



MASTEROPPGÅVE

Samhandlingsreforma, koordinert eller stykkevis og delt? Ein casestudie om ivaretaking av utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunal sektor

Collaboration reform coordinated or separate and divided? A case study on taking care of discharge-ready patients from specialist health services to the municipal sector

Elin- Therese Sørbotten

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap. Institutt for samfunnsvitskap

12. juni 2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

«Folk som vil forbedre hele verden,

Kan med hell starte i

dens sentrum,

og begynne med seg selv»,

Piet Hein (1905-1996)

Føreord

Etter fleire krevjande men svært lærerike og nyttige år, er det no på tide å takke de som har gjort prosessen mogleg å gjennomføre ved sidan av full jobb og familieliv.

Først må eg rette eit stort takk til deltakarane som har stilt opp til intervju og delt tankar, erfaring og kunnskap, utan dykk hadde denne studien ikkje kunne vore gjennomført. Vidare må eg takke Høgskulen på Vestlandet for eit lærerikt og godt utdanningsløp, og takk til min fantastiske rettleiar Laila Nordstrand Berg, for kyndig og god vegleing frå start til slutt.

Familien min med Terje i spissen, takk for tolmodighet og gode diskusjonar- og for at du utan å klage har dradd meir eller mindre heile lasset heime denne perioden. Mine tolmodige barn, som har sett meg mest med nasa i ei bok eller inn i pc dei siste månadane, no er vi snart i mål og de skal få mamma tilbake.

Alle mine kollegaer i fagutvikling, KS, Helse Førde, USHT, og elles rundt i fylket, takk for støtte, gode ord og gode diskusjonar. Til slutt til mi fantastiske svigermor Norunn, du stiller alltid opp, trøster, støtter og pusher når eg gir opp. Takk for at du alltid har trua på meg!

Samandrag

Noreg har på lik linje med andre Nordiske land store etterkrigskull. Dette har ført til ei utfordring med aukande tal eldre på same tid som fødselstala går nedover. Dette krev nytenking og endra organisering av helse og velferdstenestene i åra framover.

Samhandlingsreforma (2012) var ei av dei store retningsreformene som vart lansert for å starte arbeidet med nye, betre og meir koordinerte arbeidsmetodar. Ein ser same trenden i andre Nordiske land som også har gjort endringar i si tenesteyting som følgje av endringar i demografi. I denne studien samanliknar eg Noreg med dei andre Nordiske landa.

Sidan innføringa av reforma har det komme fleire retningsgjevande styringsdokument som skal sikre at kommunale og statlege helsetenester arbeidar saman for å nytte ressursane på best mogleg måte. Denne studien vil sjå på korleis to kommunar i Vestland fylke har arbeidd for å møte føringane i samhandlingsreforma og korleis dei møter kravet om å ta imot utskrivingsklare pasientar første dag.

Studien er gjennomført som ein samanliknande studie, der kommunane er tilnærma like i demografi, folketal og storleik, samt at funna frå norsk kontekst samanliknast med funn frå dei Nordiske landa. Det som skil kommunane er i kva grad dei tek i mot sine utskrivingsklare pasientar fyrste dag. Det er gjennomført fem semistrukturerte intervju frå ulike administrative nivå i dei to kommunane. Desse er analysert gjennom ei kombinert temasentrert og personsentrert analytisk tilnærming, og deretter drøfta i lys av teoriane institusjonell teori, endringsteori og «accountability».

Studien syner at dei to kommunane opplev ulik grad av politisk involvering kring organisering av tenestene. Til tross for at kommunane er nær like i organisering, demografi og storleik har dei valt heilt ulike løysingar for å nå målsettingane i reforma. Kommunane møter kravet om å ta imot utskrivingsklare pasientar første dag på ulikt vis. Dei har ulik praksis kring tildeling av omsorgsnivå, og empirien syner ei fragmentering av pasientforløpa i dei to kommunane.

Den største skilnaden mellom Noreg og dei andre Nordiske landa, er samhandlinga med spesialisthelsetenesta kring dei sjukaste eldre. Der ein i Noreg kan sjå regide system med insentiv og døgnmulktar frå fyrste utskrivingsklare døgn, har fleire andre land lagt opp til eit tettare samarbeid og dialog kring pasientforløpa.

Abstract

After World War Two, Norway had, along with many other Nordic countries, a high birth rate. This has led to a challenging situation, with an increasing proportion of the current population over the age of 67, whilst birth rates are decreasing. This demands new ways of thinking and a change in the organization of health and welfare services in the years to come.

The Collaboration Reform (2012) is a large directional reform launched to start applying new and more coordinated work methods. We see the same trend in other Nordic countries. They have also done changes to their services as a result of changes in demographics. In this study I will compare Norway to these other countries.

Since the introduction of the reform, many management documents have been created to encourage municipal and state health services to work together to utilize resources in the best possible way. This study shows how two municipalities in Vestland County have worked to meet guidelines in the Collaboration Reform, and how they meet the requirement to care for discharge patients on their first day out of hospital.

This is a comparative study, where the municipalities are approximately equal in demographics, population and resources. The findings from a Norwegian context are compared to findings from the other Nordic countries. The municipalities are different in the extent they accept their discharge patients straight from the hospital. Semi-structured interviews have been conducted from different administrative levels in the municipalities. The interviews are analyzed through a combined theme-centered and person-oriented analytic approach, and are then discussed in relation to these three theories; institutional theory and theory of change and accountability.

Findings shows a varying degree of political involvement in how the services in the two municipalities are organized. Even though the municipalities are similar in organization, demographics and economy, they have chosen different solutions to achieve the objectives in the Collaboration Reform. The municipalities meet the requirement to receive discharge patients straight from the hospital in different ways. They vary in levels of care and the empirical evidence shows fragmentation of the patient-care process in the municipalities. The greatest difference between Norway and the other Nordic countries is the interaction with the specialist healthcare given to the most poorly elderly. From the first discharge ready day one can compare a rigid system of incentives and daily fines applied in Norway to what is seen in several other countries, who arrange for closer cooperation and dialogue around the patient.

Innhald

Føreord	iii
Samandrag	iv
Abstract	v
Figuroversikt	ix
1.0 Innleiing	2
1.1 Val av tema og problemstilling	2
1.2 Lokal iverksetting av reformene.....	4
1.3 Kva seier forskning om temaet.....	4
1.3.1 Søkestrategi	4
1.4 Min motivasjon for studien	9
1.5 Oppbygging og avgrensing av oppgåva	10
2.0 Bakgrunn og sentrale styringsdokument	11
2.1 Frå NPM til NPG – reformering av sektoren og implikasjonar for kommunane	11
2.1.1 New Public Management	11
2.1.2 New Public Government	12
2.2 Samhandlingsreforma.....	13
2.2.1 Helse og omsorgstenestelova	14
2.2.2 Folkehelselova.....	14
2.2.3 «Leve hele livet» en kvalitetsreform for eldre.....	14
2.2.4 Nasjonal helse og sjukehusplan 2021-2023	15
2.3 Helse og omsorgstenester i dei nordiske landa.....	15
2.3.1 Danmark.....	16
2.3.2 Sverige.....	17
2.3.3 Finland.....	18
2.3.4 Noreg.....	19
2.4 Nasjonale rapportar	19
2.4.1 Evaluering av samhandlingsreforma	20
2.4.2 Kvalitetsindikatoren 30 dagar reinnlegging	21
2.4.3 Riksrevisjonens undersøking 2016.....	22
2.3.2 Samhandling mellom kommunar og sjukehus	22
2.5 Relevans for dagens praksis i Noreg	23
3.0 Teoretisk rammeverk.....	25
3.1 Institusjonell teori.....	25
3.1.1 kommunane som komplekse organisasjonar	27

3.1.2 Oppsummering institusjonell teori og korleis denne kan nyttast for å forstå tenestene utført i kommunal sektor.....	28
Forskingsspørsmål:.....	29
3.2 Endring i organisasjonar.....	29
3.2.1 Oppsummering endringsteori og korleis denne kan nyttast for å forstå tenestene utført av kommunal sektor	31
Forskingsspørsmål:.....	31
3.3 Accountability	31
3.3.1 Oppsummering accountability og korleis denne kan nyttast for å forstå tenestene utført av kommunal sektor	33
Forskingsspørsmål.....	34
4.0 Studiens kvalitative tilnærming og metode	35
4.1 Utvikling av design	35
4.2 Casestudie, komparativt design.....	35
4.3 Casebeskriving og utval av deltakarar.....	36
4.3.1 Kommune X	37
4.3.2 Kommune Y	37
4.3.3 Statistikk over samanliknande case.....	38
4.4 Intervjuguide og førebuing	41
4.4.1 Gjennomføring av intervju	42
4.4.2 Transkribering	43
4.4.3 Intervjuanalyse	43
4.5 Kvalitetsvurderingar av oppgåva.....	44
4.5.1 Forforståing	45
4.5.2 Validitet/ reliabilitet og overførbarheit.....	46
4.5.3 Forskingsetiske hensyn.....	47
5.1 Analyse av funn kommune X:.....	48
5.1.1 Overordna føringar:.....	48
5.1.2 Omsorgsnivå:.....	49
5.1.3 Pasientforløp:.....	51
5.1.4 Oppsummering av funn kommune X	52
5.2 Analyse av funn kommune Y	52
5.2.1 Overordna føringar:.....	52
5.2.2 Omsorgsnivå:.....	54
5.2.3 Pasientforløp:.....	55
5.2.4 Oppsummering av funn kommune Y	57
6.0 Drøfting av funn i lys av teoretiske perspektiv	58

6.1 Institusjonell teori.....	58
6.1.1 Kommunane sett i lys av regulative, normative og kulturelle pilarar.....	58
6.1.2 Samanlikning med tidlegare studier og dei nordiske landa	62
6.1.3 Kommunane som komplekse organisasjonar	64
6.1.4 Oppsummerande diskusjon	67
6.2 Endring i de kommunale organisasjonane som følgje av statleg styring	67
6.2.1 Kommunar i endring, sett i lys av Lewin`s trefasemodell.....	71
6.2.2 Kommunane analysert gjennom hierarkisk styrte endringar	73
6.2.3 Samanlikning med tidlegare studiar og dei nordiske landa.....	76
6.2.4 Oppsummerande diskusjon	78
6.3 Accountability	78
6.3.1 Accountability, kommunen som ein påliteleg organisasjon.....	78
6.3.2 Ansvar i linja - kva betydning har det for kommunens praksis.....	81
6.3.2 Samanlikning med tidlegare studiar og dei nordiske landa.....	82
6.3.3 Oppsummerande diskusjon	83
7.0 Oppsummering av kunnskap	85
7.1 Organisering	85
7.2 Omsorgsnivå.....	86
7.3 Pasientforløp.....	87
7.4 Konklusjon og forslag til vidare forskning.....	87
7.4.1 Forslag til vidare forskning	88
Litteraturliste	90
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	93
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	96
Vedlegg 3 - NSD sin vurdering.....	97
Vedlegg 4: Intervjuguide	99

Figuroversikt

Figur 1: New Public Governance, side 13 (Øgård, 2014).

Figur 2: Organisering av helse og omsorgstenestene Danmark, side 16 (Grimsmo & Magnussen, 2015).

Figur 3: Organisering av helse og omsorgstenestene Sverige, side 17 (Grimsmo & Magnussen, 2015).

Figur 4: Organisering av helse og omsorgstenestene Finland, side 19 (Grimsmo & Magnussen, 2015).

Figur 5: Kommunane frå ulike teoretiske perspektiv, side 37 (Bukve, 2014).

Figur 6: Bærekraftsbrøk, oversikt over tal yrkesaktive pr pensjonist side, 39(samhandlingsbarometeret.no).

Figur 7: Tal re-innleggingar innan 30 dagar, side 40 (samhandlingsbarometeret.no).

Figur 8: Oversikt tal liggedøgn etter meldt utskrivingsklar, side 40 (samhandlingsbarometeret.no).

Figur 9: Netto driftsutgifter pr innbyggjar i helse og omsorgstenester, Side 41 (samhandlingsbarometeret.no).

Figur 10: Analytisk plassering av case i ulike teoretiske perspektiv, side 68.

1.0 Innleiing

Utfordringane med store etterkrigskull og synkande fødselstal i europeiske land har ført til behov for endringar i organisering av helse og velferdstenester. Styringsverktøya for å gjennomføre dette i Noreg, har i høg grad vore reformer. Målsettinga ved å innføre reformene har vore å auke effektiviteten i sektoren, få kontroll på kostnadsveksten samt styrke pasientrettane og få ned ventetider i spesialisthelsetenesta. Reformene har vore prega av New Public Management (NPM) tankegongen, ved at ein innførte styringsverktøy frå privat sektor for å skape ein strengare kontroll og styring med offentleg sektor. Dette har ført til ei auka fragmentering av tenestetilbodet ved at fokuset har vore på måloppnåing i eigen sektor, framfor koordinerte tenester til brukarane. Som følgje av dette kom tankegongen om ei meir samstyrande reform som skulle sikre at helsevesenet vart meir oppteken av koordinerte tenesteforløp til det beste for brukar (Øgård, 2014). I 2011 kom difor St.meld 47, «samhandlingsreforma» som gav føringar for meir koordinerte tenester og saumlause overgangar mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta. Reforma skulle bidra til å løyse nokre sentrale utfordringar for helsevesenet, mellom anna det fragmenterte tenestetilbodet, for lite innsats mot det førebyggjande arbeidet og den forventade demografiske utviklinga.

Den enkelte kommune kunne inngå særavtalar med helseføretaka for å tilpasse delavtalen til kommunal drift. Men evaluering av arbeidet med samarbeidsavtalane i dei fire helseregionane syner at det i liten grad har vore nytta lokale tilpassingar. Noko av årsaken til dette vert forklart med maktforskjell mellom helseføretak og kommune. Det er også fokus på dei økonomiske insentiva. Det har vore liten eller ingen brukarmedverknad, og politisk forankring har også ofte mangla (Gautun, Martens, & Veenstra, 2015).

Dei demografiske utfordringane med auka tal eldre, og færre yrkesaktive har skapt eit behov for nye måtar å jobbe på, for å sikre bærekraftige tenester og den norske velferdsstaten også i åra framover.

1.1 Val av tema og problemstilling

Som sjukepleiar og leiar for ein eldreinstitusjon har eg vore med på fleire omorganiseringar av omsorgstenestene. Den siste var førebuingar til, og iverksetting av, samhandlingsreforma. Eg har undervegs undra meg over kvar denne reforma vil ende, og korleis tenestene vil sjå ut i framtida. Demografien syner behov for store strukturelle endringar, men også ei

haldningsendring kring kva det offentlege kan bidra med, utan at den norske velferdsstaten skal gå til grunne.

Under innføring av samhandlingsreforma har ein sett ulikheiter i korleis kommunane har møtt dei sentrale føringane. Der nokre kommunar omstrukturerte seg til å ta i mot alle sine utskrivingsklare pasientar fyrste dag, så har andre kommunar betalt store summer i døgnmulktar til spesialisthelsetenesta. Tema for mi oppgåve handlar om dette, kva faktorar spelar inn når kommunar tilsvarende like i demografi, størrelse og struktur endar opp med å handtere utskriving av pasientar frå sjukehus heilt ulikt. Mi problemstilling:

Korleis sikrar ulike kommunar ivaretaking av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus til kommunal sektor?

Evalueringa av samhandlingsreforma synte at reforma har svakheiter. Ein del av dette handlar om fragmentering av pasientforløpa framfor meir koordinerte tenester. Eg vil difor søke å finne svar på mi problemstilling ved å sjå på korleis overordna føringar, val av omsorgsnivå og endringar i pasientforløp har utarta seg i dei ulike kommunane. Dette vil eg å sjå i lys av teori om organisasjonar, endring og ansvar. Eg vil då sjå på om ulikheiten mellom kommunane vert synleg og om ein kan trekke ein konklusjon kring kva som gjer at tilsynelatande like kommunar vel å løyse oppgåvene som føl reforma ulikt. Med utgangspunkt i mitt teoretiske rammeverk, vil eg belyse følgande forskingsspørsmål:

- *Korleis har kommunane organisert sine tenester etter innføringa av samhandlingsreforma, og kva konsekvensar har dette for korleis dei møte føringane?*
- *Kva endring i kommunane har hatt betydning for ivaretaking av utskrivingsklare pasientar?*
- *Korleis har plassering av ansvar hatt betydning for kommunen si organisering av tenestene i møte med reforma?*

Eg har valt å gjennomføre ein casestudie frå Vestland fylke, og har samanlikna kommunar etter metoden «most similar design». Det som skil kommunane er i kva grad dei tek i mot sine utskrivingsklare pasientar fyste dag. Eg har gjennomført fem kvalitative intervju med leiarar på ulike administrative nivå, for å sjå kva tankar og erfaringar dei gjer seg innanføre dei ulike tema, for deretter å analysere og drøfte desse opp i mot vald teori.

1.2 Kva seier forskning om temaet

Eg vil her summere opp aktuell forskning kring temaet korleis kommunane ivaretek utskrivingsklare pasientar.

1.2.1 Søkestrategi

I arbeidet med å finne forskning har eg nytta ulike søkemotorar, Google Scholar og Idun. Søkord som “Discharging routines”, “Collaboration hospital”, “home care” og “municipality” har vore brukt.

I tillegg har eg nytta evalueringa gjort av samhandlingsreforma, der fleire av mine vitskapelege artiklar er henta frå. Det føreligg også ei oppsummering av kunnskap på omsorgsbiblioteket, der oppsummeringa inneheld 121 ulike forskings og utviklingspublikasjonar. Det er gjort mykje forskning kring samhandlingsreforma etter oppstart, det er også ei oppsummert evaluering som eg kort samanfattar under kapittel 2.4.1. Eg vil i dette kapittelet syne funn frå ulike studiar gjort på emnet, samhandlingsreforma, rutinar kring inn og utskrivning, og kommunane sitt arbeid inn mot å rigge seg for utvida ansvar for sjukare pasientar.

1.2.2 Forskningsoversikt

Rønhovde (2016), gjennomførte ein studie om kommunal organisering i møte med samhandlingsreforma. Studien var ein kvalitativ casestudie med 31 intervju i seks kommunar, i tillegg til telefonintervju i 36 kommunar i Noreg. Målsettinga var å sjå på om den politiske og administrative organiseringa av kommunen hadde hatt noko å sei for kommunane si løysing på intensjonane med reforma. I denne studien vert samhandlingsreforma karakterisert med eit svakt reformdesign, dette på bakgrunn av at ein lokalt kan tilpasse arbeidet til eigen kontekst. Kommunane har i stor grad fridom kring korleis dei ynskjer å organisere egne tenester for å møte krav og føringar frå statlege styringsmakter (Rønhovde, 2016). New Public Management vert påpeika som bakgrunnen for desse reformene, men Rønhovde påpeikar i sin studie at i møte med samhandlingsreforma så har kommunane møtt behov for både innovasjon og strategiar som bryt med den tradisjonelle marknadsideologien. Han påpeikar difor at samhandlingsreforma ligg nærare det ein kallar Network Community Governance. Vidare påpeikar studien kva organiseringsmodell kommunane vel, har noko å sei for organisasjonens evne til læring, kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling. Overlapp av kunnskap, ansvar og oppgåver på alle nivå vert påpeika som viktig. Dette for å sikre ein viss grad av felles identitet og kunnskap både horisontalt og vertikalt i organisasjonen, som igjen skal være føresetnad for at dei overordna strategiske måla vert oppfatta og omsett til operativ

drift i tenestene. Med dette så konkluderar Rønhovde med at dei som har valt ein flat struktur kan stå i fare for å miste noko av den felles kunnskapen og samla strategitenkinga som er nødvendig. Då vil ikkje den strategiske leiinga ha førstehandskunnskap til om dei målsettingane ein har einast om vert nådd. Studien syner at politikarane i liten grad er synlege under handsaming og iverksetting av reforma. Dei to områda der ein ser synleg involvering frå politisk nivå er under godkjenning av avtaleverk, og knytt til dei økonomiske konsekvensane av reforma (Rønhovde, 2016, pp. 87-88). Dei kommunane der ein ser meir politisk engasjement har hatt ei form for sektororganisering.

Samla sett får ein ikkje noko klårt svar på om den eine organiseringa er betre enn den andre i møte med samhandlingsreforma, men det kjem tydeleg fram at korleis kommunane er organisert spelar ei stor rolle for den interne samhandlinga. Utfordringane er større der avstanden i sektorane vert for stor slik at ein får vanskar med intern samordning, og spennet mellom leiarnivå og operativt nivå vert for stort. Det vert påpeika at mindre kommunar handtera dette godt uavhengig av organisering knytt til at små forhold gjer samhandling og samordning lettare. Med dette konkludera Rønhovde at formelle strukturar vil være viktigare i større kommunar (Rønhovde, 2016). Eg ynskjer å sjå om dette kan sjåast i samanheng med korleis kommunane i min studie har møtt føringane i samhandlingsreforma.

Januar 2013 vart det publisert ein større internasjonal studie gjennomført i fem land. Denne såg på i kva grad organisasjonskultur har implikasjonar og er viktige knytt til utskrivingsprosessar frå sjukehus til primærhelsetenesta (Hesselink et al., 2013). Tre tema utpeika seg rundt organisasjonskultur i utskrivingsprosessen mellom sjukehus og primærhelsetenesta. Desse var, ei *fragmentering* av tenestene frå spesialisthelsetenesta til primæromsorga, ei *undervurdering av administrative oppgåver i forhold til kliniske oppgåver i utskrivingsprosessen* og *manglande refleksjon kring utskrivingsprosessen eller forbetring* av denne. Gjennom kvalitative intervju fant ein ni kategoriar som gjekk att som ei utfordring. Innovervend fokus frå sjukehusstilsette, manglande bevisstheit kring behov etter enda behandling, ferdigheiter og arbeidsmønstre hos den profesjonelle motparten, manglande samarbeidshaldning, forholdet mellom sjukehus og primærhelsetenestene, omsorg i ein her og nå situasjon, administrativt arbeid vart sett på som ei byrde, negativ haldning kring tilbakemeldingar, overføring ved utskriving er styrt av vanar framfor rutinar og evne til å integrere ny praksis (Hesselink et al., 2013). Eg vil vidare sjå om ein kan identifisere liknande utfordringar i samhandlinga mellom sjukehus og kommunane i min studie.

I 2017 kom det ut ein artikkel *frå sjukehus til sjukeheim, kva har samhandlingsreforma ført til*. Bruvik (2017), hadde gjennom ei retrospektiv undersøking sett på forskjellar i populasjonen ved overføring før og etter reforma. Totalt undersøkte dei informasjon kring 186 pasientar før iverksetting av samhandlingsreforma, og 177 pasientar etter innføring av reforma. Konklusjonen var at fleire pasientar døde i tida etter innføring av reforma.

Pasientane overført frå sjukehus til sjukeheim var eldre enn tidlegare og dødstala var høgare i kommunen enn i sjukehus samanlikna med før reforma (Bruvik, 2017). Auken i overføring frå sjukehus til sjukeheim, hadde ikkje resultert i fleire sjukeheimsplassar, men ein kunne sjå auka bruk av dobbeltrom, korridorpatientar og auka bruk av kortare opphald i kommunal institusjon. Sjukeheimane opplevde auka behov for kompetanse då dei fekk meir spesialisert behandling når pasientane hadde meir alvorlege sjukdomstilstandar. Ein kunne ikkje finne at kommunen hadde styrkt kompetansen noko, og sjukeheimane rapporterte om manglande kompetanse og behov for ekstra personell (Bruvik, 2017).

Tjøstolvsen (2016), gjennomførte ei undersøking av korleis ein lokal samarbeidsavtale mellom eitt sjukehus og ein kommune fungera i praksis. Studien hadde hensikt å avdekke sentrale faktorar i samhandling mellom spesialist og kommunehelsetenesta kring utskriving. Funna vart dekkja under følgjande overskrifter, informasjon om pasientens bilstandsbehov etter utskriving, delavtale mellom helseføretak og kommune, kommunikasjon og informasjon mellom sjukehusstilsette og kommunens tilsette. Kommunane gjev inntrykk av at sjukehusa ikkje alltid gjer ei heilheitleg kartlegging av pasientane sine behov. Ein opplev ulik forståing for pasientane sitt funksjonsnivå noko som førte til at kommunen måtte gjere eigne vurderingar av kva bilstandsbehov pasientane hadde ved utskriving. Dette kunne ein forstå ved å sjå ulikheitane i organisatoriske rammene og faglege ulikheitane kring spesialisthelsetenesta sitt diagnoseorienterte behandlingsregime kontra kommunen sitt langtidsomsorgsregime. Det handlar om ulike forventningar mellom kommunar og sjukehus knytt til når ein pasient er utskrivingsklar. Dette syner forskinga skapar store utfordringar, spesielt for pasientane (Tjøstolvsen, 2016, p. 56).

Tidleg kontakt og dialog kring pasientar medan dei var innlagt på sjukehus såg alle som viktig for eit heilheitleg pasientforløp. Dette er i stor grad bra, men dialogen må ein fortsatt jobbe med. Sjukehusstilsette gav inntrykk av at dei brukar mykje tid på å få kontakt med rette vedkommande i kommunen. Ofte endar dei med å samtale med personar som ikkje kjenner pasientane godt nok. Heilheitstankegangen bør dyrkast, og det å ha forståing for kvarandre sin kultur og tenestoområde ser dei som viktig for å kunne forstå kva dei ulike aktørane tilbyr av

tenester, slik at ein skapar rette forventingar hos pasientane. Avslutningsvis seier forskaren at vidare forskning på temaet, bør rette seg mot pasientnær verksemd, og system som fattar vedtak der ein påverkar pasientsikkerheiten (Tjøstolvsen, 2016, p. 57).

Ein studie gjennomført av Dahl, Steinsbekk, Jenssen, and Johnsen (2014), såg på korleis fagpersonar på tvers av spesialist og kommunehelsetenesta opplev utskrivning av eldre multimorbide¹ pasientar i kommunar som har organisert seg ulikt i møte med reforma. Dei såg på ulikheiter i utskrivning kring dei kommunane som hadde bygt opp intermediæravdelingar² kontra dei som ikkje hadde det. Der kom det fram at dersom sjukehusstilsette opplevde at tilbodet i kommunen var på eit lågare omsorgsnivå enn dei tenkte var forsvarleg, så valde dei å holde pasienten på sjukehus. Det var også einigheit blant profesjonane i sjukehus at kommunehelsetenesta ofte manglar strukturar og ressursar til å ta i mot denne pasientgruppa, og at kommunane ikkje førebudde seg godt nok medan pasienten var innlagt. Sjukehusstilsette opplevde også unødige innleggingar av denne pasientgruppa, og meiner dette kjem av manglande ressursar og kompetanse i kommunen. Ved mange høve meinte dei at ved å auke lokale ressursar som til dømes ved å tildele sjukeheims plass ved forverra tilstand så ville ein kunne unngå innlegging i sjukehus (Dahl et al., 2014).

Kommunane utan intermediære tilbod til pasientane gav inntrykk av at dei hadde behov for informasjon om inneliggande pasientar sitt funksjonsnivå for å kunne tilby rette omsorgsnivå for pasienten. Nokre meinte også at pasientane vart utskrivne for tidleg, og at pasientane var så dårlege ved utskrivning at dei vart returnert til sjukehus (Dahl et al., 2014, p. 6).

Heimetenestene etterlyste betre kommunikasjon kring denne pasientgruppa for å sikre førebuing lokalt. Å gjere naudsynte funksjonskartleggingar var nødvendig for kommunane dersom dei skulle sikre pasientane omsorg på riktig omsorgsnivå.

Sjukehusa gav inntrykk av at dei såg på intermediæravdelingane som ein forlenga arm til sjukehus. Dette førte til at sjukehus tilsette såg på utskrivning til intermediæravdelingar som ei overføring mellom avdelingar framfor utskrivning mellom forvaltningsnivåa. Dei opplevde at desse avdelingane hadde kapasitet til å ta i mot pasientane tidlegare, enn ved overføring til dei tradisjonelle sjukeheimane.

¹ Multimorbiditet: Ein tilstand der ein person har fleire kroniske sjukdommar samtidig. Vanleg i eldre aldersgrupper, og det er ein tilstand som førar med seg funksjonstap (aldringoghelse.no).

² Intermediæravdelingar: Ei avdeling som skal yte tenester til dei som ikkje lengre har behov for eit akuttavdeling, men samtidig ikkje har behov for langtids plass i institusjon eller tilbod på rehabiliteringsavdeling (sml.snl.no).

Mellom tenestenivåa i kommunen opplevde ein godt samarbeid med intermediæravdelingane kring utskriving mellom avdelingar på same forvaltningsnivå. Dei peikar då på at ADL³ opptreninga førte til at pasientane klarte seg betre og var meir sjølvhjelpete ved utskriving (Dahl et al., 2014, p. 6). Samarbeidet opplevdes godt, og det synes som om oppbygging av denne type avdeling i kommunen forbetra utskriving. Ein såg likevel at det ligg potensiale for meir samarbeid vertikalt i kommunen knytt til involvering undervegs for å planlegge utskriving til heim. Intermediæravdelingane gav inntrykk av dette som ei god organisering, men sit til ei kvar tid med logistikk kring å ta i mot pasientar frå sjukehus og samtidig skulle skrive ut dei som ikkje treng være der. Dei opplev at heimetenestene ikkje alltid ynskjer at pasientane skal skrivast ut, og dei må diskutere med tenester vertikalt i organisasjonen for å få aksept for utskriving til heim (Dahl et al., 2014).

Melberg and Hagen (2016), har gjennomført ei kvantitativ undersøking, der målsetjinga var å sjå på liggetid i sjukehus før og etter reforma tok til i 2012. I tillegg såg dei på re-innlegging før og etter reforma for å sjå om det var målbare forskjellar. Funna syner at dei pasientane som vart meldt utskrivingsklare med trong for kommunale teneste etter utskriving, har redusert liggetid på sjukehus. Forskinga har sett på diagnosespesifikke grupper, og dei ser forskjellar i liggetid hos dei ulike gruppene før og etter reforma. Samstundes seier tala totalt sett noko om at funna ikkje er signifikante, då effektane for pasientpopulasjonen samla sett er for svake. Funna speglar difor ikkje nødvendigvis populasjonen som heilheit (Melberg & Hagen, 2016). Danielsen (2018), peikar også på ulik forståing for når ein pasient er utskrivingsklar. Dei ser at spesialisthelsetenesta vurderer pasienten utifrå innleggingsdiagnose og i eit kort tidsperspektiv. Medan primærhelsetenesta har eit langsiktig perspektiv, der både funksjonsnivå, meistring, livskvalitet og heimesituasjon er viktige faktorar (Danielsen, 2018).

Det har vore gjort mykje forskning, og undersøkingar knytt til pasientar mellom tenestenivåa sjukehus og kommune. Eg finn lite forskning knytt til tema, kommunane sin overføring av pasientar vertikalt i omsorgstenestene. Kan ein finne ulikheiter mellom kommunane kring korleis dei vurderer behov og omsorgsnivå og endring i pasientforløp utifrå korleis dei ulike kommunane har tatt innover seg endringane som følgje av samhandlingsreforma.

³ ADL: Activity of daily living. Ivaretakande aktivitetar som innebærer omsorg eller vedlikehald av eigne funksjonar (sml.snl.no).

1.3 Lokal iverksetting av reformene

Kommunane og helseføretaka jobba med å møte føringane i reforma i tida før oppstart i 2012. Fleire av kommunane i Vestland starta arbeidet tidleg i 2011 for å vere budd til å møte dei krava som ville komme. Frå 01.01.2012 skulle kommunane ta imot alle dei utskrivingsklare pasientane, den dagen dei vart meldt ferdigbehandla. Tidlegare hadde ein ti dagar frå pasienten vart meldt, til ein skulle ta i mot. Dei økonomiske insentiva skapte eit press på kommunane for å førebu seg til dette og for mange vart løysinga å bygge opp nye korttidsplassar. Dei fleste kommunar var såleis raskt ute og tilpassa seg dei økonomiske insentiva. Men om den raske utskrivninga frå sjukehus til heimkommunen alltid er det beste for pasientane kan ein undre seg over.

1.4 Min motivasjon for studien

Mange av desse pasientane kom til min arbeidsstad på kommunen si korttidsavdeling der eg var avdelingsleiar. Gjennom åra har det vore fleire ulike problemstillingar. Ofte er det etiske sider ved den raske pasientflyttinga som er mest tydelig. Første januar 2012 kom den første ferdigbehandla pasienten til korttidsavdelinga, utskreven same dag. Det var ei dame, ein stad mellom 65-75 år. Ho hadde hatt eit stort hjerneslag, og kom til avdelinga med perifer venekanyle i halsen og store omfattande hjelpebehov. Ho døde tre dagar seinare.

Då byrja vi å sjå kva konsekvensar reforma kunne få. Var flytting av denne bevisstlause pasienten, med ambulanse frå sjukehuset til kommunen, fagleg og etisk forsvarleg. Var det til beste for pasienten og for dei pårørande? Etter kvart som åra har gått har dei fleste kommunane utvikla einingar til å kunne ta i mot svært sjuke pasientar med samansette sjukdomsbilete. Dette er ofte svært sjuke eldre med mange diagnoser og problemstillingar. Eg har i dei fleste tilfella hatt gode opplevingar, og tenkt at pasientane får eit godt tilbod i kommunen. Reforma har hatt fokus på behovet for styrking av primærhelsetenesta med omsyn til både ressursar og kompetanse, og dette har vore viktig for å kunne gje pasientane god og forsvarleg pleie og behandling. Veldig mange, og kanskje dei fleste har fått eit fagleg godt tilbod, og vi har tenkt at dei er på rett tenestnivå. Mi undring har heller vore om den auka produktiviteten som ein har sett i spesialisthelsetenesta sidan 2012, har ført til behov for meir langvarige tenester i kommunane. Ved å raskt flytte delar av behandlinga frå sjukehus og ut i korttidseiningar har ein «skapt» eit mellomledd og eit nytt omsorgsnivå før heimen. Som leiar av ei slik eining så opplever eg at dette i nokre høve vart eit ekstra institusjonsopphald som gav lenger tid mellom innlegging i sjukehus og utskrivning til heimen. I mange tilfelle vert pasienten re-innlagt på sjukehuset igjen etter dagar eller nokre veker. Det er ikkje alltid lett å

sei om re-innlegginga har samanheng med den raske utskrivninga, men i nokre tilfelle er det heilt klart årsaka (Sørbotten, 2018)⁴.

1.5 Oppbygging og avgrensing av oppgåva

I denne oppgåva vil eg starte med ein kort gjennomgang av dei sentrale føringane. Deretter vil eg sjå føre meg desse, saman med oppbygginga av helse og omsorgstenestene i Noreg og sjå på kva oppbygging andre land i Norden har valt.

I del tre vert det teoretiske grunnlaget for oppgåva presentert, eg har då kronologiske presentert dette med institusjonell teori med fokus på kommunane som organisasjon. Deretter teori om endring, og «accountability».

Tilslutt vil eg analysere dette strukturert ved å syne teori, empiri og drøfte dette mot egne funn under overskriftene, overordna føringar, omsorgsnivå og endringar i pasientforløp.

For å avgrense oppgåva ser eg på den kommunale delen av pasientforløpa. Eg har difor ikkje gjort intervju i spesialisthelsetenesta, sjølv om eg ser at det kunne vore nyttig å få deira perspektiv på i kva grad dei opplev ulikheit mellom kommunane i samhandlinga om utskrivingsklare pasientar. Kva tenker dei om kva som er utfordringar kring organisering, val av omsorgsnivå og endringar i pasientforløp etter iverksetting av samhandlingsreforma i 2012. Med tanke på omfanget av oppgåva så har eg her hatt fokus på kommunane.

⁴ Kapittel 1-5 av oppgåva inneheld omarbeidd tekst frå to av mine eksamensoppgåver. Emna: ME6-500, forskingsstrategiar og metode (2017) og ORG-502, styring, omstilling og leiing (2018).

2.0 Bakgrunn og sentrale styringsdokument

2.1 Frå NPM til NPG – reformering av sektoren og implikasjonar for kommunane

I dette kapitlet vil eg sjå til den auka reformeringa av offentleg sektor, og i kva grad den auka fragmenteringa og silotenkinga kom med styringslogikken New Public Management (NPM). Dette synte behov for ein meir samstyrande tankegong. New Public Government (NPG) vart innført som eit supplement til NPM. Samhandlingsreforma er eit godt døme på desse to styringslogikkane, der ein arbeidde for at ein gjennom samhandling og koordinering av tenester frå spesialisthelsetenesta til primærhelsetenesta, skulle få til meir saumlause og koordinerte tenester for brukarane. Eg vil difor syne kort nokre reformer som har hatt implikasjonar for korleis kommunane har endra sine tenesteområder dei siste åra.

2.1.1 New Public Management

New Public Management (NPM) tankegongen kom for alvor til Noreg rundt 1980 og vart sett på som eit avgjerande endringspunkt i korleis ein styrar offentleg sektor. Styringslogikken hadde fokus på produktivitet og kostnadseffektivitet føre dei meir tradisjonelle styringslogikkar som rettssikkerheit, offentleg etikk og den demokratiske tankemåten som det politiske Noreg var vand med (Øgård, 2014).

Staten vart sett på som organisasjon mykje lik private bedrifter, og styringsmetodar brukt i privat sektor vart overført til offentleg sektor. Det vart stilt strengare krav om resultat og måloppnåing, og leiging vart sett på som sentralt for å styre mot eit felles mål. Tilsette skulle stillast til ansvar, og det vart stilt krav til tett overvaking og rapportering. For å styrke effekten av denne styringslogikken vart insentiv nytta som belønning for måloppnåing.

NPM førte også til at ein fekk eit auka brukarfokus, det offentlege skulle i høgare grad rette søkelyset mot korleis organisasjonane kunne legge til rette for auka innflytelse frå innbyggjarane. Ein skulle igjen sjå til den private marknaden og tilpasse tenestene til brukarane som kundar med større valfriheit og ei marknadsbasert fordeling av offentlege tenester (Øgård, 2014).

Endring av det offentlege Noreg vart gjenstand for debattar i fleire retningar, og det var mange argument både for og mot denne styringslogikken.

Nokre av hovudlinjene i debattane, handla om kva som var mest riktig i offentleg forvaltning, generalistleiging eller profesjonsleiging. Fokus på resultat framfor fag vart eit sentralt element og det var bekymring for at tenestetilbodet vart svekka av denne løysinga. Målstyring vart

også sett på som vanskeleg i offentleg forvaltning, og at i det offentlege ikkje er mogleg å framskaffe målbare målsetningar. Ei bekymring vart også at i staden for å samarbeide med andre instansar så vart fokuset meir snudd i retning av å forfølge egne mål og kunne skape samordningsproblem hos organisasjonar som burde jobbe saman til det beste for brukar.

Noko av den mest underbygde kritikken og som tilslutt dreide styringslogikken, er at den i liten grad har fanga opp den kompleksiteten som kjenneteiknar offentleg sektor.

«Resultatenhetstanken skapte autonome, men sjølvfokuserte einingar som forfulgte «egoistiske» målsettingar utan at totaliteten vart vurdert» (Baldersheim & Rose, 2014, p. 100).

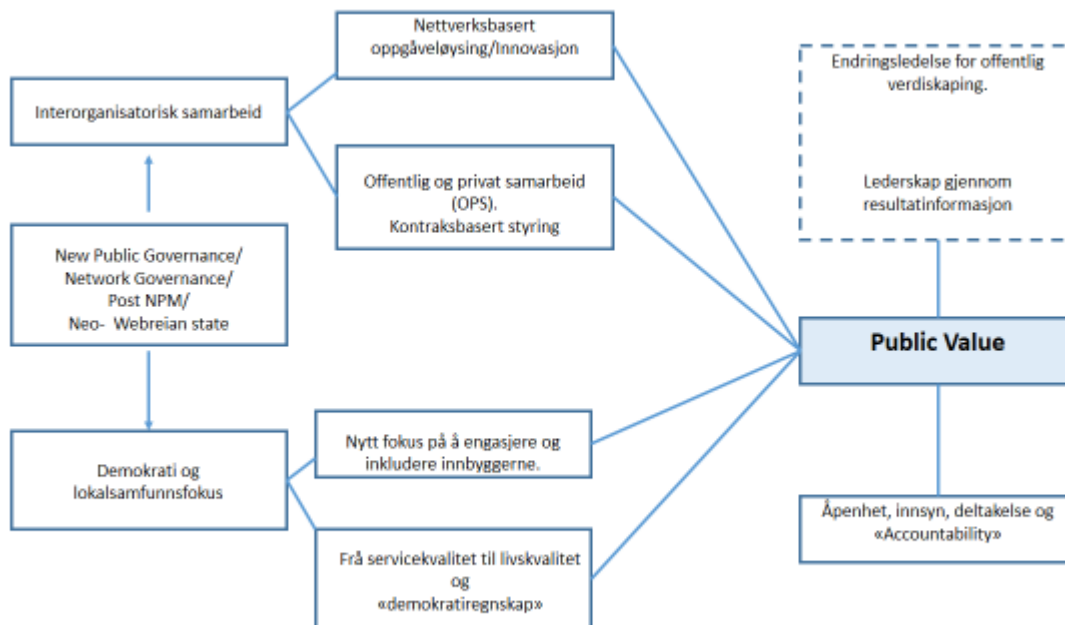
Som følgje av kritikken fekk ein ei reformdreining over på samstyring også kalla governance.

2.1.2 New Public Government

Øgård (2014), skisserer to hovudspor i dreinga frå NPM til NPG.

Som følgje av den auka fragmenteringa og kompleksitet kom New Public Government. NPG- eller samstyring på norsk, kan sjåast på som eit supplement til NPM. **Interorganisatorisk samarbeid** har auka fokus på forpliktande samarbeid mellom privat næringsliv, frivilligheit og det offentlege, og ei framheving av læring på tvers og partnerskap. Tankegongen er prega av dei utfordringane samfunnet står ovanfor i dag, førar til at ein er avhengig av samarbeid, utvikling og innovasjon på tvers for å kunne løyse samansette problem.

Fokuset dreia over til eit sterkare nedanfrå og opp tankesett framføre det meir overordna strategiske nettverkssyn (Øgård, 2014). **Demokratiteori** har eit auka fokus på innbyggjarane og den politiske viljen til involvering når offentleg politikk skal utformast, og iverksettast. Utviklinga og prosessane skal speglar ein transparent prosess ut mot demokratiet.



Utviklingspolitikens dynamikk innenfor rammen av New Public Governance.

Tabell 1: New Public Governance (Øgård, 2014, p. 102)

Ovanfor viser (Øgård) dei to hovudspora i NPG sin veg mot Public Value. Det handlar i stor grad om å spesifisere og konkretisere dei strategiske mål som ein til ei kvar tid ynskjer å oppnå. Dersom ein skal sjå dette i lys av samhandlingsreforma, så kan ein sei at hovudmålsettinga med helseteneste si utvikling og endring gjennom denne reforma handlar om opplevd kvalitet uavhengig av kvar ein befinn seg i systemet. System og rutinar skal sikre at informasjonsflyten skal følgje pasienten, og det skal i utgangspunktet ikkje ha betydning kvar pasienten befinn seg. Ein skal kunne stole på at tenestene er saumlause og sikrar rett behandling på rett nivå til riktig tid.

2.2 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma er ei styrings og retningsreform. Den demografiske utviklinga med aukande tal eldre gjorde det naudsynt å endre oppgåvefordelinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Meir ansvar vart ført over til primærhelsetenesta, og intensjonen var ei styrka samhandling mellom nivåa for å gje ei betre teneste til pasientane (St.meld.nr.47, 2008-2009). Ulike grep vart tatt for å gjere den samla helse og omsorgstenesta betre. Desse tiltaka skulle gje kommunane auka ansvar og redde samfunnets økonomiske bæreevne (St.Meld.47, 2008-2009).

Samstundes med Samhandlingsreforma som også er forankra i Lov om kommunale helse- og omsorgstenestar m.m. av 24. juni 2011, kom ei ny Folkehelselov (HOD, 2011b). Målet var at

kommunane skulle auke fokuset på førebygging og sette inn tiltak for å betre innbyggjarane si helse. Ein skulle tenke folkehelse i all kommunal planlegging, samstundes som helse og omsorgstenesta skulle organiserast på ein berekraftig måte.

2.2.1 Helse og omsorgstenestelova

Helse og omsorgstenestelova, eller *lov om kommunale helse-og omsorgstenester m.m av 24.juni 2011*. Er lovverket som forpliktar kommunane til å tilby innbyggjarane helse og omsorgstenester og eit av fleire verkemiddel for å realisere og understøtte måla i samhandlingsreforma. Lova legg opp til auka satsing på førebyggjande verksemd i kommunane, og dempa bruk av spesialisthelsetenester ved at tenestene framover skal byggast på lågast mogleg omsorgsnivå men med like god eller betre kvalitet, meir kostnadseffektivt og med fokus på heilheit og koordinerte tenester. Lovverket har med andre ord som føremål å gje kommunane eit meir heilheitleg og koordinerande ansvar, men med rom for lokale tilpassingar i tråd med behov lokalt (HOD, 2011a).

2.2.2 Folkehelselova

Folkehelselova, eller lov om folkehelsearbeid frå 2012, har som hovudmålsetting å fremme folkehelse samt utjamne sosiale helseskilnader gjennom samfunnsutvikling. Denne lova tvingar fram eit samarbeid på tvers av sektorar og skal bidra til å flytte fokus frå å være eit helsefagleg kommunalt fokus, til også å gjelde andre sektorar og forvaltningsnivå. Stat, fylkeskommune og kommunar skal i samarbeid og på tvers av sektorar sikre dette arbeidet. Det set krav til omfattande politisk forankring for å sikre berekraftig utvikling i samfunnet (HOD, 2011b). Lovverket vart endra i 2019, og som følge av lovverket og arbeidet med samhandlingsreforma vart reforma «leve heile livet» lansert.

2.2.3 «Leve hele livet» en kvalitetsreform for eldre

Regjeringa (2017-2018) lanserte reforma «leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre». Her vert kvalitet i behandling av eldre sett på dagsorden i kommunane. Reforma tek føre seg fem innsatsområder, eit aldersvenleg Noreg, aktivitet og fellesskap, mat og måltid, helsehjelp og samanheng i tenestene. Hovudmålsetting er å betre kvaliteten på tenestene til eldre, i denne samanheng vel eg å sjå på innsatsområde som omhandlar samanheng i tenestene.

Eit av desse hovudområda i reforma er betre samanheng i tenestene, der målsettinga er å gje eldre auka tryggleik og forutsigbarheit gjennom pasientforløp og overgangar mellom eigen heim, sjukehus og sjukeheim. Gjennom dialogmøter har regjeringa fått tilbakemeldingar på at det er for mange brot, og krevjande overgangar mellom tenestetilboda i kommunen, og for lite

kontinuitet og tryggleik i overgangane mellom tenestenivåa (Regjeringa, 2017-2018, pp. 24-25). Dette viser at regjeringa har sett sitt ansvar, og at dei no iversetter tiltak for å sikre at forvaltninga utfører sine oppgåver i tråd med dei planar og vedtak som dei tidlegare har fatta.

2.2.4 Nasjonal helse og sjukehusplan 2021-2023

Nasjonal helse og sjukehusplan er eit dokument som tidlegare har vore rekna som sjukehusa sitt styringsdokument. Denne planen vert revidert kvart tredje år, og planen som vart lansert i 2019, og som skal gjelde frå 2021 har tatt med seg moment frå leve heile livet, men har også tatt innover seg dei aspekt ved samhandlingsreforma der ein tidlegare ikkje har lukkast.

Nasjonal helse og sjukehusplan er difor lansert som ein plan for heile helse og omsorgstenestene, ikkje berre spesialisthelsetenesta.

Målsetting med nasjonal helse og sjukehusplan er å realisere pasientens helseteneste. Med dette meinast at pasientane skal være aktive deltakarar i eigne tenester, og opplev samanheng i tenestene på ein slik måte at dei sjølve ikkje merkar kven som er tenesteytar. Dei skal oppleve ein heilheit uavhengig av kvar dei er seg i systemet. Spesialisthelsetenester skal gjevast i større grad der pasienten bur, og kommune og spesialisthelsetenestene skal bygge opp fellesskap og samarbeid på ein slik måte at ein vert partnerar framfor partar (Meld.nr7, 2019). Totalt har ein planlagt 19 slike helsefellesskap i Noreg, og arbeidet med å danne desse startar i 2020.

Endringane i helse og omsorgssektoren skjer fortløpande, som studien min syner. I neste kapittel vil eg difor sjå på organisering av tenestene i Norden, dette for å kunne dra parallellar mellom landa og sjå korleis ein påverkar kvarandre med organisering av tenester.

2.3 Helse og omsorgstenester i dei nordiske landa

I dette kapittelet vil eg først syne likheiter og ulikheiter mellom Noreg og andre nordiske land si organisering av helse og omsorgstenester. Deretter vil eg syne korleis samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta har endra seg og skapt endring dei siste åra.

Ved å sjå til andre nordiske land, så ser ein mange av dei same utfordringane som ein ser i Noreg. Grimsmo and Magnussen (2015), viser til at nokre sentrale utfordringar er like.

Innsatsområda vert difor endringar for å unngå organisatorisk fragmenterte primærhelsetenester, sikre meir førebygging og at kostandane vert bærekraftige på lang sikt. Den demografiske utfordringa med auka tal eldre har vore ei av årsakene med å sette i verk slike reformer, og er ei problemstilling som alle land har felles. Det er også ei lik oppfatning

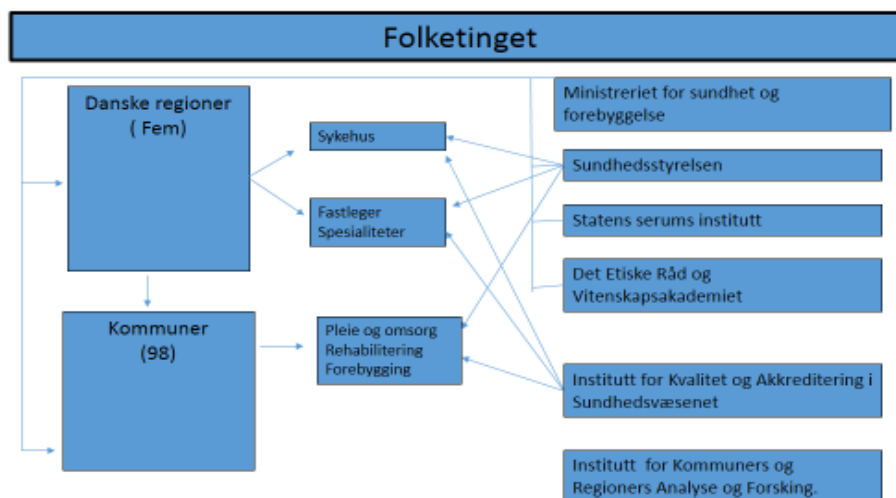
av at man skal ha same tilgong på helsetenester for alle innbyggjarane i landet, uavhengig av demografiske eller geografiske utfordringar (Grimsmo & Magnussen, 2015).

Val av strategi for å sikre dette er derimot ulikt i kvart enkelt land, og kan i ulik grad skuldast organisering og finansiering av tenestene.

2.3.1 Danmark.

I 2007 innførte Danmark si store helsereform, kommunereforma. Dette var ei strukturreform som omhandla både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta (Grimsmo & Magnussen, 2015).

Av alle land i Norden, er det den danske helsetenesta som er mest lik på den norske. Noreg har difor i høg grad nytta erfaringar og idear frå Danmark under planlegging og gjennomføring av samhandlingsreforma. Organiseringa av helsetenestene i Danmark etter 2007 er underlagt folketinget, og deretter inndelt i fem regionar og totalt 98 kommunar. Regionråda er samansett av folkevalde, og består av totalt 17 medlemmar.



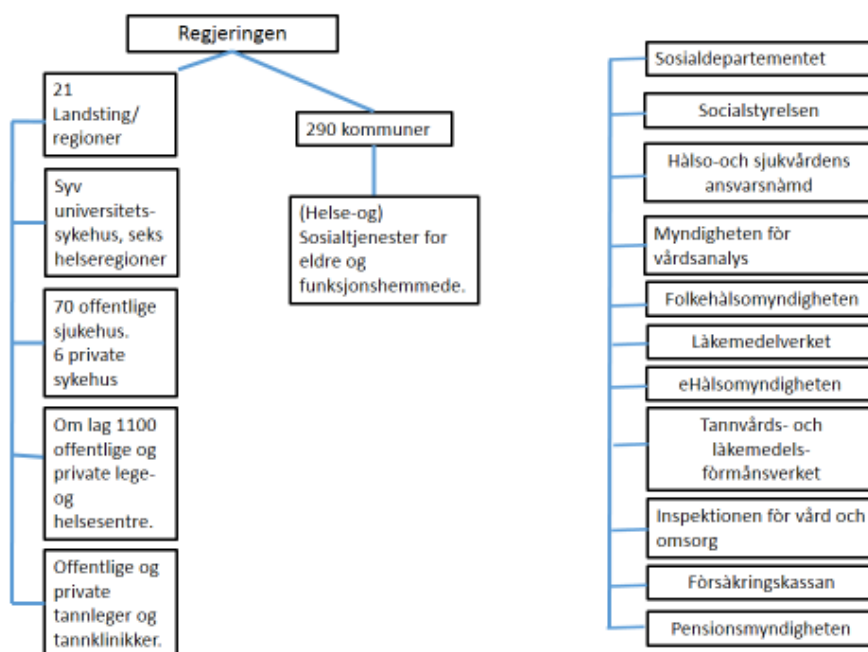
Figur 2: Organisering av helse og omsorgstenester Danmark, (Grimsmo & Magnussen, 2015, p. 7)

Fordeling av ansvar og oppgåver blir avtalt i sentrale forhandlingar og ikkje med kvar enkelt kommune som før kommunereforma. Det er herifrå Noreg har henta ideane med samarbeidsavtalar (samhandlingsavtalar) og oppbygging av intermediaæravdelingar i kommunane for å sikre pasientar som er utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta ein plass i kommunen. I Danmark har ein derimot sikra brukarane med store og samansette behov, ved å

innføre lokale avtaler med regionane, kan dei få inntil 5-7 dagar for planlegging før heimkomst (Grimsmo & Magnussen, 2015, p. 9).

2.3.2 Sverige

I Sverige er organisering av helsetenestene lagt til 21 landsting, herunder både spesialisthelsetenestene og primærhelsetenestene. Helse og omsorgstenestene i Sverige har dei siste åra vore prega av fleire nasjonale reformer. I 1992 starta dei reformering av eldreomsorga, Ädel-reformen. Reformering av eldreomsorga bestod av desentralisering av oppgåver til kommunane frå landstinget, med ei hovudmålsetting om å «avmedisinere» tenestene. Eit av verkemidla dei brukte for å få kommunane til å ta sitt ansvar, var å innføre betalingsplikt for kommunane for pasientar som måtte vente på eit kommunalt tilbod. Undervegs har Sverige hatt behov for å omorganisere tenestene som følge av reforma, og regelverket kring utskriving frå sjukehus er revidert. Økonomisk er Sverige eit av dei landa som brukar mest både i årsverk og utgifter i helsetenestene.



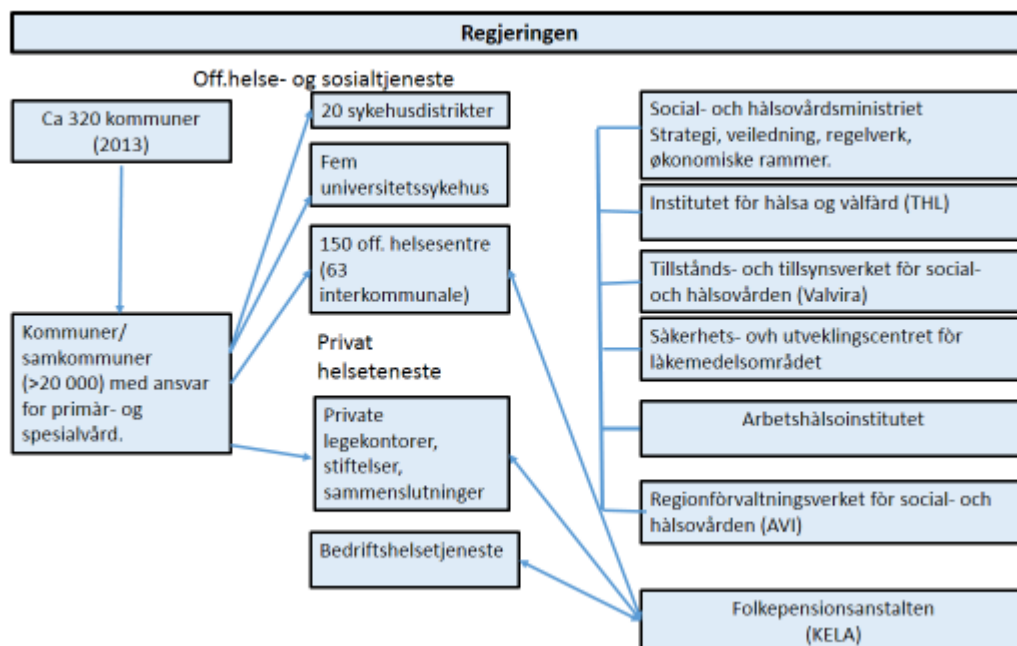
Figur 3: Organisering av helse og omsorgstenester Sverige, (Grimsmo & Magnussen, 2015, p. 22)

Reformeringa av helsetenestene i Sverige forsette også i åra etter Ädel-reforma. I 2010 innførte dei ventelistegaranti på sjukehus, og har hatt fokus på betre samhandling innan psykiatri og eldre tenester. I 2013 kom Sverige sitt svar på samhandlingsreforma slik vi kjenner den i Noreg, då som eit direktiv og difor ikkje bindande for regionane og landstingene slik eit lovverk ville vore. Hovudfokus i dette direktivet handlar om samhandling rundt dei sjukaste eldre. Direktivet vart fulgt opp med eit lovforslag i 2015 «Trygg og effektiv

utskrivning frå sjukehus». Økonomiske insentiv vert nytta som verkemiddel, men då tre til fem dagar etter meldt utskrivingsklar, og betalingsplikta for kommunane trer ikkje i verk før det føreligg ein felles plan for oppfølging av pasientar med behov for pleie og omsorgstenester (Grimsmo & Magnussen, 2015, pp. 21-23).

2.3.3 Finland

Finland er eit av dei nordiske landa med mest desentraliserte helsetenester. Kommunane har ansvaret for både spesialisthelsetenestene og primærhelsetenestene, og utformer desse i stor fridom og aleine. Spesialisthelsetenesta er delt i 20 sjukehusdistrikt men vert både finansiert og styrt av kommunane. Til tross for at kommunane eig og driftar sjukehusa, så har spesialisthelsetenesta eit dominerande innflytelse på lik linje med kva ein opplev i Noreg. Kommunane er forplikta til å tilhøyre eit av sjukehusdistrikta, og har eit felles talerør inn mot spesialisthelsetenesta gjennom kommuneforbundet (KT) likt KS i Noreg.



Figur 4: Organisering av helse og omsorgstenester Finland, (Grimsmo & Magnussen, 2015, p. 15)

Primærhelsetenesta i Finland er bygd opp gjennom store og robuste helsesentre, desse er tverrfagleg oppbygd og yt tenester som helseundersøkingar, allmennlegetenester, helsestasjonstenester, tannhelsetenester med meir. Det er store ulikheiter i størrelse og form på desse helsesentra. Det er stort fokus på tverrfaglegheit og mykje av førstehandskontakten med brukarane er lagt til sjukepleiar der ein silar pasientane vidare til rett nivå (Grimsmo & Magnussen, 2015, pp. 14-16).

Dei siste åra har tenestene i Finland endra seg i den grad at primærhelsetenesta er meir samansett enn andre nordiske land. Det er ei tydeligare privatisering og om lag ein fjerdedel av helsetenestene vert ytt av private (Grimsmo & Magnussen, 2015).

2.3.4 Noreg

Noreg har på lik linje med Danmark, Sverige og Finland endra sin modell for tenesteyting gjennom reformer. Mykje er likt, men det er fortsatt slik i Noreg at tenestene er delt i to store siloar, kommunale helsetenester, og statlege helsetenester. Mange vil sei at mykje av utfordringane knytt til samhandling ligg her. Den verkeleg store endringa knytt til helsetenesteproduksjon kom med samhandlingsreforma, der ansvaret for ein stor del av behandlinga vart overført frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

I Noreg tok ein i bruk ei rekke verkemiddel for å sikre at reforma vart implementert i tenestane. Eit av dei verkemidla var lovpålagte samarbeidsavtalar mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, nettopp for å sikre god samhandling og dialog rundt pasientane. Samstundes vart det innført økonomiske insentiv (St.meld. nr.47, 2008-2009). Den nye Helse- og omsorgstenestelova (HOD, 2011a). §11-4, gjev eit kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasientar. Sverige og Danmark har same insentivordning, men her har ein sterkare vekt på fagleg skjønn med omsyn til pasientane sin totale helsetilstand. Og ein ser på det samla behovet for å auke opp kommunale tenestar (Grimsmo, Kirchhoff, & Aarseth, 2015). I Norge er det behandlingsansvarleg lege på sjukehuset som definerer når pasienten er utskrivingsklar.

2.4 Nasjonale rapportar

Samla sett er det gjort mykje forskning og undersøkingar rundt samhandling og på iverksettinga av reforma sidan 2012. I 2016 kom det ut ein omfattande rapport som var ei oppsummering av følgjeforskning rundt reforma. Nokre av forskingsartiklane er vist til i kapittel 1.4, men eg ynskjer her å summere opp dei viktigaste momenta samla sett frå evalueringa.

Det kom også ut ein rapport frå riksrevisjonen i 2016, denne vil eg også vise til i dette kapitlet for å syne kva utfordringar ein fortsatt har føre seg i arbeidet med implementeringa av samhandlingsreforma.

2.4.1 Evaluering av samhandlingsreforma

Evalueringa av samhandlingsreforma er tufta på totalt seks evalueringsprosjekt frå 2012-2015. Det er Norges forskingsråd som har igongsett evalueringa på bestilling frå Helse og Omsorgsdepartementet (HOD).

Som eit ledd i iverksetting av samhandlingsreforma vart alle føretak og kommunar lovpålagt gjennom helse og omsorgstenestelova, å skape felles samarbeidsavtalar. Alle føretaksområda laga samhandlingsstrukturar saman med dei kommunane som var i eige opptaksområde. Det viste seg under evalueringa at avtaleforhandlingane var prega av asymmetriske maktforhold og interessekonfliktar (*Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, p. 23). Dei føretaksområda der kommunane og sjukehusa hadde ein samarbeidskultur frå før, så bar samarbeidet meir preg av tillit. Det var krav om godkjenning på øvste politiske nivå i kommunane, og det var lite involvering frå det politiske miljøet i utforminga av avtaleverket, men det var engasjement under den politiske behandlinga. Til tross for at det var lagt opp til lokal tilpassing av avtalane, så opplevde ein i liten grad at kommunane nytta seg av dette. Den delavtala som ber preg av størst ulikheit mellom føretaka, er delavtalen om inn og utskrivning av pasientar. Det er også dette som skapar størst ueinigheit mellom føretak og kommunar. Det er i dei kommunar og føretak med mest detaljerte avtalar kring inn og utskrivning det oppstår mest konfliktar. Sidan det er dette punktet som medfører betalingsplikt, så er det truleg å forvente. Kommunane opplev lite vilje frå føretaket til å sette seg inn i dei kommunale helsetilboda. Dette syner evalueringa kan medverke til at sjukehusa forskutterar kva teneste kommunane skal yte når pasientane vert utskrivne (*Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, p. 24). Funna syner ei endring av liggetida i sjukehus, og pasientforløp som har endra seg gjennom høgare produktivitet i sjukehus. Re-innleggingane går opp og ein ser at dei pasientane som skal ha kommunale teneste etter utskrivning frå sjukehus kjem tidlegare ut enn dei som ikkje skal ha teneste frå kommunane. Eg forstår dette slik at dei pasientane som i utgangspunktet er sjukast, kjem raskare heim enn før, det er også denne gruppa som står i høgst fare for re-innleggingar dei fyrste 30 dagar etter utskrivning (*Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, p. 26). Forskinga syner at det truleg er sjukehuset som har størst innflytelse. Dei definerer når pasienten skal skrivas ut og dei fakturerer kommunen om dei ikkje tek imot pasienten første utskrivingsklare dag. Dersom det syner å ha ei positiv effekt på pasientane si helse å verte liggande på sjukehus etter meldt utskrivingsklar, så er kortare tid til utskrivning eit insitament som kommunane nyttar.

Fleire prosjekt vart iverksett etter innføring av samhandlingsreforma for å sikre heilheitlege pasientforløp. Det som karakterisera desse er at dei i stor grad var diagnosespesifikke forløp. Desse har lukkast i liten grad, og det vert påpeika at pasientar som vert utskrivne til kommunane i om lag 90 % av tilfella har multisjukdom. Det betyr at forløp basert på diagnose vert uhandterbart for kommunane med tanke på at pasientane med behov for kommunale pleie og omsorgstenester har mange diagnoser. Det viser seg at forløpet mellom heim-sjukehus-heim er blitt meir fragmentert, og truleg tek lenger tid enn før 2012. Fleire typar intermediære einingar er skapt som følge av reforma, det fører til fleire mellomstasjonar for pasientane. Dette er i strid med intensjonen med reforma, som var meir koordinerte og heilskaplege pasientforløp. Evalueringa peikar også på mengdene av dokumentasjon som kravst når ein pasient vert flytta mellom dei ulike nivåa. Dette har skapt meir byråkrati på alle nivå. Kanskje spesielt i primærhelsetenesta som no skal ta raskt i mot, men også flytte fleire pasientar gjennom ulike avdelingar i kommunen (Evaluering av samhandlingsreformen, 2016, p. 30).

«intermediæravdelingar og interkommunale døgntilbod for øyeblikkelig hjelp har ført til at pasientane kan få eit meir oppstykket forløp med mellomopphold før og etter sjukehusinnlegging, altså motsett av det som var intensjonen med samhandlingsreformen» (Evaluering av samhandlingsreformen, 2016, p. 30).

Ulike andre studiar finn at re- innleggingar skjer hyppig, men at det er store variasjonar mellom både kommunar og sjukehus (Kristoffersen, Hansen, Lindman, Tomic, & Helgeland, 2016). Eg vil i neste kapittel syne dei viktigaste funna frå riksrevisjonen sin undersøking kring re-innlegging i sjukehus etter reforma.

2.4.2 Kvalitetsindikatoren 30 dagar reinnlegging

Folkehelseinstituttet gjer årlege berekningar av den nasjonale kvalitetsindikatoren.

«Risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter (≥ 67 år) innen 30 dagar etter utskrivning fra sykehus (2-6)» (Folkehelseinstituttet, 2017).

Tala er basert på KOSTRA⁵- grupper, og indikatorane er ein del av kvalitetsindikatorsystemet frå Helsedirektoratet. I denne undersøkinga såg ein på diagnosespesifikke grupper. Totalt 11 ulike diagnosegrupper er vurdert. Folkehelseinstituttet (2017), syner imidlertid at det har vore ein signifikant total auke i re-innleggingar frå 2016 til 2017. Det er relativt store ulikheter

⁵ KOSTRA: Kommune- stat- rapportering. Inneheld styringsinformasjon kring prioriteringar, ressursinnsats og måloppnåing i kommunane (ssb.no).

mellom helseføretaka i kor høg sansynlegheit det er for re-innleggingar. Det er også store variasjonar imellom helseføretaka når det gjeld ulike diagnosar og re-innleggingar. Funna syner store variasjonar i dei ulike kommunane samt innanføre dei ulike diagnosegruppene. Årsaken til auka tal re- innlegging er vanskeleg å forklare gjennom nokre få indikatorar. Men det kan tenkast at auka kompetansekrav i kommunane i enkelte tilfelle gjer at kommunen ikkje er i stand til å yte den helsehjelpa som kravst, og at det fører til re-innlegging (Folkehelseinstituttet, 2017).

2.4.3 Riksrevisjonens undersøking 2016

Riksrevisjonen har gjennomført ei undersøking for å sjå i kva grad samhandlingsreforma har nådd dei helsepolitiske måla om betre kvalitet og ressursutnytting i helse og omsorgstenestene (Riksrevisjonen, 2016). I denne undersøkinga fann dei at kommunane har tatt over pasientar som tidlegare låg ferdigbehandla i sjukehus. Det fins lite informasjon om kvaliteten på tenestene etter utskrivning til kommunane. Samarbeidet på tvers av forvaltingsnivåa er ikkje godt nok, og kommunane har i liten grad auka sin kompetanse og kapasitet etter innføring av reforma (Riksrevisjonen, 2016, p. 8).

«Riksrevisjonens undersøkelse viser at sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen om bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på helsetjenestene ikke er på plass.»(Riksrevisjonen, 2016, p. 14).

2.3.2 Samhandling mellom kommunar og sjukehus

Ei omfattande undersøking gjort i 2019-2020 syner ei gjensidig einigheit mellom spesialist og kommunehelsetenesta over kva retning samarbeidet bør ha. Denne retninga handlar om å la folk flest bu heime så lenge som mogleg, og få spesialisert behandling i sjukehus for deretter å få sine tenester i kommunane. Det syner også ei einigheit om behov for meir ressursar hos begge partar for å kunne utøve sine tenesteoppgåver i tråd med dagens standard (Rohde, 2020). Rapporten syner eit felles behov for kommunikasjon og betre løysingar mellom nivåa i helsetenestene. Det vert også spesifisert eit behov for meir kunnskap og forståing for kvarandre sine muligheiter og kompetanse.

Utfordringar som kjem tydelig fram frå informantane i studien er problem knytt til varslings tid ved utskrivning frå sjukehus, manglar som epikrise, medikamentlister og naudsynt utsyr som ikkje er på plass er gjengongarar. Det syner også at sjukehuset gjev lovnad om kva hjelp som skal ytast frå kommunale tenester, og at behovet for at sjukehuset skal gje meir fagleg bistand enn dei gjer i dag er tilstade. Ei utfordring frå kommunal side er samarbeidet mellom fastlegar

og kommunale helse og omsorgstenester, i tillegg ser ein store vanskar med å rekruttere fastlegar og behalde dei i kommunane (Rohde, 2020). Framtida syner behov og forventning om at spesialisthelsetenester i større grad skal ytast der pasientane bur, og spesialisthelsetenestene førebur seg på dette.

2.5 Relevans for dagens praksis i Noreg

I tidlegare kapittel har eg vist til dei endringane samfunnet har stått ovanfor dei siste åra, og kva desse endringane har hatt å bety for at vi enda ut med ei reform som omhandlar samhandling og koordinering mellom stat og kommune.

Riksrevisjonen (2016) la fram sin rapport om ressursutnytting og kvalitet i helsetenestene etter samhandlingsreforma. Der kjem det fram som hovudfunn at kommunane i stor grad tek i mot pasientane frå sjukehus same dag som dei vert meldt utskrivingsklare. På same tid viser rapporten at det føreligg lite kunnskap om kvaliteten på tenestene etter utskriving. Den syner også at samarbeid om pasientane med behov for tenester både frå spesialist og primærhelsetenesta ikkje er god nok. Kommunane har i liten grad bygd opp og auka kapasiteten til å handtere sjukare pasientar til tross for at ein større del av pasientforløpa skal føregå der, og det er i liten grad styrka kompetansen for å gjere denne jobben (Riksrevisjonen, 2016, p. 8).

I sluttrapporten til arbeidsgruppa nedsett for å evaluere samhandlingsreforma, er det skissert opp kva framtidige forskings emne som er interessant å sjå nærare på.

Anbefalinga seier mellom anna følgande:

«Etter styringsgruppens vurdering vil det være viktig å satse på vidare forskning også på et meir generelt og overordnet nivå på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene (vertikalt) og samhandlingen mellom de ulike typene tjenester og faglige kompetanseområder som må involveres (horisontalt) for å sikre gode og helhetlige pasientforløp»(Evaluering av samhandlingsreformen, 2016, p. 56)

Evalueringa peika på behov for å styrke pasientregistrene når det kjem til kommunale helse- og omsorgstenester, kvar hamnar pasientane når dei vert utskrivne frå sjukehus. Dette for å sjå kva effektar ein får ut av dei ulike tenestenivåa. Pr, dags dato er ikkje dette mogleg, men med dei nye registerdata kommunalt pasient register (KPR)⁶ vil ein kunne måle pasientforløpa

⁶ KPR: Kommunalt pasientregister inneheld informasjon om dei som har søkt om, mottek eller har motteke helse og omsorgstenester I kommunen (Helsedirektoratet.no).

også i kommunane i framtida. Ved å kople data opp mot sjukehusregistrene vil ein sjå i kva grad ein når måla med meir koordinerte og heilheitlege pasientforløp (*Evaluering av samhandlingsreforma*, 2016). Dersom ein hadde hatt slike moglegheiter for å måle pasientforløp i kommunane før innføring av samhandlingsreforma så hadde det kanskje vore lettare å måle i kva grad pasientforløpa som ein heilheit hadde vorte kortare eller lengre når kommunane fekk større ansvar.

Ein ser ulikheitlar i kva grad kommunar som er tilsynelatande like i størrelse og demografi møter reforma sine insentiv mellom anna med å ta i mot pasientar fyrste utskrivingsklare dag. Er tenestene som kommunane tilbyr like gode eller betre enn det tilbodet ein tidlegare fekk i sjukehus, når kommunane vert styrt av økonomiske insentiv for å ta i mot sjukare pasientar. Kva skjer då med pasientforløpet internt i kommunane. Kan ein sjå om fag eller økonomi styrar om ein kommune vel å ta i mot eller ikkje ta i mot utskrivingsklare pasientar.

For å belyse kvifor kommunane vel å løyse sine oppgåver slik dei gjer vil eg i neste kapittel ta føre meg det teoretiske rammeverket eg vil bruke: institusjonell teori og organisasjonsteori, om kommunane som komplekse organisasjonar, teori om endring og til slutt ansvarsbegrepet «accountability».

3.0 Teoretisk rammeverk

For å kunne belyse endringane i tenesteproduksjonen på kommunal side, og kva dette har hatt å sei for pasientforløpa etter innføring av samhandlingsreforma har eg valt ut teori som kan belyse kommunane sine val. Kommunane eg har valt å studere er tilsynelatande like både i organisering, struktur, storleik og demografisk utvikling. For å forstå kommunane og kvifor dei tek ulike val kring organisering vil eg nytte teori om organisasjonar, og i drøftinga sjå denne kunnskapen opp mot dei funna som kjem fram under intervju med kommunane. Eg vil sjå organisasjonsteori og kommunane som komplekse organisasjonar saman med teori om endring i organisasjonar for å belyse kva val av endringsstrategi har å bety for korleis dei har endra sine tenester i tråd med sentrale føringar. Pasientforløpa i kommunen har endra seg, for å belyse dette så vil eg nytte teori om «accountability».

3.1 Institusjonell teori

Som vist i kapittel to, så har kommunane nokre statlege styringsdokument som sei noko om kva politikk som til ei kvar tid er gjeldande. For å forstå kommunane som ein organisasjon vil eg i dette kapitlet først sei noko om institusjonell teori, for deretter belyse korleis det politiske systemet er bygt opp i den norske velferdsstaten, og tilslutt sei noko om teoriane rundt styringsmekanismane slik dei fungerer i dag.

Institusjonar kan ein sjå som samla sett av ulike sosiale praksisar. Desse vert regulert av normer, verdiar, tankemønster og reglar over kva som er forventna åtferd (Bukve, 2012, p. 37). Scott (2003), viser til at institusjonelle element endrar seg gjennom tre typar pilarar eller søyler. Han definerar institusjonar på følgande måte:

«Institutions are social structures that have attained a high degree of resilience. They are composed of cultural- cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life» (Scott, 2003, p. 880).

Han kjenneteiknar at kvar enkel pilar eller søyle bidreg inn for å skape stabilitet i samfunnet. Regulative pilar er dei sett av lover og reglar vi til ei kvar tid omgjev oss med. Normative pilar er dei forventningane vi har til samfunnet medan dei kulturelle og kognitive pilar handlar om vår felles oppfatning av dei sosiale system vi omgjev oss med (Scott, 2003). Kvar av desse pilarane held på ulike måte ein form for orden, og motivasjon for samsvar, logikk for handling, indikator for tidlegare handlingar og på denne måten ei form for legitimitet. Dei tre søylene vert sett inn i fire ulike måtar å forstå samfunnet på. **Symbolske system**, kan ein sei

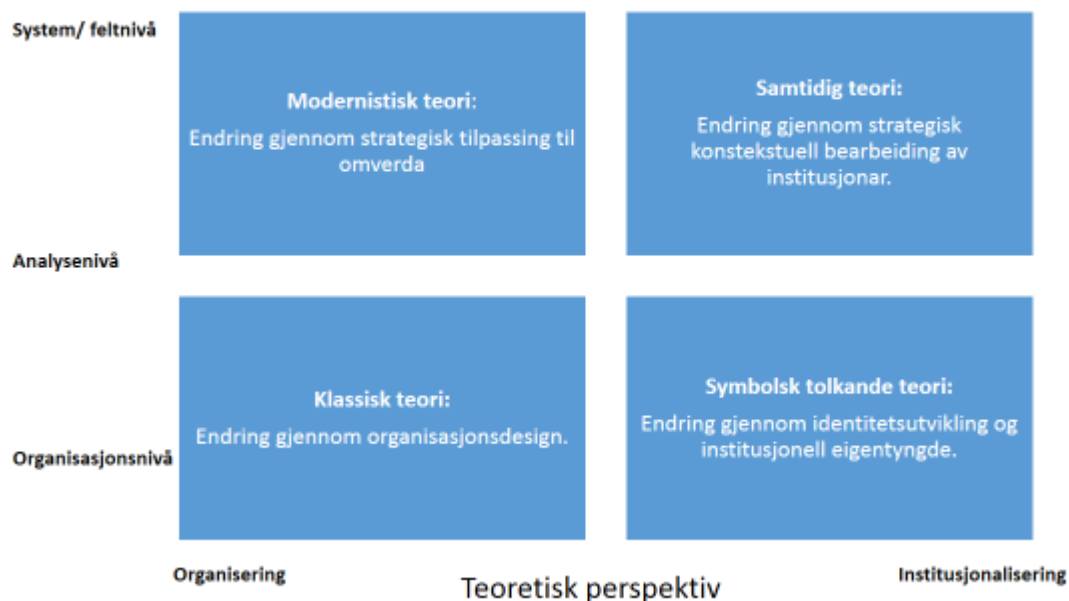
er det same som grunnlaget for press. Altså sett i eit regulativt perspektiv vil det være lovgjevnaden, i eit normativt perspektiv er dette dei verdiar og forventningar vi har til samfunnet. Ser ein dette i den kognitive og kulturelle perspektivet så handlar det i stor grad om det vi alle tek for gitt, altså dei oppfatningane vi har over kva som skal gjerast (Scott, 2003). **Dei relasjonelle system**, kan forstås som interorganisatoriske koplingar, eller grunnlaget for tilpassing. Sett i eit regulativt system vil dette være det politiske og statlege føringar eller tvang, i eit normativt system vil dette forstås som sosial forplikting medan i det kognitive eller kulturelle systemet vil det være eit ynskje om å etterlikne (Scott, 2003). **Det rutineprega systemet** handlar om grunnlag for legitimitet. Der vil det i eit regulativt perspektiv handle om protokollar og ulike standardar altså ei form for formell godkjenning, i eit normativt perspektiv vil dette sei lydighet til forpliktingar, rolle eller kva som er moralsk akseptert. I det kognitive eller kulturelle handlar dette om at ein gjer det som er forventa, og oppfatta som riktig (Scott, 2003). **System bygt på artefakter** vil sei den materielle kulturen skapt av menneske for å utøve dei ulike oppgåvene ein skal løyse. Sett i eit regulativt system kan byråkratiet være eit døme. Sett i eit normativt system kan dette være nettverka medan i eit kognitivt eller kulturelt perspektiv vil dette være organisasjonsoppskrifter til dømes New Public Management (Scott, 2003).

Demokratiet i Noreg er bygt opp på at dei som styrer har mandat frå folket, og det er slik dei opprettheld sin legitimitet i befolkninga (Bukve, 2012, pp. 182, 183). Velferdsstaten har vokse fram under ulike politiske strategiar i alle industrielle land. Kjernen i velferdsstaten handlar om det offentlege sitt ansvar for helse og omsorg, og for inntektssikring som gjer at ein vert i stand til å halde på velferdssystema som ein bygg opp (Kuhle, 2011, pp. 15,19). Grunnleggande verdiar som vi legg i velferdsstaten Noreg er difor sosial og økonomisk tryggleik og likheitsprinsippet.

Det er ulike meiningar kring i kva grad det lokalpolitiske miljøet ute i kommunane har moglegheit til å drive lokalpolitikk kontra vert lokale styresmakter som iverksett nasjonale styringssignal. Kva som er fasiten på dette vil være umogleg å beskrive, og det kan tenkast at dette vil være ulikt knytt til kven som sit med makta nasjonalt. Nokre er opptekne av det kommunale sjølvstyret som styringsprinsipp, medan andre ynskjer det motsette og ser på dei lokalpolitiske miljøa som iverksettarar av sentral politikk (Bukve, 2012, pp. 188, 189).

3.1.1 kommunane som komplekse organisasjonar

Bukve (2014) beskriv kommunane som iverksettarar av nasjonal politikk, og organisatorisk komplekse. Dei kan sjåast som ei samanknytning av einingar som både har ulike oppgåver og står i forhold til kvarandre. Dei er ein stor del av det samla offentlege styringssystemet, der ein må ta omsyn til ei rekke av andre aktørar i samfunnet. Der ein tidlegare i organisasjonsteori var mest oppteken av korleis den enkelte organisasjon fungerte, har ein no gått over til å sjå meir på samspelet i organisasjonane og korleis nettverket system og samspel påverkar organisasjonane og aktørane rundt. Korleis ein vel å tolke kommunane som organisasjon, kjem an på kva teoretiske perspektiv ein vektlegg. Ser ein på det formelle som reglar, rutinar og strategiske system som klassisk og modernistisk organisasjonsteori legg mest vekt på, eller har ein fokus på kva tankar, relasjonar og tenkemåtar som formar handling og endring i organisasjonane gjennom eit symbolsk og tolkande perspektiv.



Figur 5: Kommunane frå ulike teoretiske perspektiv

I tabellen over har Bukve (2014, p. 112) skissert opp dei ulike perspektiva. Eg vil kort forklare desse vidare.

Klassisk fortolkande, organisasjonen er eit verktøy for å nå eit mål. Formelle organisasjonar, strukturar og reglar er gjeldande og for å skape endringa så handlar det om å finne best tenlege måte å organisere seg på (Bukve, 2014). Denne tankegangen utvikla seg når forskarar fatta interesse for korleis organisasjonar klarte utvikle seg når konteksten rundt var i stadig

endring. Verda er eit system som er kjelde til tilpassingspress og uvisse. Fram kom den modernistiske tankegangen. **Modernistisk fortolkning** handlar om at det ikkje kan være ei organisasjonsform som er den rette, ein må stå i stilling til konteksten rundt. Ein måtte sjå organisasjonar som ein del av eit større system. Som eit utspring til dette lanserte modernistane ei strategisk perspektiv med kontekstuell bearbeiding av organisasjonane. **Symbolsk fortolkande** organisasjonsteori ser organisasjonar som sosiale konstruksjonar, mykje framvokst frå sosiologien. Organisasjonane vert difor bygd utifrå omgjevnadane og basert på våre roller, normer, verdiar, identitet og meiningar (Bukve, 2014, p. 113). Ei oppfatning innan denne organisasjonsteorien er at det er vanskeleg å skape endring via omorganisering av tenester, mykje knytt til etablerte haldningar og tankemønster vil overstyre formelle reglar og strukturar (Bukve, 2014, p. 113). **Samtidig teori** består av fleire moment frå begge leirar, eit fellestrekk for denne tankegangen er at dei er opptekne av korleis idear oppstår og dei vert pådrivarar i endringsarbeid. Ulike diskursar og institusjonelle logikkar er døme på dette (Bukve, 2014, p. 114).

3.1.2 Oppsummering institusjonell teori og korleis denne kan nyttast for å forstå tenestene utført i kommunal sektor

Den demografiske endringa som alt er i gang i kommunane med ein auke i tal eldre gjev eit sterkt press på institusjonsplassane i kommunane. Institusjonsopphald er ein kostnadskrevjande måte å gje tilbod til pleietrengane eldre. Det har ført til ei sterk satsing på heimetenester i kommunane for å møte utfordringane med auka tal eldre framover. Det fører til at kommunane ofte ikkje har kapasitet, det vil sei ledige institusjonsplasser, til å ta raskt imot utskrivingsklare pasientar. Å sjå på forskning opp mot kommunen som eit sosialt system kan vere nyttig for å forstå kvifor pasientløp kan bli meir fragmentert. Kommunane er svært komplekse organisasjonar som skal løyse mange ulike oppgåver (Bukve, 2014, p. 111). For å finne svar på korleis oppgåveforskyvinga mellom første og andrelinje tenesta påverkar pasientflyten vil det vere relevant å bruke teori om kommunane som ein kompleks organisasjon for å belyse dette.

Tanken med reforma var ikkje å skape meir fragmenterte tenester, men å lage ei berekraftig helseteneste. Bukve (2014), sin tabell med ulike analysenivå og teoretiske perspektiv vert brukt for å tolke empirien. Om det syner seg at fleire pasientar treng opphald i kommunal institusjon etter sjukehusinnlegging enn før reforma, kan desse perspektiva vere gode briller å ha på seg når eg skal finne svar på kvifor. Frå 2018 vert det innført kommunalt pasient register (KPR). Dette for at ein skal sjå kva tenester innbyggjarane får frå kommunane. Ein vil

også kunne måle kva omsorgsnivå pasientane har vore innom, og dermed finne data på tal korttidsopphald i ein kommune etter sjukehusopphald (Helsedirektoratet, 2018). Desse data vil kunne brukast som bakgrunn for drøftinga.

Bukve (2014) seier at ved ei planlagt organisasjonsendring kan ein oppleve andre endringar enn dei planlagte, på grunn av innarbeidde tankemønster. Endring er vanskeleg, og denne teorien kan belyse kvifor endringane kanskje ikkje vart slik ein hadde tenkt.

Forskingsspørsmål:

Korleis har kommunane organisert sine tenester etter innføringa av samhandlingsreforma, og kva konsekvensar har dette for korleis dei møtte føringane?

3.2 Endring i organisasjonar

Goodstein and Burke (1991), beskriv at organisasjonar har ein evne til å endre seg primært som følgje av press og forventningar frå utsida. Dei syner tre likeheitsprinsipp i kva utvendige faktorar som har betydning for om ein organisasjon skapar endring. Ein konkurrent bygg seg opp, og tek ein betydeleg del av organisasjonens markedsandel. Ein gamal kunde erverves av eit større konglomerat som dikterer nye salsordningar eller nye innovative løysingar tilbyr moglegheiter for meir kostnadseffektive løysingar. Dette kan ein sjå som reint marknadsorienterte endringsfaktorar, i tillegg syner dei til andre dømer på årsak til endring. Det kan være nye statlege direktiv, eller økonomiske og sosiale forhold som krev langsiktig endring i organisasjonen (Goodstein & Burke, 1991).

Kurt Lewin (1890-1947) vert sett på som grunnleggaren av sosialpsykologi, og var ein av dei fyrste som studerte gruppedynamikk og organisasjonsutvikling. Han lanserte på 1950 talet sin teori om endring. I utgangspunktet var dette ein teori som definerte sosiale institusjonar meir som ein balanse mellom dei ulike polane, for eller mot forandring. Han syner at organisasjonsendring kan oppstå i tre fasar; opptining, endring og nyttilfrysing. Eg skal gå gjennom desse i det fylgjande.

Opptiningsfasen er byrjinga, der organisasjonen vil oppleve ubalanse i den likevekta som fører til at ein opplev stabilitet. Her vil det være behov for at organisasjonen lokaliserer og utnyttar dei kreftene som motarbeider til sin fordel for å få denne opptininga i gong (Hatch, 2001). Vil skape endring hos den enkelte tilsette. Dette inneberer endring av deira evner, verdiar, haldningar og oppførsel. Dette vert presisert som det viktigaste i ein endringsprosess, knytt til at dei tilsette er det viktigaste instrumentet ein organisasjon har for å nå sine mål (Goodstein & Burke, 1991). Når opptininga er gjennomført, går ein over i **endringsfasen** som

handlar om å påverke organisasjonen inn i det handlingsmønstrer som ein ynskjer. I denne fasen endrar organisasjonen sine system, struktur og gjennom ulike strategiar fram til ein ser ein ny balanse mellom dei hemmande og drivande kreftene (Hatch, 2001). Til slutt går ein over i **nytilfrysingsfasen**, der vil ein oppleve nye åtferdsmønster, organisasjonskulturen vert endra. Dette kan være korleis dei tilsette er mot kvarandre, korleis konflikter vert handtert og korleis beslutningar vert tatt (Goodstein & Burke, 1991). For å belyse kva korleis endring skjer i kommunane er det også naudsynt å sjå på kva årsaker som ligg til behov for endring i ein organisasjon og kva endringsprosessane bring med seg. Vidare vil eg syne Jacobsen sine teoriar kring dette. Jacobsen (2019) definerer endring i organisasjonar slik.

«Endring har funnet sted når organisasjoner utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt»(Jacobsen, 2019, p. 373).

Organisasjonar som ikkje evnar å tilpasse seg krav, forventningar og ny teknologi kan truleg ikkje forvente å overleve over tid. Den verden som vi lever i endrar seg stadig og hyppig. Høg teknologisk utvikling, stadig aukande internasjonal konkurranse og raskare og friare flyt av varer gjer til at dei organisasjonar som ikkje har vilje til endring heller ikkje vil kunne konkurrere på sikt. Når ein studerer endring er det difor viktig å få innsikt i følgjande moment, forbetring og effektivisering av eksisterande produksjon. Med dette meinast med den teknologiske utviklinga ein har i samfunnet så føl det med ei digitalisering av samfunnet. Nye produksjonsmåtar automatisering og robotisering gjer at ein kan endre tenesteproduksjonen til å drifte meir effektivt, raskare og med mindre personalressursar enn tidlegare. **Innovasjon** eller nytenking som vi kallar det på norsk handlar om å være først ute med ei ny vare, teneste eller ein ny metode å løyse oppgåver på. Organisasjonar som klarar å drive innovasjon vil ha ein fordel framfor andre i konkurransar om pris og tenesteyting. **Legitimitet**, organisasjonar er under kontinuerleg press frå ulike hald når krav og forventningar i samfunnet endrar seg kring kva som er ein moderne organisasjon så er det naudsynt at organisasjonen endrar seg for å oppnå legitimitet som organisasjon eller tenesteytar. **Konflikt**, endringar kan og vil som hovudregel skape konflikt hos dei som meina det ikkje er naudsynt dette stiller krav til endringsprosessar der ein får med seg dei som skal utføre oppgåvene. Dette medfører stort sett alltid ein kostnad, og faren er at kostanden vert høgare enn nytten (Jacobsen, 2019). Endring av organisasjonar inneheld oftast følgjande forhold, endring av oppgåver, teknologi og strategi/mål. Strukturelle endringar i organisasjonane kan være korleis man kontrollerer eller styrer organisasjonane. Kulturelle endringar handlar om endringar av grunnleggande

normer, verdiar eller antakelsar. Likt for alle er at dei fører til at organisasjonen endrar sitt forhold til konteksten.

3.2.1 Oppsummering endringsteori og korleis denne kan nyttast for å forstå tenestene utført av kommunal sektor

Det er ulike typar endringar, den mest vanlege innan organisasjonar som kommunane er den planlagt eller den hierarkisk styrte endringar. Det er denne som vert fokus i denne oppgåva knytt til at det er kommunen som organisasjon eg ser på. Planlagt endring kjem oftast som følgje av at ein har ide om at ting kan gjerast betre, meir effektivt eller meir lønnsamt. Det handlar om å tilpasse organisasjonen i den konteksten den står i, dette er oftast knytt til strategisk leiing. Ein slik rasjonell beslutningsprosess går gjennom fire fasar. **Fase ein**, organisasjonen må forhalde seg til ei kontekstuell forandring. Dette kan til dømes være ei reform som kjem grunna endring i maktforhold sentralt der organisasjonen som følgje av dette påleggast nye oppgåver eller lover. **Fase to**, analyse av kva konsekvens dette vil få for framtidig tenesteproduksjon, sette seg målsettingar for korleis organisasjonen skal forhalde seg til endringane. **Fase 3**, analysere korleis ein skal nå dei målsettingar ein har sett. Tilpasse organisasjonen til å møte dei krav og forventningar som ligg i endringa. **Fase fire**, iverksette endringa ved hjelp av ulike metodar for iverksetting (Jacobsen, 2019, pp. 373,375).

Forskingsspørsmål:

Kva endring i kommunane har hatt betydning for ivaretaking av utskrivingsklare pasientar?

3.3 Accountability

I kva grad kommunane iverksett føringane i samhandlingsreforma, vil eg sjå på kva betydning plassering av ansvar i organisasjonen har. Eg vil ta føre meg teoriar om accountability, for å sjå dette opp i mot kva grad kommunane som organisasjon har eit ansvar, men også ansvar vidare nedover i organisasjonen. Accountability kan sjåast på som eit konsept som har tatt på seg nye nyansar av betydning som følgje av auka bruk dei siste tiår. Det har vore beskrive som eit kameleon ord som endrar seg utifrå kva kontekst ein nytta ordet i. Ordet kan difor bety ulike ting utifrå kven som nyttar det, og i kva kontekst (M. Bovens, Schillemans, & Goodin, 2014). Ein kan difor sjå accountability som eit moteord, skapt av moderne styresett eller governance som det også vert kalla (M. Bovens et al., 2014). Eg vil i framstillinga av accountability å nytte M. A. P. Bovens (2007) definisjon av begrepet:

« A relationship between an actor and a forum, in which the actor has an obligation to explain and to justify his or her conduct, the forum can pose questions and pass judgement, and the actor may face consequences. » (M. A. P. Bovens, 2007, p. 467).

Accountability kan skiljast frå ansvarsbegrepet i den grad at det ikkje handlar om individa og i kvar grad ein er ansvarleg for eins handlingar, men heller i kva grad systemet har rutinar og prosedyrar som sikrar at tenestestandarden er slik at systemet som heilheit fungerer (Mulgan, 2000). Når ein snakkar om accountability så kan ein difor sjå dette som handlingane sitt samsvar med prosedyrar, normer og reglar. Sidan accountability er eit begrep omtala av mange og det fins fleire former for accountability, vel eg å nytte meg av M. A. P. Bovens (2007) og Mulgan (2000) sine teoriar for å beskrive fenomenet.

Mulgan (2000) beskriv det politiske ansvaret som det offentlege sin rett og plikt til å forvalte felles ressursar til det beste for borgarane. Det politiske ansvaret ligg også i å legge føringar for administrasjonen for kva som skal gjerast. Så handlar ikkje dette berre om terminologien, men også institusjonell og administrativ politikk og i kva grad politisk styring skal handle om ekstern gransking og sanksjonar framfor andre metodar for å sikre etterleving av føringar og krav i eit samansett demokrati (Mulgan, 2000, p. 571). Det administrative ansvaret vert då å sikre utforming, iverksetting og forvaltning av ressursane som er naudsynt for å nå dei mål som er sett. Mulgan, deler inn begrepet accountability i retningar utover individets oppleving av å bli halde ansvarlig for ens handlingar. Offentleg ansvarlegheit refererer både til individet og eit individuelt ansvar eller bekymring for kva som forventast av offentlege tilsette.

Profesjonell og personleg ansvarlegheit kan også å være ein metode eller ein funksjon av den politiske eller overordna myndigheiter sin kontroll, og moglegheit for sanksjonar for å sikre at deira styringslogikkar vert fylgt. Med andre ord, administrasjonen har mynde til å styre utifrå kva det politiske miljøet har sett som føringar, men det ligg krav om at ein skal kunne begrunne, forklare og gje innsyn i kvifor det vart som det vart. Mulgan (2000) Beskriv det slik:

« In some respects, the issue of definition is not just about terminology but also about institutional and administrative policy, about the relative emphasis to be placed on external scrutiny and sanctions compared with other means of securing the compliance of officials in a complex democracy. Given the current potency of “accountability” as a political value, restricting it to its original meaning of external scrutiny is a mean of siding with finer and others in their resolute warning about the

dangers of elevating administrative discretion beyond the reach of political direction.” (Mulgan, 2000, p. 571).

Ei ny framtidig kommunerolle er eit sentralt mål i samhandlingsreforma, og det ein har jobba mot sidan 2012. Regjeringa skal vurdere kva oppgåver kommunane skal ha ansvar for slik at dei kan fylle ambisjonane i reforma (St. meld. nr.47, 2008-2009). For at kommunane skal ta sitt ansvar, vert insentivordningar innført. Kommunane fekk overført det økonomiske ansvaret for mellom anna utskrivingsklare pasientar. Det vil sei at i praksis så fekk kommunane midlar til å bygge opp kapasitet for å handtere pasientar fyrste utskrivingsklare dag, eller dei kunne nytte midlane til å betale for ekstra dagar pasientane måtte være på sjukehus om kommunen ikkje kunne ta imot dei.

I dei kommunale og statlege organisasjonane er det ulikt kven som kan stillast til ansvar, korleis dei skal ansvarleg gjerast og i kva grad. Ein skil her mellom det **politiske**, **administrative**, **legale**, **profesjonelle** og **sosiale** ansvaret. Politisk nivå har eit overordna ansvar for å sikre at forvaltninga utfører sine oppgåver i tråd med vedtekne planar og rammeverk. Dei står til ansvar for veljarane sine forventningar, og skal utføre vedteken politikk utifrå interessene til borgarane. Dei står såleis i eit spenningsfelt mellom administrativ leiing og politisk ansvar (Bukve, 2012). Det administrative ansvaret handlar om å være iverksettarar av politiske føringar. Det inneber også å sikre ressursforvaltning og at handlingane til organisasjonen står i tråd med vedtekne planar og målsettingar.

Legalt ansvar er å følgje reglar og lovverk, og ein vert stilt til ansvar dersom det vert brot på desse. Administrativt ansvar handlar i stor grad om å gjennomføre vedtekne planverk og rammeverk frå politisk hald. Medan det profesjonelle ansvaret har fokus på kvalitet og standard på oppgåvene ein er sett til å løyse. Det sosiale ansvaret handlar om innbyggjarar som syner interesse for ei enkelt sak eller vedtak. Dette er eit meir uformelt ansvar enn dei andre (Bukve, 2012, pp. 69-70).

3.3.1 Oppsummering accountability og korleis denne kan nyttast for å forstå tenestene utført av kommunal sektor

Ser ein desse ulike typene ansvar i samanheng med innføring av samhandlingsreforma, så kan ein sei at det politiske ansvaret vil være å følgje opp dei nasjonale føringane i reforma på regionalt og lokalt nivå. Det inneber også å tilpasse planverk og legge strategiske styringslinjer for å møte framtidens utfordringar på ein slik måte at ein sikrar innbyggjarane sine krav og forventningar til det offentlege. Det administrative ansvaret vert då å iverksette

desse planane gjennom handling og nye løysingar som sikrar at drift står i tråd med gjeldande føringar og lovverk frå nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Ein kan difor sei at det legale ansvaret må ivaretakast undervegs av alle nivå. Det profesjonelle ansvaret kan ein sjå på som det som sikrar at kvaliteten på tenestene ikkje vert for dårlege, og at tenestene som vert ytt av kommunen kan løysast på best mogleg måte for pasientane. Det sosiale ansvaret handlar om i kva grad innbyggerane forventar ein viss grad av kvalitet eller endring i til dømes eit tenestetilbod. Det er på mange måtar deira måte å ansvarleggjere dei andre nivåa på.

Bukve (2012, p. 69) skisserer opp ulike modellar for ansvar, **hierarkisk**, **kollektiv** og den **personlege** ansvarsmodellen. Den hierarkiske modellen legg opp til at det er øvste leiar som har ansvaret, og når noko ikkje går som planlagt er det difor naturleg at det er her sanksjonane og straffa skal plasserast. Kan ofte resultere i syndebukkar framfor utvikling og endring. Den kollektive modellen legg opp til at fellesskapet har ansvaret, og kan føre til at det er vanskeleg å peike på nokon som skal bestemme. Det er eit felles ansvar at alle er lojale og held seg til organisasjonens mål. Då vert det fellesskapet som må finne løysingar når noko ikkje fungerer som avtalt. Den personlege modellen handlar om enkeltindivid som er ansvarleg for verdiane og handlingsmåla til organisasjonen.

Forskingsspørsmål

Korleis har plassering av ansvar hatt betydning for kommunen si organisering av tenestene i møte med reforma?

4.0 Studiens kvalitative tilnærming og metode

4.1 Utvikling av design

Mi problemstilling tek sikte på å undersøke kva som har hatt betydning for korleis kommunane har løyst sine oppgåver etter innføring av samhandlingsreforma. Eg har valt to kommunar som er nærast like i størrelse, demografi og strukturelle rammer. Eg undrar meg på kvifor dei då endar ut med å løyse dei same oppgåvene og føringane ulikt, og vil sjå dette i lys av institusjonell teori og kommunane som komplekse institusjonar og organisasjonar.

Under utviklinga av mitt prosjekt fann eg mykje forskning kring samhandlingsreforma og kva implikasjonar dette har hatt både for kommune og spesialisthelsetenesta. Det er gjort omfattande undersøkingar kring kva denne reforma har hatt å sei for samhandlinga mellom spesialist og kommunehelsetenesta, men eg saknar informasjon om korleis kommunane har jobba for å møte endringane i tenesteproduksjonen som følgje av nye oppgåver og krav. For å finne dei små nyansane og faktorane som skil kommunane, så måtte eg gå grundigare til verks og i djupna av stoffet gjennom kvalitative intervju.

Kvalitative forskingsstudiar handlar om å oppnå ein forståing av sosiale fenomen. Fortolkning av informasjonen har difor ei stor betydning i kvalitativ forskning (Thagaard, 2013, p. 11). Eg ser difor at kvalitativ metode er den metoden som er best å nytte for å forstå kvifor kommunane har løyst oppgåvene på ulike måtar.

Undervegs har eg også sett til andre Nordiske land, og korleis dei har organisert seg kring det same utfordringsbilete som vi ser i Noreg. Funn frå andre land vil eg undervegs drøfte, for å synleggjere ulikheiter, og sjå om det er noko Noreg kan lære av andre land si organisering og handtering av auke tal eldre.

4.2 Casestudie, komparativt design

Det er ulike meiningar kring kva casestudie eigentleg er. Nokre vil sei at det er ein metode med ei bestemt metodisk tilnærming. Yin (2014), definerer casestudie på følgande måte:

«Ei empirisk undersøking av eit samtidig fenomen sett inn i sin eigen kontekst. Grensene mellom konteksten og fenomenet er ikkje tydelege og klåre og ein nyttar fleire datakjelder» (Bukve, 2016, pp. 121,122).

Eg vel å nytte denne definisjonen då den får fram det eg skal gjere i mitt prosjekt. Eg skal undersøke korleis pasientforløpa utartar seg i kommunane. Dette vil eg gjere ved å intervjuje personar med ulike føresetnad for forståing og med ulik innfallsvinkel på forløpa i kommunen

etter utskrivning. Eg ynskjer å sjå det opp i mot andre studiar og analysere det opp mot mitt teoretiske rammeverk. Skilje mellom fenomenet og kontekst vil være vanskeleg å sette då dette går hand i hand i dagleg drift av ein kommune. Hovuddelen av kjelder som eg nyttar vil være utifrå semistrukturerte intervju, men eg vil også nytte sekundærlitteratur frå tidlegare forskning og empiriske data.

Når eg skal velje ut kommunar nyttar eg statistikk frå samhandlingsbarometeret. Der vil eg velje ut kommunar som er tilnærma like i størrelse og demografi, men som løyser mottak av utskrivingsklare pasientar på ulikt vis. Eg vil samanlikne svar frå informantane i dei to kommunane, for å sjå bakgrunnen for kvifor dei løyser sine oppgåver ulikt. Eg har difor valt eit komparativt design på mitt case.

Når ein skal velje case så er det ulike måtar å gjere dette på, men det som er mest vanleg vil være dei to metodane, «mest like design», eller «mest ulike design» (Bukve, 2016). Dersom ein vel mest like design, så vel man to caser, i mitt tilfelle to kommunar som er tilnærma like på alle faktorar, men som likevel har nokre faktorar der dei kjem ulikt ut. Forskjellane i faktorane som er ulike vil difor verte meir synleg.

Eg har valt to kommunar som er tilnærma like i folketal og demografisk utvikling. Kommunane eg har valt er like i den grad at dei har om lag same befolkningsgrunnlag. Den eine kommunen nyttar meir økonomiske ressursar på helse og omsorg enn den andre. Dei har begge tilknytning til kvar sitt «lokalsjukehus» noko som gjer at dei har ein viss nærleik til sjukehuset. Det som skil desse to kommunane er i kva grad dei tek i mot sine utskrivingsklare pasientar fyrste dag.

4.3 Casebeskriving og utval av deltakarar

Når eg gjennomfører denne studien så har eg valt å gjere dette i eit fylke med store geografiske avstandar, og med ein demografi med mange eldre og der ein i 2030 vil ha færre yrkesaktive enn pensjonistar. Eg intervjuar totalt seks personar, inkludert eit prøveintervju.

Ein har i mitt nærområde hatt ein god struktur for samhandling mellom spesialist og kommunehelsetenesta. Det er få kommunar med over 20 000 innbyggjarar, og totalt har ein om lag 110 000 innbyggjarar som soknar til eit helseføretak. Geografisk er området 18 623 km², til samanlikning er Akershus fylke 4 918 km² og har om lag 614 026 innbyggjarar. Dette fører til at skal helsetenestene ytast der folk bur, så lyt ein tenke annleis i vårt fylke enn i andre delar av landet. Det er stor variasjon på dei ulike kommunane i utgifter til liggedøgn som følgje av at dei ikkje tek i mot pasientar som er meldt ferdigbehandla. I mitt

fylke kan ein sjå variasjonar også mellom dei kommunane som er like i størrelse og demografi. Det er mulig at nokre kommunar ikkje kan ta i mot pasientane på grunn av mangel på kompetanse for å handtere så mykje sjukare pasientar. Kanskje vert kostnaden med ekstra ressursar for å ta pasientane heim att høgre enn om dei ligg nokre dagar til på sjukehuset. For å finne kommunar som er like men samstundes har valt ulike strategiar for omorganisering i tråd med reforma, så har eg nytta statestikk. Først måtte eg finne kommunane, dette gjorde eg ved hjelp av samhandlingsbarometeret som har data både frå kommune og spesialisthelsetenesta kring inn og utskrivning. Deretter såg eg på folkehelseprofilane som låg ute, der fant eg at dei to kommunane i det området eg ynskte sjå på så var det to kommunar som skilte seg ut.

4.3.1 Kommune X

Kommune x hadde i 2018 eit folketal på, om lag 5 500. Kommunen er eit industrisamfunn og har omfattande eksport av varer som følgje av dette. Det er ein relativ liten kommune samanlikna med andre i vårt område, og har ei befolkning med aukande tal personar over 65 år. Dette har ført til at bærekraftsbrøken vil endre seg betydeleg fram mot 2040. I 2015 var denne på 3,2. Det vil sei at pr pensjonist i kommunen var det 3,2 arbeidsføre. Utover industri er turisme ei næring som aukar i kommunen, og den har eit natur og landskapsområde som strekk seg over om lag 1000 km².

Kommunen nytta i 2018 i underkant av 30 000 NOK pr innbyggjar i pleie og omsorgstenester noko som er om lag på landsgjennomsnittet. Fakturerbare liggedøgn i spesialisthelsetenesta har lagt på nærast ingenting sidan 2012, med unntak av enkelte år der dei har hatt ein eller to som har lagt over. Kommunen er tilknytt eit lokalsjukehus i nabokommunen, der dei også har interkommunalt samarbeid kring kommunalt akutt døgn plassar (KAD)⁷. Samarbeidet slik eg vert fortalt det er godt. Raten for re-innleggingar innan 30 døgn er relativ høg, i overkant av 22,5 % pr 1000 innbyggjar.

4.3.2 Kommune Y

Kommune y hadde i 2018 eit innbyggartal på rundt 6000. Kommunen er eit fiskerisamfunn og dette er saman med skipsvert fortsatt primærnæringa for kommunen. Dette er arealmessig ein

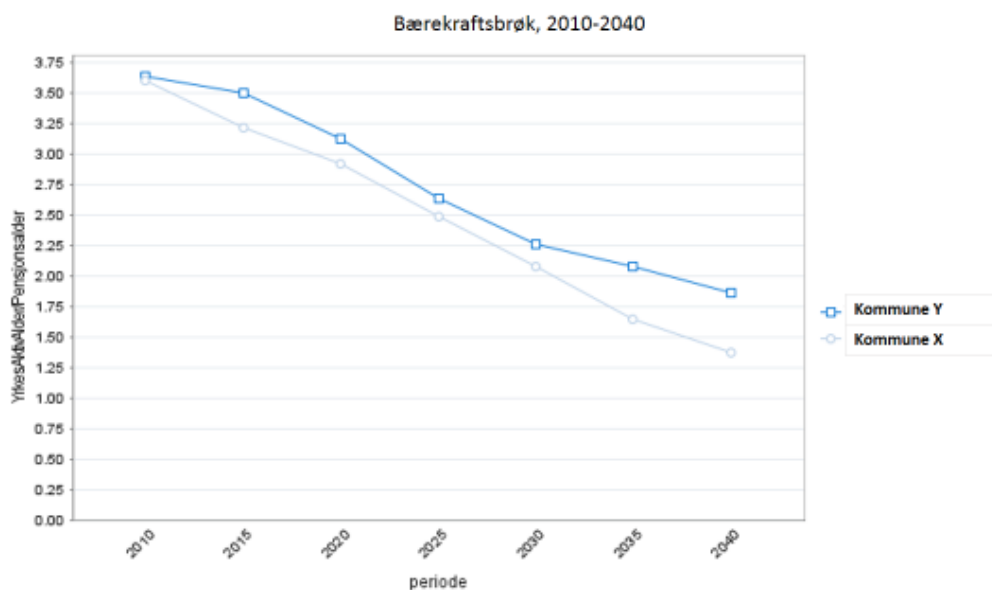
⁷ KAD (kommunalt akutt døgnstilbod), er eit allmenmedisinsk tilbod til pasientar som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikkje har behov for innlegging i sjukehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for.

svært liten kommune som strekk seg over 177 km². Befolkninga er samansett med aukande tal eldre over 65 år, og i 2015 hadde dei ein bærekraftsbrøk på 3,5 yrkesaktive per pensjonist.

Kommunen nytta om lag 22 500 NOK pr innbyggjar i pleie og omsorgstenester noko som er betydeleg lågare enn kommune x. Det har vore lite oppbygging av institusjonsplassar og dei har ein klar heimetenesteprofil⁸. Denne kommunen stod for 48% av dei totale fakturerte liggedøgna i regionen. Sidan 2012 har tal liggedøgn gått gradvis oppover før dei nådde ein topp på over 250 liggedøgn i 2018. Ein ser i 2019 ein betydeleg nedgong og ein kan undre seg over om dette har samanheng med kommunesamanslåing.

Kommunen ligg slik til at dei er tilknytt eit lokalsjukehus i ein nabokommune, og inntrykket er at dei har eit tett samarbeid. Til tross for høge tal ekstra liggedøgn på sjukehus ser ein ei trend der tal re-innleggingar innan 30 døgn er høgt, raten over re innleggingar per 1000 innbyggjar er på 27 % i 2018. Eg vil vidare presentere statistiske oversikter over kommunane.

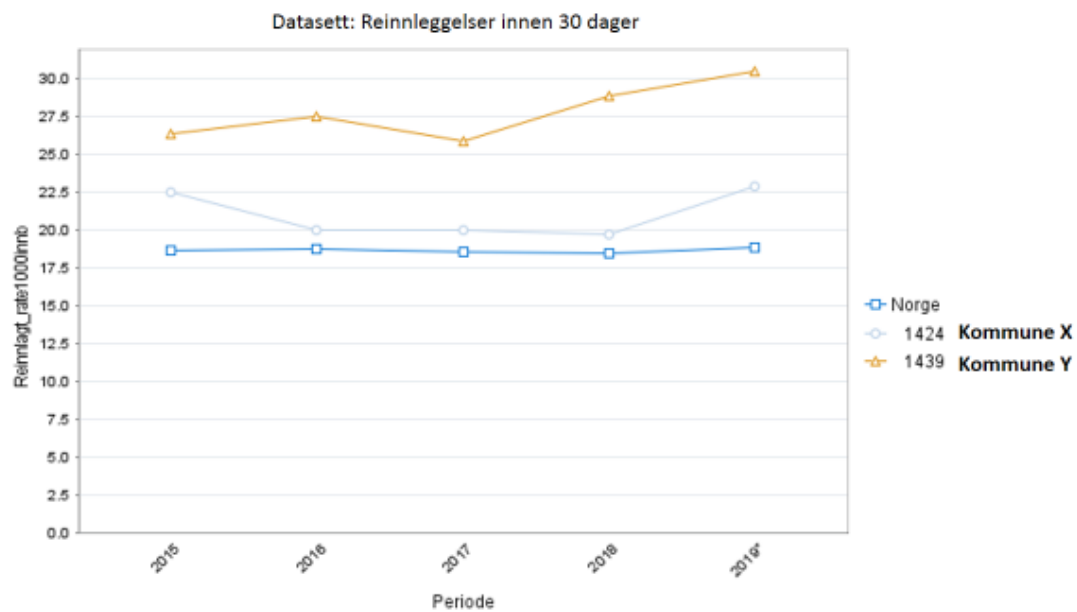
4.3.3 Statistikk over samanliknande case



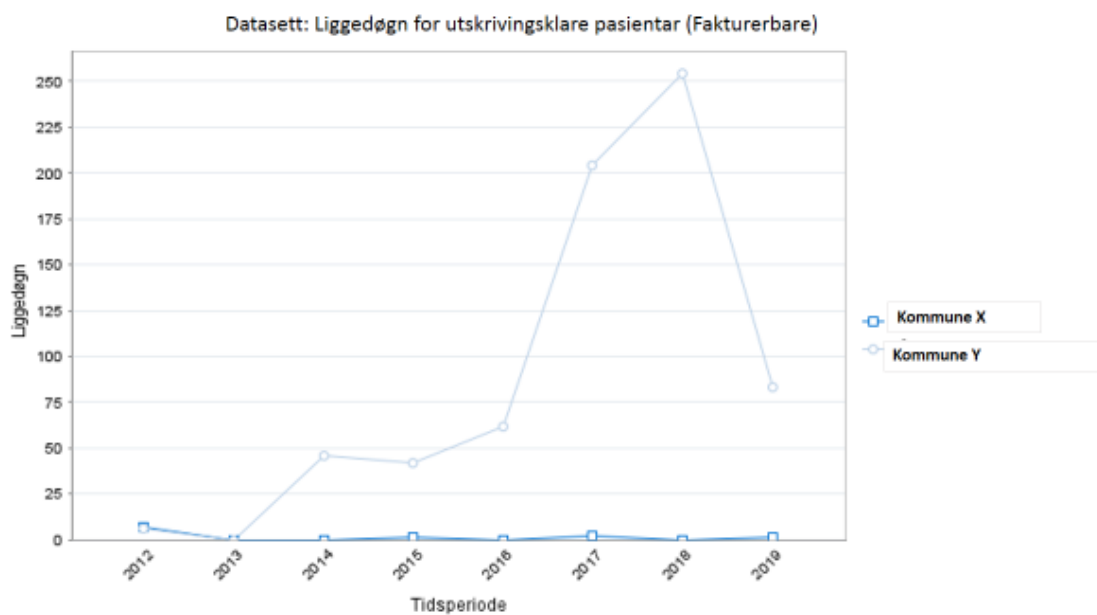
Figur 6⁹: Bærekraftsbrøk, oversikt over tal yrkesaktive pr pensjonist.

⁸ Heimetenesteprofil: Kommunen tek sikte på å tilby innbyggjarane heimetenester framfor institusjonstenester.

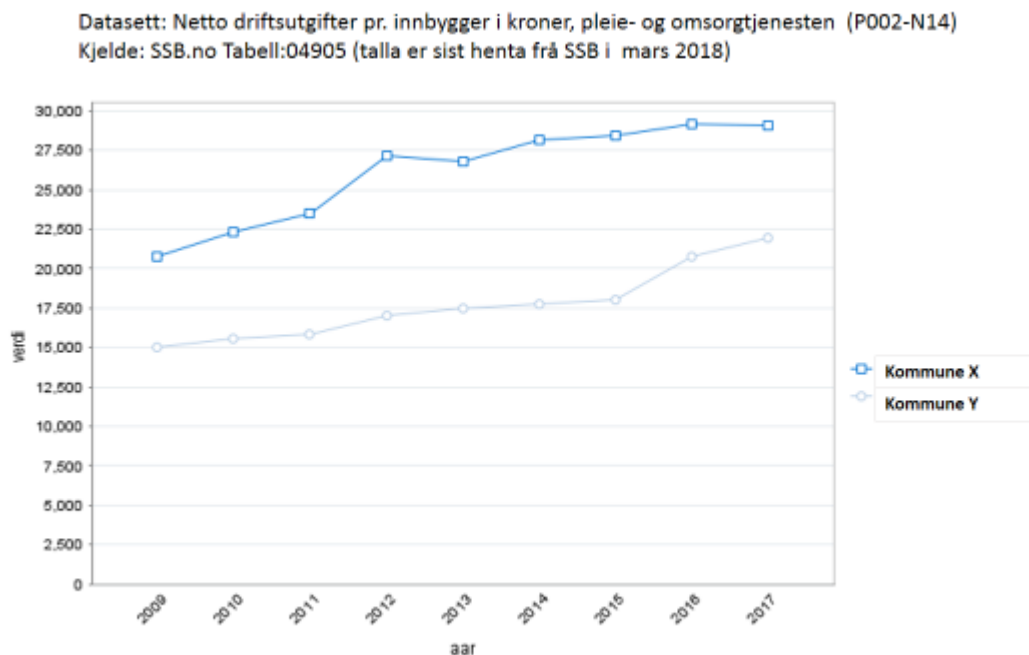
⁹ Statistikk over samanliknande case er henta frå (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020).



Figur 7: Tal re-innleggingar innan 30 dagar.



Figur 8: Oversikt tal liggedøgn etter meldt utskrivingsklar



Figur 9: Netto driftsutgifter pr innbygger i helse og omsorgstenesta

Når val av case var gjort, så starta jobben med å finne dei som best kunne svare ut min problemstilling. For å finne svar på i kva grad det er overordna føringar, fagleg kvalitet eller andre variablar som påverkar kommunane til å gjere ulike val, så har eg valt å gjennomføre kvalitative intervju av administrativ og overordna leiing i kommunane. Eg har valt ut deltakarar på same administrative nivå i dei to kommunane, for å sikre at ein treff ei homogen gruppe med lik ståstad fagleg og administrativt. Kommunalsjef for helse og omsorg representera rådmannsnivået, kommuneoverlege representera det medisinskfaglege nivået og tenesteleiar som representera tenestenivået.

Med tanke på at kvalitative studiar er djuptgåande analysar av materiale, bør ikkje utvalet være større enn at arbeidet vil være mogleg å gjennomføre. Tid og ressursar set difor ei begrensing på utvalet (Thagaard, 2013, p. 65). Eg har intervjuar fem personar i min studie. Eg valde eit strategisk utval både av kommunar og intervjuobjekt. Thagaard (2013), seier at kvalitative studiar baserer seg på strategisk utval av informantar og case, dette for å velje deltakarar som har dei rette eigenskapane og som er strategiske i høve problemstillinga ein skal belyse (Thagaard, 2013, pp. 60-61). For å få dei ulike perspektiva var eg oppteken av at dette skulle gå direkte via forskar til informant, og sidan det var administrativt overordna nivå

i kommunane eg ynskte å intervju så var det lett å finne kontaktinformasjon. Dei står også frie til å diskutere emnet utan å måtte innhente løyve frå arbeidsgjevar.

Det vart sendt ut ein e-post med naudsynt informasjon om studien og invitasjon til deltaking. Nokre fekk eg raskt svar frå, andre måtte eg sende ei påminning før eg fekk kontakt. Eg skulle ikkje henta ut sensitive pasientopplysningar, men bruke statistikkar frå SSB, KOSTRA tal og statistikkar frå dei to kommunane og helseføretaket. Studien la heller ikkje opp til intervju av pasientar, men helsepersonell, så eg kunne ikkje sjå at studien skulle søkast løyve om hos Regional komite` for medisinsk forskningsetikk (REK).

4.4 Intervjuguide og førebuing

Når eg skulle førebu meg på intervju, var det viktig for meg å få fram intervjupersonane sine erfaringar og kunnskap frå eigen ståstad og kontekst. Det var viktig å kunne samanlikne svar på tvers av kommunane i etterkant, og eg hadde difor behov for å få svar på dei same spørsmåla men utan å låse meg til ei fast ramme.

Eg valde difor meir fleksible rammer på intervju, og semistrukturerte intervju som framgangsmåte. Kvale (2015) omtaler denne intervjuforma som innhenting av personenes livsverden og deira fortolking av dei fenomen som vert beskrive. Semistrukturert intervju vil sei at det ikkje er ein lukka samtale rundt eit spørjeskjema, men heller ikkje frislepp open samtale då ein må halde rammene innanfor dei tema ein ynskjer at den ein intervju skal be svare (Kvale, 2015).

Når eg skulle utforme spørsmålsguiden hadde eg difor fokus på opne og runde spørsmål innanføre dei tema som eg ynskte belyse. Eg brukte mykje tid på å forme denne før eg fekk den slik som eg tenkte var best tenleg for å halde ei flyt i samtalen. Før eg gjekk i gong hadde eg eit prøveintervju med ein kollega, dette var også nyttig for meg som intervjuar då det er ei rolle eg ikkje hadde vore i før og eg opplevde det vanskeleg å ikkje bryte inn, eg fekk kjenne på pausar og kva eg måtte passe på undervegs. Intervjuforskning karakteriserer Kvale (2015) som ei kunstform, dersom det vert gjennomført riktig. Relasjonen mellom intervjuar og den som vert intervju avhenger av evna ein har til å skape rom, tryggleik og ro til at den andre parten trygt kan snakke (Kvale, 2015, pp. 32-35). Balanse mellom å hente ut ny kunnskap og samtidig arbeide etisk forsvarleg kan være krevjande, og det var for meg viktig å kjenne på dette før eg stod i situasjonen.

Prøveintervjuet førte også til at eg fekk plukka vekk spørsmål som viste seg å være unødig då det vart besvart via andre. For å sikre validiteten i oppgåva laga eg ein rund intervjuguide med

opne spørsmål, for å ikkje verte fastlåst i ei stram ramme. Intervjuguiden måtte stå til teorivalet slik at eg skulle få ut eit datasett som svara på føremålet med oppgåva. Forskingsspørsmåla vart difor tilpassa tema organisasjon, endring og ansvar. Eg underkategoriserte spørsmåla med fokus på overordna føringar, omsorgsnivå og pasientforløp då det er dette tidlegare forskning og evaluering av samhandlingsreforma seier har dei største endringane for kommunal sektor.

4.4.1 Gjennomføring av intervju

Eg har gjennomført intervju av enkeltpersonar då det er erfaringar og deira forståing eg var ute etter. Eg kunne nok valt fokusgruppeintervju for å sjå på dynamikken og samhandlinga i gruppa i kvar enkelt kommune. Men eg var bekymra for at enkeltpersonar skulle ha større gjennomslagskraft en andre, og eg ville kunne miste gode poeng ved at nokre snakkar mindre enn andre eller ikkje seier noko i det heile. Thagaard (2013), beskriv at ved fokusgruppeintervju er det ein tendens til at dominerande synspunkta vert framtrédande mykje på grunn av at det kan være vanskeleg for dei med avvikande synspunkt å fronte desse i ein slik situasjon.

Tidsmessig vart det sett av ein time til kvart intervju, då tok vi oss god tid til å helse på kvarandre og småprate om studien før start. Sjølv intervju har vart mellom 25 og 40 minutt. Eg nytta bandopptakar, og transkriberte intervju direkte i etterkant for å hugse tilbake til nyansar og kroppsspråk undervegs. For å få ein systematisk analyse av intervju så har eg laga spørsmål under overskriftene, overordna føringar, omsorgsnivå og pasientforløp. Dette for å sikre at eg har gjennomgåande spørsmål kring variablar som har hatt betydning for korleis kommunen har løyst sine oppgåver kring endring av tenestestandard som følge av samhandlingsreforma. Ansvarsbegrepet har vore gjennomgåande for å sjå om kommunane har ulik forståing eller formeining over kvar ansvaret både for tenesteyting og for forløpet for pasientane i eigen kommune.

Intervju har funnet sted etter kva som har passa for mine informantar, det er travle personar eg har valt ut og målet har difor vore å gjere det mest mogleg smidig for deira kvardag. Eg har difor tilpassa meg slik at intervju vart halde på stader som var mest praktisk for deltakarane. Ein person trakk seg rett i førekant av intervjuet, noko som førte til at eg endte ut med fem intervju.

4.4.2 Transkribering

Transkribere vil sei å transformere, altså skifte frå ei form til ei anna (Kvale, 2015). Når ein transkriberer intervju frå talespråk til skriftspråk er det potensielt fleire utfordringar. Det føregår ein fortolkingsprosess der samtalen vert fiksert til skriftleg form. Den største faren er at man betraktar nedskrive intervju som empirisk sanning utan at man tek høgde for at den skriftlege utgåva er ein kunstig konstruksjon, som ikkje er dekkande for den muntlege samtalen (Kvale, 2015, pp. 186-189).

Eg valde å notere svært lite undervegs, med unntak av heilt enkle stikkord i margin på intervjuguiden. Dette for ikkje å forstyrre den frie praten under intervjuet.

Eg vurderte å leige inn nokon til å transkribere intervjuet for meg, men for å sikre meg gode gjennomgongar og kjennskap til materiale som skulle analyserast så valde eg å gjere det sjølv. Totalt nytta eg om lag tre til fire timar for å transkribere kvart intervju. Etter intervjuet var gjennomført, overførte eg det til pc og transkriberte fortløpande. Det var viktig for meg å gjere dette arbeidet med samtalen så ferskt i minne som mogleg. Eg starta prosessen med å lytte gjennom heile intervjuet først, for så å ta med stikkorda over kroppsspråk, stemningsleie og lengre pausar der det var tydeleg at den som vart intervjuet tenkte seg grundig om før svaret kom.

Lydopptak er en første abstraksjon, og manglar kroppsspråk, holdning og gester. Ein kan difor sjå transkripsjon som svekka dekontekstuelle tekstar, med direkte gjentakning av intervjusamtalar (Kvale, 2015, p. 187). Det var difor viktig å kunne sjå tilbake og hugse dei augeblikka som lydopptaket ikkje fanga opp. Eg nytta transkriberingsprogrammet Express Scribe Transcription Software. Her hadde eg moglegheit å skrive fortløpande medan eg hadde intervjuet på i eit roleg tempo. Ofte måtte eg stoppe opptak og gå tilbake for å få ordrett ned det som vart sagt.

4.4.3 Intervjuanalyse

Å analysere kvalitative intervju handlar om å avdekke meininga med spørsmålet, for å få fram kunnskapen og erfaringane som ligg bak (Kvale, 2015, p. 198). Kvaliteten på analysen avheng av forsker sin kunnskap på temaet og handverksmessige dyktighet. Her er eg ei novise som har støtta meg på den kunnskapen eg får gjennom litteraturen. Eg har nytta modell over analysetrinn slavisk gjennom heile prosessen. Kvale beskriv analysen som ein prosess gjennom seks trinn, der trinn ein til tre handlar om analysering i sjølv intervjusituasjonen, trinn fire til seks handlar om analyse gjort i etterkant. **Trinn ein** er når intervjupersonane gjev

beskriving av korleis dei opplev eigen livsverd. Det skjer her i tolking både frå den som intervjuer, og den som vert intervjuet. **Trinn to** er når den som vert intervjuet oppdagar nye forhold som følgje av det den sjølv seier på bakgrunn av stilte spørsmål. **Trinn tre** handlar om når intervjuet forsøker å sette kunnskapshol i forklaring ved å sende spørsmål tilbake, der intervjupersonen på ny må tenke gjennom om det var dette ein meinte eller ikkje. **Trinn fire** handlar om intervjuets tolking av det transkriberte materialet. Intervjuet vert strukturert, og intervjupersonen eigen forståing vert teke fram for at forskar kan finne nye perspektiv på materialet. **Trinn fem og seks** handlar om gjenintervjuing og endring av handlingsmønster på bakgrunn av ny innsikt. Dette har ikkje vore aktuelt for mi problemstilling (Kvale, 2015, p. 203).

Å finne akkurat ei analyseform som passar mitt studie har vore vanskeleg. Eg ynskjer å få fram kunnskap og erfaringar frå administrativt overordna nivå i kommunane, for å kunne sjå kva dette har å sei for korleis kommunane valde å løyse sine oppgåver. I utgangspunktet tenkte eg at ei temasentrert analyse var mest tenlege for å kunne samanlikne svar frå dei ulike tema som eg bygde intervjuguiden ut i frå. Undervegs ser eg at dette aleine ikkje vil gje svar godt nok på det som kjem fram. Eg har difor vald ein analysestrategi der eg belyser dei same tema frå supplerande og konkurrerande analytiske rammes. Kombinasjonen av temasentrert analytisk tilnærming og ei personsentrert analytisk tilnærming er dei to analytiske rammene eg har nytta meg av. Thagaard (2013), seier det er ein fordel å kombinere desse to tilnærmingane når analysen skrifter mellom tema og personsentrert. Då vil ein få oversikt over materialet på same tid som ein oppnår forståing av dataen sitt meningsinnhald (Thagaard, 2013, p. 189).

4.5 Kvalitetsvurderingar av oppgåva

I kva grad kunnskapen held vitenskapleg mål, handlar om kva måte forskar forvaltar handtering og innhenting av kunnskapen på (Malterud, 2003, p. 13). Kvalitativ metode har utspring frå hermeneutikk og fenomenologi, og fortolkande teoretiske retningar dannar grunnlaget for denne metoden (Thagaard, 2013). Hermeneutikk handlar om å fortolke andre sine handlingar, gjennom å analysere og tolke etter eit meningsinnhald utover det som er openbart (Thagaard, 2013). Ei slik hermeneutisk tilnærming har difor ei tilnærming der eit fenomen kan tolkast på fleire nivå, framfor at det fins berre ei sanning. Ein ber med seg og tolkar gjennom egne erfaringar, noko som legg grunnlaget for at ein skal kunne forstå. Hermeneutikken er difor

bygt på prinsippet at ein ser delane i lys av heilheita, og heilheita i lys av delane (Thagaard, 2013).

4.5.1 Forforståing

Eg er utdanna sjukepleiar, og mykje av interessa for emnet samhandling fekk eg som tenesteleiar for ein sjukeheim. Eg deltok i arbeidet med iverksetting av reforma, og institusjonen skulle omstille seg i tråd med krav og forventningar som låg i samhandlingsreforma. Å bygge opp ei korttidsavdeling til å møte svært sjuke pasientar både frå sjukehus og frå eigen heim var noko heilt nytt for oss i 2012. Men eg oppdaga raskt mange positive ringverknadar i form av motiverte tilsette som fekk nytta sin kompetanse på ein ny og spennande måte. Samstundes såg vi nokre etiske dilemma som stilte store krav til leiing og refleksjon. Ein opplevde ei tydeleg auke på flytting av pasientar internt i kommunen, der ansvaret for å sikre heilskapen vart lagt til eit nytt nivå med ukjende pleiarar og med lite innsikt i heimesituasjonen. Vi reflekterte difor ofte over i kva grad pasientane vart liggande lengre på sjukeheim i kommunen enn dei tidlegare ville vorte liggande på sjukehus, dersom utskriving skulle skje til heimen.

Dei siste to åra har eg arbeidd interkommunalt som samhandlingskoordinator. I denne jobben har eg fått moglegheit til å sjå systemet som heilheit, og vert stadig overraska over å sjå mange av dei same problemstillingane i dag, som vi gjorde i 2011.

Eg ser at min bakgrunn gjer at eg har danna meg eit bilete over kva som er utfordringane for enkelte kommunar. Eg har undervegs reflektert mykje over dette, og merkar at eg til stadigheit vert møter tal og statistikk som får meg til å endre min oppfatning.

Heilt frå eg starta denne studien, har eg vore bevisst mi erfaring i feltet eg skal forske på. Faren er at ein kan være forutinntatt, og at ein tilpassar spørsmål og analyse til den verklegheiten som man kjenner. Malterud (2003), påpeikar at den menneskelege faktoren spelar ei rolle under både innsamling av empiri, og analyseprosessen. Det er difor naudsynt å reflektere og sikre at materialet skal spegle intervjupersonane sine erfaringar og meiningar. Når ein forskar i eige felt, er det difor ofte naudsynt å søke råd frå andre i intervjuteknikk og for å korrigere intervjutekstar for å sikre validitet og reliabilitet gjennom prosessen (Malterud, 2003). Eg har difor gjennomgått prøveintervju, korrigert intervjuguide undervegs og systematisk støtta meg til den teorien og den analyseramma som eg har valt.

4.5.2 Validitet, generaliserbarheit og reliabilitet

Verdien av kunnskap vert ofte sett i høve omgrepa validitet, generaliserbarhet og reliabilitet (Kvale, 2015, p. 246). I kvalitativ forskning vert kunnskap og forståing av sosiale samanhengar og menneskelege opplevingar vektlagt.

4.5.2.1 Validitet

Å validere er det same som å stille spørsmål ved gyldigheita av kunnskap. I dei fleste høve er dette synonymt med om metoden er relevantt i høve å belyse den problemstillinga som ein søker svar på. Å sei om funna i ei kvalitativ studie er sanne eller usanne kan være vanskeleg, men Kvale (2015), seier at godt utført handtverk, og korleis forskaren klarar å kommunisere forskinga si vil påverke gyldigheita. Med dette meina han evna til å kontrollere, sjekke ut og stille spørsmål ved eige tolkingar og være tydleg på eiga forforståing for å unngå feil og selektiv forståing av utsegner.

4.5.2.2 Generaliserbarheit

I kva grad resultat frå intervjuundersøkingar kan vurderast som pålitelege og gyldige, stillar ein spørsmål om dei kan overførast andre situasjonar eller personar. Dette betyr at ein stillar spørsmål kring om funna kan spegle realiteten, og er dei generaliserbare (Kvale, 2015).

Ei analytisk generalisering, handlar om i kva grad ein kan bruke funna frå ei studie som rettleiande for kva som skjer i ein liknande situasjon, med andre ord kan ein overføre kunnskapen til andre situasjonar. Kvale (2015), skil mellom **forskarbasert** og **lesarbasert** analytisk generalisering i intervjuunderskingar. Skal eg ta føre meg den forskarbaserte analytisk generaliserbarheita så vil det sei i kva grad forskar klarar å formidle valide og spesifikke beskrivingar og argumentere for overførbarheita av resultata ein finn. I ei lesarbasert analytisk generalisering handlar det om i kva grad lesar kan vurdere med grunnlag i kontekstbeskriving om funna er overførbare og speglar populasjonen som heilheit (Kvale, 2015). Med bakgrunn i dette har det vore viktig å være open og tydleg under heile prosessen for å sikre transparens gjennom heile studien. Beskriving av intervjupersonar og case er gjort i ein slik grad at ein skal kunne stole på at framstillinga speglar verklegheita så objektivt som mogleg.

4.5.2.3 Reliabilitet

Kvale (2015) beskriv reliabilitet som i kva grad konsistens og truverd kjem fram i forskingsresultatet. I kva grad eit resultat kan reproduserast på eit anna tidspunkt av andre forskarar. Forskar må være bevisst på korleis ein kan påverke det endelege resultat, for å sikre at ein objektivt speglar informantane sine meningar. For å sikre reliabiliteten har eg vore

open i beskriving av studien, og beskrive intervjupersonane i ein slik grad at ein får tillit til at dei kan uttale seg om saka (Kvale, 2015, p. 250). Eg har undervegs i intervjusituasjonane vore bevisst mi erfaring, og vore oppteken av å hente ut intervjupersonane sine meiningar. For å sikre at eg forstod intervjupersonane sine meiningar på riktig måte, har eg stilt oppfølgingsspørsmål i dei tilfella eg var utsikker. Intervjuguiden vart nytta til å formulere stikkordsvise inntrykk og stemningsleie, og intervjuet vart teke opp på lydband og transkribert direkte etter intervju for å sikre at informasjonene vart nedskrive medan eg hadde alt ferskt i minne.

4.5.3 Forskingsetiske hensyn

Forskingsetiske omsyn omhandlar informert samtykke, anonymisering av persondata og konfidensielle vurderingar, for å sikre tilfredsstillande personvern. Etske retningslinjer for kvalitative studiar er like som for alle andre forskingsprosjekt, og dei forskningsetiske omsyn i relasjon mellom forskar og vidareformidling av arbeidet krev ein ærlegheit og nøyaktigheit i presentasjonen av resultatata (Thagaard, 2013). Alle mine intervjupersonar har signert samtykkeerklæring før igongsetting av intervju. Informasjon om studien har vore sendt ut skriftleg og vi har saman snakka kring formålet med studien og moglegheiter for å trekke sitt samtykke undervegs. Kvale (2015), seier at ved informert samtykke så sikrar ein at involverte deltek frivillig og har fått informasjon om at dei kan trekke seg når dei måtte ynskje. Studien har vore meldt inn og godkjend for Norsk senter for forskingsdata (NSD) før eg starta intervju. Personopplysningar har vore behandla konfidensielt, og anonymisert frå starten. Data har vore lagra som lydfil, og passordbeskytta mappe, i passordbeskytta PC, deretter overført til forskarserveren ved HVL. Deretter har intervju vorte sletta frå PC og bandopptakar. Oppbevaring og handtering av data er difor i tråd med NSD sine retningslinjer. Eg vil i neste kapittel analysere og presentere dei funna som kom fram under intervju av deltakarane i dei to kommunane.

5.0 Presentasjon av funn

Eg vil i dette kapittelet syne intervjudata for å finne svar på problemstillinga:

«Korleis sikrar ulike kommunar ivaretaking av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus til kommunal sektor.»

Når eg skal presentere funna frå min studie, vel eg å fylgje den måten intervjuguiden var organisert, som igjen speglar mitt teoretiske rammeverk og forskingsspørsmål. Funna vert difor presentert utifrå «**Overordna føringar**», «**Omsorgsnivå**» og sist «**pasientforløp**». Årsaken til at eg valde desse tre temaene var for å sikre informasjon både kring organisering av kommunen i møte med reforma, samtidig som eg ynskte informasjon kring korleis kommunane tenkte kring val av tenestenivå for deretter å finne svar på kva dette praktisk betyr for pasientforløpa etter utskrivning til kommunane. Eg vil her syne kommunane kvar for seg og fortel historia frå kommune x først. Eg skil intervjupersonane ved å gje dei kommune namn og nummer som eg har nytta undervegs.

5.1 Analyse av funn kommune x

5.1.1 Overordna føringar

Kommune x er organisert etter to-nivåmodellen, noko som betyr at dei er organisert med rådmann og tenesteleiarar. I denne studien er rådmannsnivået representert ved kommunalsjef. Små forhold gjer at samarbeidet på tvers i kommunen fungera godt, og dei har god oversikt over alle tenestene. Under iverksetting av reforma så var det administrasjonen som la føringar for korleis arbeidet skulle gjerast. Ein såg ikkje noko bevisst haldning frå det politiske miljøet, men grunna dårleg økonomi og at kommunen var på veg ut av ROBEK¹⁰, så opplevde ein starten som ei detaljstyring frå politikarane for å unngå unødig bruk av ressursar. Ein person skildra politikarane sine tilbakemeldingar slik;

«Men dei er veldig fornøgde med det som vi har oppnådd, dei ser jo egentleg litt på dette, kor mange betalar vi for og ja, det er på ein måte målestokken deira»

(kommune x, intervjuperson 3).

¹⁰ ROBEK-registeret er eit register over kommunar og fylkeskommunar i økonomisk ubalanse eller som ikkje har vedteke økonomiplan, årsbudsjett eller årsrekneskapan innan gjeldande frist. Desse kommunane er underlagt statleg kontroll med årsbudsjett, låneopptak og langsiktige leigeavtalar (Kommunal, 2020).

Kommune x har ein tradisjon for å «gjere ting sjølv» og til tross for lite politisk involvering i utforming av tenestene så ynskte dei fortløpande orientering om status. Dei hadde då fokus på statistikk og økonomi.

«Det er ein kommune som har tradisjon for at vi skal klare ting sjølv, vi skal bygge opp ting sjølv og få til ting sjølv» (kommune x, intervjuperson 2).

Kommunen gjennomførte ei omorganisering når reforma kom, dette for å dekke eit hol i tenestetilbodet ved å bygge om institusjon til å skape ei intermediaæravdeling. Dei samla alle dei tradisjonelle avdelingane i helse og omsorg. Dette medfører at dei tilsette arbeider på tvers av einingar, heimeteneste og institusjon. Dette har medført at ein unngår diskusjonar kring økonomi og ressursfordeling. Frå legesida så opplev dei lite involvering frå det politiske miljøet, men dei vert nytta av tenestene til drøftingspart kring val av omsorgsnivå.

«Ein har undervegs laga seg prosedyrar og delstillingar etter eit sett med behov. Alltid litt på hælende eigentleg, og legane har ikkje vore involvert i det heile» (kommune x, intervjuperson 1).

5.1.2 Omsorgsnivå

I arbeidet med omorganisering så bygde kommune x ei intermediaæravdeling med 12 plassar. Denne avdelinga blir karakterisert som den viktigaste avdelinga i dette arbeidet. Avdelinga er bygt opp som reindyrka med sjukepleiarkompetanse, og ein av intervjupersonane karakteriserte den som intensivposten til kommunen.

«Og då har vi bygt opp ei korttids/rehabiliteringsavdeling med veldig god kapasitet, det er aldri fullt. Der er 100% sjukepleiardekning, og det er betre enn ein intensivpost!.- så kapasiteten er god, og ein får dei vidare i systemet, anten på langtidsopphald på sjukeheim eller veldig ofte heim» (kommune x, intervjuperson 2).

Sjukehuset legg føringar for kva omsorgsnivå pasienten skal ha etter utskrivning, dei lovar tenester på kommunen sine vegne, som kommunen ikkje kan halde. Dette var verst i starten, og har komme seg betrakteleg dei siste åra.

«Det vi ser er at sjukehuset har veldig store og sterke meiningar om kva tilbod kommunen skal gje. Dei lovar kanskje ting på vegne av kommunen, som kommunen ikkje kan holde» (kommune x, intervjuperson 3).

«også vart det eit dilemma i forhold til pasienten, når dei kom så var dei lova ting av sjukehuset. Og for pasienten så trur eg det som sjukehuset seier er meir loven enn det som kommunen meina» (kommune x, intervjuperson 3).

Små forhold i kommunen gjer at kjennskapen til pasienten er god, og dei fleste pasientar som har behov for kommunale tenester etter utskrivning kjenner både tenestene og tildelingseininga frå før.

Kommunen har under omorganisering også bygt opp ei tildelingseining. Dette ein person, ein koordinator mellom tenestene. Elektronisk kommunikasjon med sjukehuset og mellom tenestenivåa i kommunen lettar arbeidet. Det føreligg ikkje prosedyrar på saksgongen, men det vert beskrivet ei meir standarisering i form av kartleggingsskjema som vert nytta før overføringar frå sjukehus, og internt i kommunen. Dialogen mellom sjukehus og kommune går via koordinator, tildelingseining. Det er sjeldan ein reiser inn på sjukehuset for å gjere egne vurderingar, difor stolar kommunen på sjukehuset si vurdering av pasienten. Dette fører til at mange må innom intermedieravdeling for ny vurdering når dei kjem til kommunen. Kommunen har løyst dette ved å ikkje innvilge lange opphald på avdelinga. For å raskt kunne ta pasientane inn, vurdere dei og sende dei vidare til rette omsorgsnivå.

«Vi har gjort ei stor endring, fordi vi har tilført eit tildelingskontor der alle sakene skal komme inn, der er dei tre saksbehandlarar og det er nytt. Vi har tatt det vekk frå tenestene og fått det inn som ei sentral eining, vi har også kompetanse inn i denne. Dei har fått rolla som koordinerande eining, og innanfor den strukturen har vi innført faste samarbeidsmøter som skal være det som sikrar på tvers av perforerte siloar, sikre heilskap og samanheng" (Kommune x, intervjuperson 2).

Ansvar for pasientflyten ligg til tildelingseininga, dei har møte kvar veke og då er leiarane frå dei ulike avdelingane med. Det er denne avdelinga som legg føringane for kvar pasientane skal. Kommunen har få institusjonsplassar og dersom intermedieravdeling eller dei andre avdelingane ikkje har plass så kan dei benytte seg av interkommunale KAD plassar i dei dagane det tek før dei får plass på ei av dei tradisjonelle avdelingane. KAD tilbodet til kommunen ligg i nabokommunen, og det er om lag 45 minutt reiseveg til denne. Den er lokalisert i sjukehus, og kan handtere prosedyrar som intravenøs behandling. Det er krav om avklarte problemstillingar, men dei opnar for at pasientar kan komme og avslutte si sjukehusbehandling her.

«så sann som nå så bruker vi ofte KAD i den overgangen visst det tar litt tid, visst kommunen trenger å førebu seg så kan dei være på KAD medan dei ventar. Det er ikkje heilt etter instruksene, men det gir eg blaffen i for å si det sann..» (Kommune X, intervjuperson 1).

5.1.3 Pasientforløp

Kommunen har ikkje definert noko konsekvent forløp, men dei presiserer ein praksis. Dei opplev noko diskusjonar internt, spesielt ved intermediæravdelinga der dei jobbar mykje som ved sjukehus og ynskjer pasientane vidare i systemet for å unngå propp.

«Dersom det har vore litt konfliktar, eller ikkje konflikt med litt sann ueiningheit så er det ofte dei som jobbar ved korttidseininga. Dei er på ein måte litt sann, sjukehusprega på ein måte.. At dei vil ha dei fort ut att, sant ikkje alltid ser at den der at dei treng, at dei får lengre tid så klarar dei seg betre når dei kjem heim sant.» (Kommune x, intervjuperson 3).

Fagleg forsvarlege tenester vert presisert som førande, og kan kommunen ikkje tilby dette så må pasienten ligge på sjukehus. Det er såleis fag som styrar kvar pasienten skal, ikkje økonomi. Insentivordningane for å halde pasienten på sjukehus vert karakterisert som ein låg kostnad, og det er ikkje desse som styrar om kommunen skal ta i mot eller ikkje. Men dersom ein har plass ved ei avdeling, så tek dei i mot. Kommunen nyttar kommuneoverlege som konsultasjonspartnar dersom ein er usikker på kva omsorgsnivå som er riktig. Det vert presisert at dei fleste pasientar ynskjer å bu heime så lenge som mogleg, og det jobbar kommunen for.

«... og der tar vi inn, altså dei som er utskrivingsklare, dei som ligg på sjukehus og ikkje skal på sjukeheim, men ikkje kan reise heim. Dei får eit opphald på denne avdelinga her. Det føler eg har vore veldig vellukka, vi har klart å ta i mot så og sei alle. Vi har betalt for la oss sei 4.5.6 pasientar sidan 2012, og det er vi ganske fornøgde med» (kommune x, intervjuperson 3).

Ansvar for pasienten vert avklara med at ansvaret ligg til den avdelinga som til ei kvar tid har pasienten hos seg. Legen opplev lite involvering i pasientforløpa, tenestene tek kontakt ved behov til dømes ved sjukdom, utskriving av medikament eller vurdering av samtykke. Dei har derimot administrativt organisert seg slik at det er faste møtepunkt mellom

heimetenestene og fastlegane kvar veke. Der løyser dei administrative oppgåver, overføring av ansvar og lister for å sikre pasientforløpa, dette har ført til at dei unngår ad hoc henvendingar. Det vert presisert at fastlegen si rolle er for lite nytta, den blir ivareteke, men er ikkje sett i system noko som førar til at ein ikkje får evaluert prosessane. Sjølv om einingane som har pasienten hos seg har der og då ansvaret, så sit tildelingseininga saman med leiarnivået med det overordna ansvaret gjennom veka. Dei legg også planar for helg dersom det er fare for utskriving eller fulle avdelingar.

5.1.4 Oppsummering av funn kommune x

Kommunen opplev liten grad av involvering frå politisk hald kring implementering av føringane i reforma. Den grad av involvering som vert opplevd, handlar om mål og resultatstyring. Administrasjonen opplev at måleindikatorar som vert nytta er statistikk kring tal liggedøgn etter meldt utskrivingsklar. Organisering av tenestetilbodet er administrasjonen si oppgåve og reforma har ført til ei omorganisering av eksisterande tilbod. Dette vart gjennomført ved å bygge ned ei tradisjonell sjukeheimsavdeling til ei intermediæravdeling som skal ta i mot tidlegare utskrivingsklare pasientar i tråd med føringar i reforma.

Kommunen har bygt opp ei tildelingseining, i praksis er dette ein person som i samråd med leiarane har mynde på tvers av einingar for å sikre pasientflyten i kommunen. Dei tek i mot alle sine utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta, og tilbyr tenester på høgare nivå enn heimetenester og sjukeheim. Dette beskriv dei som å dekke eit hol i omsorgstrappa. Fagleg kvalitet vert beskrive som førande for kvar pasientane skal få sine tenester, samstundes som dei er oppteken av det økonomiske ved at kommunen skal ta i mot sine pasientar. Dei tek difor i bruk interkommunale KAD sengar dersom det ikkje er ledig plass andre stader i kommunen. Kommunen opplev sjukehuset som tildelar av kommunale tenester, dette opplev dei har meir tyngde hos brukarane enn dei tilrådingane dei som kommune gjev.

5.2 Analyse av funn kommune y

5.2.1 Overordna føringar

Kommune y er også organisert etter to-nivåmodellen med rådmannsnivå og tenesteleiarar. Dei karakteriserer seg sjølv som ein heimetenestekommune, det betyr at dei er oppteken av at tenestene i stor grad skal gis der pasientane bur, og dei har difor få institusjonsplassar. Kommunen har ein kommunedelplan med ein overordna strategi for korleis dei skal jobbe. Denne planen handlar i stor grad om førebygging og tidleg innsats, og bygger under heimetenesteprofilen ved at folk skal bu heime lengst mogleg. For å møte dette har

kommunen ei satsing på innovasjon for å jobbe smartare og nytte ressursane best mogleg. Administrasjonen gjev uttrykk for at kommunen ikkje har klart å tilpasse seg føringane i samhandlingsreforma godt nok, og seier at det politiske miljøet ikkje har tatt innover seg at kommunen har mange liggedøgn. Det er ikkje fokus på dette, samtidig har politikarane vedteke at det no skal byggast fleire institusjonsplassar men dei jobbar med kommunesamanslåing på same tid noko som tek mykje fokus. Ein deltakar skildra dette slik;

«Nei altså, eg reknar ikkje med at vi er tilfeldig utvald til dette prosjektet, for det er heilt openbart at vi ikkje har klart å tilpasse oss godt nok. Vi er jo ein heimetenestekommune, og påberoper oss ein heimetenesteprofil, men vi har for få institusjonsplassar... og selvfølgelig er jo litt tanken sånn at man skal heim og få tenestene der. Det som blir problemet då er jo at nå ein er tidlegare utskrivingsklar så er pasientane dårlegare enn dei var før» (kommune y, intervjuperson 1).

Kommunen slit med rekruttering, og dei har ikkje nok fagkompetanse eller personell. Mykje av tida til leiarane går med til å leige inn personell, og dei nyttar vikarbyrå i nokre høve. Kommunen har veldig mange eldre innbyggjarar, eldre vert definert som over 80 år. Dette meina administrasjonen har ein samanheng med at dei ikkje klarar å ta i mot alle sine pasientar.

«Vi ser at vi har ei stadig aukande befolkning som blir eldre, og vi ser at vi har ganske lav dekningsgrad på heildøgns plassar då, vi er flinke å ta i mot pasientane når dei blir utskrivingsklare i den forstand at vi tek dei heim att og at vi har ganske dårlege pasientar som vi føl opp» (kommune y, intervjuperson 2).

Dei er organisert med eit interkommunalt KAD tilbod, og det er denne kommunen som nyttar dette tilbodet mest til tross for lang reiseveg. KAD tilbodet er lagt i ein nabokommune, og lokalisert i sjukehus. Kommunen har nedskrivne rutinar som skal syte føre gode overgangar mellom tenestene, men turnussystema er ikkje gode nok til å sikre kontinuerleg samarbeid noko som fører til at nokre pasientar blir liggande for lenge på insitusjon før dei kjem heim. Dette er krevjande for kommunen fordi pasientane lagar propp i systemet internt i kommunen. Dei opplev også at sjukehuset bestiller instiusjonsopphald, noko som gjer kommunen sin jobb krevjande. Når dei kjem med tilbod om anna tenestetilbod så vert ikkje dette godteke frå sjukehuset og pasienten vert liggande på vent til kommunen har klart eit anna tilbod. Dette har kommunen no hatt møte med sjukehuset om.

5.2.2 Omsorgsnivå

I kommune y er det ingen som går frå å bu heime og direkte over i eit langtidsopphald i institusjon, alle skal vurderast gjennom eit korttidsopphald først og dette skjer ofte i fleire omgonger før pasienten vert kandidat for ein sjukeheimplass. Sjukehusa formidlar ynskjer frå pasient og pårørande der kommunen ynskjer at dei skal beskrive funksjonsnivå slik at dei kan tildele tenestenivå sjølv.

«...jo, ikkje fast plass då, det er veldig sjeldan. Men det står ofte sånn fint skrevet også da. Pasienten ønsker rehabilitering eller opphald på korttidseining, pasient og pårørande ønsker det(...) Eg syns det er eit problem, for det er vanskeleg å sei når du kjem ut til kommunen. For det er altså, spesialisthelsetenesta sa at du hadde behov for det, då er det ikkje så lett å trumfe den(...) for då på ein måte overprøver vi ein spesialist sin vurdering, og kven i all verden er vi som gjer noko sånt?» (kommune y, intervjuerson 1).

Dette førar til at pasientane vert liggande på vent på sjukehuset når kommunen ikkje har plass på nivået som sjukehuset har tildelt. Det vert presisert at kommunen også må bli flinkare på å sende gode funksjonsvurderingar når pasienten vert innlagt, då sjukehuset ikkje har oversikt over kor dårlege pasientar som får sine tenester heime.

Det kjem fram at det er ueingheit om kvar pasientane skal få sine tilbod, dette gjeld både mellom sjukehus og kommune, men også internt i kommunen. Det vert beskrive som at sjukehuset ikkje ser heilheiten, men har derimot diskutert behov med både pasient og pårørande. Ein ser derimot heilheiten i kommunen, og gjer utifrå dette vurderingar kring kva ein kan sette inn av hjelpemiddel og andre tiltak for at folk kan reise heim og bu heime. Dette opplev ein som ei utfordring også internt, dei tilsette som er i dialog med dei pårørande og får historiar om kor slitne dei er. Dette vert då nytta som ein faktor for sjukeheim i staden for å auke opp tenestene der pasienten er. Dette jobbar kommunen med.

«.. ein tenkjer no er han blitt så dårleg, no må vi ha ein plass. Ikkje at ok, kva kan vi gjere for at du skal bu her så lenge som mulig- vi har ikkje heilt klart den, vi jobbar mykje med det og ser en gradvis endring. Her må vi tenkje at folk ikkje skal flytte, vi skal være heime- vi er ein heimetenestekommune» (kommune y, intervjuerson 1).

«Frå mitt ståsted så meiner eg vi har ein del å gå på, fordi vi veldig ofte opplev eg at saksbehandlarane seier at no er dei utslitt, no er dei pårørande utslitt.. vi kan ikkje bruke naboar til sånn og slik, men har vi spurt?(.....) har vi involvert, har vi snakka med eller har vi hatt møter med? Det tenkjer eg vi kan bli betre på!» (kommune y, intervjuperson 2).

Kommunen har korttidsplassar på institusjon for å vurdere pasientane, der får ein tildelt ulike typar opphald utifrå kriteriar. Dei opplev at pasientar på rehabilitering brukar for lang tid på å få ei vurdering, dette skapar proppar i systemet. Dette blir beskrevet som at avdelinga brukar for lang tid på å komme i gong, og at det er vanskeleg for ei avdeling å jobbe både med korttidspasientar, vurderingspasientar, rehabilitering og avlastningsopphald. Dette gjer at ein ikkje klarar å jobbe med alle problemstillingane på same tid og ein brukar for lang tid og skapar ventelister. Det er oppretta ei tildelingseining i kommunen, denne vurderer behov for omsorgsnivå. Avdelinga består av leiarane for dei ulike tenestene, og dei har møte kvar veke.

5.2.3 Pasientforløp

Kommune y har ikkje noko ferdig pasientforløp i kommunen, men syner ein praksis der sakshandsamar har den første kontakten med sjukehuset. Sjukehuset ynskjer veldig ofte pasientane inn på korttidsavdeling, og sakshandsamar ser som oftast behovet for å gjere eigne vurderingar. Veldig mange må derfor vurderast på institusjon etter sjukehusopphald, det er varierende kor lenge pasienten treng være der og kommunen innvilgar berre korte opphald i institusjon om gongen. Nokre pasientar er der berre ei veke medan andre kjem seg aldri derifrå. Ved betring så må veldig mange forsøke å reise heim før ein aukar omsorgsnivå, og det er ofte fleire slike rundar før dei får innvilga langtidsplass på institusjon.

«Ehm dersom man er, i betring og veldig ofte så brukar vi å sei ein gong til, og to gonger eller tre gonger til kanskje. Men då er det målmøte når ein kjem inn, då er ofte heimesjukepleien med. Ein har kanskje to undervegs møter, eg er ikkje heilt inne i institusjonens rutinar på det, tverrfalgeg med fysio, ihvertfall på rehab pasientar. Fysio, ergo og lege, sjukepleiar, definere kva ein faktisk skal gjere så då har man eit utskrivingsmøte når ein skal ut igjen, og då er heimesjukepleien forhåpentlegvis med. Ikkje alltid og det ender som regel med eit eller anna kluss, når dei ikkje er med for ein kjenner ikkje kvarandre sine tenester godt nok. Også er det heim att då, også bygger vi opp med heimesjukepleie inntil neste ting skjer..» Kommune y, intervjuperson 1).

Det er eit høgt fagleg fokus, og det vil være fag som styrar over økonomi når ein tildeler omsorgsnivå for pasientane. Men det vert presisert at dersom det er alternativ, så vel ein lågaste omsorgsnivå, så økonomi er også viktig. Tverrfaglegheit presiserer dei er viktig for å sikre gode pasientforløp, og dei er oppteken av at dette er eit leiaransvar, leiarane må etterspør og følgje opp elles kollapsar systemet. Mangel på personalressursar vert påpeika som ein faktor som fører til at dei ikkje kan ta pasientane direkte heim. Kring insentivordningane så påpeikar kommunen at det var dei første døgnmulktene som var verst, når det er komt mange så vert ikkje dette sett på som viktig lengre. Kommunen opplev at det er vanskeleg å overprøve sjukehuset, så då vert det mange liggedøgn og bøter. Dei ser det som viktig å bruke muligheten til å sei kva dei kan tilby heime, slik at sjukehuset kan beskrive faktisk funksjon framfor bestille tenester.

«Fordi vi kan bygge så mange plassar vi vil, eller leiligheter. Men visst det ikkje er nok personar i vår kommune til å jobbe der.. for det er jo det vil sliter med, vi sliter med rekruttering, vi sliter med nok folk vi må leige inn, vi må ha fagpersonar og bruke byrå» (kommune y, intervjuperson 2).

Økonomien er viktig, helse og omsorg vert karakterisert som nærast uttømmeleg når det kjem til ressursar. Kommunen kunne bygt opp fleire sjukeheimar, men med mangel på personalressursar så ville ikkje dette heller være berekraftig. Dei ser etter alternative måtar å jobbe på, det handlar om økonomi, men ikkje berre det.

Ansvar for pasienten føl den avdelinga som tek i mot, men ansvaret for kvar pasienten skal og kva tenestenivå den treng ligg til tenesteleiar. Det vert presisert at dette skuldast at det er dei som har oversikta over budsjetta. Kommunikasjon mellom tenesteleiarane og nedover i organisasjonen er difor viktig. Det er i mange høve billegare for kommunen å ha pasienten liggande på sjukehus framfor å ta i mot når dei ikkje har kapasitet eller folk.

«Eg mistar ikkje nattesøvnen over det altså, eg gjer ikkje det... Det at vi må betale 5000 knappe, det er ikkje sånn at vi tek noko heim fordi vi ikkje skal betale dei 5000 dersom vi ikkje føler det er greitt» (kommune y, intervjuperson 1).

Dette er også betre for pasienten då han er trygg. Å komme heim til ein kommune som ikkje har kompetanse eller personalressursar til å ivareta dei er ikkje noko fagleg god løysing. Det er fag som styrar over økonomi, men det er tildelingseininga som til sjuande og sist må ta avgjersla.

Ein leiar definerte dette så tydleg gjennom eit siste sitat:

«Eg har tenkt slik, det er ikkje alltid så ille at ein har nokre liggedøgn som vi betalar for på sjukehus. Fordi veldig ofte så trur eg at pasientane har godt av nokre ekstra dagar på sjukehus. Våre pasientar er gamle, skrøpelege og har forskjellige sjukdommar, og ja allmenntilstanden deira er dårleg og vi har jo ein del re-innleggingar også innanfor 30 døgn. Så eg har tenkt at dei pengane som vi betalar for ein del utskrivingsklare døgn er tross alt betre fagleg for pasientane enn om vi skal bygge ein sjukeheim og kanskje bemanne den med ufaglærte eller utanlands arbeidskraft som ikkje kan språket. Det vil være eit mykje dårlegare og dyrare tilbod»
(kommune y, intervjuerson 2).

5.2.4 Oppsummering av funn kommune y

Kommunen har ein kommunedelplan som er førande for korleis dei skal ivareta utskrivingsklare pasientar, med hovudmålsetting om å være ein heimetenestekommune, og dette er også det administrasjonen rapportera til politikarane. Det politiske miljøet legg ingen føringar og målar heller ikkje resultat kring utskrivingsklare pasientar og døgnmulkter til sjukehus. Det er frå administrasjonen si side ei leiaroppgåve på tenestenivå å sikre pasientforløpa internt i kommunen, og ein har ikkje omorganisert nokre tenester for å møte reforma.

Kommunen har bygt opp ei tildelingseining, denne består av tenesteleiarar og to sakshandsamarar, som saman legg logistikken kring pasientflyten i heile kommunen. Fagleg kvalitet er hovudfokus, og kommunen tek ikkje i mot pasientar frå sjukehus dersom dei ikkje kan gje eit fagleg forsvarleg tilbod der pasienten bur eller ved korttidsavdelinga i sjukeheim. Pasientane vert då liggande på sjukehuset fram til kommunen har høve til å gje eit forsvarleg tilbod. Kommunen opplev at sjukehuset tildeler tenester på vegne av dei, dette vert ikkje overprøvd frå kommunen si side. Ein ynskjer at sjukehuset skal beskrive pasientane sitt funksjonsnivå i staden for å bestille eit kommunalt tilbod. Vidare vil eg drøfte analysen gjennom følgjande teoriar; institusjonell teori, endringsteori og teori om «Accountability».

6.0 Drøfting av funn i lys av teoretiske perspektiv

Eg vil her sjå empirien i lys av dei teoretiske perspektiva. Dei ulike forskingsspørsmåla vil bli drøfta for å finne svar på korleis ulike kommunar sikrar ivaretaking av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus til kommunal sektor. Fokus vil vere på overordna føringar, omsorgsnivå og pasientforløp. For å svare på problemstillinga vert følgande forskingsspørsmål drøfta:

- *Korleis har kommunane organisert sine tenester etter innføringa av samhandlingsreforma, og kva konsekvensar har dette for korleis dei møtte føringane?*
- *Kva endring i kommunane har hatt betydning for ivaretaking av utskrivingsklare pasientar?*
- *Korleis har plassering av ansvar hatt betydning for kommunen si organisering av tenestene i møte med reforma?*

6.1 Institusjonell teori

Scott (2003), karakteriserer organisasjonar, i dette høve kommunar, som eit samla sett av sosiale praksisar. Han viser til dette ved å sjå institusjonelle element i lys av tre pilarar. Dei tre pilarane er dei regulative, dei normative og dei kulturelle eller kognitive. Det dei tre pilarane representerer bidreg til stabilitet.

Ein kan sjå desse pilarane inn mot ulike system som ein kan forstå samfunnet utifrå, symbolske system, relasjonelle system, rutineprega system og system bygt på artefakter (Scott, 2003). Kanskje har kommunane sitt val av organisasjonsmodell betydning for korleis dei har møtt reforma. Det kan verke som om det var ulike verdiar, tankesett, forventningar og reglement i kommunane for korleis ein skulle møte utfordringa med tidleg utskrivingsklare pasientar. Dette vil eg syne gjennom å nytte pilarane til Scott som modell for å forstå kommunane som eit system.

6.1.1 Kommunane sett i lys av regulative, normative og kulturelle pilarar

Alle dei tre pilarane vert nytta for å forstå kva system organisasjonen er ein del av, dette fordi desse tre retningane skapar totalt sett ein stabilitet uavhengig av kva system ein er del av. Scott (2003), forklarar tre ulike typar system, dei relasjonelle, det rutineprega og dei system som er bygt på artefakter.

Kommune x omorganiserte tenestane og bygde opp nye nivå for å kunne ivareta kommunen sine oppgåver. Politisk hald la ikkje føringar for korleis kommunen skulle løyse utfordringa med tidleg mottak av pasientar. Men hadde ei klar forventning om at kommunen skulle klare å ta imot utskrivingsklare pasientar utan å betale for ekstra liggedøgn. Ein kan sjå dette i lys av Scott (2003), og dei institusjonelle pilarane. Eit sett av lover og reglar som Scott ser som den regulative pilaren, legg overordna føringar for kva oppgåver kommunen må ta seg av. For å møte krava i samhandlingsreforma møtte kommune x dette med omorganisering. Ser ein samfunnet gjennom den regulative pilaren, så er det statlege og politiske føringar som eigentleg tvingar kommunen til å organisere seg slik at ein kan ta dei oppgåvene ein vert pålagt. Slik eg ser det har kommune x møtt dei statlege krava på sin måte, og tilpassa det til dei lokale forholda. Det kan også sjå ut som om kommune x har ein strategi der det administrative fagmiljøet har tillit frå politikarane og har fått spillerom til å organisere sine tenester. Scott ser også eit system bygd på artefakter i lys av den regulative pilaren. Det kan vere det byråkratiske systemet i kommunen som her truleg har fått endre og organisere institusjonsdrifta slik dei såg det ville møte krava best.

Etter Scott (2003), er den normative pilaren forventningane til samfunnet. Det vert dei symbolske systema som kommunen vert pressa til å svare på. Her møtte kommune x reforma med ei tilpassing til krava, og dei økonomiske incentiva. Når spesialisthelsetenesta endra krava, endra kommunen den interne organiseringa for å tilpasse seg den nye konteksten. Det er det relasjonelle systemet som svarer på dei normative forventningane (Scott, 2003).

Kommunane har stor grad av autonomi i forhold til organisering, men må svare på dei forventningane som til ei kvar tid ligg til kommunen. Slik informantane beskriv kommune x så har det ikkje vore så store utfordringar med å få organisasjonsendringane på plass. Det kan vere eit teikn på fleksibilitet og godt samarbeid innan kommunen. Men ein kan sjå at kommune x handlar etter den normative pilaren (Scott, 2003). Dei opplever klare forventningar frå statleg hald, og for å møte dei krava så bygger dei ned eksisterande sjukeheimstilbod for å ha plass til å raskt ta imot dei utskrivingsklare pasientane.

Politisk vert kommunen målt utifrå økonomisk statistikk kring utskrivingsklare pasientar, noko som administrasjonen er oppteken av å levere på. Men kommune x bruker mykje meir pengar pr innbygger enn kommune y til tross for at dei leverer i forhold til å ta imot pasienten (fig.nr.9, side 41, (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)). Her kan ein sjå at politikarane har fokus på produktivitet og det som dei opplever som kostnadseffektiv drift, og styrer

kommunen etter NPM logikken (Øgård, 2014). Økonomiske incentiv er brukt som målstyring, men det er vanskeleg å måle kommunen gjev fagleg gode tenester.

Kommune x har raskt endra seg for å møte utfordringa sidan dei har bygd opp ei avdeling som fungerer som ein «mellomstasjon» mellom sjukehus og brukaren sin eigen heim, eller om nødvendig sjukeheim. Krava som reforma gjev, samt den forventinga som innbyggjarane har til tenester vert møtt med at ein tek imot pasienten. Dei har difor laga fleire tilbod som dei nyttar til mottak av denne pasientgruppa. Dersom det ikkje er ledig plass på intermediæravdelinga, så løyser dei sitt ansvar ved å flytte pasientane inn på KAD¹¹ og såleis ut av sjukehus. Målsettinga er å gjere det samfunnet forventar, i kva grad det er gjort etiske vurderingar kring fragmentering av tilbod for pasientane er usikkert. Ein kan sei at kommunen etter den kulturelle pilaren til Scott (2003), har eit system som kan sjåast på som bygd på artefakter.

Kommune y er styrt av politiske kommunedelplaner, som kanskje ikkje er godt nok tilpassa samhandlingsreforma og krava den kom med, men som ein kan sjå i lys av den regulative pilaren (Scott, 2003). Dette påverkar normene i kommunen, ein ser sterke forventningar og krav til kommunane kring innføring av reforma og kva kommunane skal yte av tenester. Det krev ein ny måte å jobbe på. Forventningane internt i kommunen er sterke kring avgjerda om å være ein heimetenestekommune, så administrasjonen sit med ei vanskeleg oppgåve som ein ser som det symbolske systemet (Scott, 2003). Men sjølv om heimeteneste organiseringa kanskje ikkje klarer å møte kravet i reforma, så kan ein sjå at kommunen prøver å tilpasse seg den demografiske utvikinga med å definere seg som ein heimetenestekommune. Ein del av intensjonen med reforma er å møte auken i tal eldre, men det kan her sjå ut til at reforma kanskje ikkje er tilpassa ressursane og dei kommunale rammene (St.Meld.47, 2008-2009). For kommunen er det kostnadseffektivt å hjelpe pasientane i eigne heimar i staden for å bygge opp institusjonskapasiteten. Men når pasientane er for sjuke til å reise rett heim, og kapasiteten til å ta imot på sjukeheim er for liten, så vert heimetenestesatsinga mislukka.

Men kommune y prøver det dei kan å ta pasientane ut til eigen heim i mangel på institusjonsplass, som kunne fungert som ein mellomstasjon. Ein kan sjå det i lys av den normative pilaren der kommunen prøver å følgje opp den forventinga som

¹¹ KAD (kommunalt akutt døgntilbod), er eit allmennmedisinsk tilbod til pasientar som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikkje har behov for innlegging i sjukehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for.

samhandlingsreforma har skapt om å ta pasienten tilbake til kommunen same dag som han vert sett på som utskrivingsklar (Scott, 2003). Men kommunen har ikkje omorganisert seg for å møte reforma, dei har ikkje lagt til rette for fleire institusjonsplassar, og har utfordringar dersom pasienten er for sjuk til å reise rett heim. Kommunen opplever at sjukehuset «bestiller» omsorgsnivå av kommunen, og nesten alltid er det ei forventning om eit institusjonsopphald. Det er mulig at pasienten eigentleg ikkje er utskrivingsklar, dette ser kommunen, men tek ikkje dette opp med sjukehuset. Dei forhold seg til at sjukehuset har formell mynde til å avgjere kortid pasienten er ferdigbehandla. Dette kan ein sjå i lys av den kulturelle pilaren og det rutineprega systemet (Scott, 2003). I frå 2012 då betalingsplikta vart innført og fram til arbeidet med kommunesamanslåinga starta har talet for betalte liggedøgn for kommunen auka kraftig. I 2018 var nesten 50% av dei betalte liggedøgna for alle kommunane som høyrer under dette helseføretaket, kommune y sine (Fig.8, Samhandlingsbarometeret.no).

Etter Scott (2003), sin modell kan ein sjå at kommunen etter den normative pilaren, tolkar det rutineprega systemet, slik at dei finn ein moralsk akseptert organisering utifrå dei mulighetane som dei kan sjå. Samstundes som alle krava i samhandlingsreforma kom, vart det lansert ei ny Folkehelselov (HOD, 2011b). Etter den skulle kommunane organisere helse og omsorgstenestane slik at dei var berekraftige. Å organisere etter ein heimetenestemodell kan ein sjå som ein måte for denne kommunen å planlegge for ei berekraftig teneste. Om ein ser på berekraftsbrøken¹² i kommune y så er den no på 2,75. Framover mot 2040 vil den statistisk synke til under 2 (Fig.nr. 6, side 39, (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020). For kommune x er tala enda lågare. Dei vil i 2040 ha under 1,5 yrkesaktiv for kvar pensjonist. Skal ein klare å møte denne utviklinga bør nok eldre bu i eigen heim og vere sjølvhjulpne.

Truleg er storleiken på kommunane ei hjelp når ein skal omorganisere. Byråkratiet i administrasjonen er kanskje ikkje så segmentert som det kan vere i ein større kommune.

Den siste pilaren er den kognitive og kulturelle, som er vår oppfatning og forståing av samfunnet og det sosiale systemet som vi lever i. I forhold til dei ulike systema som Scott (2003), viser til er det dei oppfatningane vi tek for gitt og som vi prøver å etterlikne og der vi vil gjere det som er forventa av oss. Kommune x er opptatt av å ta imot sine innbyggjarar når spesialisthelsetenesta meiner dei er utskrivingsklare. Dei skal gje fagleg gode tenester til denne pasientgruppa, men det har nok ført til ei nedbygging av tilbodet til andre grupper,

¹² Tal yrkesaktive for kvar pensjonist.

noko som igjen kan føre til fleire sjukehusinnleggingar dersom kommunen fyller opp KAD plassane med utskrivingsklare pasientar.

Det er vanskeleg å skulle plassere kommunane inn i eit av Scott sine tre ulike system. Mykje av di eg ikkje har nok grunnleggande informasjon kring andre faktorar enn samhandling kring utskrivingsklare pasientar. Men utifrå den informasjonen eg har tilgjengeleg så vil ein kanskje kunne sei at kommune x vil kunne sjåast i lys av det relasjonelle systemet som kan forståast som inter organisatoriske koplingar, eller grunnlaget for tilpassing (Scott, 2003). Kommune x har tilpassa drifta si for å passe inn i den standarden som nasjonale myndigheiter har teikna. Dei er lydige i høve føringane, og har gjort det som sentrale styringsmakter seier er forventa av kommunane i møte med reforma. Kommune y passar inn i det systemet som er bygt på artefakter. Kommunen har truleg ein større lojalitet til lokalt særpreg. Den materielle kulturen er skapt av menneska i konteksten. Det føreligg kommunedelplanar som seier noko om korleis kommunen skal handtere framtida, og til tross for at statlege myndigheiter har laga intensivsystem som tilseier at kommunen kunne løyst oppgåvene på andre måtar så rettar kommunen sine tilsette seg til dei lokale føringane.

6.1.2 Samanlikning med tidlegare studier og dei nordiske landa

Ser ein til tidlegare forskning kring pasientforløp så fant Dahl et al. (2014), i sin studie at det var einigheit innan i sjukehus om at kommunehelsetenesta ofte manglar strukturar og ressursar til å ta i mot sjukare pasientar. Det kom også fram at sjukehuset opplevde at kommunane i liten grad førebudde seg til utskrivning medan pasientane var innlagt (Dahl et al., 2014). Kanskje kan ein sjå litt av den manglande forståinga frå spesialisthelsetenesta om den kommunale kvardagen her. Kommunen beskriv ei primærhelseteneste med mangel på kompetanse på dei sjukaste pasientane. Og ei oppleving av at dei knapt er innom sjukehuset før dei vert sendt heim igjen. Då kan det vere vanskeleg å førebu seg godt på å ta imot pasienten.

Den danske ordninga med 5-7 dagar ekstra liggetid for å sikre planlegging og god overføring til kommunen for brukarane med store og samansette behov, ville ha gitt norske kommunar meir rom for styring av pasientflyten (Grimsmo & Magnussen, 2015, p. 9). Danielsen (2018), fant at det var ulik forståing mellom forvaltningsnivåa for når pasientane var utskrivingsklare. Mykje likt det kommunane som eg studerer påpeiker. Ser ein på tal re-innleggingar innan 30 døgn så er den høg i begge kommunane. Kommune x har 22,5%, og kommune y 27% (Fig.nr. 7, side 40, (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)). Dette kan bety at pasienten eigentleg ikkje var

utskrivingsklar. Dersom ein hadde brukt nokre dagar på å finne ei god overførings plan for vidare oppfølging av pasienten, slik Sverige og Danmark har, så ville kanskje mange av re-innleggingane vore unngått. Men samstundes må ein ta høgde for at mange av desse pasientane er multisjuka og vil normalt ha hyppige sjukehusinnleggingar.

I Sverige vert også økonomiske incentiv nytta som verkemiddel, men med krav om at felles plan for tilbakeføring og oppfølging skal vere utarbeidd før betalingsplikta trer i kraft (Grimsmo & Magnussen, 2015, pp. 21-23). Av dei nordiske landa kan det virke som om Norge er det landet i Norden som har ein strengast praksis med krevjande økonomisk insentiv for å tvinge kommunane til å ta imot pasientane første dag. Finland har ikkje økonomiske incentiv. Men dei har ei organisering der kommunane har ansvaret for både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta (Fig, nr. 4 side 19 (Grimsmo & Magnussen, 2015).

Vidare syner Dahl et al. (2014), at oppbygging av intermediaæravdelingar i kommunen forbetra utskrivning til kommunane. Utskriving til denne typen avdeling vart sett på som ei overføring mellom avdelingar framfor utskrivning mellom forvaltningsnivå (Dahl et al., 2014). Også internt i kommunen syner det i denne studien at oppbygging av slike avdelingar førte til forbetra utskrivning til kommunen. Men ein kunne sjå at det internt mellom avdelingane i eigen kommune gav grunnlag for konflikhtar. Intermediaæravdelingane påpeika at dei hadde behov for kontinuerleg flyt for å unngå proppar i systemet, medan heimetenestene ofte meinte at pasientane burde få lengre opphald før dei kom heim (Dahl et al., 2014). Dette fann eg også i kommune x, der det vart påpeika at det ikkje alltid var einigheit mellom tenestenivåa. Sjølv om kommunen opplyste at dei hadde god kapasitet på intermediaæravdelingen og veldig god sjukepleiardekning, så ynskte dei ei rask vidare sending av pasienten.

«Dersom det har vore litt konflikhtar, eller ikkje konflikt med litt sånn einigheit så er det ofte dei som jobbar ved korttidseininga. Dei er på ein måte litt sånn, sjukehusprega på ein måte.. At dei vil ha dei fort ut att, sant ikkje alltid ser at den der at dei treng, at dei får lengre tid så klarar dei seg betre når dei kjem heim sant.»

(Kommune X, intervjuperson 3).

Ser ein summen av dette i lys av NPM som ein styringslogikk så kan ein sei at kommune x er den som ligg nærast den marknadsorienterte tilnærminga. Her er det stilt strengare krav om økonomisk måloppnåring, framføre dei verdibaserte som ein kan sjå kommune y ber preg av.

Kommune Y er truleg den kommunen som er nærast NPG tankesettet, der dei har auka fokus på inter organisatoriske samarbeid for å løyse samansette problem (Øgård, 2014).

Rønhovde (2016) påpeikar i sin studie at samhandlingsreforma har eit svakt reformdesign. Dette knyt han til at kommunane i stor fridom kan tilpasse arbeidet med innføringa av reforma utifrå eigen kontekst. Kommunane har difor moglegheit til å velje ulike løysingar kring utskrivingsklare pasientar, dette til tross for at føringane er sterke og insentivordningar vert teke i bruk for å styre kommunane mot det som statlege styresmakter legg opp til. Kva organisasjonsmodell kommunane vel har difor noko å sei for organisasjonens evne til læring og kunnskapsutvikling (Rønhovde, 2016). Samarbeid med spesialisthelsetenesta vert framstilt som godt i kommunane, men at ein opplev fortsatt store utfordringar kring tildeling av tenester på vegne av kommunen. Det er sjeldan kommunalt tilsette reiser inn på sjukehuset for sjølv å vurdere pasienten. Det gjer til at dei må stole på sjukehuset si vurdering.

6.1.3 Kommunane som komplekse organisasjonar

Før samhandlingsreforma låg pasientane mykje lenger på sjukehus, det var ikkje døgnmulkt og kommunen tok imot når dei hadde plass. Det kan sjå ut som kommune y er eit døme på det Bukve (2014) viser til om innarbeidde tankemønster. Ein kan også diskutere om det er bra for ein pasient å ligge lenge på sjukehus. Ein vert raskt institusjonalisert og passivisert. Ofte vil eigen heim kunne vere den beste arenaen for rehabilitering og trening i dagleglivets oppgåver, men då må pasienten vere så frisk at han kan klare litt av desse oppgåvene sjølv. Men kulturen i kommune y er annleis enn i kommune x. Leiarane har ein felles oppfatning av korleis dei kan møte utfordringane med det eksisterande tilbodet i kommunen. Ein kan sjå at pasientane er dei same, og har dei same behova som før reforma. Men dei er sjukare når dei kjem til kommunen på grunn av det korte sjukehusopphaldet, og difor er det krevjande for heimetenesta å gje eit godt nok tilbod i pasienten sin eigen heim.

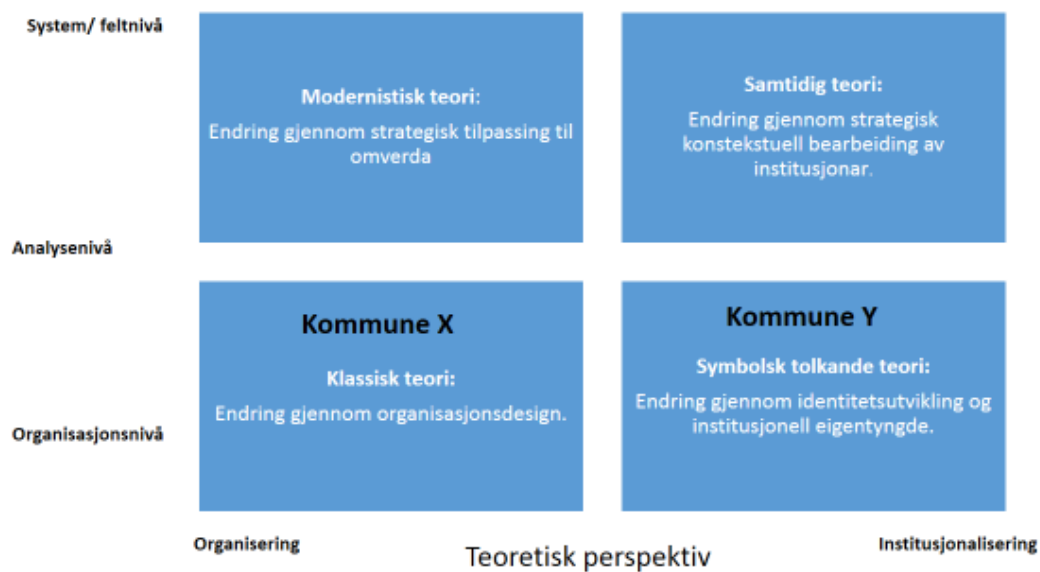
Bukve (2014) har gjennom sin modell synt ulikheitlar mellom organisasjonar knytt til ulike typar teoriar. I den **klassiske modellen** syner han at ein skapar endring i organisasjonen gjennom organisasjonsdesign. Organisasjonen er då eit verktøy for å nå eit mål. Der er organisasjonen i stand til kontinuerleg å møte nye føringar med naudsynt endring innan organisasjonen. Men samstundes ser han at innarbeidde tankemønster kan gjere endring vanskeleg. Intensjonen med samhandlingsreforma var å fremme samarbeid mellom nivåa for å gje gode saumlause tenester (St.Meld.47, 2008-2009). Men ofte kan ei reform få andre utfall enn det som var intensjonen.

Ser ein derimot dette gjennom **modernistisk** fortolking så er det ikkje organisasjonsforma som er viktig, heller ikkje ei form som er rett, ein må sjå organisasjonen som ein del av eit større system..

Gjennom eit **symbolsk fortolkande** perspektiv så ser ein organisasjonane som sosiale konstruksjonar. Organisasjonane vert då bygt gjennom omgjevnadane basert på normer, roller og verdiar. Den siste modellen **samtidig teori**, der er organisasjonar i stadig endring tilpassa samfunnsendringane.

Skal eg plassere kommunane inn i denne modellen, så vil dei være i to ulike boksar. Der kommune X har tilpasse organisasjonen med nye omsorgsnivå for å møte reforma, passar det i den klassisk fortolkande modellen. Kommunen har funne den best mogleg metode å endre seg på utifrå dei krav og forventningane som kom med samhandlingsreforma, samt korleis dei vart målt av det politiske miljøet gjennom insentivordningane. Etter klassisk fortolkande perspektiv (Bukve, 2014), kan ein sjå kommunal organisering som eit verkty for å nå eit mål.

Ser ein derimot mot kommune Y, så kan ein tenkje at for dei står verdiane i organisasjonen sterkare enn dei statlege insentiva. Eg finn at dei passar best i den symbolsk tolkande teorien, der organisasjonen er eit sosialt system med fokus på verdiar, normer og identitet. Etter denne modellen er det vanskeleg å skape organisasjonsending når etablerte haldningar og tankemønstre vil overstyre formelle reglar og strukturar (Bukve, 2014). Det kan verke som det politiske miljøet i kommune y i liten grad har vore oppteken av tal liggedøgn eller døgnmulkter som indikatorar for måloppnåing. Dei har eit tydeleg politisk styringsmål gjennom kommunedelplanane. Å definere kommunen som ein heimetenestekommune er ein måte å møte dei demografiske endringane og krava i samhandlingsreforma på, utan å måtte bygge fleire institusjonsplassar. Men å vere ein heimetenestekommune inneber sjølvstøtt og ei ressursauke i denne tenesta. For kommune y som har dårleg økonomi er det likevel ein billigare måte å organisere eldreomsorga på. Samstundes vil ein trenge færre tilsette.



Figur 10: Analytisk plassering av case i ulike teoretiske perspektiv

Det kjem fram i intervjua at sjukehuset i stor grad legg føringar for kva tenester pasienten bør ha når han kjem til kommunen. Eigentleg skal sjukehuset beskrive pasienten sitt funksjonsnivå, og så skal kommunen vurdere kva omsorgsnivå pasienten treng. Sjukehuset sin praksis førar til at mange pasientar vert overført til korttidsopphald på institusjonen slik at kommunen sjølv kan vurdere funksjonsnivå. Dette er likt for begge kommunane, til tross for at den eine då tek pasientane direkte inn på intermediæravdeling, medan den andre ikkje har institusjonskapasitet og let pasientane ligge på sjukehus fram til det vert ledig plass i institusjonen der han kan bli vurdert for kva omsorgsnivå han treng.

Tjøstolsen (2016), fant det same i sin studie som eg fant i min. Det er ulik forståing for pasientane sine behov og funksjonsnivå mellom forvaltningsnivåa. Dette førte til at kommunane i stor grad måtte gjere nye vurderingar etter at pasienten vart utskrevet. Dette betyr i praksis at pasientane må innom høgare omsorgsnivå på vegen heim enn kva dei hadde ved innlegging. Når sjukehus og kommune har ulikt syn på kva omsorgsnivå pasientane treng, så vil sjukehuset si vurdering stå sterkare enn kommunane si. Dette til tross for at sjukehuset i liten grad har kjennskap til kva tenester kommunane kan yte i dei enkelte tilfelle.

Danmark og Sverige har innført at brukarar som har samansette og store behov for tenester etter eit sjukehusopphald, der skal kommunen i lag med sjukehuset ha nesten ei veke for å legge til rette for det omsorgsnivået som pasienten treng (Grimsmo & Magnussen, 2015, p. 9). For våre kommunar ville truleg ei slik ordning gjort det enklare å finne rett omsorgsnivå for pasienten, og ein ville unngått flytting av pasienten fleire gonger.

6.1.4 Oppsummerande diskusjon

Kommunane har møtt krava i samhandlingsreforma med ulik organisering. Dette har gitt konsekvenser for pasientane som er innbyggjarar i dei ulike kommunane.

Ein ser heilt tydeleg at kommunane har hatt ulikt fokus i møte med reforma. I kommune X ser ein eit tydeleg politisk standpunkt med eit NPM perspektiv knytt til resultatstyring i form av ressursar. Kommunen styrer på mange måtar utifrå eit klassisk perspektiv der tenestene i kommunen er eit middel for å nå eit mål (Bukve 2014). Kommunen har latt seg styre av dei økonomiske insentivordningane, og laga ein organisasjon som skal unngå å betale for liggedøgn. Men dei driv likevel ein dyrare helse og omsorgsteneste enn kommune Y (Fig. Nr. 9, side 41 (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)).

I kommune Y ser ein at det politiske miljøet ikkje har same resultattankegangen. Dei ser resultat meir knytt til verdiane i kommunen av å være ein heimetenestekommune. Ein kan sjå det symbolsk tolkande perspektivet der kommunen ikkje tek inn over seg insentivordningane og sentrale føringar. Dei nyttar sin styringsrett til å tilpasse seg eigen kontekst. Det har ført til at kommunen har betalt store summar til sjukehuset for liggedøgna til dei utskrivingsklare pasientane.

6.2 Endring i de kommunale organisasjonane som følgje av statleg styring

Det kom mange nye statlege styringsdokument i åra frå 2008 og utover. Først samhandlingsreforma som skulle styrke samhandlinga rundt pasienten, og sørge for økonomisk bæreevne i samfunnet når dei demografisk endringane kjem for fullt (St.Meld.47, 2008-2009). Deretter kom ei ny Folkehelselov som hadde fokus på førebygging og helsefremmande samfunn (HOD, 2011b). Samstundes kom Helse og omsorgstenestelova som skulle hjelpe kommunane til å ha fokus på kostnadseffektive tenester (HOD, 2011a). Det er mulig at ein såg at pasientflyten kanskje vart litt for effektiv og rask, for i 2017 kom «Leve heile livet»- ei kvalitetsreform for eldre. Reforma har fleire satsingsområde som skal betre kvaliteten på tenester til eldre. Den siste er Nasjonal helse og sjukehusplan (2021-2023) som

skal omfatte både primær og spesialisthelsetenesta (Meld.nr7, 2019). Denne skal hjelpe kommunar og spesialisthelsetenesta til å bli partnerar og ikkje partar.

Å endre tenesteproduksjonen i ein kommune krev tid og tydelig leiarskap, ofte må kommunane nytte omorganiseringsprosessar for å gjennomføre dette. Samhandlingsreforma vart lansert allereie i 2009, medan sjølve iverksettinga av reforma vart sett til 1 januar, 2012. Dette handlar truleg om at kommunane og spesialisthelsetenesta skulle få tid til å endre sin tenesteproduksjon før sanksjonar vart iverksett.

Goodstein and Burke (1991), skisserer tre ulike prinsipp som fører til endring i organisasjonar. Prinsippa er basert på ein marknadorientert tilnærming, og ein kan sjå sjukehus og kommunar som organisasjonar i lys av desse. Eit av prinsippa er at nye innovative løysingar gjev moglegheit for å drive meir kostnadseffektivt. Reformene har gitt sjukehusa moglegheit til å sende sine pasientar raskt tilbake til heimkommunen. Etter NPM prinsippet arbeider sjukehuset med å få pasientane raskt gjennom systemet, frå innlegging til behandling og så tilbake til kommunen. Men det kan virke som kommunane sit med kostnaden for at sjukehusa skal drive effektivt. Bruvik (2017), sin studie syner at sjølv om overføringane frå sjukehus til kommunane har auka, er det ikkje bygd fleire institusjonsplassar. Men kommunane har tatt i bruk fleirsengsrom og har fleire pasientar på korttidsopphald.

Dei peikar imidlertid også på andre faktorar som kan tvinge gjennom endring, mellom anna statlege direktiv eller økonomiske og sosiale forhold (Goodstein & Burke, 1991). For kommunane så er samhandlingsreforma ei av mange styringsdirektiv som har komme dei seinare åra. Ser ein derimot bak dei statlege styringsdokumenta for å finne årsaken til endringa, så ligg der faktorar som fører til at det er naudsynt for kommunane i arbeide på nye måtar i framtida. Demografien framover tilseier at tal eldre over 67 år stig kraftig, medan tal yngre gradvis går nedover. Statistisk så må kvar tredje eller fjerde ungdom som går ut av vidaregåande skule arbeide i eldreomsorga dersom ein skal oppretthalde dagens organisering av tenesta. Skal den norske velferdsstaten stå stødig i framtida, er ein også avhengig av at befolkninga kan drive næringsverksemd også utover det å skulle yte kommunale tenester.

Kommune y er ein av mange kommunar som satsar på å bygge ut heimetenestene for at dei eldre skal kunne bu i eigen heim lengst mogleg, og helst heile livet. Dette har nok litt å gjere med samhandlingsreforma, men mest heng det truleg saman med den demografiske utviklinga. Framskrivningar syner at talet på eldre stig så kraftig i dei næraste 10 til 20 åra at

kommunane vert tvinga til å endre korleis dei organiserer dei ulike omsorgsnivåa. Samhandlingsreforma gav kommunane meir ansvar for pasientane gjennom sterke økonomiske incentiv. Samarbeidsavtaler skulle sikre at ein jobba i lag på dei ulike nivåa.

Kommune y si organisering kan sjåast som eit svar på Helse og omsorgstenestelova (HOD, 2011a), som vil ha førebygging og tidleg innsats. Lova legg føringar for at tenester skal gjevast på lavast mogleg nivå og at bruken av spesialisthelsetenester skal reduserast. Med denne lova kom også eit krav til kommunen om medfinansiering av innlegging av kommunen sine innbyggjarar. Midlar vart flytta frå spesialisthelsetenesta til kommunane som så fekk krav etter kor mange av innbyggjarane som vart lagt inn. Denne ordninga vart fjerna etter eit par år. Ein fekk det ikkje til å fungere etter intensjonen. Å endre omsorgnivå er ei tung og stor endring som krev langsiktig satsing. Kommune y har sterk mangel på fagkompetanse og slit med å rekruttere. Dei bruker vikarbyrå for å ha naudsynt kompetane. Skal primærhelsetenesta kunne overta oppgåver frå spesialisthelsetenesta må ein også ha kompetanse til å ta desse oppgåvene eller så er det igjen pasientane som ikkje vil få den kvaliteten på tenesta som dei må ha.

Kommuneøkonomien er dårleg og institusjonsplassar er kostnadskrevjande både å investere i og drive. Men måten ein i Norge har laga samhandlingsreforma på har skapt ein nivåforskjell mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Det er sjukehuset med medisinsk fagleg ansvarleg som har mynde til å avgjere når ein pasient er utskrivingsklar. Kommunen kan klage på desse avgjerdene, og få det behandla i nemnd. Men pasienten kjem, ofte på veldig kort varsel, ut til kommunen. Rønhovde (2016) prøvde i si studie å finne svar på om kommunane si politiske og administrative organisering påverka måloppnåinga med reforma. Det han fann var at små kommunar, som kommune x og y, handterte omorganisering godt sidan små forhold gjer til at samhandling og samordning er lettare enn i store kommunar. Men han såg også at intern samhandling på dei ulike nivåa i kommunen var avgjerande for både læring og kunnskapsutvikling. Han såg ei flat struktur gav mindre kunnskapsoverføring og strategitenking enn der den strategiske leiinga var sterkare involvert. Hesselink et al. (2013) fann derimot i si internasjonale studie om organisasjonskultur og utskrivingsprosessar at det var klare manglar i denne prosessen. Dei fann ei fragmentering av tenestane og ei undervurdering av administrative prosessar kring utskrivninga. Samt ei svært manglande refleksjon kring forbetring av utskrivingsprosessen. Det var ei manglande interesse for og tenking rundt samarbeid mellom nivåa.

Kommune y ser at dei ikkje har lykkast med å tilpasse seg reforma, og meiner at politisk så har det vore for lite interesse for å legge til rette for å møte krava. Folkehelselova (HOD, 2011b) krev sterk politisk involvering og forankring for å nå målet om ei berekraftig utvikling. Om ei ikkje har politisk nivå med, vil kommunen måtte finne vegen sjølv og gjere det beste ut av den organiseringa ein har. Det kan ein sjå at kommune y forsøker på. Samstundes som ein gjev uttrykk for ein slags resignasjon over mangel på både institusjonsplasser og fagkompetanse. Den sterke auken i betalte liggedøgn underbygger dette. Ein jobbar ikkje så hard for å klare å ta imot som dei første åra.

Kommunane var med å laga delavtale om utskrivingsklare pasientar mellom sjukehuset i sitt helseføretak og kommunane. Avtalen peikar på mykje som skal vere avklart før ein pasient er utskrivingsklar. Men til sist er det uansett sjukehuset som avgjer dette sidan dei kan sende pasienten heim same dag som han vert definert som utskrivingsklar. Dette vert gjort utan at kommunen har hatt tid til å førebu heimkomst og lage plan for tilbakeføring slik fleire av dei andre Nordiske landa har krav om. Kanskje kunne eit slikt krav om ei behandlingsplan gje ei betre overføring i Norge også. Når kommune y opplever at sjukehuset nektar å sende pasienten ut dersom dei ikkje vert tilbydt institusjonsopphald, så er det vanskeleg å vere ein heimetenestekommune som skal gje gode tenester i pasienten sin eigen heim. Dette fører igjen til at pasienten vert liggende på sjukehus. Truleg burde det vore meir kunnskap i spesialisthelsetenesta om kva tilbod kommunen har, samstundes også betre kjennskap til kommunal organisering samt kva krav som ligg i dei nye statlege føringane.

Dei første åra av reforma opplevde eg frå mi teneste at mange pasientar vart re-innlagt. Dei var langt frå ferdigbehandla, og vart gjerne sjukare når dei kom heim. Men følgjeforskinga til Noregs forskingsråd synte ikkje verken auke i tal re-innleggingar for eller auke i dødelegheit dei første 30 dagane etter utskriving (Melberg & Hagen, 2016). Ein kan då undre seg over om denne følgjeforskinga burde vore utvida til å sjå på dei første to til tre månadane etter utskriving. Det er mulig at det tek litt lenger tid før pasienten vert re-innlagt. Men på den andre sida så er dette ofte pasientar med store og samansette behov som gjerne har hyppige sjukehusinnleggingar. Både kommune x og y har høge tal re-innleggingar, langt over nivået for Norge, noko som for begge har auka etter 2017-2019 (Fig.nr 7, side 40, (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)). Mulig at det kan vere eit teikn på at utskrivningane er blitt enda raskare, eller at kommunen lettare legg inn igjen pasienten.

Pasientforløpet er nok blitt meir fragmentert og meir krevjande for pasienten. Dei har no ofte eit behov for eit institusjonsopphald før dei kan tilbake til eigen heim. Der dei tidlegare låg kanskje ei veke eller lenger på sjukehus før dei vart sendt heim, får dei no eit institusjonsopphald i eigen kommune. Er dei blitt sendt heim før dei eigentleg er ferdigbehandla, vert dei sendt i retur til sjukehuset, så tilbake til institusjonen, før dei til sist kanskje kan klare å komme kome tilbake til eigen heim. Dette er krevjande for eldre og det er mulig at reforma har endt opp med i nokre tilfelle å lage institusjonspasientar. Bruvik (2017), sin retrospektive studie om pasientflyt synte at dødstala i kommunen var høgare etter reforma enn før, og at pasientane som vart overflytta var eldre en før reforma. Dette seier kanskje ikkje så mykje om god eller dårleg overføring, men syner at pasientane ikkje ligg på sjukehus til dei døyr, men vert flytta over til kommunen.

6.2.1 Kommunar i endring, sett i lys av Lewin`s trefasemodell

Kurt Lewin (1890-1947) studerte gruppedynamikk og organisasjonsutvikling. Han definerer endring gjennom sin trefasemodell der **opptiningsfasen** er starten der organisasjonen må bryte tidlegare handlingsmønstre og nytte den vanlege motstanda mot endring til eigen fordel (Hatch, 2001). Ein kan tenkje at denne fasen starta i kommunane allereie ved lansering av reforma. Ein måtte arbeide for å snu tilsette frå å tenkje at spesialisthelsetenesta skal halde pasientane fram til kommunen har eit tilbod klart, over til å finne løysingar for å kunne ta imot pasientane i det augeblikket spesialisthelsetenesta melder dei utskrivingsklare. Noko av det som vanskeleg gjer denne prosessen handlar truleg om at det er to store organisasjonar som er avhengig av å skape endring i fellesskap, og dei er gjensidig avhengig av kvarandre. Måten Danmark og Sverige har løyst samarbeidet på med krav om felles plan for tilbakeføring før dei økonomiske insentivordningane slår inn, tvinger til samarbeid mellom nivåa.

For kommune x så har administrasjonen gjennom omorganisering av tenester organisert seg i tråd med dei nasjonale føringane, og stod klar 1 januar 2012 til å møte spesialisthelsetenesta sin rett til å skrive ut pasientar fyste dag. Dei arbeidde nok truleg med dette i lang tid før reforma vart iverksett. Oppbygging av nye omsorgsnivå, og endring av tilsette sine tankar kring kva som vart kommunen sine nye oppgåver er endringar som ikkje er gjort på kort tid i ein organisasjon. Kommune y har nok også arbeidd med innføring av reforma over tid, men ein kan spør seg om dei har hatt fokus på andre delar av reforma enn tidlegare utskrivning av

pasientar. Det har ikkje vore planlagt eller gjennomført store omorganisering av tenestetilboda, men heller auka fokuset på langsiktig strategi knytt til korleis ein skal handtere auka press innanføre den tenesteproduksjonen som dei har.

Fase to av Lewin`s endringsstrategi er **endringsfasen**, det er då organisasjonane har lagt planane for korleis organisasjonen skal imøtekomme nye organisasjonsformer og det handlar no om å påverke til å bryte gamle handlingsmønstre og gjennomføre planlagt endring (Hatch, 2001). Dei to organisasjonane har gjennomført endringane på ulik måte. Ein kan sei at planleggingsfasen er over, no skal endringane gjennomførast, og balansen i organisasjonen sine strukturar og system skal opprettast.

I kommune x hadde dei i tida før reformstart bygt opp nye tenestetilbod, når det handlar om iverksetting så var det ikkje lengre berre haldningane og nye arbeidsmetodar som skulle til. Dei hadde ny avdeling som skulle ta i mot pasientar på ein ny måte. Det vil også sei at dei flyttar personale som skulle handtere dette, framfor å sikre at alle måtte endre sitt daglege handlingsmønster. Hovudmålsettinga er å ta i mot pasientane fyrste utskrivingsklare dag, og gje eit tilbod like godt eller betre enn det som pasientane får på sjukehus. Dette inneberer i følge intervjupersonane ofte tid på eit omsorgsnivå høgare enn det pasientane hadde før dei vart innlagt i sjukehus. Ein kan sjå at dette er ein kostnadskrevjande måte å organisere det kommunale tilbodet på, og det har også ført til ei nedbygging av eksisterande omsorgsnivå. Kommunen har ikkje bygd opp nye omsorgsplassar, dei har gjort om eksisterande institusjonsplassar til eit høgare omsorgsnivå med høgare kompetanse og meir ressursar.

For kommune Y har fokuset vore annleis, i følge intervjupersonane har kommunen hatt auka fokus på førebygging, og haldningar i høve korleis hjelpe pasientane vi har til å verte så sjølvhjelpete at dei kan klare seg heime. Når dette har vore fokus har dei valt å ikkje tilføre nye omsorgsnivå og bruke ressursar og krefter på dette. Det har ført til at handlingsmønstra hos dei tilsette ikkje har endra seg, nettopp av di dei ikkje har bygt opp kapasitet og kompetanse til å handtere sjukare pasientar i heimen. Konsekvensen av dette er at pasientar som skulle hatt eit tilbod i kommunen, vert liggande på sjukehuset fram til ein får ledig plass til å ta imot dei, eller til dei vert så friske at dei kan reise heim.

Fase tre i Lewin`s teori er **nytilfrysingsfasen**, det er då ein ser nye åtferdsmønster og ein ser endringar i organisasjonskulturen. Når nye handlingsmønstre har gått seg til, vil nye metodar verte føretrekte og nytt tankesett førte til at dei tilsette innarbeider nye måtar å jobbe på. Ein kan sjå dette i kommune x, det er ikkje noko alternativ at sjukehusa skal ta seg av pasientar

som kommunen er sett til å ivareta. For å nå målsettingane tek kommunen i bruk også andre verkemiddel for å unngå liggedøgn i sjukehus. Dette kan være bruk av KAD eller flytting av pasientar for å lage rom for dei utskrivingsklare pasientane. Ein kan stille seg spørsmål om kva dette betyr for pasientane, dei vil innom fleire tenestenivå i vente av eit tilpassa kommunalt tilbod, men dei slepp å ligge på sjukehus lengre enn naudsynt.

I kommune y er det vanskeleg å konkludere med om dei er komme i nyetableringsfasen, Intervjupersonane gjev inntrykk av at dei tilsette ikkje ser korleis dei skal klare å ivareta dei svært multisjuka heimebuande pasientane. Pårørande pressar på for å få institusjonsplass som det er stor mangel på, men dei tilsette ser ikkje korleis dei skal kunne tilrettelagd med meir ressursar i heimen. Dette fører til at den nye måten og tanken med at kommunen skal tilby pasientane hjelp der dei bur, kanskje ikkje er den løysinga dei tilsette ser i kvardagen. Dette fører til diskusjonar mellom tenestenivåa i kommunen om kvar pasienten høyrer heime, og det er ikkje uvanleg med mange rundar innom institusjon før ein får tildelt langtidsplass.

6.2.2 Kommunane analysert gjennom hierarkisk styrte endringar

Jacobsen (2019), seier at skal ein organisasjon overleve over tid, må ein tilpasse seg krav, forventningar og ny teknologi. Han ser at endring inneber ei forbetring og ei effektivisering av den drifta ein alt har. Samhandlingsreforma er ei ovanfrå og ned reform. Jacobsen meiner at dette er den vanlegaste endringa i kommunale organisasjonar, den hierarkisk styrte eller planlagde endringa. Staten prøver gjennom reforma å få dei kommunale tenestane tilpassa den konteksten som ein står oppe i, eller som ein ser komme. Dette beskriv Jacobsen (2019) gjennom ein rasjonell beslutningsprosess i fire fasar.

I første fasen kom samhandlingsreforma som ei varsla reform. Her måtte kommunen forholde seg til endring i den eksisterande konteksten, og dei endringane i maktforholdet mellom sjukehuset og kommunane som den gav. Kommunen måtte møte kravet om å ta på seg nye oppgåver som kom med at ein fekk heim veldig sjuke og behandlingskrevjande pasientar. Når alle delavtalene mellom sjukehuset og kommunane vart utarbeidd, var det opna for å lage særavtaler mellom enkelte kommunar og sjukehuset. Dette synte seg å bli lite nytta. Ein kan undre seg over kvifor det ikkje vart nytta når kommunane er så ulikt organisert som dei er. Særavtaler kunne då vere ei hjelp til meir tilpassing til lokale forhold.

Øgård (2014), ser NPG som eit tillegg til NPM. Kommunane var heilt avhengig av samarbeid på tvers av dei kommunale tenestane, og i organisering etter NPG modellen er samarbeid og samhandling det styrande. I kommune x er det tildelingseininga i lag med tenesteleiarane frå

dei ulike avdelingane som legg føringar for pasientflyten. Når dei ikkje har plass verken på intermediæravdelingen eller institusjonen, og pasienten ikkje kan til eigen heim, så nyttar dei KAD. Dette er eigentleg eit tilbod til pasientar som ikkje treng innlegging på sjukehus, men som treng eit litt høgre omsorgsnivå ein periode. Det skal vere avklarte tilstander som kommunen kan behandle like godt som sjukehuset. Så når kommune x bruker dette interkommunale tilbodet til utskrivingsklare pasientar er det ikkje etter intensjonen. Men det syner kanskje kor sterkt kommunen jobbar for å unngå å betale for liggedøgn.

I fase to må kommunen analysere krava og finne kva desse vil bety for korleis ein må organisere tenestane (Jacobsen, 2019). Kommunane hadde to til tre år på å finne korleis ein skulle møte reforma. Jacobsen ser at skal kommunen som tenesteytar ha legitimitet hos sine innbyggjarar må det stadig endring til for å møte dei ulike krava som kjem i overordna føringar. Her ser Jacobsen at ein alltid må vurdere kost opp mot nytte. Det er ein fare at endringar kan gje høgre kostnader utan at ein får den forventa effekten.

I denne reforma er det pasienten som har betalt prisen for at pasientflyten skulle bli meir effektiv. Stadige skifte av omsorgsnivå har kanskje ikkje gitt pasienten dei beste føresetnadane for rehabilitering. Ein kan undre seg på om reforma har skapt institusjonspasientar. Pasientflyten er så rask mellom nivåa at det må vere vanskeleg å finne heile oversikta over pasienten sin situasjon og sjukdomsbilde. Er ein for dårleg når ein kjem til den kommunale institusjonen vil ein ikkje klare å starte noko opptrening. Ein vert då lett sengeliggande og det er ei klar fare for institusjonalisering. Ser ein på kva konsekvensar reforma har hatt for den eldre pasientgruppa med raske skifte mellom omsorgsnivå og ei sterk fragmentering av tenestetilbodet kan ein ikkje sjå at tanken om ei saumlaus teneste er blitt realisert. Ein har lenge fokusert på at velferdsteknologi skal hjelpe kommunane i møte med den demografiske utviklinga. Men her går implementering og tilpassing til kommunal drift seint. Kommune x såg at løysinga på den konteksten som dei stod oppe i var å lage eit heilt nytt omsorgsnivå. Her flytta dei kompetansen frå dei andre kommunale tenestane, og ville lage eit godt tilbod til dei sjuke utskrivingsklare pasientane. Medan kommune y tenkte at å tilpasse dei tenestane ein hadde var vegen å gå.

Desse ulike syna på kva som er ei god løysing for å møte reforma har gitt ulike tilbod til innbyggjarane i dei to kommunane. Når pasientane i kommune x får eit omsorgsnivå som er i mellom sjukehus og institusjon, vert innbyggjarane i kommune y liggande på sjukehus inntil ein kan ta imot dei på institusjonen.

I fase tre må ein finne vegen ein skal gå for å nå måla, og tilpassa kommunen til å møte desse krava og forventningane. Jacobsen (2019) ser at endringar oftast vil skape konflikt. Denne fasen er derfor viktig for å få med dei tilsette som skal gjennomføre oppgåvene som følg med reforma.

Når kommune x brukar relativt mykje meir pengar i pleie og omsorgssektoren enn kommune y, har det truleg med korleis dei organiserte seg. Men sjølv om dei har eit høgt omsorgsnivå på intermediæravdelinga si så ligg dei høgt på tal re-innleggingar innan 30 døgn (Fig. Nr,7 side 40, (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)). Det er vanskeleg å finne kvifor tal re-innleggingar i desse to kommunane er så høgt. Det kan ha samanheng med for rask utskriving frå dette helseføretaket, eller med for lav kompetanse i kommunen til å ta imot desse pasientane som er sjukare enn tidlegare. Det som er veldig spesielt er at kommune y som toppar statistikken når det gjeld betaling for liggedøgn, også ligg så høgt på statistikken for tal re-innleggingar. Samanlikna med re-innleggingstala for Norge ligg dei svært høgt over. Ser ein einsidig på dette så kan det bety at ein ikkje vert betre av å ligge lenge på sjukehus, ein vil likevel ha behov for å bli lagt inn igjen på sjukehuset.

Når kommune x gjorde ganske omfattande grep for å møte krava i samhandlingsreforma, så gjorde kommune y eigentleg veldig lite. Dei opplever sjølv at det er sjukehuset som styrer eller prøver å styre kvar pasienten skal få tilbod etter utskriving. Informantane seier også at sjukehuset i nokre tilfelle ikkje godtek at pasienten skal rett heim, og då vert pasienten liggande på vent på sjukehuset. I slike tilfelle kan ein sjå at det er maktforskjell mellom sjukehus og kommune. I følgje delavtalen skal sjukehuset gjere ein funksjonsvurdering og kommunen tildele teneste etter eiga vurdering. Danielsen (2018) fann at spesialisthelsetenesta vurderer pasienten i ei kort tid når dei ligg på sjukehus, medan primærhelsetenesta kjenner pasienten gjennom lang tid. Men likevel «bestiller» sjukehuset omsorgsnivå.

Den siste fasen er iverksettingsfasen der oppgåvene skal gjennomførast. Når føringane er så klare og krevjande som kommunane opplevde samhandlingsreforma, er det når ein skal gjennomføre alt som er bestemt at konfliktane kjem (Jacobsen, 2019). Det er fagpersonalet som skal ta imot pasienten. Ofte vart det opplevd som feil omsorgsnivå pasienten var på. I kommune x vart etter kvart intermediæravdelingen opplevd som eit lite sjukehus som eigentleg berre ynskte pasienten vidare i systemet, for å vere klar til å ta imot neste pasient. Dette til tross for at det aldri var fullt der. I kommune y vart eigentleg ingenting endra. Dei tok imot når dei kunne og let pasienten ligge på sjukehus når dei ikkje kunne.

6.2.3 Samanlikning med tidlegare studiar og dei nordiske landa

Samhandlingsreforma tvingar kommunane inn i ei planlagt eller hierarkisk styrt endring. Staten ser dei demografiske utfordringane med auka tal eldre, og alle nye lover og føringar er forsøk på å møte utviklinga på ein måte som gjev god berekraft i samfunnet. Kommunane opplever stadig at ressursane ikkje strekk til, og er tvinga til å tenke effektivisering av drifta (Jacobsen, 2019). Her vert økonomiske insentiv nytta for å oppnå det ein vil med reforma (Øgård, 2014).

Også Danmark si helsereform vart hierarkisk styrt (Grimsmo & Magnussen, 2015). Men dei har sett behovet for å planlegge for ei god overføring av pasienten og har derfor avtalefesta planleggingstid for overføring av pasienten. Finland er vel det Nordiske landet der kommunane har mest makt. Dei både eig og driv spesialisthelsetenesta og den kommunale tenesta, og har stor fridom til å forme tenestane slik dei ynskjer. Men likevel opplever dei at spesialisthelsetenesta vert den dominerande parten i samhandlinga (Grimsmo & Magnussen, 2015). Etter kvart har Finland opplevd ei sterk privatisering av helsetenesta.

Rønhovde (2016) sin studie om kommunane sitt møte med samhandlingsreforma viser at reforma kan ha eit svakt reformdesign. Dette på grunn av at kommunen har stor fridom til å organisere seg utifrå lokal tilpassing. Sjølv om dei økonomiske incentiva er sterke og legg opp til ei NPM styring etter ein marknadstankegang, så ligg likevel reforma meir nært til å vere ei samarbeidsreform. Vi ser også dette med den ulike organiseringa i kommune x og y. Kanskje den eine kommunen styrer for stramt etter incentiv ordningane, medan den andre tek svært lett på dette.

Slik Danmark har organisert helsetenestane med regionsråd samansett av folkevalte, der alle avtaler og oppgåver vert bestemt, vil det innebere ei sterk politisk styring (Fig.nr. 2, side 16, (Grimsmo & Magnussen, 2015). Det er likevel opna for at regionane utarbeider lokale avtaler der ein lager gode overføringsplaner for pasientane før ein sender dei heim. Rønhovde (2016) finn lite politisk involvering i Norge med iverksetting av reforma. Han finn også at skal organisasjonen lukkast med reforma må det vere ei form for overlapp av kunnskap, ansvar og oppgåver, og at organisasjonsmodell er viktig for å få til denne kunnskapsutviklinga. Der ein har valt ein flat struktur slik kommune y, vil ein ha utfordringar med å oppnå felles kunnskapsutvikling og få ei samla strategitenking. Men Rønhovde konkluderer likevel med at småkommunar, som våre to kommunar, har mulighet til å handtere endringar godt på grunn av at små forhold gjer samordning og samhandling enklare.

Sverige og Danmark har krav om at ei plan for tilbakeføring skal ligge føre når pasienten vert sendt tilbake til kommunen. Denne skal partane ha utarbeidd i lag (Grimsmo & Magnussen, 2015). Den store internasjonale studien til Hesselink et al. (2013), syner at organisasjonskultur har sterke implikasjonar for korleis ein får til utskrivingsprosessar frå sjukehus til kommune. Han fann at det var manglande refleksjon kring forbetring av utskrivingsprosessen. Sjukehusa var negative til dei tilbakemeldingane dei fekk frå primærhelsetenesta, og sjukehusstilsette hadde eit innovervendt fokus. Dette samsvarer med dei opplevingane både kommune x og y har i forhold til at sjukehuset definerer kva omsorgsnivå pasienten skal ha etter tilbakeføring. Og at det nyttar lite med tilbakemelding på dette. Hesselink et al. (2013), fann også at utskriving var prega av rutinar framfor refleksjon og evne til å endre praksis.

Sverige har organisert både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta i landsting (Fig.nr.3, side 17, (Grimsmo & Magnussen, 2015). Dei flytta oppgåver frå landstinget til kommunane for å prøve å gjere behandlinga mindre sjukehusprega. Året etter at Norge si samhandlingsreform trådde i kraft, kom Sverige si reform som eit direktiv, med hovudfokus på samhandling kring dei sjukaste pasientane. Dei har økonomiske incentiv, men før dei trer i kraft skal det føreligge ei felles behandlings og overføringsplan.

Tjøstolvsen (2016), sin studie om korleis lokale samarbeidsavtaler fungerte i Norge syner at det er ei ulik forståing for kva behov og funksjonsnivå pasienten har. Han fann at kommunane opplevde ei manglande heilthetskartlegging av pasientane sitt behov. Det som vanskeleggjorde samhandlinga var at spesialisthelsetenesta har eit diagnoseorientert behandlingsregime, medan kommunane tenker eit langtidsregime. Dette passar godt inn i funna frå både kommune x og y. Det er lite tru i spesialisthelsetenesta på kommunen si kompetanse til å gje pasienten ei god teneste. Det er her at Sverige og Danmark sine krav om felles behandlings og overføringsplan truleg ville gjort overføringane tryggare og mindre fragmentert for pasienten. Tjøstolvsen (2016), fann at til sist er det pasienten som betaler prisen for at pasientflyten skal effektiviserast. Dette har truleg Sverige og Danmark sett og gjennom avtaler kravd samarbeid mellom nivåa.

6.2.4 Oppsummerande diskusjon

Alle nye lover og retningslinjer som kom rundt 2010 er eit forsøk på møte dei demografiske endringane med eit berekraftig samfunn. Skal ein ha muligheit til dette må både spesialisthelsetenesta og kommunane samarbeide og tenke nytt i lag.

Reformene overfører stort ansvar til kommunane, og legg samstundes føringar for at ein skal tenke helse i alt ein gjer. Det er eit nødvendig sterkt fokus på førebygging. (Goodstein & Burke, 1991), peikar på at direktiv og statleg styring må til skal ein klare å endre organisering.

Både kommune x og y prøver å møte reforma, det kan vere ulike faktorar til at dei kanskje ikkje lykkast like godt. Det ser vi på ulikheitane i betalingsdøgn og tal re-innleggingar.

Det kan kanskje sjå ut som om ei organisering meir likt det Sverige og Danmark har lagt opp til, med krav om felles overføringsplaner mellom nivåa, kunne vore ei hjelpe for å unngå den fragmenteringa i pasientforløpet som Norge opplever.

Den nasjonale helse og sjukehusplana som eigentleg har vore sjukehuset sitt styringsdokument med ei treårig revidering kan no kanskje bli ei hjelp til å klare å få sterkare samarbeid mellom nivåa (Meld.nr7, 2019). Planen skal realisere pasienten sin helseteneste, og spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta skal samarbeide gjennom ei oppretting av helsefellesskap, som er panlagt å starte arbeidet med i inneverande år. Det er mulig at ein då kan oppnå eit sterkare samarbeid slik som Danmark og Sverige har

6.3 Accountability

Her vil eg sjå på korleis plassering av ansvar har påverka kommunen si organisering av sine tenester etter innføring av reforma.

6.3.1 Accountability, kommunen som ein påliteleg organisasjon

M. A. P. Bovens (2007), definerer accountability som organisasjonens forhold mellom aktørane og befolkninga. Der aktørande, i denne samanheng den kommunale organisasjonen har plikt til å forklare og drive transparente prosessar, som førar til at befolkninga kan ha tillit til deira handlingar. Mulgan (2000), definerer accountability som samsvar mellom handlingar og nærmar, reglar og prosedyrar. Befolkninga kan stille spørsmål og gjere seg opp ein meining om handlingar er i tråd med forventningar. Korleis ansvaret vert forvalta har såleis betydning for organisasjonens legitimitet i samfunnet.

Mulgan (2000), beskriv fire typar accountability, **politisk, administrativt, profesjonelt og individuelt**. Dette vert beskrive som dei ulike aktørane sitt ansvar for å sikre at kommunen

som organisasjon har sin legitimitet. Det **politiske** ansvaret handlar om borgarane sine forventningar til at dei folkevalde forvaltar felles ressursar til det beste for majoriteten, dette betyr å legge føringar for **administrasjonen** som sikrar at ein føl nasjonal, regional og lokal politikk. I kommune x, som er organisert etter to nivå modellen, er det administrasjonen som har hatt ansvaret for å utforme korleis kommunen skulle møte reforma. Det var lite politisk involvering bortsett frå sterkt fokus på insentivordningane. Dette heng truleg saman med at kommunen var ein kommune på veg utav ROBEK, der det vert lagt sterke avgrensingar på den kommunale autonomien. Men det politiske fokuset på betalingsdøgna førte til at administrasjonen leverte på det området. Truleg klarte ikkje kommunen å sjå at dei organiserte kommunen inn i ein kostnadskrevjande organisasjonsform (Fig.nr. 9, side 41 (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)).

Mulgan (2000), seier at accountability vert skilt frå ansvarsomgrepet i den grad at det ikkje handlar om individa og i kva grad ein tek ansvar for eigne handlingar. Men heller i kva grad systemet har rutinar og prosedyrar som sikrar at tenestestandarden er slik at systemet som heilheit fungerer. Informant i kommune y hevder at dei er ganske flinke til å ta imot pasientane når dei er utskrivingsklare. Dette til tross for at dei toppar statistikken over tal betalte liggedøgn. Men det er truleg at dei tek imot i eigen heim som meinast, for det er dette som er føringane i planen til kommunen. Dei opplever at dei er lojale mot dei politiske føringane der pasienten skal til eigen heim.

Bukve (2012) ser eit spenningsfelt mellom det politiske og det **profesjonelle** ansvaret der dei profesjonelle har fagansvaret. I kva grad administrasjonen hadde lukkast vart i kommune x målt utifrå tal liggedøgn som kommunen måtte betale for. Her har dei profesjonelle hatt større formell påverknad på korleis ein skulle bygge opp kommunen for å møte reforma enn i kommune y.

Kommune y har ei politisk vedteke kommunedelplan. Denne vert synt til som styringsdokument for reforma. Men det er ikkje gjort andre grep for å møte reforma enn å kalle seg ein heimetenestekommune, og planlegge for å ta pasientane rett heim. Det kan verke som kommunen er sterkt politisk styrt, men i realiteten kan ein sjå at det er fagfolka som er det dei profesjonelle aktørane som styrer pasientflyten, i den grad den vert styrt. Det kan nesten sjå ut som det manglar styring. Er det ikkje plass, så er det ikkje noko stor sak. Då ligg pasienten på sjukehuset til det er plass.

Kommune x sitt ekstra omsorgsnivå kan ha kosta ei nedbygging av andre tenester utan at eg i denne oppgåva har gått inn og sett på kva konsekvensar dette har fått. Kommunens politiske nivå har i liten grad lagt seg opp i korleis dette arbeidet skal praktisk gjennomførast, men har målt resultat i forhold til økonomi og kommunens renommé knytt til statistikk. Det verkar som ein god statistikk over betalte liggedøgn skal syne at kommunen har nådd sine målsettingar og gjort det som var forventa gjennom statlege styringsdokument.

Kommune y fører ein politikk der dei tilsynelatande ikkje tek innover seg den statlege politiske styringa, men heller organiserer tenestene utifrå ein tenestestandard som har hovudvekt på å yte tenester der pasientane bur. Når dette ikkje er mogleg, og det i liten grad er andre indikatorar det politiske og administrative miljøet styrer etter så vert konsekvensen at tenestestandarden endrar seg lite i møte med reforma.

Administrasjonens ansvar vert av Mulgan (2000), definert som iverksettarar av politikk, altså administrasjonen har mynde til å styre utifrå det som politikarane set som føringar. Det er krav til at ein skal kunne grunngje, gje innsyn og forklare kvifor ein vel ulike løysingar. Dei ulike kommunane har valt ulikt også her, der kommune x har valt å nytte sitt handlingsrom kring politiske føringar ved å tette kommunen si omsorgstrapp¹³, har kommune y i liten grad gjort endringar i tenesteyting i eigen kommune. Forventningane nasjonalt kan ein sei ikkje har overstyrt lokal handlingsfridom eller verdigrunnlag i denne kommunen.

Men det **individuelle** ansvaret handlar om at til sist er det enkeltindividua som er ansvarleg og målber verdiane og handlingsmåla til organisasjonen Bukve (2012). Når intervjuperson 1 i kommune x seier at handlingane hans ikkje er heilt etter instruksane, men det gir han «blaffen i», så påverkar det i stor grad korleis kommunen møter føringane i reforma. Dersom enkelttilsette ikkje er lojale mot føringar og rutinar så vil ein ikkje klare å møte reforma slik ein hadde tenkt.

Ein ser samstundes at i den daglege drifta så ligg ansvaret godt plassert i linja. I kommune x der ein har oppretta ei tildelingseining, har kommunen ein dedikert person som er objektiv og ikkje tilsett i eit av tenestenivåa. Det er då lettare å sjå kva omsorgsnivå pasientane som vert utskrivne frå sjukehus bør til. I kommune y syt dei føre det same, men då ved ein gjensidig dialog mellom tenestene. Såleis kan ein sei at plassering av ansvar har vore viktig for korleis

¹³ *Omsorgstrapp*, også kalla tiltakskjeden, beskriv dei kommunale helse- og omsorgstenestane. Tankegangen bak trappeomgrepet er at desse tenestane kan plasserast eller rangerast på ulike nivå. Omsorgstrappa sin tankegang er *LEON-prinsippet* (laveste effektive omsorgsnivå) som har vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen sidan 1970-tallet. Det prinsippet inneber at helsetenestar skal ytast på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet.

kommunane tek i vare dei utskrivingsklare pasientane. I små kommunar så er kommunikasjonslinjene korte, noko som kan gjere ansvars plassering tydelegare.

6.3.2 Ansvar i linja - kva betydning har det for kommunens praksis

Bukve (2012) skil mellom den **hierarkiske**, **kollektive** og **personlege** ansvarsmodellen. Etter den **hierarkiske** er det øvste leiar som har ansvaret, og som må ta ansvaret om noko går galt. I kommunane vert det då politisk og administrativt nivå som er ansvarleg for utforming av korleis statlege føringar skal møtast. I kommune x har administrasjonen sett moglegheitene og fått politisk aksept for utforminga. I kommune y ser det ut til å vere meir etter «vi prøver og ser metoden».

Begge kommunane opplev lite politisk involvering i arbeidet med innføring av reforma, sjølv om dei i kommune x opplev at dei vert styrt basert på tal og statistikk så vert det i liten grad lagt føringar på korleis arbeidet skulle praktisk gjennomførast for å nå måla. Det er derimot tydelegare at ansvaret for å innføre naudsynte tiltak for å ta i mot pasientar i tråd med føringane i reforma er plassert hos administrasjonen. Administrasjonen har tilsynelatande plassert ansvaret for ivaretaking av utskrivingsklare pasientar vidare nedover i organisasjonen, der det vart oppretta ei tildelingseining. Denne tildelingseininga er noko annleis enn i kommune y, knytt til at det endelege myndet for plassering ligg til ein person utanfor tenestene.

Leiaransvaret til tenestene i kommune x vert difor utfordra, og dei har ikkje den same moglegheita til påverknad som ein ser i kommune y. Denne kommunen har eit tydelegare preg av kollektivt ansvar, planarbeidet har synleggjort kommunen sitt overordna verdigrunnlag og det er ei forventning om at ein skal styre etter dette. Ein kan spør seg om administrasjonen har nytta seg av det handlingsrommet som ligg knytt til at det tilsynelatande ikkje er gjort endringar som følgje av nye nasjonale føringar. Eg ser også ei plassering av ansvar i denne kommunen, men her kan ein sjå ei meir naturleg ansvarslinje nedover i organisasjonen der ivaretaking av utskrivingsklare pasientar er plassert hos tenesteleiarane i fellesskap. Dersom dei ikkje vert einige, så er det tydeleg at det endelege avgjerdsmynde ligg hos kommunalsjef med overordna ansvar for heile helse og omsorgsfeltet.

I ein kommune er øvste leiing kommunestyret, som er samansett av politikarar valt av folket. Det er likevel ofte kommunedirektør som vert peika på som øvste leiar i ein kommune. I denne modellen vert det påpeika at det fort kan ende i at ein peikar på syndebukkar, framfor utvikling og endring (Bukve, 2012).

Bukve (2012), skisserar vidare den **personlege** modellen for ansvar, som omhandlar den enkelte som ansvarleg for verdiar og handlingsmål som organisasjonen har sett. Når ein ser på kommunen som organisasjon så vert det ofte ulikt kven ein set til ansvar, korleis ein skal handheve dette og i kva grad. Ved spørsmål til intervjupersonane kring kven som til sjuande og sist sit med ansvaret kring ivaretaking av pasientane i kommunen, så svarar begge kommunane at det er kommunalsjef som sit på det endelege ansvaret og derav den som kan stillast til ansvar dersom det er naudsynt. Det er derimot retningslinjer og prosedyrar som legg opp til korleis arbeidet skal føregå, der tildelingseiningane i dei to kommunane som har det daglege ansvaret for dette arbeidet. Ein kan ikkje dermed sei at det er kommunalsjefane eller berre det administrative nivået sitt ansvar for innføring av statlege styringsdokument som samhandlingsreforma.

6.3.2 Samanlikning med tidlegare studiar og dei nordiske landa

Om ein ser på dei Nordiske landa så har fleire land krav om ei felles behandlingsavtale for å sikre ein god overgang mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helsetenesta (Grimsmo & Magnussen, 2015). I Norge må ein ta imot pasienten første dag, ofte med manglande epikrise, og sjølv vurdere kva pasienten treng. Det ville truleg vere nyttig å vurdere noko likande for å fremme godt samarbeid og god pasientoverføring mellom spesialisthelsetenesta og kommunane også i Norge.

Rønhovde (2016), syner også dette i sin studie. utfordringane med kommunal organisering er tydlegare i større kommunar der avstanden mellom sektorane vert store. Ein møter då utfordringar med intern samordning, og det vert lange kommunikasjonslinjer mellom leiarnivå og operativt nivå. Mindre kommunar syner å handtere dette betre uavhengig av sektorinndeling nettopp knytt til at små forhold gjer samordning og samhandling lettare (Rønhovde, 2016).

Både i Danmark, Sverige og Finland har dei organisert meir tverrfagleg innsats, og lengre tid for kommunane og sjukehusa å samhandle om tenestetilbod før denne pasientgruppa vert skriven ut. Ein kan undre seg over kva dette vil ha av betydning for dei kommunane eg har studert, dersom planleggingsfasen vart utvida. Kommune x gjer på mange måtar denne jobben på vegne av både sjukehus og kommune når pasientane kjem til intermediaæravdelinga, medan kommune y ikkje har same moglegheit. Spørsmålet vert då om kommunen og spesialisthelsetenesta samarbeider tettare i den tida pasienten ligg på sjukehus i vente av rett kommunalt tilbod. Dette er eit krav i dei andre Nordiske landa.

Hesselink et al. (2013), si internasjonale studie synte at organisasjonskultur har stor påverknad på korleis utskrivingsprosessar fungerte. Dei fann at innarbeidde vaner ofte styrte prosessane framfor gjeldande rutinar. Det mangla også ofte evne til å integrere ny praksis. Dei fann blant anna at administrative oppgåver rundt utskrivning av pasienten vart undervurdert og at det mangla refleksjon rundt forbetring av prosessen. Kommune y si plan for reforma har vore å tilby tenester på same omsorgsnivå som tidlegare, og nærast mogleg heimen. Når administrasjonen ikkje kan tilby denne type tenester til kommunen sine innbyggjarar, må kommunen no betale sjukehuset for dette. Men dei let ikkje dette økonomiske insentivet bety så mykje. Dei meiner det ville blitt dyrare å bygge opp eit tilbod i kommunen. Noko som ein kanskje kan sjå på statistikken over forbruk i helse og omsorgstenesta (Fig.nr. 9, side 41 (<https://samhandling-sfj.no/>, 2020)).

Det **kollektive** ansvaret som Bukve (2012) peikar på, er ein lojalitet mot det som er bestemt. Og der ein ilag må finne endringar eller gode løysingar om noko ikkje fungerer. Det kan ofte vere vanskeleg å peike ut den med mynde. I Norge er det ein ganske klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, og ein tydeleg maktforskjell, som gjer til at ein ikkje finn dei gode løysingane i lag. Noreg skil seg frå dei andre nordiske landa knytt til samarbeid rundt dei multimorbide¹⁴ sjuke eldre som skal skrivast ut frå sjukehus.

Det er sannsynleg å tenkje at kommunane i mindre grad hadde vore avhengig av å bygge opp fleire omsorgsnivå dersom ein hadde hatt betre tid til å førebu heimkomsten. Men det kan ikkje garanterast at dette hadde vorte utfallet, ein kunne like lett hamna tilbake til at pasientane vert liggande lengre på sjukehus utan at kommunane arbeidde meir rundt den enkelte i tida pasientane ventar på tilbod. Dersom ein skulle politisk arbeide mot same retning som andre Nordiske land måtte ein sikra seg prosessar i kommunane som gjorde dei i stand til å ta sitt ansvar til tross for manglande insentiv i den tida pasientane ventar.

6.3.3 Oppsummerande diskusjon

Det kan verke som om plassering av ansvar til ei viss grad har påverka korleis kommunen organiserer sine tenester. Kommune x og y har ulike ansvars plasseringar. Der ein kan sjå at politisk involvering er sterk er i kommune x, med omsyn til å styre etter økonomiske insentiv, så er det også ein handlekraftig administrasjon. Det vert satt i gang med omorganisering og dei profesjonelle aktørane styrer korleis ein skal førebu reforma. Dei er opptatt av det

¹⁴ Multimorbid: Pasient som har fleire kroniske sjukdommar samstundes.

politiske fokuset på dei økonomiske insentiva, og vil fram stå som dyktige målt på statistikk over betalingsdøgn.

Kommune y har eksisterande politisk behandla kommuneplaner, som ligg til grunn for korleis kommunen arbeider. Ein kan tydeleg sjå ein profesjonell administrasjon, som legg skuld på politikarane som ikkje tek inn over seg dei økonomiske konsekvensane av at ein ikkje tek imot pasientane som ligg på sjukehuset. Men administrasjonen meiner også at kommunen ikkje taper økonomisk på manglande oppbygging av tilbod. Begge kommunane opplever sjølv at dei tek ansvar. Dei har berre ulike måtar å gjennomføre dette på.

7.0 Oppsummering av kunnskap

Overordna problemstilling for denne oppgåva er:

Korleis sikrar ulike kommunar ivaretaking av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus til kommunal sektor?

For å finne svar på dette formulerte eg følgande forskingsspørsmål:

- *Korleis har kommunane organisert sine tenester etter innføringa av samhandlingsreforma, og kva konsekvensar har dette for korleis dei møte føringane?*
- *Kva endring i kommunane har hatt betydning for ivaretaking av utskrivingsklare pasientar?*
- *Korleis har plassering av ansvar hatt betydning for kommunen si organisering av tenestene i møte med reforma?*

Eg har gjennomført ei kvalitativ undersøking i to ulike kommunar. Totalt intervjuet eg fem personar på ulike administrative nivå i dei to kommunane. Ein person trakk seg før intervjuet, eg valde då å gå vidare med dei fem intervjuet som eg hadde fått. Dette med bakgrunn i at eg hadde fått inn mykje informasjon som kunne nyttast til å belyse mi problemstilling.

Til tross for at kommunane i min studie er like i storleik og utfordringar, så har dei valt ulike strategiar for å møte føringane i samhandlingsreforma. Dette er kommunane sin rett som fristilte organisasjonar, dei har moglegheit til å tilpasse sentrale føringar til lokal kontekst.

Eg valde dei to casene heilt bevisst. Problemstillinga mi handlar om korleis ulike kommunar ivaretek utskrivingsklare pasientar, og eg har undra meg over at det er store ulikheiter mellom kommunane på dette området. Eg valde difor så like kommunar som mogleg, der det som skil dei i stor grad handlar om at den eine kommunen tek i mot sine utskrivingsklare pasientar fyrste dag, medan den andre kommunen ikkje gjer det.

7.1 Organisering

Begge kommunane eg har valt ut har hatt om lag same organisering, dei styrar etter to-nivå modellen med nærleik for leiarane til drifta. Kommunane er små i storleik, og har difor korte kommunikasjonslinjer mellom tenestenivåa og administrativt nivå. Mellom politisk leiing og administrativ leiing kan det sjå ut til at kommune x vert tydeligare styrt utifrå resultat, men ein

kan også sjå at administrasjonen har nytta seg i større grad av handlingsrommet dei har til organisering av tenestene.

Der kommune x har eit tydeleg NPM styresett og resultatsytring, kan ein sjå at kommune y i større grad kan likne NPG tankegangen med nettverksstyring der strategien er å møte reforma utifrå dagens tenestetilbod. Fokuset i kommunane under innføring av reforma har difor vore ulikt, noko ein ser att i tenestene kring organisering av omsorgsnivå og endringar i pasientforløp. Truleg har den strenge praktiseringa av økonomiske incentiv ført til at kommunane ikkje har klart å organisere seg meir etter NPG logikken, der samarbeid og samstyring er fokuset.

Både Sverige og Danmark har krav om ei felles plan for eit godt forløp for pasienten, før deira økonomiske incentiv trer i kraft (Grimsmo & Magnussen, 2015). Ser vi Øgård (2014) sin modell som syner hovudspora i NPG sin veg mot Public Value, som kan vere modell for intensjonen i samhandlingsreforma, så skal pasienten til ei kvar tid vere sikra gode saumlause tenester (Fig.nr.1, side 13, (Øgård, 2014)). Truleg ville eit slikt krav om felles plan for overføring også i Norge fremme samarbeid og samhandling. Desse ulikheitane kan truleg forklare kvifor dei har møtt føringane i reforma på ulik måte. Dette er eit spørsmål som er vanskeleg å skulle svare ut, då det vil være mange andre faktorar som spelar inn på kvifor ein kommune organiserer tenestene sin slik dei gjer.

7. 2 Omsorgsnivå

Det som skil kommunane kring val av omsorgsnivå er kva typar nivå dei har bygt opp for å møte reforma. Det verkar også som det er ulik tankegang kring kva som er kommunane sitt ansvar. Kommune x jobbar for å ta i mot alle sine utskrivingsklare pasientar første dag. For å klare dette vel dei ulike løysingar utifrå kor dei har ledig kapasitet. Pasientane som ikkje kan skrivast ut til intermediæravdeling vert slusa innom KAD i påvente av ledig kapasitet på. Kommunen er opptatt av gode statistikkar med omsyn til betalte liggedøgn, det er også dette dei vert målt etter politisk.

For kommune y så har dei ikkje bygt opp nokre nye tenester i sin kommune, dei tek imot pasientane når det er ledig kapasitet slik dei gjorde før reforma.

Nasjonale føringar dei siste ti åra peikar alle i same retning, meir koordinerte pasientforløp. For å nå denne målsettinga er det naudsynt med god samhandling mellom tenestenivåa. Ved å innføre samhandlingsreforma som den første av fleire styringssignal, satt ein i gong ei endring

i kommunane sin organisering og tenesteproduksjon. Evaluering av reforma syner at ein ikkje har lukkast med dei saumlause koordinerte tenestane som var intensjonen.

Som eit svar på dette kjem no nasjonal helse og sjukehusplan (Meld.nr7, 2019), som legg sterke føringar for eit tett samarbeid mellom nivåa, som likeverdige partnarar. Kommunane som eg har studert har valt veldig ulike løysingar i møte med reforma. Dette handlar om normer, verdiar, organisering og truleg også endringskultur i dei to kommunane.

7.3 Pasientforløp

Pasientforløpa er fragmenterte i begge kommunane. Dei tek begge sikte på at pasientane skal rehabiliterast for å klare seg sjølv i eigen heim, men vegen dit er prega av fleire flyttingar mellom nivåa. Truleg er dette mest utprega i kommune x der dei nyttar seg av KAD og intermediæravdeling på veg ut frå sjukehus. Ein kan undre seg over kva all denne flyttinga mellom tenestenivåa førar til for pasienten, og om ein lagar seg institusjonspasientar som følgje at lite koordinerte tenester.

Plassering av ansvar og ansvarslinjer syner å ha betydning for kommunen si organisering av tenester, og er kanskje det som påverkar pasientforløpa mest. Kommune x har fått mykje friheit og ansvar til å finne gode løysingar som kan fungere i drift, plassering av ansvar i linja og ei felles haldning om målsetting i tråd med politiske føringar, gjer at kommunen sine tilsette sikrar nettopp dette. Det gjer til at pasientane alltid får plass i kommunen, men det førar også til at dei må vente på ulike mellomstasjonar fram til rette omsorgsnivået vert klart. For kommune y så har dei ikkje same fokus, dei er oppteken av å følgje strategien til kommunen uavhengig av om det er komnt nye sentrale føringar som ikkje politikarane har teke høgd for under utforming av planen. Det gjer at pasientane vert liggande lengre på sjukehus før dei får tilbod i eigen kommune.

7.4 Konklusjon og forslag til vidare forskning

Ulike kommunar vel ulike strategiar for ivaretaking av utskrivingsklare pasientar. Det kan vere mange årsaker til dette, noko som studien syner. Ulik organisering avgjer korleis ein klarer å møte krava i reforma.

Noko av det som overraska meg mest under intervjuet, var at det verkar vanskeleg for intervjupersonane å plassere kvar ansvaret for gjennomføring av reforma ligg. Det vart undervegs peika på tenesteområda sitt ansvar i begge kommunane, men dette endra seg undervegs. Til sjuande og sist plasserte dei ansvaret på kommunalsjefnivå.

I studien valde eg vekk å intervju kommunepolitikarar. Dette har eg undervegs angra på, nettopp på grunn av at kommunane har valgt så ulike måtar å løyse oppgåvene sine på. Det har heller ikkje vore gjort intervju av pasientar. Det kunne vore interessant å sett på korleis dei opplev pasientforløpa etter innføring av reforma. I kva grad opplever dei få komme til heimkommunen på eit anna omsorgsnivå enn dei reiste frå, som betre enn å ligge nokre ekstra dagar på sjukehus for deretter å reise heim. Det hadde også vore interessant å sett på i kva grad pasientforløpet har vore lengre eller kortare etter reforma.

7.4.1 Forslag til vidare forskning

Denne studien syner at det er behov for å sikre samordning av tenestene også internt i kommunane. Utviklinga med raskare utskrivingsklare pasientar har ført til ei fragmentering av tenestetilboda ute i kommunane utan at nokon tek høgd for kva dette gjer med kvaliteten på tenestene som pasientane mottek. Auka grad av flytting, nytt personale og nye vurderingar kan føre til ei auka grad av forvirring hos dei sjukaste eldre pasientane, noko som kan føre til at dei vert institusjonspasientar.

Det hadde vore nyttig med forskning på korleis pasientane opplev pasientforløpa, både mellom spesialist og kommunehelsetenesta, men også vertikalt i omsorgstenestene.

Noko av det eg tek med meg i det vidare arbeidet som samhandlingskoordinator, er korleis andre land har organisert seg annleis enn vi har gjort i Noreg. Dette håpar ein eg ein ser på framover når helsefellesskap vert ein realitet. Dersom spesialist- og kommunehelsetenesta kunne samordna seg betre rundt desse pasientane og sikra gode og koordinerte tenesteoverføringar, så trur eg det kunne gjort pasientforløpa kvalitets messig betre.

Spesialisthelsetenesta ville fått betre kjennskap til kommunal drift, kommunane hadde fått betre tid til å organisere rett tilbud til rett pasient, og pasienten ville kanskje unngått nokre flyttingar, og opplevd overføringane som tryggare og betre tilpassa. Tittelen på denne oppgåva er «*Samhandlingsreforma, koordinert eller stykkevis og delt?*» Sjølv om denne oppgåva har hatt fleire ulike problemstillingar, så tenkjer eg at hovudmålsettinga til alle helse og omsorgstenester, uavhengig av nivå, må være at pasientane skal få dei beste og mest tilpassa tenestene som ein kan gje. At samhandlingsreforma har lukkast med dette, er vanskeleg å sjå. Det kan sjå ut til at pasientforløpa vorte meir fragmenterte. Pasientane må forhalde seg til fleire nivå og mange flyttingar. Målet var å lette presset på spesialisthelsetenesta, ved å overføre mange oppgåver til kommunen. Det kan sjå ut som kommunane prøver å møte reforma på ulike måtar. Kor sterke politiske føringar som vert lagt

på organisering er ulikt frå kommune til kommune. Men for nokre er gode statistikkar over økonomiske insentiv viktig. For andre er trygghet for pasientane viktig. Både kommune x og kommune y opplevde at sjukehuset ville bestemme kva omsorgsnivå kommunen skulle gje pasienten. Den sterke ulikheita i makt, der sjukehuset skal definere når pasienten er utskrivingsklar og deretter bøtlegge kommunen om dei ikkje tok imot, ser ut til å vere største årsaka til det fragmenterte pasientforløpet. Korleis bidreg fagleg spesialisering mellom sjukehus og kommunehelseteneste til samhandling, når aktørane svarar til ulike myndigheitsområder?

Eg starta denne oppgåva med eit dikt frå Piet Hein, årsaken til dette er at diktet på ein god måte summerar opp korleis ein skal klare å skape endring i samhandlinga. Dersom vi alle er oppteken av kva dei andre skal gjere for at ting skal verte betre, så trur eg forbetring vil skje i veldig liten grad. Er vi derimot oppteken av kva vi sjølve kan gjere, for å betre vår del av samarbeidet, så trur eg vi lukkast i større grad med forbetring av tenestene til det beste for våre felles brukarar.

Litteraturliste

- Baldersheim, H., & Rose, L. E. (2014). *Det Kommunale laboratorium : teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Bovens, M., Schillemans, T., & Goodin, R. E. (2014). *The Oxford handbook of public accountability*. Oxford: Oxford university press.
- Bovens, M. A. P. (2007). Analysing and assessing accountability: a conceptual framework. 447-0386.
- Bruvik, F. D., Jorunn og Abrahamsen, Jenny Foss. (2017). Fra sykehus til sykehjem-hva samhandlingsreformen har ført til. In (pp. 10). Oslo: Sykepleien.no\Forskning.
- Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring : eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Samlaget.
- Bukve, O. (2014). Organisasjonsteori- analyse av kommunal organisering. In H. Baldersheim & L. E. Rose (Eds.), *Det kommunale laboratorium*.
- Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. (Vol. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre : om design av samfunnsvitenskaplege forskingsprosjekt*. Oslo: Universitetsforl.
- Dahl, U., Steinsbekk, A., Jenssen, S., & Johnsen, R. (2014). *Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital – a qualitative study of health professionals' experiences*. International journal of integrated care.
- Danielsen, K. K., Nilsen, Elin Rogn, Fredwall, Terje Emil (2018). Oppsummeringer av kunnskap i Omsorgsbiblioteket. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 182-183. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-15
- Evaluering av samhandlingsreformen*. (2016). Retrieved from Oslo:
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016*. Retrieved from Folkehelseinstituttet avdeling for helsefag:
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2015). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 88-93. doi:10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03
- Goodstein, L. D., & Burke, W. (1991). Creating successful organization change. *Organizational Dynamics*, 19(4), 5-17. doi:[https://doi.org/10.1016/0090-2616\(91\)90050-J](https://doi.org/10.1016/0090-2616(91)90050-J)

- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge.
- Grimsmo, A., & Magnussen, J. (2015). *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*. . Norsk forskningsråd: EVASAM.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver* (Vol. 9 opplag). Oslo: Abstrakt forl.
- Helsedirektoratet. (2018). *Kommunalt pasient register (KPR)*. Helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet.
- Hesselink, G., Vernooij-Dassen, M., Pijnenborg, L., Barach, P., Gademan, P., Dudzik-Urbaniak, E., . . . Collaborative, o. b. o. t. E. H. R. (2013). Organizational Culture: An Important Context for Addressing and Improving Hospital to Community Patient Discharge. *Medical Care*, 51(1), 90-98. doi:10.1097/MLR.0b013e31827632ec
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), 30 C.F.R. (2011a).
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), (2011b).
- <https://samhandling-sfj.no/>. (2020). Samhandlingsbarometeret.
- Jacobsen, D. I. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Register om godkjenning og kontroll (ROBEK) § 28-1 til § 28- 5 C.F.R. (2020).
- Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., Lindman, A. E. S., Tomic, O., & Helgeland, J. (2016). Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014. In.
- Kuhle, S. o. K., Nanna. (2011). Velferdsstatens idègrunnlag i perspektiv. In T. I. Romøren (Ed.), *Den norske velferdsstaten* (Vol. 4). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. B., Svend. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Melberg, H. O., & Hagen, T. P. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 143-158. doi:10.18261/issn.2387-5984-2016-02-09 ER
- Meld.nr7, S. (2019). *St.Meld.nr 7 (2019-2020) Nasjonal helse og sykehusplan*. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Mulgan, R. (2000). 'Accountability': An Ever-Expanding Concept? *Public Administration*, 78(3), 555-573. doi:doi:10.1111/1467-9299.00218

- Regjeringa. (2017-2018). *St.Meld.nr.15 "Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre"* Oslo: Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Retrieved from Bergen:
- Rohde, T. G., Lisbet. Lippestad, Jan. Antun, Kjartan Sarheim. . (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. Retrieved from Oslo:
- Rønhovde, L. (2016). 6 Kommunal organisering i møtet med samhandlingsreforma. In *Offentleg sektor i endring* (pp. 79-96).
- Scott, W. R. (2003). Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and Corporate Change*, 12(4), 879-894. doi:10.1093/icc/12.4.879
- St.Meld.47. (2008-2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Sørbotten, E.-T. (2018). *Eksamen OR6-502 Styling, omstilling og leiing i offentlege organisasjonar*. . Eksamen. HVL.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjøstolvsen, I. (2016). Trygt hjem fra sykehus. *Tidsskriftet sykepleien*(4), 58-61.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed. ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Øgård, M. (2014). In H. Baldersheim & L. E. Rose (Eds.), *Det kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. (Vol. 3). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Dato: XX.XX.XXX

**Høgskulen
på Vestlandet**

Ynskjer du å delta i forskingsprosjektet
***”Pasientforløpa i kommunane –
koordinert eller stykkevis og delt?”***

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i et forskingsprosjekt der føremålet er å sjå på kva auka behandlingsansvar og oppgåveforskyving frå spesialisthelsetenesta til primærhelsetenesta har ført til for pasientforløpa i kommunen. I dette skrivet får du informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil innebære for deg.

Føremålet

Samhandlingsreforma tredde i kraft 01.01.2012 og har ført til endringar i pasientforløpa både i sjukehus og ute i kommunane. Det viser seg at tida pasientane ligg inne på sjukehus no er kortare enn før, og dei pasientane som vert raskast utskriven er dei med behov for kommunale tenester.

Evaluering av reforma syner at kommunane i liten grad har tilført ekstra ressursar ute i tenestene, til tross for dette har dei fleste kommunane tatt imot sine pasientar fyrste utskrivingsklare dag.

Eg ynskjer difor å sjå på kva dette har ført til for den kommunale delen av forløpa, og korleis kommunane som organisasjon opplev og løyser dette. Løyser kommunane oppgåve sine ulikt, og kva har dette å sei for pasientforløpa?

Dette er ei masteroppgåve innan organisasjon og leiing, og vil difor ha fokus på strukturar og dei ulike nivåa si forståing av kommunen som organisasjon.

Kven er ansvarleg for prosjektet?

Ansvarleg institusjon er Høgskulen på Vestlandet, HVL med Institutt for samfunnsvitskap. Min rettleiar ved HVL er førsteamanuensis Laila Norstrand Berg.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

I studiet om pasientforløp i kommunen ynskjer eg å sjå på kommunar som er tilnærma like i demografi og storleik men som løyser sine oppgåver knytt til mottak av utskrivingsklare pasientar ulikt.

Eg ynskjer å sjå på to slike kommunar i Sogn og Fjordane, og snakke med personar på ulike nivå for å belyse ulike sider ved kvifor ein vel å løyse sine oppgåver slik ein gjer. For å sikre at eg får svar frå alle nivå som har informasjon om dette emnet vel eg å sende førespurnad til leiarar frå ulike nivå og institusjonar i kommunen.

Kommunane vert valt ut ved strategisk utval på bakgrunn av beskrivne kriteriar, og det vil verte nytta statistikkar om kommunane i Sogn og Fjordane for å velje rette kommunane. Desse data vert henta frå samhandlingsbarometeret i Sogn og Fjordane.

Kva inneber det for deg å delta?

Dersom du vel å delta i prosjektet, inneber det at du let deg intervjuje. Dette vil ta omlag 30 minutt. Dersom det er greitt for deg, så tek eg opp intervjuet på lydband. Innsamla datamateriale vil bli lagra på ein forsvarleg måte, og overført til sikker forskingsserver hos HVL.

Eg vil berre bruke opplysningane om deg til formålet eg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningane blir konfidensielt behandla og i samsvar med personvernregelverket. Kun eg og veileidar har tilgang på opplysningane.

- Namn og kontaktopplysningar om deg vil eg erstatte med ein kode som vert lagra på eiga namneliste adskilt frå øvrige data.
- Datamateriale vert lagra på forskingsserver og er innelåst og kryptert.

Gjennom oppgåva vil alt materiale være anonymisert, og det vil ikkje være mogleg å kjenne att deltakarar i publikasjonar.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake utan å oppgje nokon grunn. Alle opplysningar om deg vil då bli anonymisert. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvensar for deg dersom du seinare vel å trekke deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttas 30 Juli 2019. Innsamla persondata vert makulert etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiserast i datamateriale, har du rett til:

- Innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg.
- Å få retta personopplysningar om deg.
- Å få sletta personopplysningar om deg.
- Å få utlevert ein kopi av dine personopplysningar, og å sende klage til personombodet eller datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet ved Elin Sørbotten /Laila Norstrand Berg, har NSD – Norsk senter for forskingsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Treng du meir informasjon?

Dersom du har spørsmål til studien, eller ønsker å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskulen på Vestlandet
Masterstudent:
Elin Therese Sørbotten
40412850
Elinsorbotten@gmail.com

Veileder:
Laila Norstrand Berg
48064094
Laila.nordstrand.berg@hvl.no

Tid og stad

Eg håpar du har lyst og moglegheit å stille på intervju til mitt masterprosjekt. Eg planlegg å gjere intervju i byrjinga av februar, og vil kontakte deg på e-post eller telefon for å avtale stad og tidspunkt. Intervjuet er berekna til å ta om lag 30 minutt.

Med vennleg helsing

Elin -Therese Sørbotten
Masterstudent
Høgskulen på Vestlandet.

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

**Samtykkeerklæring**

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet «*Pasientforløp i kommunane- koordinert eller stykkevis og delt*». Eg har fått anledning til å stille spørsmål, og er innforstått med at eg kan trekke meg undervegs.

Eg er villig til å bli intervjuet i masterprosjektet, så lenge data blir nytta til forskingsføremål i anonymisert form. Eg samtykker og i at mine opplysningar blir behandla fram til avslutning av prosjektet (haust\vinter 2019).

Så lenge informasjonen eg gjev blir brukt til forskingsføremål i anonymisert form, godtek eg:

- å delta i intervju.

- At mine opplysningar blir behandla fram til avslutninga av prosjektet (sommaren 2019).

- At opplysningane eg gjev, kan nyttast i eventuelle nye prosjekt som forskaren deltek i seinare (lista med persondata er då sletta).

Eg samtykker til at mine opplysningar behandlast fram til prosjektet er avslutta, ca. 30.12.2019

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 3 - NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Pasientforløpa i kommunane- helt eller stykkevis og delt?

Referansenummer

965791

Registrert

21.12.2018 av Elin Therese Sørbotten - 050822@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap / Institutt for samfunnsvitskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Laila Norstrand Berg, Laila.Nordstrand.Berg@hvl.no, tlf: 48064094

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elin-Therese Sørbotten, elinsorbotten@gmail.com, tlf: 40412850

Prosjektperiode

01.02.2019 - 31.12.2019

Status

13.02.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

13.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 13.02.19. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.19. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD finner at den planlagte behandlingen av

personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp behandlingen ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av opplysningene. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: spesialrådgiver Kjersti Haugstvedt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Intervjuguide

**Intervjuguide- «Pasientforløp i kommunane- koordinert eller stykkevis og delt?»****Introduksjon**

Kort om prosjektet, anonymitet, informert samtykke og moglegheit til å trekke seg.

Informasjon om deltakar

1. Alder, yrke og utdanningsbakgrunn.
2. Fortell kort om stillinga di, og kva ansvar du innehar i ditt arbeid.

Overordna føringar

3. Kan du fortelje litt om korleis kommunen har jobba for å tilpasse seg føringane med tidlegare utskriving av pasientar etter samhandlingsreforma tredde i kraft?
4. I kva grad opplev du at det politiske miljøet har lagt føringar for korleis kommunen skal løyse sitt ansvar for dei sjukaste pasientane?
 - Korleis er føringane begrunna?
5. Korleis har kommunen organisert seg for å kunne ta i mot utskrivingsklare pasientar med behov for eit auka kommunalt tilbod?
6. Kan du fortelje om korleis kommunen jobbar med samhandlinga og koordineringa av pasient- overgangane internt i eigen kommune?
 - Korleis er styringslinja lagt opp?
 - Kven bestemmer/har ansvar for kvar pasienten skal ?

Omsorgsnivå

7. Korleis føregår tildeling av tenester i din kommune?
 - Korleis vert omsorgsnivået bestemt for kvar enkelt pasient?
 - Kven bestemmer at ein skal på institusjon framfor heim, eller omvendt- kva verktøy vert nytta?
8. Opplev de at mange pasientar har behov for institusjonsplass når dei kjem ut frå sjukehus?
9. Opplev de at ein har ulik formeining om kva som er riktig omsorgsnivå for pasientane:
 - Mellom sjukehus og kommune?
 - Mellom dei ulike tenestenivåa i kommunen?

Pasientforløp

10. Kan du skissere opp eit «vanleg» pasientforløp for ein pasient med behov for helse- og omsorgstenester etter utskriving frå sjukehus?
11. Kva er styrande for pasientforløpa i kommunen?
 - Fagleg kvalitet
 - Økonomi
 - Politiske føringar
12. Opplev du at dei økonomiske insentiva legg føringar for korleis pasientforløpa i kommunen vert løyst?
13. Kan de nytte faglege grunngjevingar for å overstyre økonomiske føringar?
 - Kven har då mynde til å gjere desse vurderingane – lege- sjukepleiar- andre helse- og omsorgsprofesjonar?
14. Korleis sikrar ein kontinuitet og "ansvaret" for pasienten internt i kommunen, når ein vert utskriven frå sjukehus?

Avrundning

15. Er det noko eg har gløymt å spørje om, eller noko du ynskjer å tilføye?
16. Kan eg nytte data frå dette prosjektet dersom eg ynskjer å gjere meir forskning på emnet ved eit seinare høve? Sjølvstøtt anonymisert!

Takk for at du stilte til intervju!



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i organisasjon og leing

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	29-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Sluttdato:	12-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 MR691 1 MA 2020 VÅR1		

Deltaker

Naun:	Elin Therese Sørbotten
Kandidatnr.:	332
HVL-id:	050822@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	36891	
Egenerklæring *:	Ja	Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei
Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:		

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei