrar til et bedre samarbeid mellom kommunene i fylket. På denne

måten kan de stå sterkere i forhandlinger mot Ahus, samtidig som det også blir lettere for Ahus når de kan forholde seg til færre parter, enn om alle kommunene skulle stått alene i forhandlinger. Dette er noe som bidrar til bedre samhandling mellom partene. Det ambulerende teamet på Ahus er et team med personell fra Ahus som skal kunne bistå kommunen dersom de behøver det. Dette kan for eksempel være i form av å komme ut til kommunen med pasienter som har vært innlagt, gi kommunen opplæring i medisinsk utstyr og lignende.

I intervjuene ble dette beskrevet som tiltak som tilsynelatende skal gjøre samhandling og kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset lettere, men det er allikevel fortsatt mange problemer knyttet til dette og en lang vei å gå før god samhandling og kommunikasjon er helt på plass. Blant annet trekker alle frem at informasjonen fra Ahus ofte kan være mangelfull, enten det er snakk om ufullstendige eller manglende epikriser, manglende medisinliste eller manglende medisiner. Dette er noe som skaper problemer for kommunen både når det gjelder behandling av pasientene og tids- og ressursbruk. For det første fører manglende informasjon til at kommunen ikke alltid vet hva en pasient trenger av behandling, i tillegg må de bruke tid og ressurser på å innhente den manglende informasjonen. Dette er også noe evalueringer og andre undersøkelser viser at kan være et problem.

I tillegg trekkes det frem at Ahus ofte kan legge føringer og bestemme hvem som skal ha ansvar for hvilke oppgaver. Det fremgår at det er noen klare ansvarsfordelinger, der det går klart frem hva som er sykehusets oppgaver og hva som er kommunens oppgaver, men at det også finnes en del elementer man ikke har blitt enige om eller klart å samarbeide om. Blant annet trekkes det frem at samhandling og koordinasjon, samt pasientforløpet, ville blitt bedre dersom man kunne sette seg ned og sammen diskutere disse gråsonene, der man ikke har blitt enige om hvem som skal ha ansvaret. Jacobsen (1993) trekker frem at det å dele arbeid opp i deloppgaver, som blir gjort mellom sykehuset og kommunen, kan føre til to koordineringsproblemer. Disse er dobbeltarbeid og gråsoner. I dette tilfellet ser det ut til at slike gråsoner har blitt et problem, både for å få til god samhandling, men også for å få til det gode pasientforløpet som reformen snakker så mye om. Dette kan skyldes at det er et noe uklart arbeidsområde og at oppgavene kan være vanskelig å dele

opp. Når det gjelder kvaliteten på pasientforløpet vil slik oppdeling av oppgaver for det første føre til at pasienten blir flyttet fra enhet til enhet. I tillegg, som Jacobsen (1993) trekker frem, fører det til at man spesialisere seg på avgrensede oppgaver, mens kunder, klienter og lignende kanskje ønsker seg et helhetlig produkt. Når det gjelder pasientene i denne undersøkelsen er det snakk om eldre som ofte har flere diagnoser, og dermed trenger et helhetlig tilbud, som krever god samhandling mellom partene.

Det som kanskje fremstår som de største hindrene både for samhandling og kommunikasjon og et godt pasientforløp er økonomi og likeverdighet. Byrkjeflot (2008) hevder at offentlige organisasjoner må balansere ulike hensyn og dermed kan ha vanskeligere for å rendyrke spesifikke mål. Dette er noe som i stor grad gjelder helsetjenesten i kommunen, og særlig etter innføringen av samhandlingsreformen. Kommunehelsetjenesten skal ivareta og behandle pasienter på en god måte med god kvalitet og kompetanse, de skal drive organisasjonen mest mulig effektivt. I tillegg setter samhandlingsreformen et stort press på kommunene både økonomisk og kompetansemessig da de må bygge opp tjenesten for å kunne takle nye oppgaver som reformen medfører.

Kommunen må nå betale 4000 kr i bøter per døgn en pasient som er utskrivningsklar blir liggende på sykehus, og de skal i tillegg betale en del av regningen for sykehusinnleggelse. Det blir gitt midler til kommunen for å håndtere dette, det blir overført midler fra sykehuset både til å dekke bøkene for overliggedøgn og for å dekke medfinansieringen. Denne økonomiske finansieringen skulle også være et insentiv for kommunen til å bygge opp tjenestene sine, til å øke ressurser og kompetanse for å kunne gi pasienter bedre tilbud. I tillegg skulle det være et insentiv til å forebygge og begrense sykdom. Det viser jeg imidlertid at informantene ikke føler disse økonomiske insentivene fungerer etter sin hensikt. De mener at de bruker mer midler enn det de har fått tilført, og at de har måttet ruste opp tjenesten har ført til at det ikke har blitt igjen nok midler til å betale bøter og medfinansiering. Dette tyder på at balansen mellom det økonomiske og det kompetansemessige er vanskelig å forholde seg til. Informantene på et mer overordnet nivå i kommunen mener også at det har blitt for mye fokus på økonomi som følge av reformen, og at dette tar fokus bort fra pasienter og det gode pasientforløpet i

overgangen mellom sykehus og kommune. Informantene ved korttidsavdelingen mener imidlertid at de klarer å holde fokus på økonomi borte og konsentrere seg om behandling av pasientene, men også de trekker frem fokuset på økonomi som noe negativt.

Det ser ut som de økonomiske insentivene ikke fungerer slik som det var ment. De skulle føre til fokus på forebyggende tiltak og til at kommunen skulle bygge opp sine tjenester. I stedet virker det som disse insentivene står i veien både for det gode pasientforløp og god samhandling og kommunikasjon. Det store fokuset på økonomi kan ta oppmerksomhet bort fra pasienter og stå i veien for gode faglige vurderinger, slik som når man skal definere en pasient som utskrivningsklar. Det skaper også negativitet i forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved at det fokuseres så mye på økonomi. Særlig dette med bøter for overliggerdøgn ser ut til å gå utover samarbeidet ettersom det blir en kamp mellom spesialist og kommune for henholdsvis å tjene og spare penger på overliggerdøgn. Dette er også noe som igjen får konsekvenser for pasientene. I stedet for at de økonomiske insentivene bidrar til forebygging og begrenning av sykdom, samt til bedre samhandling mellom enhetene, fører de til at kommunen og sykehuset kjemper for å ”dytte” pasienter over på hverandre. Dette gjør at både samhandling og kommunikasjon og pasientforløp faktisk lider under de økonomiske insentivene.

Både den nasjonale koordineringsgruppen og informanter fra andre undersøkelser trekker frem likeverdighet som et tema, og mener at det ikke er likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De mener at likeverdighet er noe som må til for at god samhandling og kommunikasjon skal kunne finne sted. Dette er helt i tråd med hva informantene i denne undersøkelsen mener. De ser også på likeverdighet som en forutsetning for god samhandling og kommunikasjon, men mener ikke at dette er fullt ut til stedet enda. De mener at kommunen må bli en mer profesjonell part overfor sykehuset, slik at de kan stå sterkere i forhandlinger.

Dette er elementer som tyder på at samhandling og kommunikasjon mellom Ahus og kommunen, selv om det har vært en stor bedring etter at reformen ble innført, fortsatt har en lang vei å gå for at det skal bli tilfredsstillende. At kommunen og Ahus blir likeverdige parter og at man kan samarbeide om de såkalte gråsonene trolig vil være

tiltak som kan bedre situasjonen. Knudsen (1993) trekker frem gjensidig avhengighet og at dette vil føre til et ønske om å komme frem til enighet om oppgavefordeling. For å få til godt samarbeid om oppgavefordeling bør derfor kommunen og Ahus erkjenne at de er gjensidig avhengige av hverandre for å få til et godt og helhetlig pasientforløp og gode helsetjenester. Som følge av samhandlingsreformen ble det gjort en del bestemmelser og lovendringer som pålegger spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og samarbeide, men det er allikevel, i følge informantene, systemer som ikke legger godt til rette for samarbeid. Så det skorter kanskje litt både på tvungen og frivillig koordinering for å få til et bedre samarbeid mellom kommunen og Ahus.

### 8.3 Konsekvenser for pasienter

Når det gjelder samhandlingsreformen og de konsekvensene det har medført for pasientene ved korttidsavdelingen i kommunen trekkes det frem både negative og positive sider. Det som hele tiden går igjen er at pasientene skrives ut mye raskere og at de er mye dårligere enn tidligere. Dette er også noe man kan se at andre opplever gjennom andre evalueringer og undersøkelser som har blitt gjort. Samhandlingsreformen sier at kommunen skal overta en del av spesialisthelsetjenestens tidligere oppgaver og at pasienter skal ivaretas på et lavest mulig nivå. Det er derfor naturlig at pasientene er dårligere når de kommer til kommunen nå enn de var før, og at de skrives ut raskere, i og med at kommunen skal ta seg av en større del av behandlingen. Det positive er at de fleste pasienter og pårørende er glade for at behandling kan skje i nærområdet. Det ser imidlertid ut til at det har vært en stor utfordring for kommunen å ta hånd om pasientene fordi de er mer krevende. De har måttet bygge opp tjenestene og kompetansen kraftig for å kunne ivareta pasientene på en god måte, og for å kunne ta imot pasienter når de er utskrivningsklare. I tillegg opplever de at pasienter i tilfeller kan skrives ut for raskt, og at de derfor ikke har mulighet til å ivareta de i kommunen og må sende de tilbake til sykehuset igjen. Dette var også en endring som skjedde raskt, slik at kommunen fikk et stort press på seg. Til tross for dette er det informantenes egne oppfatninger at de på nåværende tidspunkt klarer seg relativt bra med tanke på de forutsetningene de hadde og det presset de har vært under.

I følge flere av informantene ved korttidsavdelingen har det blitt et økt krav til dokumentasjon og rapportering. På den ene siden er dette viktig, blant annet for pasientsikkerheten, slik at man er nødt til å bruke tid på dette. På den andre siden tar dette en del tid bort fra pasientene, og pasientene får dermed mindre tilsyn av sykepleier og hjelpepleier enn tidligere. Dette er noe denne avdelingen jobber med å effektivisere rutinene rundt.

Samhandlingsreformen snakker om at det skal være et helhetlig pasientforløp og at pasientene ikke skal merke at de flyttes fra en enhet til en annen. Dette er noe denne kommunen ikke kjenner seg igjen i. Pasientforløpet er oppdelt, mye på grunn av at samhandling og kommunikasjon ikke fungerer optimalt. I tillegg skal overføring fra Ahus til kommunen skje fort, slik at pasientene ikke får noe særlig ro. De må også ofte vente på ambulanse og lignende før de kan forflyttes til kommunen. Dette fører ofte til at en pasient er utskrivningsklar på dagtid, men ikke kommer til kommunen før sent på kvelden eller om natten. Dette kan være en påkjenning for pasientene, slik at bedre samhandling om dette trolig ville ført til et bedre pasientforløp. Dette går også på at pasientene gjerne forventer et helhetlig tilbud, mens tilbudet i realiteten er oppdelt mellom sykehus og kommune. Etersom samarbeidet ikke er godt nok på nåværende tidspunkt, vil kanskje ikke pasientene oppleve at det er et helhetlig tilbud. En av informantene mener at en god løsning på dette kan være om pasientene kan ligge på sykehuset et døgn etter at de er utskrivningsklare, slik at både sykehus og kommune er forberedt på overføringen. På denne måten vil alt være klart med en gang pasienten skal flyttes. Det oppleves også flere reinnleggelser, og informantene har en oppfatning av at pasientene flyttes mer frem og tilbake enn tidligere. Dette er noe som ikke samsvarer med samhandlingsreformens intensjon om et helhetlig pasientforløp.

#### **8.4 Endringsprosessen**

Ved innføring av samhandlingsreformen stod korttidsavdelingen i kommunen overfor det man kan kalle en planlagt endring. De visste at reformen skulle innføres, hva som var intensjonene med reformen og at de måtte endre tjenestetilbud, ressursbruk og kapasitet i forhold til dette. Likevel var det mye som var uklart da reformen ble innført. De visste



ikke på forhånd hvordan pasientgruppe de ville få, og hvordan tilstanden til pasientene ville komme til å forandre seg. De visste ikke nøyaktig hvor mye ressurser og kapasitet de hadde behov for, og ikke hvordan samarbeidet med sykehuset ville utarte seg etter hvert som reformen ble implementert. På grunn av denne usikkerheten har det vært vanskelig for avdelingen å kunne forutse hvilke tiltak som gjorde at de kunne takle reformen på best mulig og mest mulig effektiv måte. I tillegg var det usikkerhet rundt hvilke effekter ulike tiltak ville ha. Å ha oversikt over dette er en av forutsetningene Jacobsen og Thorsvik (2008) trekker frem for å kunne gjennomføre en planlagt endring. I og med at dette ikke var på plass ble det vanskeligere for kommunen å gjennomføre endringer. Flere av informantene beskriver situasjonen som at de måtte gå mens veien ble til, slik at endringene fant sted etter hvert som det ble behov for dem. Det var også stort press på kommunen for at endringer som følge av reformen skulle skje raskt. Det var korte frister på samarbeidsavtaler og sykehusene ventet ikke alltid på at kommunen hadde fått bygget opp tjenester før de la ned sine, slik at kommunen måtte omstille seg og få på plass tjenester og kompetanse raskt. Dette tidspresset kan også være en grunn for at samhandling og kommunikasjon ikke har vært på et tilfredsstillende nivå, særlig når det gjelder samarbeidsavtalene. Mange av informantene mener at Ahus tok føringen under forhandlingene, og at dette er noe de fortsatt gjør.

Til tross for at kommunen, og da særlig korttidsavdelingen i kommunen, har stått overfor en del utfordringer som følge av samhandlingsreformen er det en bred oppfatning av at de har klart seg forholdsvis bra. Om man tar i betraktning de forutsetningene de hadde grunnet en del usikkerhet og stort press har de klart seg relativt godt etter at reformen ble innført. Korttidsavdelingen har rustet opp tjenestene sine, med flere sykepleiere og mer legetilgang, og dermed fått økt kompetanse. Selv om kapasiteten til å ta imot pasienter varierer er inntrykket at de stort sett har kapasitet til å ta imot pasienter når de er utskrivningsklare, og at de blir godt ivaretatt mens de er på avdelingen. Kommunen har vist en god evne til å omstille seg og gjennomføre endringer raskt. I tillegg har de klart å ta på seg mange nye oppgaver selv om tilretteleggingen for opplæring og samarbeid med sykehuset på de nye oppgavene ikke har vært så gode. De fleste informantene mener, til tross for utfordringer og at det er mye som fortsatt gjenstår, at de klarer seg bra, og at de har taklet reformen så godt de har kunnet med de forutsetningene de hadde.

## 9. Konklusjon

Mye av det som kom frem under intervjuene i denne oppgaven samsvarer godt med annen litteratur på området. Når det gjelder samhandling og kommunikasjon mellom Ahus og kommunen har det vært gjennomført tiltak som har bedret samhandling og kommunikasjon noe, men det er fortsatt mye som gjenstår for at det skal være på et tilfredsstillende nivå. De største utfordringene har vist seg å være mangelfull informasjon om pasienter ved overføringer, de økonomiske insentivene og manglende likeverdighet mellom sykehus og kommune. Det at det ofte kan være manglende informasjon er noe som jobbes med nå, så dette vil trolig være noe som raskt kan forbedres. Også likeverdighet mellom Ahus og kommunen blir jobbet med, blant annet ved oppretting av samhandlingskontoret. Kommunen opplever ikke likeverdighet ennå, men informantene har en oppfatning at de er på vei dit. At det er likeverdighet mellom kommune og sykehus er en forutsetning for å kunne bedre samhandling og kommunikasjon, slik at å få på plass likeverdighet vil bidra til at man beveger seg i riktig retning hva gjelder god samhandling og kommunikasjon.

Når det kommer til de økonomiske insentivene er dette noe kommunen ikke har noe særlig makt over selv. Staten innførte økonomiske insentiver i form av midler til medfinansiering og bøter for overliggerdøgn, som også skulle være et insentiv til å bygge opp tjenestene og forbygge sykdom. Disse økonomiske insentivene ser ut til å være den største utfordringen da disse ikke ser ut til å fungere etter intensjonen, og i stedet er til hinder både for god samhandling og kommunikasjon og gode pasientforløp. De midlene som blir overført er for det første ikke nok til å betale for medfinansiering og overliggerdøgn, i tillegg til opprustning og forebygging, slik at dette er en utfordring for kommunen. For det andre fører disse økonomiske insentivene til at det blir for mye fokus på økonomi og for lite fokus på samhandling og pasientforløp. Fokuset på økonomi fører til en kamp mellom kommune og sykehus i stedet for å bidra til å nå målene med samhandlingsreformen, slik de økonomiske insentivene egentlig var tenkt.

De største konsekvensene reformen har hatt for pasientene er at de skrives ut raskere og er i dårligere form enn tidligere. Dette har vært en utfordring for kommunen, men er en

naturlig følge av reformens intensjoner. Det som kanskje burde vært annerledes er at det fortsatt er for lite fokus på et helhetlig pasientforløp. Økonomien tar fokuset bort fra dette, og dårlig samhandling og kommunikasjon fører til at det ikke blir et helhetlig pasientforløp. I tillegg oppleves det flere reinnleggelser og mer forflytting av pasienter, som også bidrar til et dårligere pasientforløp. Bedre samhandling og kommunikasjon vil trolig bedre denne situasjonen noe.

Til syvende og sist ser det ut til at kommunen og korttidsavdelingen har taklet reformen relativt bra. De har bygget opp tjenestene sine kraftig og hatt en god endringsevne. Allikevel er det mye som gjenstår når det kommer til samhandling og kommunikasjon, da dette ikke fungerer optimalt. I tillegg fører det med seg en del negative konsekvenser for pasientene ved korttidsavdelingen, blant annet mer forflytting og flere reinnleggelser i tillegg til at de i tilfeller kan skrives ut av sykehuset for tidlig. For at samhandlingsreformen skal fungere etter intensjonene i denne kommunen må samhandling og kommunikasjon mellom Ahus og kommunen forbedres, det må bli mindre fokus på økonomi og mer fokus på et helhetlig pasientforløp. De økonomiske insentivene er nok det som først og fremst bør settes i fokus for å kunne bedre situasjonen, da det synes at dette er det forholdet som påvirker mest i negativ retning når det kommer til samhandling og å sikre gode pasientforløp. De økonomiske insentivene samt likeverdighet er de to aspektene det må gjøres tiltak ved for at samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere på en god måte, for igjen også å sikre et godt pasientforløp.

## **10. Relevans og anbefaling for videre forskning**

Før samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012 var det knyttet store forventninger til den effekten reformen skulle ha på helse- og omsorgstjenesten i Norge. Daværende helseminister kunne fortelle at det var stor grad av positivitet rundt reformen. Flertallet mente at dette var et stort steg i riktig retning og mange trodde på at dette skulle føre til en stor bedring i helse- og omsorgstjenesten. I etterkant av innføringen oppstod det derimot diskusjoner og debatter om hvorvidt reformen faktisk var så bra som man trodde, om dette likevel var den riktige veien å gå, og om den fungerte etter sin hensikt. På grunnlag av dette vil det være interessant å forske på reformen og dens effekt på

helsetjenesten for å finne ut hvordan den fungerer, om den faktisk har ført til en bedring i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er reformen såpass ny at det til nå har blitt gjort relativt lite forskning på området. En utredning er i gang, men den vil ikke være ferdigstilt før i 2015. Jeg mener derfor at det er av relevans å foreta undersøkelser av denne typen, slik at man kan få litt mer innsikt i hvilke konsekvenser reformen faktisk har hatt. Dette kan også være med på og ytterligere bedre helse- og omsorgstjenesten gjennom å avdekke hva som er bra og hva som eventuelt er mindre bra, samt muligheter for å forbedre dette.

Denne oppgaven har kun tatt for seg en spesiell case, og sett på situasjonen rundt samhandling og kommunikasjon i en bestemt kommune, samt konsekvenser for en gitt pasientgruppe. Helse- og omsorgstjenesten er et stort område og samhandlingsreformen berører mange og omfatter mange temaer. Denne oppgaven tar kun for seg en liten del av hele omfanget. Det finnes derfor mange muligheter for videre forskning som kan være interessante. Blant annet kan det være interessant å utvide forskningen til å sammenlikne flere kommuner for å finne ut om situasjonen er den samme for andre kommuner eller ikke. En vinkling kan være å se på om det er forskjeller mellom store og små kommuner når det kommer til hvordan de er rustet til å håndtere reformen. Det kan også være interessant å ta for seg spesialisthelsetjenesten i større grad. Resultatene i en undersøkelse som tar for seg spesialisthelsetjenesten vil trolig variere fra en som tar for seg kommunehelsetjenesten. I tillegg finnes det andre organisasjoner og andre pasientgrupper som blir berørt av reformen, så forskning på hvordan disse påvirkes av reformen er også en anbefaling for videre forskning. For eksempel kom det opp i denne undersøkelsen at det kreves mest kompetanse og ressurser i kommunen knyttet til behandling av rus og psykiatri som følge av reformen, slik at en annen anbefaling for videre forskning vil være å se på dette aspektet. Det finnes med andre ord utallige muligheter for videre forskning, og dette har også en del å gjøre med at reformen er såpass ny, slik at det er gjort lite forskning til nå. Det er derfor mye som kan være interessant og kan anbefales å forske videre på. Videre forskning vil også være hensiktsmessig da det kan bidra til å avdekke både sterke og svake sider ved samhandlingsreformen, og igjen bidra til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten.

## Referanseliste

- Byrkjeflot, H. og Jespersen, P.K., 2005, *"Ledelse og organisering i helsevesenet"*.  
Nordiske organisasjonsstudier, nr. 2, 2005, årgang 7.
- Byrkjeflot, H., 2008. *"Ledelse i politisk styrte virksomheter, forskningsstatus og problemstillinger"*. Rapport til Kommunens Sentralforbund
- Christensen, T., 2006. *"Statens og reformenes forunderlige verden"* Nytt Norsk Tidsskrift, nr. 3, 2006
- Forskningsrådet, 2007, *"Resultatevaluering av sykehusreformen"*, Norges Forskningsråd
- Gautun, H og Syse. A., 2013. *"Samhandlingsreformen – hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antall pasienter som skrives ut fra sykehusene?"* NOVA
- Gjessing, H. (2013) *"Skivebom om samhandlingsreformen"*. Legeforeningen  
<<http://legeforeningen.no/Nyheter/2013/Skivebom-om-samhandlingsreformen/>>  
[14.01.14]
- Grimsmo, A. *"Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?"* Sykepleien Forskning 2013 8(2)
- Grøttum, E. et al, (2013b) *"Rapport: Mer oppstykket behandling etter samhandlingsreformen"*. VG.no <<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/valg-2013/artikkel.php?artid=10100416>> [09.01.14]
- Grøttum, E. et al, (2013b). *"Støre: Samhandlingsreformen virker som ønsket"* VG.no.  
<<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/valg2013/artikkel.php?artid=10100418>>  
[09.01.14]
- Helsedirektoratet, 2012. *"Status for samhandlingsreformen, forvaltningsmessig følge med-rapport fra helsedirektoratet 2012"*
- Jacobsen, D. I., 1993 *"Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser" i Repstad, P., 1993 "Dugnadsånd og forsvarsverker"*. TANO
- Jacobsen, D. I., 2005. *"Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode"*. 2. Utgave, Høyskoleforlaget
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J., 2008. *"Hvordan organisasjoner fungerer"* 3. Utgave. Fagbokforlaget
- Kalseth, B. og Paulsen, B., 2008. *"Strategisk samarbeid – på papir og praksis?"* Sintef

- Helse, rapport A8640.
- Knudsen. H., 1993 *"Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser"* i Repstad, P., 1993 *"Dugnadsånd og forsvarsverker"*. TANO
- Nasjonale koordineringsgruppe for samhandlingsreformen, Regjeringen.no, referat fra januar 2012.  
<[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale\\_koordineringsgruppe/referat\\_nasjonale\\_koordineringsgruppe\\_310112.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale_koordineringsgruppe/referat_nasjonale_koordineringsgruppe_310112.pdf)> [31.03.14]
- Nasjonale koordineringsgruppe for samhandlingsreformen, Regjeringen.no, referat fra mars 2012.  
<[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale\\_koordineringsgruppe/referat\\_nasjonale\\_koordineringsgruppe\\_280312.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale_koordineringsgruppe/referat_nasjonale_koordineringsgruppe_280312.pdf)> [31.03.14]
- Nasjonale koordineringsgruppe for samhandlingsreformen, Regjeringen.no, referat fra juni 2012. <[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale\\_koordineringsgruppe/referat\\_nasjonale\\_koordineringsgruppe\\_130612.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale_koordineringsgruppe/referat_nasjonale_koordineringsgruppe_130612.pdf)> [31.03.14]
- Nasjonale koordineringsgruppe for samhandlingsreformen, Regjeringen.no, referat fra september 2012.  
<[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale\\_koordineringsgruppe/referat\\_nasjonale\\_koordineringsgruppe\\_120912.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale_koordineringsgruppe/referat_nasjonale_koordineringsgruppe_120912.pdf)> [31.03.14]
- Nasjonale koordineringsgruppe for samhandlingsreformen, Regjeringen.no, referat fra oktober 2012.  
<[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale\\_koordineringsgruppe/referat\\_nasjonale\\_koordineringsgruppe\\_241012.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale_koordineringsgruppe/referat_nasjonale_koordineringsgruppe_241012.pdf)> [31.03.14]
- Nasjonale koordineringsgruppe for samhandlingsreformen, Regjeringen.no, referat fra november 2013.  
<[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale\\_koordineringsgruppe/2013\\_11\\_01\\_Referat\\_Nasjonale\\_koordineringsgruppe.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/samhandling/nasjonale_koordineringsgruppe/2013_11_01_Referat_Nasjonale_koordineringsgruppe.pdf)> [31.03.14]
- NOU 2005: 3, *"Fra stykkevis til helt"*.  
<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>> [10.02.14]

- Oslo Universitetssykehus, 2011. *"Evaluering av fire spesialiserte korttidsenheter – et samhandlingsprosjekt"*. Prosjekt av Oslo Universitetssykehus med andre.
- Rambøll, Kommunesektorens Organisasjon, 2012. *"Utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg?"* KS FoU-prosjekt nr. 124005.
- Regjeringen, ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *"Om lov om helseforetak m.m."*  
<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-/2/4/1.html?id=165024>> [14.01.14]
- Regjeringen.no, 2012. *"Utskrivningsklare pasienter"*.  
<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/utskrivningsklare-pasienter.html?id=650123>> [31.03.14]
- Regjeringen.no, 2012. *"Status samhandling"*  
<[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/status-samhandling.html?regj\\_oss=1&id=708254](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/status-samhandling.html?regj_oss=1&id=708254)> [31.03.14]
- Regjeringen, Tale 01.09.14 av Bent Høye *"Samhandlingsreformen og veien videre"*  
<[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler\\_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?id=749175](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?id=749175)> [05.02.14]
- Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskog, 2012. *"Utredning av regionalt samhandlingskontor"*
- St.meld.nr., nr. 47 (2009-2009). *"Samhandlingsreformen"* Regjeringen  
<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>> [09.01.14]
- Tønnessen. M. S., 2012. *"Her ville hjelpepleierne aldri bodd selv"* RB  
<[http://www.rb.no/lokale\\_nyheter/article6269435.ece](http://www.rb.no/lokale_nyheter/article6269435.ece)> [12.02.14]
- Utposten, 2012. *"Hvordan har samhandlingsreformen påvirket kommunale tilbud og pasientforløpene?"* Nr. 6, 2012. En medisinsk tidsskrift
- Vigen, T (2000) *"Helsereformer – fremskritt eller lappverk?"*. Tidsskrift for den norske legeforening, nr. 07, 2000

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Begrepsavklaring

Ambulerende team: Et sykepleierteam fra Ahus som reiser hjem til pasienten med hjemmesykepleien eller til sykehjem for å bistå i sykepleiefaglige prosedyrer.

Epikrise: En sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging.

Geriatrici: Læren om sykdommer som opptrer i relasjon til alderdom og individers aldring. Vanligvis referert til sykdommer som opptrer med økt hyppighet i alderen over 70-75 år.



## Vedlegg 2: Intervjuguide for Samhandlingskoordinator og avdelingsleder ved tjenestekontoret

Kjønn:

Stilling:

Lengde på stilling:

Kan du fortelle litt generelt om jobben din?

### Generelt om reformen

- Hva er dine erfaringer med samhandlingsreformen hittil?
- Er samhandlingsreformen den rette veien å gå for å bedre helsetjenesten etter din mening?
  - o Hva bør gjøres i stedet?
  - o Var en reform nødvendig?
- Har kommunehelsetjenesten fått nok ressurser og informasjon til å kunne gjennomføre endringer i følge med reformen?
  - o Hva mangler?

### Samhandling og koordinasjon

- Hva er dine synspunkter på utviklingen av kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten etter innføring av reformen?
- Hvilke tiltak er gjort for å bedre samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten?
- Har du noen konkrete eksempler på hva som fungerer og hva som ikke fungerer når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke barrierer hindrer god samhandling?
  - o Økonomi
  - o Ressurser
  - o Kompetanse
  - o Kapasitet
- Føler du at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har samme syn på hvordan samhandling fungerer, og hvis ikke hva er forskjellene?

- Føler du at kommunehelsetjenesten blir sett på som likeverdig med spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke andre tiltak ser du for deg kunne bedret kommunikasjonen?

#### Konsekvenser for pasienter

- Hvordan kan samarbeid bidra til et best mulig pasientforløp, og hvordan bør dette forløpet være?
- Opplever du at pasientene blir tatt hånd om på en god måte og på riktig tidspunkt?
- Hva er dine synspunkter rundt ventetid for pasienter som venter på plass i kommunehelsetjenesten?
- Hva tenker du om de ressursene kommunehelsetjenesten har til rådighet for å ta hånd om korttidspasienter på best mulig måte?

#### Annet

- Er det noe annet du gjerne vil si i forbindelse med samhandlingsreformen?

### Vedlegg 3: Intervjuguide for ansatte ved korttidsavdelingen

Kjønn:

Stilling:

Lengde på stilling:

Kan du fortelle litt generelt om jobben din?

#### **Generelt om samhandlingsreformen**

- Hva er dine erfaringer med samhandlingsreformen hittil?
- Er samhandlingsreformen den rette veien å gå for å bedre helsetjenesten etter din mening?
  - o Hva bør gjøres i stedet?
  - o Var en reform nødvendig?

#### **Samhandling og kommunikasjon**

- Hva er dine synspunkter på utviklingen av kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten etter innføring av reformen?
- Hvilke tiltak er gjort for å bedre samhandling og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten?

#### **Konsekvenser for pasientene**

- Hva tenker du om de ressursene kommunehelsetjenesten har til rådighet for å ta hånd om korttidspasienter på best mulig måte? Er det nok ressurser?
  - o Kan pasientene tas imot når de er utskrivningsklare?
- Hvordan er tilstanden til pasientene når de kommer til avdelingen sammenliknet med før? Hvordan er tilstanden når de sendes hjem?
- Hvordan har forholdene til pasientene forandret seg?
- Får pasientene den oppfølgingen de trenger?
- Hvordan kan samarbeid bidra til et best mulig pasientforløp, og hvordan bør dette forløpet være?

### **Organisering og administrativt arbeid**

- Hvordan er behovet for rapportering og administrativt arbeid nå i forhold til før?
- Hva har endret seg i ditt arbeid siden innføringen, hvilke nye oppgaver har du fått?
- Hva er dine synspunkter rundt informasjonen dere har fått rundt reformen for å kunne gjennomføre endringer som kreves? Har dere fått nok informasjon?
- Hvordan er forholdet mellom tid til pasienter og tid til administrativt arbeid?

### **Annet**

- Er det noe annet du gjerne vil si i forbindelse med samhandlingsreformen?

## Vedlegg 4: Intervjuguide for ansatt i samhandlingsavdelingen på Ahus

Kjønn:

Stilling:

Lengde på stilling:

Kan du fortelle litt generelt om jobben din?

### Generelt om reformen

- Hva er dine erfaringer med samhandlingsreformen hittil?
- Er samhandlingsreformen den rette veien å gå for å bedre helsetjenesten etter din mening?
  - o Hva bør gjøres i stedet?
  - o Var en reform nødvendig?

### Samhandling og koordinasjon

- Hva er dine synspunkter på utviklingen av kommunikasjon med kommunehelsetjenesten etter innføring av reformen?
- Hvilke tiltak er gjort for å bedre samhandling og kommunikasjon med kommunehelsetjenesten?
- Har du noen konkrete eksempler på hva som fungerer og hva som ikke fungerer når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke barrierer hindrer god samhandling?
  - o Økonomi
  - o Ressurser
  - o Kompetanse
  - o Kapasitet
- Føler du at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har samme syn på hvordan samhandling fungerer, og hvis ikke hva er forskjellene?
- Føler du at kommunehelsetjenesten blir sett på som likeverdig med spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke andre tiltak ser du for deg kunne bedret kommunikasjonen?

Konsekvenser for pasienter

- Hvordan kan samarbeid bidra til et best mulig pasientforløp, og hvordan bør dette forløpet være?
- Opplever du at pasientene blir tatt hånd om på en god måte og på riktig tidspunkt?
- Hva er dine tanker rundt lengde på innleggelser?
- Hva er dine tanker rundt reinnleggelser? Opplever dere flere eller færre enn tidligere?
- Føler du at kommunene er klar til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare?
- Føler du at kommunene er bedre til å forebygge og hindre innleggelser enn tidligere?

#### Annet

- Er det noe annet du gjerne vil si i forbindelse med samhandlingsreformen?



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
67 23 00 00  
[www.nmbu.no](http://www.nmbu.no)