

MASTEROPPGÅVE

Organisasjon og leiing
– helse- og sosialleiing

Like, men ulike

- ein studie av informasjonsflyt frå sjukeheim til sjukehus

Av

Marta Strandos

November 2010



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Organisasjon og leiing, – helse- og sosialeiing og utdanningsleiing

Tittel:

Like, men ulike - ein studie av informasjonsflyt frå sjukeheim til sjukehus

Engelsk tittel:

Similar, but different - a study of information flow between nursing home and hospital

Forfattar:

Marta Strandos

Emnekode og emnenamn:

MR690 Masteroppgåve i organisasjon og leiing

Kandiatnummer:

2

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss):

JA_X_ Nei__

Dato for innlevering:

18.11.2010

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Lokal velferdsleiing i eit system under press

ForskProID: p07000437

Emneord (minst fire):

Samhandling, samordning, sjukeheim, fleirnivåsystem, medikrati, institusjonalisme

Titttel og samandrag:

Like, men ulike - ein studie av informasjonsflyt frå sjukeheim til sjukehus

Dette er ein komparativ casestudiet av samordning mellom kommune- og spesialisthelsetenesta når den eldre sjukeheimspasienten blir lagt inn på sjukehus. Seks sjukepleiarar frå to sjukeheimar og tre frå eitt sjukehus er intervjuar og datamaterialet er analysert etter ei temasentrert tilnærming (Thagaard 2009). Funna viser at det i liten grad flyt informasjon med pasienten, og det vert i liten grad overført kunnskap om pasienten under sjukehusinnlegginga. Dette gjeld særleg informasjon om pasientens funksjonsnivå, sjølv om dette blir sett på som viktig og nødvendig. Informantane forklarar det med tidsmangel, manglande kontinuitet og kjennskap til pasienten, mangel på rutine og standard skjema, ufunksjonelle IT-løysingar, og individuelle faglege vurderingar. Overordna avtalar mellom tenestenivåa er på plass, men er ikkje kjent mellom dei som praktisk gjennomfører innlegging. Inntrykket er at sjukepleiarane som er intervjuar ser ikkje seg sjølv som ein del av eit større system rundt pasienten. Det er funn som tyder på at status og makttilhøve påverkar samhandlinga mellom tenestenivåa, og ulike ideologiar verkar inn på kva som blir oppfatta som ”gyldig” kunnskap. Sjukepleiarane i dei to tenestenivåa står i ulike kontekstar og har ikkje den felles forståing og praksis for informasjonsflyt som ein skulle forvente ut frå felles utdanning.

Title and Abstract:

Similar, but different - a study of information flow between nursing home and hospital

This is a comparative case study of coordination between primary and secondary health services as the elderly nursing home patient is hospitalised. Six nurses from two municipal nursing homes and three from a hospital are interviewed and data is analysed through a thematic approach (Thagaard 2009). The analysis indicates a very low degree of information flow and very little knowledge transference as the patient is hospitalised. This applies particularly to information on the functional level of the patient, even if this is comprehended as important and necessary. This is explained by lack of time, lack of continuity and patient knowledge, lack of procedures, un-functional information technology systems and individual variation in professional discretion. Coordination is formally agreed upon on a higher organisational level, but arrangements are unknown among those who practically implements hospitalisation. The nurses interviewed do not perceive themselves as members of a greater system surrounding the patient. My results indicate that difference in status and authority influence coordination between primary and secondary health services. Different ideologies also influence perception of “valid” knowledge. The nurses interviewed are located in different contexts and do not share a common understanding for or practice of information flow expected from professionals with a common educational background.

Forord:

Denne masteroppgåva er ein del av masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF), og utgjer 30 av totalt 120 studiepoeng. Studien inngår i det strategiske høgskuleprosjektet ”Lokal velferdsleiing i system under press” (LVL). Prosjektet er samfinansiert av Noregs forskingsråd og HSF og er leia av professor Oddbjørn Bukve. Det har vore særst lærerikt for meg å vere deltakar i eit forskingsmiljø gjennom arbeidet med studien. Ein stor takk til Oddbjørn, som hadde nok tru på meg til å la meg få ta del i prosjektet. Og Oddbjørn: Som min rettleiar på masteroppgåva har du heile vegen vore støttande, optimistisk og gjeve meg tydelege tilbakemeldingar og retning vidare. Tusen takk!

Avdeling for økonomi, leiing og reiseliv ved HSF har eit fagleg godt masterstudie som møter eit kompetansebehov i feltet. Takk for god tilrettelegging og oppfølging gjennom studietida!

Tusen takk til mine informantar for at de brukte tid og delte dykkar erfaringar og innsikt med meg. På den måten har eg kunne fordjupe meg i eit viktig og interessant praksisfelt.

Takk til min arbeidsgjevar, HSF avdeling for helsefag, for støtte under utdanninga. Takk til gode kollegaer som alltid er klare for faglege diskusjonar og gjev nyttige innspel.

Kristian og Einar, mine to gutar – tolmodige, interesserte og spør korleis det går. De har aldri gjeve meg grunn til å kjenne dårleg samvit. Eg kunne ikkje gjennomført dette om ikkje det var for at de er akkurat slik de er. Mange klemmar og tusen takk.

Til familie og gode venner: Eg veit eg har ”valt dykk vekk” for lenge, og håpar de er her når eg no ”kjem tilbake”. Ein varm takk til min gode venn og ledsagar for gode samtalar, diskusjonar, oppmuntring og forståing når det ”buttar i mot”. Ei utfordrande og lærerik tid: Eg ville ikkje vore forutan opplevinga av å vere student, særskilt ilag med deg Irene! Det i seg sjølv kan freiste til meir – om du er med ☺

*Når du er på vei til et mål,
er det viktig at du legger merke
til veien du går.
Det er veien som viser oss den beste måten
å komme frem på, og den beriker oss underveis.
(Frå Pilgrimsreisen, Paul Coelho)*

Dale, 17.11.2010

INNHALD

1	DEN ELDRE SITT BEHOV FOR SAMORDNA HELSETENESTER	3
1.1	MELLOM KOMMUNE- OG SPESIALISTHELSETENESTE	4
1.2	SAMHANDLING OG SAMORDNING – EI AVKLARING AV OMGREP	5
1.3	AKTUELL FORSKING PÅ OMRÅDET	6
1.4	PROBLEMSTILLING.....	9
1.5	OPPBYGGING AV OPPGÅVA	10
2	STYRING OG SAMORDNING I KOMPLEKSE SYSTEM	13
2.1	HELSEORGANISASJONAR.....	13
2.2	PROFESJONANE I HELSESEKTOREN.....	18
2.3	KOMPLEKSE FLEIRNIVÅSYSTEM.....	21
2.4	ORGANISASJONAR SOM INSTITUSJONAR.....	25
2.5	OPPSUMMERING.....	29
3	EIN KOMPARATIV CASESTUDIE	31
3.1	FORSKINGSSTRATEGI.....	31
3.2	DESIGN	32
3.3	UTVAL	34
3.4	GJENNOMFØRING AV STUDIEN	36
3.5	UTFORDRINGAR VED VAL AV FORSKINGSSTRATEGI OG DESIGN	38
3.6	ANALYSEMODELL.....	43
4	HELSETENESTA – ORGANISERING OG OPPGÅVER	47
4.1	KOMMUNEHELSETENESTA	47
4.2	SPESIALISTHELSETENESTA.....	48
4.3	KORLEIS PRØVER AKTØRANE I FELTET VANLEGVIS Å SAMORDNE?	48
5	TO SJUKEHEIMAR OG EITT HELSEFØRETAK	55
5.1	DEMOGRAFISKE DATA	55
5.2	INFORMASJONSFLYT VED INNLEGGING	56
5.2.1	<i>Oppsummering</i>	<i>60</i>
5.3	FORMELL ORGANISERING.....	61
5.3.1	<i>Kommune- og avdelingsorganisering.....</i>	<i>61</i>
5.3.2	<i>Sjukehusavdeling</i>	<i>66</i>
5.3.3	<i>Avtalar og skrivne rutinar</i>	<i>68</i>
5.3.4	<i>Oppsummering</i>	<i>69</i>
5.4	RESSURSAR OG KOMPETANSE	71
5.4.1	<i>Bemannings.....</i>	<i>72</i>
5.4.2	<i>Kompetanse i eiga avdeling</i>	<i>72</i>
5.4.3	<i>Sjukehusavdeling: Kompetanse i eiga avdeling</i>	<i>74</i>
5.4.4	<i>Oppsummering</i>	<i>74</i>
5.5	ORGANISASJONSKULTUR	75
5.5.1	<i>Kompetansen til “dei andre”</i>	<i>77</i>
5.5.2	<i>Kompetanse sjukehus versus sjukeheim</i>	<i>78</i>
5.5.3	<i>Oppsummering</i>	<i>80</i>
5.6	INFORMANTANE SINE FORSLAG TIL BETRE SAMARBEID.....	82
5.6.1	<i>Oppsummering</i>	<i>83</i>
5.7	NOKON SVAR SÅ LANGT? OPPSUMMERING AV FUNN	84

6	INFORMASJONSFLYT MELLOM TENESTENIVÅ	87
6.1	SAMANLIKNING AV TO SETT INNLEGGINGSRELASJONAR I EIT FLEIRNIVÅSYSTEM	87
6.2	SAMORDNING I LYS AV FORMELLE STRUKTURAR	89
6.2.1	<i>”Det er verre, fordi at då kjenner du dei ikkje” – om kontinuitet og avdelingsorganisering</i>	90
6.2.2	<i>”Eg veit kva eg må gjere” – om skrivne rutinar og samhandlingsavtalar</i>	93
6.3	SJUKEPLEIEPROFESJONEN – FAGLEG STANDARDISERING ELLER PREGA AV KONTEKSTEN?	99
6.3.1	<i>”På helg og ettermiddag er eg ofte den einaste sjukepleiar som er her” – om ressursar og kompetanse</i>	99
6.4	SJUKEHEIM OG SJUKEHUS – LIKE, MEN ULIKE. STATUS, MAKT OG IDEOLOGIAR	103
6.4.1	<i>Samhandling – ein ”forpliktelse”?</i>	103
6.4.2	<i>”... og dei tenke at det ikkje er relevant informasjon” - om kompetansen til den andre part</i>	104
6.4.3	<i>”Vi ser alle feila til dei andre” – korleis forstå kvarandre sin røyndom</i>	109
7	ALLE VIL, MEN FÅR DET IKKJE TIL?	113

LITTERATURLISTE	119
------------------------------	------------

VEDLEGG	124
----------------------	------------

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	124
VEDLEGG 2: BREV OM SPØRSMÅL OM TILGANG TIL INFORMANTAR	128
VEDLEGG 3: INFORMASJON TIL INFORMANTANE	130
VEDLEGG 4: INFORMERT SAMTYKKE	131
VEDLEGG 5: NSD – MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGAR	132
VEDLEGG 6: SJUKEPLEIERAPPORT/SJUKEPLEIESKRIV	134

FIGURAR:

Figur 1: <i>Analysemodell</i>	45
Figur 2: <i>Samhandling mellom helseføretak og kommunane</i>	50

TABELLAR:

Tabell 1: <i>Institusjonalismens tre pilarar</i>	28
---	----

1 Den eldre sitt behov for samordna helsetenester

Denne studien handlar om samordning av helsetenester mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Fokuset er samordning av tenestene når den eldre omsorgstrengande pasienten har behov for helsehjelp frå begge tenestenivå. Føremålet er å sjå på korleis samordninga føregår og få innsikt i mogelege forklaringar dersom den ikkje fungerer ut frå gjeldande standardar. Slik håpar eg at studien kan vere eit bidrag inn i arbeidet med kvalitet på helsetenestene til eldre.

Samordning mellom tenestenivå og ulike grupper helsepersonell blir sett på å vere ein grunnleggande føresetnad for kvalitet i helsetenesta. Helsetenesta si inndeling i mange fagspesialitetar og fleire organisatoriske nivå vil vere til nytte for pasientane dersom aktørane klarar å samarbeide og kommunisere slik at det blir opplevd som eit samanhengande tenestetilbod (Nasjonale helseplan 2007–2010:276, Øgar og Hovland 2004:166). Samanheng og heilskap i pasientforløpet er særleg viktig for dei med samansette lidningar og som er avhengige av helsetenester frå fleire nivå (Øgar og Hovland 2004:22).

Samordning i helsetenesta er for tida eit aktuelt tema. I juni 2009 la regjeringa fram stortingsmeldinga ”Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid” (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Alt i presentasjonen av planen for ei ny reform i helse- og omsorgssektoren, sa ministeren at problema i helsevesenet i Noreg ikkje kan løysast ved å tilføre meir pengar. Det er systemet det er noko gale med, og det er behov for ei systemreform. Manglande kontakt mellom sjukehus og kommunar er det viktigaste hinderet for å gjere helsetenesta betre (Hanssen, Bjarne-Håkon 2008).

Dette er ikkje ei ny problemstilling i norsk helsepolitikk. I NOU 2005 ”Fra stykkevis til helt” var utvalet sitt hovudføremål å vurdere samhandlinga mellom den kommunale helsetenesta og spesialisthelsetenesta og vurdere endringar i rammevilkår for å betre samhandlinga. Utvalet konkluderer at det er samhandlingsutfordringar både på systemnivå og på individnivå og føreslår ei rekkje mindre endringar som i sum vil ha god effekt. Utvalet ser på dette som eit ynskje om ei innhaldsreform i helsetenesta (NOU 2005:3:13).

I stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) blir det trekt fram tre hovudutfordringar i dagens helse- og omsorgsteneste: Pasientar sine behov for koordinerte tenester, for liten innsats for å

avgrense og førebyggje sjukdom, og den demografiske utviklinga og endringa i sjukdomsbiletet. For å møte desse utfordringane er det forslag om å gjere endringar og påverke dei overordna rammene som finansiering, lovverk, avtalar og oppgåvefordeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Sjølv om meldinga på nokre område kjem inn på utfordringar rundt uformelle tilhøve i organisasjonane, oppfattar eg den slik at dersom ein endrar dei formelle rammene på ein tenleg måte, så vil samhandlinga mellom tenestenivåa bli betre. Eg stiller meg ein del spørsmål når eg les dette. Er det slik? Kva med forhold i organisasjonane, som leiing, kultur, makt, kompetanse, tilgang på personale, profesjonar, samarbeid internt? Er det nok å endre dei ytre rammene, eller må ein jobbe breiare, sjå på andre faktorar som kan påverke samhandlinga?

1.1 Mellom kommune- og spesialisthelseteneste

Eldre pasientar med behov for behandling og pleie er ei pasientgruppe der mange har samansette lidingar og behov for helsetenester frå ulike nivå og spesialitetar. Kvaliteten på deira helsetilbod vil vere avhengig av at dette fungerer. Den demografiske framskrivinga viser at vi får eit auka tal eldre i åra som kjem. Eit auka tal eldre vil bety ein større del av befolkninga med behov for medisinsk og tverrfagleg oppfølging. Utfordringane til helse-tenesta er å møte behova til desse pasientane som treng langvarig oppfølging og tenester frå fleire nivå (St.meld. nr. 25, 2005–2006). Kommunehelsetenesta er fundamentet i helsetenesta og skal bidra til heilskapleg behandling og omsorg (NOU 2005:3,2). Samstundes kan eldre pasientar ha mange diagnosar og behov for behandling på sjukehus. Dette vil krevje dialog og samarbeid mellom tenestene.

I eit organisasjons- og leiingsperspektiv er det ikkje noko spesielt å sjå på ”eldre omsorgstrequande” som ei eiga gruppe ved samordning av tenestene. Når eg likevel gjer det, er det med bakgrunn i kjennskap til alderssamansetninga dei neste tiåra og kva vi kan vente oss av behov for helsetenester av denne gruppa. Vi veit at førekomst av sjukdom og skade aukar med stigande alder, og at eldre med samansette sjukdomsbilete og nedsett funksjonsnivå har behov for tenester både frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta (St.meld. nr. 25, 2005–2006: 41, 43). Sjukeheimspasientar har høg alder, kroniske sjukdommar, funksjonssvikt, og 70–80% har mental svikt. Akutt sjukdom er vanleg, og sjukeheimspersonalet vil ofte stå i situasjonar der dei skal avgjere sjukehusinnlegging. Desse avgjerdene er ofte vanskelege både medisinsk og etisk (Ranhoff og Linnsund 2005). Det gjer at denne gruppa eldre er sær

avhengig av at helsepersonell, i lag med pårørende, kan imøtekomme deira behov på ein best mogeleg måte – både ut frå eit etisk aspekt og deira rettar om nødvendig helsehjelp av god kvalitet (jf. Lov om pasientrettigheter, pasientrettighetslova kap. 2). Det går mellom anna på å sikre nødvendig informasjonsflyt om pasienten sin tilstand og behov, vidare oppfølging, og samhandling med pårørende. Når ein har redusert helse og nedsett funksjonsnivå, er det ei ekstra belastning å måtte inn på sjukehus, gjerne med lang reise i distanse og tid. Dersom det ikkje er naudsynt i høve utredning og behandling, vil det vere eit gode for denne pasient-gruppa å få tilbod om behandling og pleie i heimkommunen.

1.2 Samhandling og samordning – ei avklaring av omgrep

Både i daglegtalet, i litteratur og forskning blir omgrep som samhandling, samarbeid, samordning og koordinering brukt om kvarandre. Eg vil her gjere greie for kva omgrep eg vel å nytte, og korleis eg forstår desse.

Føremålet med studien er å sjå på samordning av tenestene for den eldre sjukeheimspasienten. Samordning betyr koordinering, og i denne samanhengen eit formalisert samarbeid der det blir lagt vekt på felles målsetjingar og ein felles ressursinnsats for å nå måla. Ved samarbeid følgjer ein også eigne målsetjingar, men det skjer på uformelle måtar (Halvorsen 2005:171). Øgar og Hovland (2004) skil ikkje mellom samordning og samarbeid. Samstundes blir omgrepa samarbeid og samhandling brukte synonymt og om kvarandre. Dei seier at: ”Samarbeid og samhandling handler om informasjonsutveksling, kompetanseoverføring og en ansvars- og oppgavefordeling som på en god måte ivaretar pasientenes behov og de overordnede helsepolitiske mål og myndighetskrav som gjelder for helsetjenesten.” (Øgar og Hovland 2004:166). Dette er samanfallande med korleis desse omgrepa blir nytta i ein del anna litteratur og forskning eg støttar meg på, som t.d. Kvamme (1999) i sin studie av samarbeid mellom legar.

Eg kjem i hovudsak til å nytte omgrepet samhandling, då dette er innarbeidd og mest brukt i dagens helsepolitikk og nyare forskning. Slik eg forstår samordning og samhandling i høve til kvarandre, er samordning av tenestene ein formalisert aktivitet på eit overordna nivå, som legg føringar for og skal styre den daglege aktiviteten, t.d. mellom to organisasjonar. Samhandling er den daglege aktiviteten mellom aktørane i organisasjonane, og organiseringa av denne.

1.3 Aktuell forskning på området

I samarbeid med Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik, Nasjonal IKT og Helsedirektoratet har Sintef gjennomført eit prosjekt der dei har sett på samhandlinga mellom sjukehus og kommunale omsorgstenester ved utskriving av omsorgstrengande eldre. Prosjektet vart gjennomført i 2007–2008 og består av to delar: 1) Opne intervju med nøkkelpersonar i utskrivings situasjonen i tre utvalte kommunar med ulik storleik og deira respektive lokalsjukehus. 2) Spørjeskjemaundersøking til nøkkelpersonell i eit utval kommunar: Eit strategisk utval på 31 kommunar og eit representativt utval på 86 kommunar. I si oppsummering drøftar rapporten hovudelementa i samhandlingsprosessen ved utskriving av omsorgstrengande eldre (Paulsen og Grimsmo 2008).

Det er særskilt to element i denne undersøkinga eg festar meg ved. Det eine er at undersøkinga tek føre seg samhandlinga mellom sjukehus og kommune utan å sjå på samhandlingsprosessen rundt innlegging i sjukehus: ”Den omsorgsmessige samhandlingskjeden aktiveres ved utskrivning av pasienter der pleierne i sykehuset vurderer pasientens tilstand slik at det utløser behov for pleie- og omsorgstjenester.” (Paulsen og Grimsmo 2008:14). Den omsorgstrengande eldre kan ved sjukehusinnlegging allereie ha eit omsorgstilbod frå kommunen, enten i eigen heim, omsorgsbustad eller sjukeheim. Kommunehelsetenesta sin kunnskap og kompetanse rundt pasienten sin helsetilstand og omsorgsbehov må tenkjast å vere viktig for behandling og pleie den eldre skal få på sjukehuset, og ikkje minst for den faglege vurderinga i ein utskrivings situasjon. Det andre elementet er kompetansen i kommunal omsorg. På spørsmål om viktige tiltak for å betre samarbeidet ved utskriving av omsorgstrengande eldre, svara 66,5% av dei spurde i kommunal sektor at dette er ”svært viktig”. Saman med informasjon om pasienten sitt behov og funksjonsnivå, blir auka kompetanse i kommunen trekt fram som eitt av dei viktigaste tiltaka (Paulsen og Grimsmo 2008:87–88).

”Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmotaket” er ein pilotstudie gjennomført av Gro Næss ved Høgskolen i Vestfold (2008). Data er samla inn gjennom registrering av opplysningar (1 mnd.) av alle pasientar over 75 år som vart lagde inn på medisinsk avdeling, og samtaleintervju med 10 sjukepleiarar i kommunehelsetenesta. Grunnlaget for val av kommunar kjem ikkje fram av studien. Eitt av funna er at mange pasientar kjem til sjukehus med lite dokumentasjon frå lege eller sjukepleiar i kommunehelsetenesta. Dette gjer det vanskeleg å gje pasienten den helsehjelpa han treng, og det kan

føre til stor belastning for pasienten. Det ser ut til at lite samarbeid mellom lege og sjukepleiar i kommunen er ei medverkande årsak til innlegging i sjukehus, og at det er lite tradisjon for å samarbeide om ei avklaring av pasientsituasjonen i høve utvikling og vidare behandling. Næss peikar på fleire område for vidare forskning, mellom anna: ”Hvordan kan samarbeid mellom 1. linjetjeneste og spesialisttjeneste utvikles for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp?” og ”Hvilke verktøy og rutiner kan sikre følgedokumentasjon ved innleggelse i sykehus?” (Næss 2008:58)

Kommunenes Sentralforbund (KS) har vore oppdragsgivar i eit FOU-prosjekt der målet var å dokumentere gode og likeverdige samhandlingsmodellar mellom fyrste- og andrelinjetenesta frå heile landet og vise til viktige fellestrekk for korleis desse modellane har vorte utvikla og kvifor ein har lykkast med samhandlinga. Statlege helseføretak og private sjukehus vart bedne om å gje korte skildringar av tre samarbeidsprosjekt som var vellykka og fungerte over tid, og KS på regionalnivå vart spurd etter informasjon om kommunar som hadde utvikla særskilt gode samarbeidsrelasjonar med ”sitt” helseføretak. Saman med ei ressursgruppe etablert av KS vart det laga kriterium for val av modellar som skulle kartleggast vidare, og dette vart følgt opp med samtaleintervju med dei aktuelle føretak og kommunar (Magnussen og Lyngroth 2007:17–19).

Eitt av funna var at samarbeid må byggje på likeverd mellom partane og baserast på gjensidig respekt for kvarandre sine roller, verdiar og kompetanse. Det må vere eit avtalesystem i botnen og tett dialog mellom partane undervegs. Vidare må samarbeidet vere forankra på høgt leiarnivå og samstundes ha eit aktivt engasjement frå fagfolka. Rapporten peikar på særskilde utfordringar for kommunane: Det er mange små kommunar og få og store helseføretak. Det er føretaka som i størst grad set dagsorden og regisserer samarbeidsprosessane, og det er i mange samanhengar ei vanleg oppfatning at den høgste kompetansen ligg i andrelinjetenesta. Kommunane har ei utfordring i å styrke den interne samordninga av helse- og omsorgstenestene (Magnussen og Lyngroth 2007:11–15). Rapporten seier ikkje noko om samansetning av ressursgruppe eller utval av informantar ved intervju. KS er sentralt inne i oppdrag og prosess. Lite klargjering av dette tilhøvet gjer at det kan stillast spørsmål om det er med å prege innkomne data, val av modellar og vurdering av desse. Dette må takast omsyn til i vurderinga av funna i studien. Samstundes er det dei peikar på mykje i samsvar med funn i andre studiar og offentlege utgreiingar eg har gått gjennom.

Ein nyare rapport frå Sintef ser på status i høve utvikling og implementering av formalisert samarbeid mellom helseføretak og kommunar gjennom bruk av lokale samarbeidsavtalar og samarbeidsforum. Dette er ei kartlegging der data er henta inn gjennom elektronisk spørjeskjemaundersøking send til helseføretak og kommunar, og ein gjennomgang av tilgjengeleg dokumentasjon og samarbeidsavtalar (Kalseth og Paulsen 2008:9). Alle føretaka har avtalar med kommunar i sitt opptaksområde, og stadig fleire har eit avtaleverk som omfattar samarbeid på systemnivå, tenestenivå og individnivå. Alle helseføretaksområda har oppretta fora for samarbeid. På opne spørsmål om dei viktigaste utfordringane i samarbeidet svarar helseføretaka og kommunane ulikt. Kommunane opplever ikkje at dei og føretaka er likeverdige partar i samarbeidet, mens helseføretaka trekkjer fram manglande ressursar for å kunne utvikle samarbeidstiltak i gråsona mellom nivåa (Kalseth og Paulsen 2008:38)

Myrvang (2004) har i si doktoravhandling sett på samhandling mellom allmennlegar og sjukehuslegar. I si skildring og utdjuing av dokumentasjonskjeden nyttar han seg av data frå intervju av legar, kontorpersonale og IT-personale, data frå tekstar (faglitteratur og faglege diskursar i tidsskrift) og feltbesøk på sjukehus og legekontor (Myrvang 2004:39–53). Myrvang fokuserer på samhandling knytt til profesjonar og fagleg spesialisering, og utfordringar knytt til koordinering og samordning av tiltak overfor pasientar som skal gjennom fleire behandlingsnivå. Temaet vil ha relevans for relasjonane mellom andre helsepersonellgrupper (Myrvang 2004:6). Avhandlinga viser mellom anna at "kunnskapens statushierarki" er med å regulere graden av samhandling mellom legane. Til meir spesialiserte fagområda til sjukehuslegane blir, til større blir avstanden til allmennlegane si breidde-tilnærming. Eit anna funn er ein tendens til å nedprioritere dokumentasjonsarbeid til fordel for direkte pasientarbeid, noko som i neste omgang kan framstå som ein barriere for samhandlinga. Myrvang konkluderer med at framtidige forbetringstiltak må gjennomførast på arena som reduserer betydinga av dei faglege hierarkia, der allmennlegar og sjukehuslegar kan møtast, som t.d. hospiteringsordningar og "Distriktsmedisinske sentre" (DMS) (Myrvang 2005, abstract). Det er ikkje tradisjon for at sjukehuslegane hospiterer "ute" slik som allmennlegane gjer "inne", og sjukehuslegane må i større grad bevege seg ut på allmennlegane sine område for å sjå problema frå deira ståstad (Myrvang 2004:198–199).

I ein studie om samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta, har Stavang (2008) intervjuar sjukepleieiarar når ho ser på danning og overføring av kunnskap mellom sjukepleiarar i dei to nivåa, og mogelege rom for forbetringkunnskap i dette

skjeringsfeltet. Hennar fokus har vore på pasienten til og frå heimesjukepleia. Stavang finn at det føregår mykje god samhandling mellom nivåa, men at romma for kunnskapsutvikling er små. Struktur og rammer avgrensar interesse, motivasjon og forståing for kunnskapsutvikling. Det er ikkje tid til å sende med dokumentasjon ved akutte innleggingar frå heimesjukepleia, og eldre pasientar er ei nedprioritert gruppe. Sjukepleieleiarane i kommunane gjev uttrykk for at dei somme tider opplever at sjukehuset har liten respekt og forståing for deira måte å arbeide på. God kommunikasjon er noko av det viktigaste i samhandlinga (Stavang 2008).

Oppsummering

Forskinga rundt samordning i helsesektoren har fokus på utskriving frå sjukehus til kommune, og kommunehelsetenesta sin kompetanse blir sett på som ein viktig faktor for samhandling ved utskriving. Samstundes viser studiar at det følgjer lite dokumentasjon med pasienten inn på sjukehuset, og at det medfører ei ekstra belastning for den eldre pasienten. Det blir mellom anna forklart med lita tid og nedprioritering av eldre pasientar, og at nedprioritering av dokumentasjonsarbeid får negativ verknad på samhandlinga.

Fleire av studiane viser at oppleving av likeverd, respekt og forståing for den andre parten er viktige føresetnader for samhandling. Det er kommunane som gjev uttrykk for manglar ved dette. Myrvang (2004) forklarar dette ut frå det faglege hierarkiet, der spesialiseringa i sektoren skapar grunnlag for ulik status og verdi.

I tråd med nasjonale tilrådingar og avtalar har alle helseføretak formaliserte samarbeidsavtalar og samarbeidsfora med kommunane i sine opptaksområde. Det kan sjå ut som at struktur og rammer set grenser for kunnskapsutvikling og informasjonsoverføring mellom tenestnivåa. Eit forbettringspotensiale ligg i å skape arena som reduserer betydinga av det faglege hierarkiet, slik at samarbeidspartane møtest på eit meir likeverdig grunnlag.

1.4 Problemstilling

Temaet for masteroppgåva er samordning mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Fokuset er den eldre omsorgstrengande pasienten med behov for tenester frå begge nivå. Samordning har i denne konteksten betyding for kvalitet på tenesta til pasienten, spesielt for pasientar med samansette behov for helsetenester. Omsorgstrengande eldre er ei slik gruppe, samstundes som deira evne og moglegeheiter til å ta i vare egne interesser og behov er

reduisert. Difor er det særskilt viktig at systema rundt dei er organisert og fungerer på ein slik måte at det sikrar nødvendig kommunikasjon og koordinasjon mellom tenestenivåa.

I offentlege utgreiingar og forskning er det i stor grad lagt vekt på samordning rundt utskriving av pasientar frå sjukehus til kommunehelsetenesta. Det meste av det eg finn så langt om prosjekt rundt samordning, er relatert til utskrivingssituasjonen. Når det er snakk om kompetanseoverføring, er det fokus på korleis spesialisthelsetenesta skal bidra med sin kompetanse til kommunane. Samstundes er det mangelfull dokumentasjon og informasjon ved innlegging av sjukeheimspasientar til sjukehus, og det er ynskjeleg å unngå ein del av sjukehusinnleggingane for denne gruppa pasientar. Likeverd, respekt og tillit mellom aktørane er grunnleggande føresetnader som går igjen når det er snakk om samordning mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, og ein del funn viser at det ikkje alltid blir opplevd slik. Spesielt er det kommunehelsetenesta som trekkjer fram manglande oppleving av likeverd mellom tenestenivåa.

Med bakgrunn i dette vil eg undersøkje korleis sjukeheim og sjukehus samordnar tenesta når den eldre sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus. Eg ynskjer å finne svar på:

- Kva samhandling føregår mellom aktørane på sjukeheim og sjukehus når sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus?
- Korleis vurderer aktørane samordninga mellom tenestenivåa ut frå fagleg kvalitet på tenesta og helsepolitiske føringar og krav?
- Dersom samordninga ikkje fungerer etter intensjonane: korleis forklarar aktørane dette, og korleis kan eg forstå det i eit organisasjonsteoretisk perspektiv?

1.5 Oppbygging av oppgåva

I dette innleiande kapitlet har eg presentert bakgrunn for tema og problemstilling. Kapittel 2 er teorikapittel, der eg først gjer greie for helseorganisasjonar som komplekse profesjonsorganisasjonar med ulike ideologiar. Etter det omtalar eg profesjonar i helsesektoren og profesjonalisering gjennom utdanning og yrke. Vidare ser eg på organisasjonane som delar i eit fleirnivåsystem, og til sist organisasjonar som institusjonar. Kapittel 3 omhandlar val av forskingsstrategi, design og utval, og utfordringar i lys av reliabilitet, validitet og etikk. Kapitlet blir avslutta med presentasjon av analysemodellen. Kapittel 4 er ein gjennomgang av organisering og oppgåver i kommune- og

spesialisthelsetenesta, og korleis desse vanlegvis prøver å samordne. Funna i studien er presenterte i kapittel 5. I kapittel 7 blir funna analysert, samanlikna og diskutert i lys av teori. Oppgåva blir avslutta i kapittel 8 med ei oppsummering og tankar om forbetringstiltak og vidare forskning på området.

2 Styring og samordning i komplekse system

Gjennom organisasjonsteori kan vi forstå korleis organisasjonar fungerer, kva eventuelle problem i organisasjonen består i og kvifor det ikkje fungerer slik vi ynskjer. Organisasjonsteorien er samansett og har eit mangfald av teoriar og perspektiv, og den hentar inspirasjon frå fleire ulike fagområde (Hatch 2001:21). I dette kapittelet presenterer eg mine val av perspektiv når eg skal søkje etter å forstå og forklare det som skjer rundt samordning mellom tenestnivåa. Det første er å sjå på sjukeheim og sjukehus som komplekse, profesjonsdominerte helseorganisasjonar, med ulike faglege ideologiar. Deretter seier eg meir om profesjonane i helsesektoren, før eg tilnærmar meg styring og samordning i lys av komplekse fleirnivåsystem. Til sist omtalar eg organisasjonar som institusjonar, med utgangspunkt i Scott (2003) sine tre pilarar ved institusjonen, og trekkjer tråden attende til ideologiar i organisasjonane.

2.1 Helseorganisasjonar

Komplekse system

Samordninga sin kontekst i studien er organisasjonar i helsetenesta. Ein organisasjon kan definerast som ”eit medvite, stabilt og målretta samarbeid mellom menneske (...) ei strukturering av mellommenneskelege forhold.” (Bukve 2001:34). Organisasjonar har nokre trekk som er felles og allmenne, og nokre spesielle og særne. Helseorganisasjonar blir gjerne skildra som komplekse, multiprofesjonelle organisasjonar med samansette oppgåver og fleire yrkesgrupper. Spesielle trekk ved helseorganisasjonar er at kjerneaktivitetane føregår i forhold til menneske i spesielle, sårbare situasjonar. Resultata viser seg i eit endra funksjonsnivå eller livssituasjon hos tenestemottakarane, og arbeidsprosessane er ei blanding av tiltak, forandring og service. Arbeidet er basert på dei tilsette sine kunnskapar, ferdigheiter og motivasjon, og dei tilsette tilhøyrrer i stor grad yrkesprofesjonar med eigne faglege kunnskapsmodellar og standardar, eigne verdiar og normer og eit eige makthierarki. Leiing og administrering skal styre, kontrollere, samordne og overvake aktivitetane i organisasjonen (Skjørshammer 2004:58–61, Øgar og Hovland 2004:33–34).

Når kjerneaktiviteten føregår med og mellom menneske, ikkje ting og objekt, betyr det eit system med mulegheiter for læring og utvikling utan direkte påverknad utanfrå.

Organisasjonane er tilpassingsdyktige, nyskapande og i utvikling. Utfordringa ligg i at aktørane kan opptre uavhengig og sjølvstendig, og handlingane vil ikkje alltid vere moglege

å føresjå. Det kan verke inn på rammevilkåra for andre aktørar og organisasjonen. Det er ei stor utfordring å få til heilskaplege, samanhengande behandlingsprosessar. Uføresette hendingar og individuelle variasjonar gjer at samhandling i mange høve må skje ved gjensidig tilpassing, og at aktørane er løysingsorienterte og kan inngå funksjonelle kompromiss (Skjørshammer 2004, Øgar og Hovland 2004).

Helsetenesta blir stadig meir spesialisert og fragmentert. Sterkare arbeidsdeling mellom ulike grupper helsepersonell, og pasientar som er avhengige av koordinert innsats frå fleire instansar og ulikt helsepersonell, fører til eit auka krav til og behov for samhandling. Som nemnt tidlegare, seier Øgar og Hovland (2004) at samhandling handlar om informasjonsutveksling, overføring av kompetanse og ei fordeling av ansvar og oppgåver slik at pasienten sine behov blir tekne i vare og gjeldande mål og krav til helsetenesta blir stetta (Øgar og Hovland 2004:166). Samstundes som pasienten har behov for og ynskje om heilskaplege tenester, blir helsetenestene gjennom si spesialisering og fordeling av oppgåver delte mellom ulike nivå og ulike sektorar. Det er eit system av ulike organisasjonar på ulike forvaltningsnivå. Organisasjonane står ikkje i nokon formell hierarkisk posisjon i høve til kvarandre, og har dermed ikkje noko direkte mandat eller styringsrett overfor kvarandre. For at tenestene skal fungere heilskapleg, så må delane fungere i lag. Slik blir dei enkelte delane, som til dømes sjukeheim i kommunehelsetenesta og sjukehus i spesialisthelsetenesta, avhengige av kvarandre (Halvorsen 2005, Jacobsen 2004). Det er fleire utfordringar knytt til samordning i slike høve. Dobbeltarbeid – der fleire partar gjer den same oppgåva, og gråsoner – der ingen har ansvar for ei oppgåve eller at ansvaret er uklart, er to slike koordineringsproblem (Jacobsen 2004). Styringsrelasjonane og samordning mellom dei ulike nivå i helsesektoren kjem eg nærare inn på i kapittel 2.3.

Profesjonsorganisasjonar

Sjukehus og sjukeheim er begge døme på helseorganisasjonar. Sjølv om dei er ulike med tanke på eigarskap, lovverk og finansieringsordningar, har dei, som vist ovanfor, klare fellestrekk. Helseorganisasjonar har eit sterkt innslag av profesjonar. Ein profesjon er eit yrke som føreset ei formell utdanning som grunnlag for praktisk arbeid (Støkken 2002:25). Sjølvstendig vitskapleg kompetanse og at det er ei utdanning som kvalifiserer til eit praktisk yrke, er to sentrale element i omtalen av omgrepet (Hernes 2002). Eg gjer nærare greie for profesjonar i neste kapittel. I helseorganisasjonar vil autoritet via fagkunnskap og ekspertise dominere over autoritet via hierarki og formell posisjon. Det er den faglege kompetansen som

dominerer og styrer arbeidsprosessane. Slike *profesjonsorganisasjonar* har kjenneteikna til byråkratiet ved formalisert arbeidsdeling og høg grad av standardisering av arbeidsoppgåvene. Mintzberg kallar dette for det profesjonelle byråkratiet. Kjenneteikn ved denne organisasjonsforma er ein desentralisert struktur der mykje av makta er å finne lågt nede i hierarkiet – på det operative nivået. Autoriteten er basert på fagleg kunnskap og ekspertise – den ligg hos ekspertane, profesjonane. Slik delegeringa av avgjerdsmynde legg til rette for eit fagleg forsvarleg arbeid, rask problemløysing og saksbehandling (Bukve 2001:158–161, Jacobsen og Thorsvik 2002:104–105).

Det operative nivået er dominerande, og oppgåvene er gjerne komplekse, varierende og standardiserte. Kompleksiteten gjer at det blir stilt større krav til skjønn og fagkunnskap i vurderinga av kvart enkelt tilfelle, og formalisering og standardisering skjer gjennom krav til fagkunnskapane hos dei tilsette. Slik er det dei faglege normene og verdiane som profesjonsutøvarane har med seg frå si utdanning som er utgangspunktet for standardiseringa, ikkje nødvendigvis gjennom styring ovanfrå ut frå formelle posisjonar i hierarkiet. Profesjonsorganisasjonen vil i tillegg ha ein stor administrativ stab som støttar opp om ekspertane, slik at desse organisasjonane får to parallelle hierarki (Bukve 2001).

I eit samordningsperspektiv kan profesjonsorganisasjonar ha sine svake sider. Det kan oppstå rivalisering og konflikhtar mellom dei ulike profesjonsgruppene, og mellom profesjonane og den administrative leiinga. Profesjonsgruppene kan ha ulike mål og verdiar, og dei kan prioritere å jobbe med personar som representerer problem som den profesjonelle har gode løysingar på. Samstundes kontrollerer byråkratiet profesjonane gjennom reglar og programmering ovanfrå, medan ekspertane held fram med sitt faglege sjølvstende og framgangsmåtar ut frå faglege standardar. Slik strid kan skape samordnings- og styringsproblem i organisasjonen (Bukve 2001).

Ulike ideologiar

Profesjonar i helsesektoren har innan sine fag ei lang, felles grunnutdanning. Fleire profesjonsutdanningar har nasjonale rammeplanar som styrer innhaldet i utdanninga (t.d. Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning). Ut frå det kan ein anta at dei har ei felles forståing av kva som er relevant kunnskap, og ei felles grunnorientering til spørsmål om sjukdom og helse (Myrvang 2004:10,16). Slik felles utdanning bidreg til sosialisering, ein prosess der den enkelte blir teken inn i samfunnet sine verdiar og normer, og tileignar seg

roller og lærer grunnleggande plikter og rettar, lærer seg si yrkesrolle (Garsjø 2001:180–181). Like faglege logikkar i profesjonen vil gje relativt gode føresetnader for å kunne samhandle (Myrvang 2004:37).

Sjukehus og sjukeheim har slik ein del fellestrekk men er ulike på ein del område. Relasjonen mellom profesjonane i dei to organisasjonane vil verke inn på kontakten og samarbeidet mellom dei. Dersom relasjonane blir problematiske, treng det ikkje berre skuldast profesjonane, men at dei handlar innanfor sin kontekst – sin organisasjon med sin kultur (Halvorsen 2005:172). Likeeins er profesjonane knytte til ulike delar av helsetenesta med ulike ideologiar. Ideologiomgrepet blir nytta i mange ulike samanhengar og med ulike tydingar. Når Garsjø (2008) ser det i samheng med organisasjon og institusjon, seier han det på denne måten:

”En ideologi er et sett av normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som preger og er dominerende i institusjonen. En institusjons eller organisasjons ideologi referer til tanker og ideer om hvordan målet kan oppnås. Ideologien ligger innbakt i faglige teorier, metoder og teknikker som brukes.” (Garsjø 2008:116).

Ideologi i denne konteksten er nær knytt til omgrepet organisasjonskultur. Ordet ideologi kjem frå dei greske orda *idea* og *logos*, som høvesvis betyr tanke, idé og lære. Kultur kjem av det latinske *colere* eller *cultura* og betyr dyrke, bearbeide eller kultivere (Wikipedia 22.08.2010). Innan organisasjonsteori og organisasjonsforskning er det mest vanleg å nytte kulturomgrepet. Organisasjonskultur blir ofte skildra som eksisterande på tre nivå: Grunnleggande antakingar, verdiar og artefakter (Hatch 2001, Jacobsen og Thorsvik 2002). Slik eg ser det, er Garsjø si framstilling av ideologi i denne samanhengen ”noko meir” enn kulturomgrepet. Ideologi i denne samheng er grunnlag for målsetting og måloppnåing, og val av handlingar for å nå desse. Vi kan skilje mellom ulike ideologiar i helsetenesta, som behandlingsideologi og omsorgsideologi (Halvorsen 2005:174). Ideologiane avspeglar menneskesyn og verdiar og kan vere verktøy for å definere problem og mål. Slik kan dei verke inn på kva type hjelp tenestemottakaren får, kven som får hjelp og kven som blir avvist (Halvorsen 2005, Garsjø 2008).

Utan å gå djupt inn i omsorgsomgrepet kan det seiast at omsorg er å samhandle med pasienten som heil person. Det er ein mellommenneskeleg relasjon, der den som gjev omsorg må vise innleving og nærleik og må forstå situasjonen den andre er i. I omsorgsrelasjonen er det spørsmål om korleis vi viser omsorg for kvarandre gjennom konkrete og praktiske handlingar,

og måten vi er til stades på i relasjonen og handlinga (Halvorsen 2005:173, Alvsvåg 2006). Kommunane har ansvar for tenestetilbodet til alle med behov for omsorgstenester (St.meld. nr. 47:56), og allmennlegane har ansvar for å vurdere heilskapen i pasienten sin situasjon og vere portvakt i høve spesialisthelsetenesta (Halvorsen 2005:319). Slik utgjer kommunehelsetenesta ei breidde og ei holistisk tilnærming i møte med tenestemottakarane. Sjukeheimane sitt klare mandat til å gje nødvendig og kvalitetsmessig god omsorg og pleie (jf. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie), vil stå som ein klar representant for omsorgsideologien.

Behandling krev meir fagleg spesialisering, sjølv om det ikkje fritek ”spesialisten” frå å vise omsorg og kunne sjå heilskap rundt pasienten (Halvorsen 2005:173). Myrvang (2004) viser til at helsevesenet i aukande grad er prega av spesialisering og oppsplitting av arbeidsoppgåver. Spesialiseringa vil skilje den sjukehusbaserte medisinen frå allmenntilnærminga, og det vil danne seg to kunnskapsorienteringar: ”sjukehusmedisinen” som ein reduksjonistisk logikk og ”allmenntilnærminga” ut frå ein holistisk logikk (Myrvang 2001:37,68). Samhandlinga skjer difor i omgivnader der desse to ulike kunnskapsmessige tilnærmingane blir brukte: ”(...) samhandlingen forutsettes å skje i et faglig spenningsfelt mellom allmenntilnærmingens breddetilnærming og sykehusmedisinenes dybdetilnærming.” (Myrvang 2004:10 – viser til Løchen 1971). Den reduksjonistiske tilnærminga, som har ført fram til det vitskaplege gjennombrøtet i medisinen, har inspirert til stadig meir vidtgåande spesialisering. Denne spesialiseringa har plassert aktørane i helsesektoren i eit hierarkisk forhold til kvarandre, der generalisten er nedst i pyramiden og med stigande posisjon etter grad av spesialisering (Berg 1987). Slik kan ein sjå at medisinenes faglege logikk bidreg til at kunnskapens verdi vert hierarkisert og dannar eit medikrati. Dette hierarkiet stadfestar ein maktdimensjon. Det kan ofte sjå ut som at omsynet til spesialiserte behandlingssøkjere bidreg til å forsterke forventningar om at dei mindre spesialiserte profesjonsgruppene skal innta ei underordna rolle i høve til dei høgt spesialiserte gruppene (Myrvang 2004). Maktdimensjon og status i eit slikt kunnskapshierarki kan bety noko for oppleving av likeverd i samhandlingssituasjonar. Det kan etablere eit vertikalt skilje i eit system der organisasjonane ikkje står i eit formelt hierarkisk forhold til kvarandre, og slik skape spenningar og utfordringar i relasjonane mellom aktørane.

Med bakgrunn i dette kan ein sjå at aktørane i helseorganisasjonane handlar og skal samhandle ut frå ulike faglege ideologiar, alt etter kva del av helsetenesta dei arbeider i. Ved sjukeheimen kan vi snakke om ein omsorgsideologi, der hovudfokuset er på pleie og omsorg og det å tenkje og sjå pasienten i heilskap – heile livssituasjonen. Sjukehuset arbeider ut frå ein behandlingssideologi, ei reduksjonistisk tilnærming med utredning, behandling og dei støttefunksjonar som er naudsynt for det. Dersom dette fører til ulik oppfatning av røyndommen, og mangel på innsikt og forståing for den andre sin ståstad, kan det føre til svikt i samhandlinga mellom aktørane i organisasjonen (Halvorsen 2005).

2.2 Profesjonane i helsesektoren

Eg har ovanfor gjeve ein kort definisjon på profesjon og omtalt helseorganisasjonar som profesjonsorganisasjonar. Definisjonen til Støkken (2002) er enkel i den forstand at den berre legg til grunn formell utdanning og praktisk arbeid for at eit yrke kan omtalast som ein profesjon. Hernes (2002) har i tillegg med vitenskapleg kompetanse. Det er i denne avhandlinga ikkje rom for å gjere ei omfattande drøfting av profesjonsomgrepet og dei ulike yrka sin veg fram mot profesjon, men eg vil gje omgrepet noko meir innhald og forklaring. Med bakgrunn i temaet for studien er det relevant å sjå profesjon i høve til organisasjonar.

Halvorsen (2005) seier i si utgreiing av helse- og sosialpolitikk: ”Gjennom profesjonene konkretiseres og iverksettes offentlige tiltak som de politiske myndighetene har bestemt. Velferdsyrkene har som oppgave å forvalte og legitimere velferdsstaten.” (Halvorsen 2005 :150). Slik plasserer han profesjonane sin funksjon i helse- og sosialsektoren og deira rolle i å dekke sentrale samfunnsoppgåver. Samstundes viser det at det er personane, dei som innehar eit bestemt yrke, ein bestemt profesjon, som kan og skal gje dei særskilde tenestene. Utøvinga vil skje innanfor ulike organisasjonar, som slik vil verke inn på og styre aktivitet og samhandling (jf. kap. 2.1). Likevel, sjølv om organisering av tenestene har verknad på korleis oppgåvene blir løyste, vil kvaliteten på tenesta vere heilt avhengig av kva personell sektoren har og kva utdanning dei har. Som Halvorsen seier, så møter ikkje tenestemottakaren ”velferdsstaten”, men den enkelte tilsette i ein samhandlingssituasjon (Halvorsen 2005).

Profesjon blir nytta om yrke som krev ei bestemt langvarig formell utdanning. Slik dreiar det seg om relasjonen mellom yrke og utdanning. Yrkesrolla blir meir og meir avgrensa til meir spesialisert utdanninga må vere, og profesjonsutøvarane gjer krav på å bli sett på som

spesialistar med særskilt og eksklusiv kompetanse. Yrkesutøvinga skal vere sjølvstendig basert på spesialisert og teoretisk kompetanse. Vidare vil ein profesjon ha ein særeigen yrkesetikk eller ideologi, som den ynskjer skal bli retningsgjevande for verksemda, bli ein garanti for at arbeidet held ein høg fagleg standard og for at handlingane ikkje er tilfeldige (Halvorsen 2005). Tellefsen (2004) samanfattar dette til tre profesjonskriterium, der han ved dei to første viser til Gyarmati (1975): 1) Fagleg autonomi – det er profesjonen sjølv som avgjer kva som er rette, faglege avgjerder. 2) Fagleg monopol – yrkesutøvarane har fortrinnsrett eller lovbestemt monopol på å utføre bestemte oppgåver og ha bestemte stillingar. 3) Teoribasert utdanning som understrekar faget sin vitskapelege status (Tellefsen 2004:138–139).

Profesjonane i helsesektoren har fleire fellestrekk som tek att fleire av særtrekka ved helseorganisasjonar. Profesjonsutøvarane gjev hjelp ved samhandling med pasienten, og tenestene blir sett på som viktige for pasienten si velferd. Å tilhøyre ein profesjon vil seie å utøve skjøn, der utøvarane har eit handlingsrom der ein nyttar ekspertkunnskap. Bruk av fagleg autonomi gjer det vanskeleg for andre å få innsyn i kva den enkelte yrkesutøvar gjer. Rettane til den som mottek hjelp blir sikra gjennom juridiske normer. Profesjonsutøvarane arbeider innanfor sektorar, eller organisasjonar, som har mange likskapstrekk. Mellom anna vil profesjonane vere eit mellomledd mellom hjelpeapparatet og tenestemottakaren og slik oppleve motstridande forventningar til seg. Verksemda er arbeidsintensiv, med tidspress i pasientarbeidet og at tida ikkje strekk til, og det vil vere ei usikkerheit omkring kva som er optimal behandling (Halvorsen 2005).

Før eg går meir inn på profesjonane i helsesektoren, vil eg gje ei kort framstilling av utviklinga av desse profesjonane og trekkje fram nokre element i prosessen frå yrke til profesjon.

Helsetenesta kan sjåast på som eit system av yrke som er innbyrdes knytte til kvarandre. Fram til om lag andre verdskrig var tenesta prega av to yrke – lege og sjukepleiar. Legeyrket fekk tidleg autoritet og hadde dominerande innverknad på helsevesenet. Autoriteten kom frå deira tilknytning til vitskapeleg kunnskap og naturvitskapelege framsteg. Det var fram til den tid ei heilskapleg og lik utdanning og lite spesialisering. Legane var vesentleg uavhengige av andre grupper. Sjukepleiaren vart gradvis ein del av helsetenesta, frå uuddanna ”gang- og våkekoner” til å nærme seg medisinen og kopling til legane. Den medisinske utviklinga

gjorde at legane hadde behov for meir fagleg assistanse, og det skapte behov for nokon til å organisere og administrere pleia. Slik vart sjukepleie meir ”medisinsk” og fekk ein fagleg yrkesprofil. Treårig utdanning og offentleg autorisasjon var tidleg krav frå Norsk Sykepleierskeforbund (1912). Som eg har vore inne på tidlegare, er sektoren i dag prega av spesialisering og oppdeling. Dette er ei utvikling som har skjedd i tida etter andre verdskrig. Legeyrket blir fragmentert, og det blir oppretta nye spesialitetar. Sjukepleia si nære kopling til medisinen gjer at ein ser mykje av den same utviklinga i høve spesialisering, samstundes som faget blir meir vitenskapleg orientert. Etter kvart blir helsetenesta eit omfattande kompleks av yrke, yrke som koplast til kvarandre vertikalt og horisontalt (Berg 1987, Halvorsen 2005).

Profesjonalisering er å sjå på som den prosessen der yrkesgrupper skaffar seg fleire av profesjonskriteria og vitenskapleggjer ulike praksisar (Elstad 1991, Halvorsen 2005). Aukande profesjonalisering av yrka i helse- og sosialsektoren kan redusere vilje og evne til samarbeid på tvers av fag- og etatsgrenser, særskilt dersom samarbeidet truar profesjonen sin faglege autonomi og eigne faglege monopol (Tellefsen 2004:137–138). Profesjonsstrid kan oppstå, noko som vil påverke organisasjonar internt og samarbeid mellom organisasjonar. Det kan oppstå to typar konflikt mellom ulike profesjonar: 1) Konflikt der yrkesgruppene stridest om å ha einerett eller fortrinnsrett til bestemte oppgåver eller stillingar, og 2) Konflikt mellom den faglege og den administrative autoritet – det er ikkje samsvar mellom profesjonen sitt faglege skjøn, basert på den faglege autonomien, og eigarar eller leiing av organisasjonen (Tellefsen 2004:138, Elstad 1991:110–111).

I tenesteproduserande organisasjonar som helsesektoren er kunnskapen til dei tilsette den vesentlege ressursen og teknologien i verksemda. Profesjonalisering i organisasjonen, det vil seie kor stor del personar i ein organisasjon som har ein spesifikk kompetanse, vil verke inn på organisasjonen både i høve struktur og kultur og vil ha betyding for produksjonen – for kva som skjer i tenesteutøvinga (Jacobsen og Thorsvik 2002). Profesjonelle i organisasjonar vil krevje at det blir teke omsyn til deira motstand mot byråkratiske reglar og overvaking, deira forkasting av byråkratiske standardar og deira avgrensa lojalitet til organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2002:94 – viser til Scott1966:269).

Profesjon blir definert med utgangspunkt i utdanning, og profesjonaliseringsprosessen kan sjåast på som måten ulike yrkesutdanningar formidlar kunnskap og verdiar til dei som studerer – ut frå profesjonen sine verdi- og kunnskapskriterium (Tellefsen 2004:138–139).

Dei studerande tileignar seg ein yrkeskultur gjennom utdanning. Denne blir skapt utanfor organisasjonen, og organisasjonen har ikkje nokon direkte kontroll over denne prosessen, og ved rekruttering av personale får organisasjonen kultur ”på kjøpet” (Jacobsen 2004:91). Profesjonane i helsesektoren, t.d. sjukepleie, har stor del av praksis i utdanninga. Dette er praksis i ulike delar av tenesta, der studentane i si opplæring kjem tett på helseorganisasjonane og tek meir eller mindre del i det arbeidsfellesskapet som er der. Sjølv om dette er for ei avgrensa tid, vil profesjonaliseringsprosessen få eit sterkt innslag av og bli påverka av tilhøva i helseorganisasjonane, og dermed ikkje berre av det som skjer i utdanningsinstitusjonane. Slik sosialisering inn i eit praksisfellesskap vil gjere at organisasjonane i stor grad ”veit kva dei får” ved rekruttering av nye tilsette.

2.3 Komplekse fleirnivåsystem

Det finst ikkje nokon enkeltstående teori som på ein tilfredsstillande måte samanfattar den kunnskapen som finst om helseorganisasjonar (Skjørshammer 2004:58), men som eg har vist til i førre kapittel, er det ein del trekk som kjenneteiknar helseorganisasjonar og som kan vise både likskap og ulikskap ved dei. Dei blir skildra som komplekse, multiprofesjonelle organisasjonar, med ein formell hierarkisk struktur og eit profesjonshierarki med klare byråkratiske trekk.

Den store graden av spesialisering og arbeidsdeling i helseorganisasjonar krev at arbeidet blir samordna, og i sjukehus og sjukeheimar skjer det mellom anna gjennom ei hierarkisk organisasjonsform, der ein har eit system med formelle leiarar som gjennom sine posisjonar kan instruere og bestemme over andre. I tillegg til autoritetshierarkiet skjer samordninga gjennom bruk av reglar, skrivne rutinar og prosedyrar – ei standardisering av arbeidsoppgåver som kjenneteiknar byråkratiet. Det store innslaget av profesjonar gjer at samordning vil føregå med bakgrunn i det parallelle profesjonshierarkiet og profesjonane si standardisering av kunnskap gjennom opplæring og utdanning (Halvorsen 2005:188, Jacobsen og Thorsvik 2002, Bukve 2001).

Ei slik skildring av organisasjonane som hierarkiske, byråkratiske, er ei noko einsidig framstilling. Utviklinga siste tiåra har gått i retning av ei meir marknadsretta styringsform. Som ein reaksjon på hierarkiet og byråkratiet si regelstyring, med ei oppfatning av det som trengt, lite fleksibelt og manglande effektivitet, voks det på 1980-talet fram ei marknads-

fokusert reformbølge, New Public Management (NPM) (Øgård 2005, Bukve 2009). Etableringa av helseføretak som styringsmodell for sjukehusa og ein flatare organisasjonsstruktur i kommunane ved tonivå-modell kan vere eksempel på denne reforma sin verknad på offentleg sektor. Kjennetrekke som overordna målstyring, effektivitetskrav, innsatsstyrde finansieringsordningar og økonomiske incentiv, og auka nytte av brukarundersøkingar, vil kunne identifiserast (Øgård 2005). Ei anna retning som har utvikla seg som eit alternativ til den hierarkiske styringsforma, er styring og koordinering gjennom nettverk. Vertikal kommunikasjon og kontrollrelasjon som er å finne i ein hierarkisk organisasjon, vil vere erstatta med horisontale relasjonar (Halvorsen 2005:214). Eg skal vidare søkje å vise korleis eit fagleg perspektiv på nettverksstyring, governance, kan vere ein måte å tilnærme seg samordning og styring i komplekse fleirnivåsystem. Før eg går vidare inn i det, vil eg forklare kva eg meiner med fleirnivåsystem.

I det offentlege styringssystemet blir tenestene forvalta på ulike nivå: nasjonale (statlege), regionale og lokale (kommune) nivå. Eg gjer nærare greie for desse i kap. 4. Bukve (2009) skildrar forholdet mellom dei ulike forvaltningsnivåa og gjev døme på kontaktområde mellom desse, og omtalar dette som eit *fleirnivåsystem* i forvaltninga. Eit forvaltningssystem der tenester blir bestemte og skal gjennomførast på ulike nivå, vil krevje behov for styring og samordning (Bukve 2009:91, Halvorsen 2005:46).

Bukve (2009) argumenterer for at styrings- og samordningsformene vil vere ulike alt etter forholdet mellom aktørane og kva funksjonar som skal ivaretakast. Dei vil med andre ord kunne variere frå sak til sak, og i høve til kven som er deltakarar og kva relasjon det er mellom dei (Bukve 2009). Sjukehus og sjukeheimar er begge ein del av den offentlege, lovpålagde helsetenesta. Dei er sjølvstendige organisasjonar som må og skal samordne aktiviteten og tilpasse seg kvarandre. Dei står ikkje i eit formelt hierarkisk forhold til kvarandre. Når aktiviteten og tenestene skal samordnast, må det skje ut frå andre prinsipp, fordi det er ikkje avgjerdslinjer på tvers av organisasjonane. Dei har ingen styringsrett overfor kvarandre. Sjukehusdirektøren kan ikkje gje pålegg til sjukeheimen eller kommunehelsetenesta – og rådmannen i kommunen kan ikkje det overfor sjukehuset. Difor må kontakten og samordninga skje på andre måtar.

Styring gjennom nettverk har vakse fram som eit anna alternativ til den hierarkiske styringsforma enn NPM. ”Governance” og ”multi-level governance” er omgrep som blir mykje nytta

for å skildre denne utviklinga ein har sett i offentleg styring dei seinare åra. I si drøfting av vilkår for samhandling ved fleirnivåstyring gjer Bukve greie for desse omgrepa. Omgrepa blir brukt beskrivande for å karakterisere dei endringane mange meiner har funne stad innanfor offentlege styringsformer siste tiåra, som at nye aktørar er trekte inn i styringa, framvekst av nye organisasjonsformer og framvekst av nettverk og styringsordningar som bind saman forvaltningsnivåa på ulike måtar. Han samanfattar denne måten å forstå governance på som ”(...) styring gjennom nettverk og horisontale strukturar (Rhodes 1997), medan multi-level governance viser til den vertikale dimensjonen.” (Bukve, 2009:62). Normativt blir governance nytta for å skildre ei ynskt endring frå hierarki og regelstyring til meir fleksible styringsformer. Analytisk vil vere å studere korleis styringa skjer på tvers av organisasjonsgrensar og sektorar, og korleis samspelet i styringa faktisk går føre seg (Bukve 2009).

Kva styrings- og samordningsformer ser ein så i eit slikt styringssystem? Strand (1985) ser på korleis offentleg politikk blir sett i verk gjennom tre styringsfunksjonar: Standardisering, hjelpefunksjon og sjølvhjelpsfunksjonen. Han føreset eit hierarkisk og asymmetrisk system, der nasjonal politikk skal gjennomførast lokalt. Standardisering av politikken sikrar likskap og likebehandling gjennom lover og reglar. Desse spesifiserer mål og standardkrav til dei tiltaka som skal iverksetjast. Hjelpefunksjonen opnar opp for at dei som treng det får ei særbehandling gjennom ulike former for tiltak, tiltak som er utforma slik gjennom mål og reglar. Sjølvhjelpsfunksjonen mobiliserer individ og lokalsamfunn til handling, til å stille krav og løyse problem, der aktørane har høg grad av autonomi frå sentrale føringar med ressursar og evne til å utforme og gjennomføre politikken (Strand 1985, Bukve 2009).

I nettverk er aktørane sjølvstendige og jamstilte, og framgang og målrealisering skjer gjennom samarbeid, tillit og gjensidig samordning (Bukve 2009). I si drøfting utvidar Bukve modellen til Strand til å gjelde fleirnivåsystem generelt, og trekkjer inn samordning og læring som styringsformål ”(...) som kan knytast til nettverksprega styringssystem der aktørane har ein relativ autonomi i høve til kvarandre.” (Bukve 2009:64). Samordninga kan vere basert på kontrakt og tillit. Kontraktbasert samordning fungerer best når partane har ynskje om at eit tiltak skal gjennomførast, men har ulike interesser i gjennomføringa. Partane gjev frå seg retten til fullstendig autonomi. Dei inngår avtalar som gjer at dei ikkje kan styre seg sjølv fullt ut. Døme på dette er samordningsavtalar mellom sjukehussektoren og kommunane på ulike forvaltningsnivå. Tillitsbasert samordning er mest tenleg når partane har sjølvstendige ressursbasar, der dei ulike ressursane er naudsynte for å gjennomføre tiltaket. Samordninga

skjer gjennom koordinering av mål og ressursar. Partane er i større grad sjølvstendige aktørar. For samordninga av helsetenestene kan dette handle om den daglege samhandlinga der personalet skal utveksle informasjon og kunnskap om pasienten, basert på faglege vurderingar om kva som er viktig og nødvendig – ein ”open kommunikasjon” mellom partane, som ikkje er basert på sanksjonar som til dømes ”utskrivingsklar pasient” (jf. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter). Nettverk er ikkje berre ei styringsform for samordning, men legg og rammer for læring gjennom samhandling og kontakt. Slik blir det mogleg for aktørane å utveksle idear, nye løysingar og betre måtar å utføre oppgåvene på (Bukve 2009).

Helseorganisasjonane som utgjer konteksten for studien er del av eit fleirnivåsystem med ulike nivå av tenesteyting. Det stiller store krav til samordning og styring på tvers av organisasjonane, og internt i kvar av dei. Det vil truleg bety at det må nyttast eit spekter av samordningsmekanismer, alt etter type relasjonar og sak. I eit nettverkssystem er aktørane relativt autonome og samstundes gjensidig avhengige av kvarandre i ein relativt stabil horisontal struktur, der ingen enkelt aktør vil ha tilstrekkeleg kunnskap eller kapasitet til å dominere åleine (Bukve 2009, Røiseland og Vabo 2008). Samordning og styring vil vere basert på dialog og forhandlingar, der ein tek avgjerder og inngår avtalar basert på felles konsensus. Faktorar som ein kjenner frå avgjerdsprosessar generelt vil spele inn, som makt og autoritet, ressursar og kapasitet, likeverd og tillit (Røiseland og Vabo 2008).

Nettverksorganisering krev eit visst nivå av samarbeid. Slike arbeidsformer kjem ikkje av seg sjølv. Aktørane kan velje å handle i eigeninteresse og dermed undergrave overordna mål og effektivitet. Internt vil mellomleiarar og profesjonar ha ulik grad av entusiasme for samarbeid og kor mykje dette skal prioriterast i det daglege arbeidet. Leiing vil måtte ha fokus på relasjonar, og å utvikle og oppretthalde organisasjonsidentitet og målretta verksemd (Hatch 2001:215–216). Koordinering i eit nettverkssystem vil òg skje ved at aktørane, i kommunikasjonen seg i mellom, tilpassar seg kvarandre gjensidig. Dette skjer utan kommando og reglar og kan mest nyttast i oversiktlege samanhengar der få personar er involverte. I slike høve vil ein kunne vere fleksibel og handtere omskifte i omgjevnadane (Jacobsen og Thorsvik 2002, Bukve 2009).

Det vil likevel vere slik at ein ikkje kan sjå vekk frå standardisering som styringsform for aktivitet og samordning mellom sjukehus og sjukeheim. Dei er begge organisasjonar som skal

setje i verk nasjonal politikk og gje helsetenester som innbyggjarane har krav på. Sjølv om dei ikkje har avgjerdsmynde overfor kvarandre, blir relasjonen mellom dei styrd av vedtak og avtalar på nasjonalt nivå og gjennom lover og forskrifter. Samstundes skal lovpålagde krav om samordning og overordna avtalar mellom aktørane setjast i verk i den enkelte organisasjon; profesjonsorganisasjonar som er hierarkiske og regelstyrde. For å kunne forklare og forstå det som skjer i samhandlinga mellom sjukeheimar og sjukehus, må det nyttast fleire innfallsvinklar ut frå kva funksjon og teneste som skal samordnast, om det er i forholdet mellom organisasjonane, eller korleis dette føregår internt i kvar av dei.

2.4 Organisasjonar som institusjonar

I dei føregåande kapitla har eg gjort greie for særtrekk ved helseorganisasjonar, som viser både deira likskap og ulikskap. Profesjonane sine standardar og eigne hierarki er styrande og har innverknad på korleis organisasjonane samordnar aktiviteten og sine tenester til pasientane. Vidare går eg inn på helsesektoren som eit fleirnivåsystem som består av sølvstendige organisasjonar med tette relasjonar .

Med bakgrunn i dette ser ein at helseorganisasjonar er noko meir enn formelle organisasjonar. Ved å bruke institusjonell teori og sjå på organisasjonar som institusjonar, vil eg ha eit omgrepsapparat som kan hjelpe meg å kaste lys over ulike element og få ei breidde og systematisk innfallsvinkel når eg seinare skal drøfte samordningsproblematikken mellom helseorganisasjonar i ulike tenestenivå.

Ein organisasjon kan sjåast på som eit formalisert og målretta samarbeid mellom menneske (Bukve 2001). Ein institusjon er ”noko meir” enn det. Scott (2003) definerer institusjon som eit sett av sosiale system beståande av regulative, normative og kognitive strukturar og aktivitetar som gjev stabilitet og mening til sosial åtferd:

“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 2003:880).

Slik viser Scott til tre “pilarar” ved institusjonen. Eg skal kort gjere greie for desse pilarane og knyte dei til døme ved helseorganisasjonar og samordningsspørsmål.

Den regulative pilaren: Denne tilnæringsmåten involverer etablerte reglar, kontrollmekanismer og sanksjonar som verkar inn på åtferd. Handling er styrt gjennom formelle prosedyrar, reglar og lover, og handlingslogikken er instrumentell. Eit slikt instrumentelt perspektiv legg vekt på dei formelle trekka ved organisasjonen og tek utgangspunkt i organisasjonen som ein reiskap for formålsrasjonell handling – aktørane handlar for betre måloppnåing for organisasjonen. Samstundes blir organisasjonen påverka og styrt av omgjevnadane sine krav, og nyttar organisering for å møte slike krav og oppnå best mogeleg effektivisering. Den tilpassar seg krav frå omgjevnaden gjennom rutinar og formell organisering (Scott 2003).

Helseorganisasjonane sine system med inndeling i avdelingar og formelle leiarar blir gjerne synleggjort med eit organisasjonskart. Standardisering av handling gjennom skrivne reglar og prosedyrar viser att i internkontrollsystem og samarbeidsavtalar mellom kommune og helseføretak. Stor grad av spesialisering og arbeidsdeling i slike organisasjonar skapar behov for samordning. Sett i lys av den regulative pilaren er samordninga styrt av den formelle arbeids- og ansvarsfordelinga, som seier kven som skal gjere kva i ein samhandlingssituasjon, og kor ansvaret er plassert. Slik vil eventuelle samordningsvanskar både internt i organisasjonen og mellom aktuelle helseorganisasjonar bli vurderte og forklarte ut frå dei formelle strukturane, og ikkje kva som skjer i samhandlinga mellom aktørane i dei ulike organisasjonane.

Den normative pilaren: Denne pilaren involverer eit sett av forventningar, normer og verdiar. Det er det moralske som styrer åtferd, der integrerte, gyldige sosiale ”standardar” i organisasjonen er viktigare enn eksterne sanksjonar. Handling er styrt av rådande normer og verdiar. Det handlar om å gjere det som høver eller er passande i situasjonen. Den dominerande logikken er pliktlogikk (Scott 2003). Verdiar seier noko om kva som er ynskjeleg, spesifiserer kva som er viktig for medlemmane i ein kultur og dannar basis for vurderingar for kva som er rett og gale. Normer er dei uskrivne reglane som gjer at medlemmane i ein organisasjon veit kva som blir forventa av dei i ulike situasjonar, og dermed kan styre handlingane deira (Halvorsen 2005, Jacobsen og Thorsvik 2002). I organisasjonsteorien blir desse elementa knytte til kulturen i ein organisasjon. Leiaren kan gjennom si åtferd og bruk av ytre artefakter påverke kulturen. Elles er sosialisering i organisasjonen særskilt viktig når det gjeld utviklinga av kulturen og dei normene og verdiane som gjeld der. Ein medlem i organisasjonen vil lære korleis ein opptre gjennom å observere

kva dei andre gjer, kva dei seier er viktig og kva dei legg vekt på – og ”adopterer” gjeldande normer og verdiar. Slik blir ein akseptert og anerkjent som medlem i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2002) . Døme på slik sosialisering er profesjonsstudentar som i den praktiske delen av utdanninga blir ein del av organisasjonen og det praksisfellesskap og kultur som gjeld der. Det same vil vere om ein ved nyttilsetting får vite at ”slik gjer vi det her”.

Ved denne tilnæringsmåten skjer samordning gjennom standardisering av verdiar og normer. Eit felles verdigrunnlag og normative standardar kan vere like styrande for handling som skrivne reglar og prosedyrar. I samhandlingssituasjonar mellom sjukeheim og sjukehus kan døme vere om informasjonsoverføring i tidspressa situasjonar blir prioritert, og korleis aktørane vurderer kompetansen til andre i helsetenesta. Gjennom eit haldningsskapande arbeid i organisasjonen vil det setje seg ein tradisjon, ein kultur for korleis ulike omsyn skal vegast og vektleggast i arbeidet, og det får direkte verknad for korleis tilsette i organisasjonen skal opptre og gjere sine val (Jacobsen og Thorsvik 2002:83).

Den kognitive pilaren: Denne tilnæringsmåten involverer etableringa av felles oppfatningar av den sosiale røyndommen og meiningsskapande tankekart. Her er det ikkje reglar eller normative forventningar som dannar grunnlag for ”sosial orden”, men ei felles forståing og logiske handlingar. Handling er styrt ut av det som vi kognitivt tek for gjeve. Vi forstår fenomenet ved å kategorisere dei i tråd med kjende kategoriar og typar (Scott 2003). I dette elementet kan ein sjå på organisasjonar som ein serie samanknytte hendingar som er styrte av aktørane sine tolkingar av situasjonen. Informasjonen og korleis den blir tolka er det viktige. Tolkinga er usikker og tvitydig, og aktørane blir koplå i den grad dei deler bestemte tanke-skjema dei tolkar informasjonen ut frå (Bukve 2001:80).

Profesjonar med felles utdanning og fagleg forståing vil ha eit grunnlag for eit felles tanke-skjema og dermed ei felles forståing av røyndommen og den ”sosiale orden”. Dei kan utføre oppgåvene på ein samordna måte, fordi dei har ein spesiell kunnskap som dei andre deltakarane veit om. Utfordringa i helseorganisasjonane er at det er mange spesialistar og profesjonar som skapar eit grunnlag for ulik oppfatning, tolking og meining om det same området.

Hovudtrekka ved dei tre pilarane i institusjonalismen kan presenterast slik:

Tabell 1: *Institusjonalismens tre pilarar (Scott 2003:881)*

	Regulative	Normative	Kognitive
Grunnlag for samtykke	Det føremålstenlege	Sosial forplikting	Teken for gitt, delt forståing
Grunnlag for orden	Regulerande reglar	Bindande forventingar	Grunnleggande skjema
Mekanismar	Tvang	Normer	Etterlikning
Logikk	Instrumentell	Det høvelege	Ortodokse, det etablerte
Indikatorar	Reglar, lover, sanksjonar	Sertifisering, akkreditering	Felles tru, delt handlingslogikk
Grunnlag for legitimitet	Legalt sanksjonert	Moralsk styrt	Kulturelt støtta, rett omgrep

Dei fleste institusjonar har i seg fleire av pilarane. Det er få ”reindyrka” tilfelle. Men likevel – institusjonane varierer i høve til kva pilar som er den dominerande, og ulike pilarar kan vere dominerande alt etter utviklinga av institusjonen (Scott 2003).

Eit institusjonelt perspektiv og Scott sine tre pilarar viser at det er noko meir enn dei formelle delane ved organisasjonar som styrer handling og samhandling. Organisasjonar får bestemte karaktertrekk som viser seg gjennom normer, handlemåtar og samarbeidsmekanismar. Dei blir til vanar og element i organisasjonen sin uformelle struktur (Scott 2003).

Organisasjonar – institusjonar og ulike ideologiar

Eg har tidlegare vist korleis vi kan sjå på helseorganisasjonar som innehavarar av ulike ideologiar: sjukeheim og omsorgsideologi, og sjukehus med behandlingssideologi.

Kjenneteikn ved og grunnlag for etablering av ulike ideologiar ber i seg mangesidige element. Ideologiane er til stades i sjølvstendige organisasjonar i eit fleirnivåsystem med til dels ulike formelle strukturar som rammer for intern og ekstern aktivitet. Dei har ulikt verdigrunnlag med ulike normer og forventningar. Som tidlegare sagt, har omsorgssideologien sine verdiar knytte til ei holistisk tilnærming, mens behandlingssideologien i seg sjølv er reduksjonistisk med spesialisering og fokus på å ”gjere frisk delane”. Likskapen ved profesjonane sine felles ”grunnskjema” er eit grunnlag for felles forståing av røyndommen. Ulike fagspesialitetar og den einskilde del av tenesta sine hovudoppgåver gjer at logikkane legg grunnlag for ulike ”tankekart”. Slik kan det som føregår bli forstått og tolka på ulike måtar, alt etter kvar ein sjølv er.

2.5 Oppsummering

Eg har i dette kapitlet presentert teori som eg meiner er relevant for min studie av samordning av helsetenesta for den eldre sjukeheimspasienten. Konteksten for studien er sjukeheim og sjukehus – begge helseorganisasjonar, men i ulike delar av helsetenesta. Helseorganisasjonar blir skildra som komplekse system, der stor grad av spesialisering og arbeidsdeling fører til auka behov for samordning av helsetenestene for pasienten. Ulike ideologiar i helsetenesta vil verke inn på aktørane si oppfatning av røyndommen og slik bety noko for korleis dei handlar og samhandlar med kvarandre. Aukande grad av spesialisering innan medisinen bidreg til ei hierarkisering av kunnskapen sin verdi, eit medikrati, der makt og status verkar inn på tilhøvet mellom aktørane i organisasjonane og samhandlinga mellom desse.

Dei tilsette tilhøyrer i stor grad profesjonar, og som profesjonsorganisasjonar kan autoritet basert på fagkunnskap dominere over hierarki og formell posisjon. Profesjon blir definert gjennom utdanning og vitskapleg kompetanse. Yrkesutøvinga til profesjonane er prega av sjølvstende, spesialisering, teoretisk kunnskap og eigen yrkesetikk eller ideologi.

Profesjonane sine standardar og eigne hierarki er styrande og har innverknad på tenesteytinga i organisasjonane og korleis desse blir samordna. Ein omtalar gjerne dette som profesjonshierarkiet. Profesjonalisering skjer gjennom formidling av profesjonen sine verdi- og kunnskapskriterium og vil i helsesektoren skje både ved deltaking i praksisfellesskapet og i utdanningsinstitusjonane.

Helseorganisasjonane i studien er del av ulike forvaltningsnivå. Samstundes som dei kvar for seg er hierarkiske og byråkratiske, er dei sjølvstendige organisasjonar utan styringsrett over kvarandre. Samordning og styring i slike fleirnivåsystem kan sjåast i lys av kunnskap og teori om styring gjennom nettverk. Eit fleirnivåsystem som helsesektoren vil truleg måtte nytte eit spekter av styrings- og samordningsmekanismer. For å kaste lys over desse, har eg nytta meg av Strand og Bukve sine framstillingar av styringsfunksjonar i fleirnivåsystem: standardisering, hjelpefunksjon, sjølvhjelpsfunksjon, kontraktbasert og tillitsbasert samordning.

Eg avsluttar teorikapitlet med å sjå på organisasjonar som institusjonar. Å nytte institusjonalismen og Scott sine tre pilarar i institusjonen, gjev meg ein teoretisk innfallsvinkel der det er mogeleg å forstå det som skjer ut frå både formelle og uformelle

strukturar i organisasjonar. Slik blir den regulative, normative og kognitive pilaren, slik han framstiller det, eit samlande omgrepsapparat i den vidare diskusjonen av funna i studien.

3 Ein komparativ casestudie

I dette kapitlet gjer eg greie for val av forskingsstrategi og design, og gjennomføring av studien. Litteraturen nyttar ulike omgrep om desse fasane i forskingsprosessen. Forskingsstrategi blir hos andre kalla metode, og design framgangsmåte eller undersøkingsopplegg. Eg kjem i hovudsak til å bruke omgrepa ”strategi” og ”design”, men vekslar mellom desse ut frå den litteraturen eg støttar meg til.

Eit forskingsprosjekt startar gjerne med ein idé ut frå forskaren sine interesser, som blir utvikla til spørsmål og problemstilling. Tidlegare forskning og teori er viktig i denne fasen. Problemstillinga er retningsgivande for val av forskingsstrategi og design. Den set ei ramme for studien, både for kva som skal undersøkjast, kva metode som skal nyttast og korleis analysen skal gjennomførast (Thagaard 2009:47). God forskning føreset at forskaren har tenkt gjennom kva kunnskap som er utgangspunktet for undersøkinga, og ein plan for gjennomføringa. Men verken desse refleksjonane eller arbeidet med problemstillinga stoppar når prosjektet startar. Dette er prosessar som går gjennom heile prosjektet, og det er viktig at dei erfaringane forskaren gjer seg undervegs, blir kritisk sett i forhold til dei opphavlege avgrensingane og vala (Andersen 1997:27). Min prosess i prosjektet vil eg komme attende til på slutten av dette kapitlet.

3.1 Forskingsstrategi

Forskingsstrategi, eller metode, kan forklarast som ein framgangsmåte (og teknikk) for å svare på vitenskaplege spørsmål og problemstillingar (Ringdal 2007:18). Ein skil mellom kvalitativ og kvantitativ forskingsstrategi. Eg skal gjere kort greie for desse og ut frå det grunnge mitt val av strategi for studien.

Kvantitativ forskingsstrategi legg vekt på utbreiing og tal (mengd) og skildrar røyndommen i tal og tabellar. Slike studiar går i breidda ved å samanlikne og strukturere informasjon i eit stort utval einingar. Ein nyttar kvantitativ tilnærming når sosiale system er stabile, og ein har fokus på variablar som er relativt uavhengige av samfunnsmessig kontekst. Desse studiane er prega av avstand mellom forskar og kjelda, og eit sterkt strukturert design. Kvalitativ forskingsstrategi er basert på tekstdata. Ein går i djupna og søker etter meining, som ikkje kan målast og framstillast i kvantitet eller frekvens. Ved kvalitativ tilnærming må prosessane tolkast i lys av konteksten dei inngår i. Slik metode byggjer på at sosiale fenomen er ustabile

og i kontinuerleg endring. Kvalitativ forskingsstrategi er prega av nærleik og sensitivitet i høve til kjeldene, fleksibelt design, og kan gje mykje informasjon om få einingar (Ringdal 2007:91–99, Thagaard 2009:17–18).

Litteraturen legg vekt på at det ikkje er eintydige ulikskapar mellom kvantitativ og kvalitativ metode, at slik stilisert skildring av ulikskapar i praksis er for enkel. Det er likevel nokre prinsipielle skiljelinjer mellom forskingsstrategiane, som får betydning for forskingsprosessen og vurdering av resultatane. Mellom anna er kvalitativ metode basert på eit subjekt–subjekt–tilhøve, der både forskar og informant påverkar forskingsprosessen. Det er difor viktig at forskaren reflekterer over sitt eige nærvær som forskar, korleis ein sjølv bidreg til å påverke det den andre er villig til å komme fram med, og korleis forskaren sjølv blir påverka av informanten. Ved kvantitativ metode har forskaren avstand til informantane. I spørjeundersøkingar er likevel svara til informantane prega av korleis spørsmåla er stilte og dei svarkategoriene dei må forhalde seg til (Thagaard 2009:19).

Med bakgrunn i problemstilling og forskingsspørsmål kan min studie seiast å vere beskrivande, forklarande og forståande. Eg har valt å nytte ein kvalitativ forskingsstrategi, då eg meiner at den metoden best kan belyse problemstillinga og gje svar på forskingsspørsmåla. Eg ynskjer å få innsikt i informantane sine forklaringar og forståing rundt temaet, og må difor nytte metodar der eg kan søkje etter å gå i djupna. I kvalitativ forskning søkjer ein etter å forstå røyndommen ut frå korleis dei som blir studerte forstår sin livssituasjon. Dette skjer i nær relasjon til informantane. Innsamlinga av data skjer ved direkte kontakt mellom forskar og informant, og relasjonane i dette møtet blir avgjerande for kvaliteten av materialet (Thagaard 2009:19). Dette skil seg ifrå kvantitativ forskning, der metodane gjer at forskaren har større avstand til informantane, og ein får i mindre grad tak i informantane sine perspektiv (Ringdal 2001:92).

3.2 Design

Design er eit forskingsopplegg eller ein plan for ei undersøking. Ringdal (2007:93–94) presenterer fem typar design. Fire av desse seier han er vanleg å nytte ved kvalitativ metode: tverrsnitt- og langsgåande tidsdesign, casestudie og komparativ studie. Casestudie kan ein forstå som intensive undersøkingar av eit lite tal case (Ringdal 2007:149). Case kan vere personar, grupper eller organisasjonar. Gjennom eit slikt design kan ein studere mykje

informasjon om få einingar (Thagaard 2009:50). Dersom føremålet er å gjere samanlikningar mellom fleire case, kan studien ha eit komparativt opplegg. I eit komparativt design kan ein ved å samanlikne case søkje å finne teoretisk interessante eigenskapar ved desse som kan brukast for å forklare det som skal studerast (Ringdal 2007:149–150).

Eg har valt å gjere ein komparativ casestudie, for slik å kunne samanlikne informasjon frå fleire einingar når eg skal belyse tema og finne svar på spørsmål. Eg har nytta tverrsnitt-design, der eg har samla data i eit avgrensa tidsrom og på den måten skildrar tilhøva i notid. Bakgrunn for val av case og informantar går eg gjennom i kap.3.3. Nedanfor gjer eg greie for ulike typar data og kva framgangsmåte eg har brukt for å skaffe desse.

Val av metode

I ein kvalitativ studie kan data samlast inn gjennom intervju, observasjon og dokumentanalyse. Observasjon, eller deltaking i feltet, gjev godt grunnlag for å få informasjon om personane sine handlingar og korleis dei forhold seg til kvarandre (Thagaard 2009:62). Ein slik framgangsmåte kunne gjeve meg relevant informasjon men ville tidsmessig bli for omfattande i forhold til rammene for denne studien. Eg har samla data gjennom samtaleintervju med informantane og dokumentanalyse. Intervju er velegna for å få informasjon om korleis informanten opplever seg sjølv og sine omgivnader (Thagaard 2009:61). Slik informasjon vil vere ei skildring av faktiske tilhøve, samtidig som det er ei attforteljing av hendingar som vil vere prega av informanten si eiga forståing, og samhandlinga mellom forskar og informant (Thagaard 2009:87–88). Dette var viktig for meg å vere merksam på, både i førebuing til intervjuet, i sjølve intervjusituasjonen og ikkje minst ved handsaminga av data gjennom analyse og diskusjon. Relasjonen mellom meg som forskar og informantane, og min eigen ståstad og for-forståing, drøftar eg seinare i kapittelet.

Det kvalitative forskingsintervjuet kan ha ulik grad av struktur (Thagaard 2009:89). Eg nytta eit delvis strukturert opplegg der eg gjennom utarbeiding av ein intervjuguide styrde kva tema eg ville snakke om (vedlegg 1). Eg hadde underspørsmål som var til hjelp undervegs i samtalen – enten som oppfølgingsspørsmål for å få meir djupne i informasjonen, eller som hjelp til å hugse kva eg på førehand meinte var nyttig informasjon. Tema og spørsmål vart til under arbeid med tidlegare forskning, og nært knytt til den teoretiske forankringa i studien. Slik skulle det vere med å sikre at eg fekk relevante data. Samstundes var dette ein metode som gav fleksibilitet i situasjonen, både med tanke på rekkefølge av tema og spørsmål, og for å ta

inn i samtalen tema og informasjon som låg utanfor og ikkje var planlagt på førehand. Slik har eg fått fylldig og omfattande informasjon, og det gav meg høve til å spørje meir utdjupande og få avklaringar undervegs.

I studien har eg i hovudsak nytte primærdata; data som eg sjølv hentar inn gjennom samtale med informantane. I tillegg har eg nytta meg av sekundærdata eller dokumentanalyse. Dette er ulike typar føreliggande data som ikkje er avgrensa til forskingsdata. Det er ei undersøking av tekstar som er skrivne for andre føremål enn forskning. Dette kan vere ulike dokument, møtetreferat, register, statistikk og forskingsdata (Thagaard 2009:62, Ringdal 2007:97–98). For å skaffe meg eit oversyn over dei formelle delane rundt samordning mellom tenestenivåa, har eg studert ulike dokument, som t.d. overordna avtalar mellom helseføretaket og kommunane, interkommunale avtalar og kommunen sine interne rutinar. I kontakten med informantane fekk eg tilgang til ulike skjema og dokumentasjonssystem. I første omgang nytta eg sekundærdata i utarbeiding av intervjuguide, og vidare i analyse og drøfting av funna.

Før eg gjer greie for gjennomføringa av studien, vil eg presentere utval av case og informantar og bakgrunnen for desse vala.

3.3 Utval

Ringdal (2007:156–157) skil mellom strategisk og teoretisk utval av case, avhengig av type design. Eg har gjort eit strategisk utval av case, der casa er ulike på den avhengige variabelen; avvik i legemiddelhandtering (jf. nedanfor). Val av informantar er strategisk og delvis etter ”snøballmetoden”. Dette omtalar eg nærare i kap. 3.4.

For å hente inn relevante data ville eg intervjuje sentrale aktørar i samordninga av tenestene til den eldre sjukeheimspasienten. Eg valte einingar frå både spesialist- og kommunehelsetenesta, ei medisinsk avdeling (A) på sjukehus og to kommunar (B og C) som har dette sjukehuset som sitt lokalsjukehus. Ved å studere desse tre organisasjonseiningane hadde eg eit grunnlag for å samanlikne to sett av innleggingsrelasjonar i eit fleirnivåsystem. Slik sett studerer og samanliknar eg to case: relasjonen B-A og relasjonen C-A.

Grunnen til at eg valte medisinsk avdeling på sjukehus, er at indremedisinske lidningar som hjertesjukdom, hjerneslag, lungesjukdommar og alvorlege infeksjonar er dei vanlegaste årsakene til sjukehusinnlegging av eldre (St.meld. nr. 43, 1999–2000, kap. 6.5). Som grunnlag for val av kommunar har eg nytta rapportar frå Helsetilsynet sine tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar i 2008–2009. Statlege tilsyn er eitt av fleire verkemiddel for å fylgje opp intensjonar i lovverket. Tilsynet gjennomfører systemrevisjon :”(...) for å få et bilde av hvorvidt og på hvilken måte virksomheten har innrettet seg for å etterleve kravene.” (Helsetilsynet, systemrevisjon). I tillegg til å avdekke, rette opp og førebyggje brot på lovgivinga innanfor dei tema tilsynet omfattar, skal revisjonen sjå om tiltaka blir følgde opp i praksis og om dei er gode nok for å sikre at lovgivinga blir følgd. Tiltak kan bli korrigerate av tilsynet. Rapportane handlar om avvik som er avdekte under revisjonen, der avvik dreiar seg om at krav som er gjevne i eller i tråd med lov eller forskrift, ikkje er oppfylte (Helsetilsynet).

Av fem kommunar i eit fylke var det tre som fekk melding om avvik. I tilsynsrapportane kjem det fram at avvika går på uklare ansvarstilhøve, mangelfull praksis på fag- og systemutvikling, mangelfull opplæring av personale som deltek i legemiddelhandtering, mangelfull journalføring, og at leiinga si styring med desse tilhøva er mangelfull. Problemområda som er avdekte ved tilsynet synest å ha samanheng med strukturelle tilhøve som går att i mange kommunar (Helsetilsynet, tilsynsrapporter). I min studie valte eg to kommunar, der den eine hadde fått melding om avvik og den andre ikkje. Eg har dermed ein avhengig variabel som ikkje måler direkte grad av samordning mellom tenestenivåa, men gjev meg eit grunnlag for å studere om det er slik at når ein organisasjon har dei formelle systema på plass innanfor eitt område, så fungerer det også på andre felt. Dersom denne variabelen ikkje betyr noko, må det vere andre faktorar som spelar inn. På den måten kan eg samanlikne to organisasjonar og søkje å finne eigenskapar ved desse som kan brukast til å forklare det som skal studerast – ein komparativ casestudie (Ringdal 2001:149–150).

Både ved medisinsk avdeling på sjukehuset og ved sjukeheimane i kommunane ville eg intervjuje dei aktørane som er sentrale i den daglege samhandlinga på tvers av tenestenivåa. Ut frå tidlegare referansar til forskning og egne erfaringar såg eg at dette ville vere sjukepleiarar og avdelingsleiarar. Sidan einingane er organiserte ulikt, og stillingane har ulike nemningar, bestemte eg meg for å intervjuje den leiaren som var næraste i høve den daglege drifta. Eg gjennomførte intervju med to sjukepleiarar og deira næraste leiar ved kvart case. Talet på informantar vart då ni. Thagaard (2009:59–60) seier at storleiken på utvalet må vurderast i

høve til tal kategoriar utvalet skal representere og at tal informantar ikkje må vere større enn at det er mogeleg å gjennomføre djupare analysar. Storleiken må vurderast i høve til eit ”metningspunkt”. Når intervju med ein informant ikkje lenger gjev grunnlag for ny forståing av fenomenet ein studerer, vil utvalet vere tilstrekkeleg stort. For min studie betyr det at dette talet var eit utgangspunkt, og at eg kunne gjere justeringar undervegs i intervjuperioden. Sidan eg nytta kvalitativ metode, ville det vere mogeleg å utvide og gjere endringar undervegs. I kvalitative undersøkingar må planlegging av problemstilling og metode gje rom for fleksibilitet slik at opplegget kan endrast undervegs i forhold til den informasjonen ein får under datasamlinga (Thagaard 2009:63).

Sjukeheimane har fleire avdelingar og leiarar, med noko ulik struktur i dei to kommunane. Eg ynskte at casa på dette området skulle vere mest mogeleg like, så eg fekk informantar knytte til avdelingar med nokolunde lik storleik og pasientkategoriar. Desse blir omtalte meir utfyllande i kap. 5, presentasjon av data. Val av informantar vart delvis gjort etter ”snøballmetoden”. Det er ein framgangsmåte der ein først tek kontakt med nokre personar som har dei eigenskapane eller kvalifikasjonane som er relevante for problemstillinga og dei teoretiske perspektiva. Vidare ber ein dei personane om namn på andre som har tilsvarende eigenskapar (Thagaard 2009:56). Eg valte leiarar då eg valte avdeling på sjukeheimane og sjukehuset. Leiarane gav meg så namn på sjukepleiarar i avdelinga som kunne vere aktuelle informantar, både ut frå deira eigenskapar og at dei var tilgjengelege for meg. Dette blir omtalt som ”tilgjengelighetsutvalg” (Thagaard 2009).

3.4 Gjennomføring av studien

Tilgang til feltet

Før eg kontakta nokon informantar, sende eg brev til direktøren for helseføretaket og rådmennene i dei to kommunane, med spørsmål om løyve til å intervjuje tilsette i organisasjonane (vedlegg 2). Dei gav positive tilbakemeldingar på det, og eg tok kontakt med dei tre leiarane. To av dei kjende eg til frå før, den tredje fann eg via kommunen si heimeside på internett. Det at eg hadde kjennskap til fleire av informantane frå før av, vil eg diskutere til slutt i dette kapittelet. Leiarane gav meg forslag på to sjukepleiarar i si avdeling. Alle informantane, både dei tre leiarane og dei seks sjukepleiarane, sa ja til å vere informantar. Avtale om tidspunkt vart gjort pr. telefon, og intervjuet vart gjort på eigna rom på deira arbeidsplass. Eg sende dei ei kort, skriftleg orientering om føremål og tema for studien, og

den praktiske gjennomføringa (vedlegg 3), og fekk deira informerte samtykke ved starten av intervju (vedlegg 4). Før eg starta intervju, gjorde eg eit prøveintervju med ein tidlegare kollega. Ut frå det endra eg ein del på intervjuguiden ved å korte den ned, strukturere spørsmåla annleis og gjere nokre omformuleringar.

Intervju og innsamling av data

Intervjua vart gjennomførte over ein tidsperiode på knapt to månader, i november og desember 2009. Rekkefølgja vart tilfeldig, styrt ut frå kva tidspunkt som passa for alle partar. Eg ynskte å samtale med leiaren på avdelinga før sjukepleiarane, då eg forventa at ho kunne gje meg mest informasjon om overordna strukturar i organisasjonen og i samhandlinga med det andre tenestestivået. Det vart slik at eg var på sjukeheim B først, der eg gjorde alle tre intervjua på same ettermiddag. Deretter samtala eg med dei på sjukehusavdelinga, før eg avslutta med sjukeheim C, og alle her med eitt intervju om gongen. Eg brukte frå ein til ein og ein halv time på kvart intervju. Eg prøvde å ha opne spørsmål som inviterte til refleksjon over tema, og bruke oppfølgingsspørsmål eller kort respons undervegs, det Thagaard nemner som ”prober” (Thagaard 2009:91–92). Til slutt i intervjuet gav eg tid til informantane for å ta opp eventuelle tema eller problemstillingar dei ynskte å utdjupe, eller som vi ikkje hadde vore inne på. Alle intervjua vart tekne opp på MP3 og overførte som lydfiler til mi datamaskin.

Det var ikkje råd å få ut kommunevise data eller statistikkar rundt elektroniske tilvisingskriv. Dersom eg skulle gjere det, måtte eg gå gjennom tilvisingane, noko som ville bety tilgang til pasientopplysningar. Det ville krevje ei anna godkjenning av studien, samstundes som det ville vere utanfor det eg hadde av rammer. Det er inga registrering på tal sjukepleieskriv frå pleie- og omsorgstenesta i kommunane. Når desse følgjer med pasienten, blir dei førte inn i den elektroniske pasientjournalen og elles viste til i deira innkomstintervju. Det betyr at for å få tal på desse, måtte eg gått inn i pasientjournalane.

Arbeid med data og analyse

I den kvalitative forskingsprosessen er det flytande overgangar mellom innsamling av data og analyse. Analyse og tolking startar alt under kontakten med informantane (Thagaard 2009:110). Kunnskap om dette har gjort til at eg i alle delar av prosessen har skrive notat med eigne refleksjonar og særskilde utsegner frå informantane: i intervjusituasjonen, etter intervjua, under transkriberinga, ved gjennomlesinga av intervjuteksten. Eg har gjort

oppsummeringar undervegs som har vore nyttige i den vidare analysen. Av same grunn var det viktig for meg å gjere transkriberinga sjølv.

Analyse skal fokusere på innhaldet i teksten og samanhengen mellom ulike einingar i materialet. Dette er viktig for å utvikle heilskapleg forståing. Om ein ikkje klarar det, kan teksten framstå som lausriven frå sin opphavlege samanheng (Thagaard 2009:147). Eg har gjort ein temasentrert analyse, der eg samanliknar informasjon om kvart tema frå alle informantane (Thagaard 2009:171). Eg har systematisert data i fire hovudkategoriar med utgangspunkt i temainndelinga i intervjuguiden, og vidare underkategoriar ut frå tema som kom fram gjennom spørsmåla i guiden og informantane i datamaterialet. Når det er eit føremål med analysen å samanlikne informasjon frå fleire case, er det viktig at informasjonen er samanliknbar (Thagaard 2009:172). Slik vil tematiseringa av materialet dekke eit krav om mogeleg samanlikning, samstundes som inndelinga er i tråd med det forskingsmessige og teoretiske grunnlaget for studien. Eg har brukt matriser for å sortere teksten, og gjennom fleire prosessar samanfatta og redusert dei opphavlege data. Ved å stille opp informasjon frå ulike informantar innan same kategori, har eg hatt eit verktøy for å lettare kunne gjere samanlikningar av casa i studien og sjå tendensar i datamaterialet.

3.5 Utfordringar ved val av forskingsstrategi og design

Omgrepa reliabilitet, validitet og generalisering var opphavleg knytte til kvantitativ forskning. På bakgrunn av anna litteratur om metode diskuterer Thagaard (2009) desse i høve kvalitativ forskning, og korleis dei kan forståast og nyttast her. Reliabilitet og validitet har anna betydning i kvalitativ forskning enn kvantitativ, og det blir drøfta om det er hensiktsmessig å nytte andre omgrep. Sidan det ikkje har nedfelt seg ein praksis innan kvalitativ forskning i bruk av alternative omgrep, blir reliabilitet og validitet nytta for å vurdere spørsmål kring legitimiteten i forskinga. (Thagaard 2009:22). Vidare vil eg kort forklare desse omgrepa, og gjennom min framgangsmåte i forskingsprosessen vise til døme der eg søkjer etter å sette desse kriteria.

Reliabilitet

Reliabilitet i forskingssamanheng er knytt til spørsmål om forskinga er utført på ein påliteleg og tillitsvekkande måte. Det inneber ei vurdering av kvaliteten på data. Sidan subjektivitet er eit prinsipp i kvalitativ studie, der data blir utvikla i samarbeid mellom forskar og informantar, kan ikkje forskinga sin reliabilitet knytast til fastlagde kriterium. Forskaren må

argumentere for reliabilitet ved å gjere greie for korleis data blir utvikla, kunne skilje mellom informasjon frå feltet og egne vurderingar, og kunne gjere greie for relasjonen til informantene og egne erfaringar i feltet. (Thagaard 2009:198). Thagaard (2009:199) viser til Silvermann (2006:282), som seier at reliabilitet kan styrkast ved å gjere forskingsprosessen gjennomsiiktig, det vil seie at forskaren gjev ei detaljert skildring av forskingsstrategi og analysemetodar, slik at andre kan vurdere forskingsprosessen i alle ledd.

Karakteristisk for kvalitativ studie og samtaleintervju er at forskaren er i direkte kontakt med informantane. Relasjonen mellom forskar og informant er viktig for det materialet forskaren får. Som forskar er eg særskilt merksam på dette. Det var viktig å legge til rette for å skape tillit og god atmosfære i intervjusituasjonen. Informantane hadde på førehand fått skriftleg informasjon om studien, og eg gjentok denne kort før vi starta intervjuet. Eg starta samtalane med ”nøytrale” spørsmål som namn, stilling, utdanning. Eg prøvde å vise ekte interesse og engasjement for den enkelte og det som vart sagt, stille oppfølgingsspørsmål og gje rom for tema som synest viktige for informantene. Intervjuguiden var til hjelp for å få nødvendig systematikk i samtalen og ved handsaminga av data i etterkant. Likevel var det avgjerande å kunne vere fleksibel i intervjusituasjonen, vere lyttande og observerande – slik at eg kunne stille utfyllande og avklarande spørsmål undervegs. Ved å bruke lydopptak i staden for å gjere alle notata undervegs, kunne eg ha merksemda mi retta mot samtalen. Eg kunne i etterkant lettare skilje kva data som er direkte frå informantene og kva som er mine egne tolkingar og oppfatningar, og følgje dette prinsippet vidare gjennom alle delar av forskingsprosessen. Særskilt i analyseprosessen såg eg at det var viktig å vere tydeleg på kva som var data frå informantane, og kva som var mine vurderingar og tolkingar. Å ha stemmene på lydfiler, og ”ordrett” transkribering har gjort at eg har kunna gått tilbake til materialet for å sikre mi framstilling og analyse.

Validitet

Validitet er å vurdere grunnlaget for tolkinga av data. Forskaren må stille seg kritisk til egne tolkingar og stille seg spørsmål om dei er gyldige i høve røyndommen som er studert.

Forskaren må kunne vise til kvalifiserte grunngevingar for konklusjonar, og resultatata må kunne stadfestast av anna forskning. Som ved reliabilitet må forskaren òg her gjere greie for framgangsmåtar, her i høve prosessen frå data til resultat (Thagaard 2009:201–202).

Ved å gjere greie for korleis eg har arbeidd med data frå intervju til analyse og konklusjon, gjer eg framgangsmåten i analyseprosessen synleg for andre. Eg prøver i framstillinga å vise

til grunnlaget for mine tolkingar, at dei er dokumenterte i datamaterialet. Å tileigne meg grunnleggande kunnskap om forskingsmetode har vore sentralt undervegs i heile prosessen, både for eiga forskning og for å kunne samanlikne og vurdere anna forskning. Eg har i ulike fora fått høve til å presentere, diskutere og få innspel på eige arbeid undervegs i prosjektet. Det har vore for medstudentar og rettleiarar ved masterstudiet, som deltakar i ei forskingsgruppe og i mitt daglege arbeidsmiljø og med kollegaer. Slik har eg klargjort delane i studien for min eigen del, fått kritiske innspel til mi eiga forståing og tolking, og eg meiner at dette har vore med på å styrke truverdet i forskinga.

Å ha kjennskap til feltet som skal studerast kan vere både ein styrke og ei avgrensing i denne samanheng (Thagaard 2009:203). Dette kjem eg nærare inn på når eg nedanfor gjer greie for eigen ståstad.

Eigen ståstad

I kvalitativ forskning vil forskar og informant gjensidig påverke kvarandre. Det er difor viktig at eg som forskar klargjer min eigen ståstad og reflekterer over korleis den kan verke inn i dei ulike delane av studien.

Eg er utdanna sjukepleiar og har lengst erfaring frå ulike delar av kommunehelsetenesta. Siste sju åra har eg arbeidd som lærar og studieleiar ved ei sjukepleieutdanning, med kjennskap til og kontakt med kommunar og sjukehus som praksisfelt for studentar. Eg nyttar ofte rettleiing som arbeidsform. Min erfaringsbakgrunn er eit viktig grunnlag for interesse for tema og utarbeiding av ei relevant problemstilling. Kjennskap til fagmiljøet gir meg eit grunnlag for å forstå, kjenne igjen og utvikle tolkingar i relasjon til egne erfaringar (Thagaard 2009:203). I intervjusituasjonen var det nok å ha ein delvis strukturert intervjuguide for å hente inn aktuelle data. Eg kunne lett supplere med relevante oppfølgingsspørsmål og følgje informantane i deira forteljingar, sjølv om dei bevega seg utanfor tema. Det er likevel ikkje slik at kjennskap til miljøet i seg sjølv gir eit betre grunnlag for validitet. At forskar har kjennskap til miljøet kan føre til at ein overser nyansar og det som ikkje samsvarar med egne erfaringar. Tolkinggrunnlaget er ulikt alt etter om forskar er innanfor eller utanfor det miljøet ein studerar, og det er difor naudsynt at forskar presenterar sin eigen ståstad (Thagaard 2009: 203-204).

Eg er klar over at mine erfaringar og haldningar til samhandling og aktørane i dei to tenesteniåa kan vere med å prege alle delane i forskingsprosessen. Eg kan ikkje ”fjerne” dette, men har prøvd å redusere innverknaden ved å ha merksemd rundt det. Eg vil omtale nokre av desse refleksjonane.

Med kjennskap til min erfaringsbakgrunn kunne eg risikere at informantane gav svar ut frå kva dei trudde eg ville høyre. Samstundes kunne mine verdiar lett prege intervjusituasjonen. Eg var heile vegen merksam på desse faktorane og søkte å redusere dei ved å halde meg til intervjuguiden, halde merksemd på det i situasjonen, stille oppfølgingsspørsmål som kunne utfordre og klargjere, og eigenrefleksjon i etterkant på intervjusituasjonane for slik å lære og skaffe meg sjølvinnsikt til å ta med vidare i neste intervju.

I arbeidet med teksten og analysen kunne eiga for-forståing gjere til at eg søkte etter utsegner og meining som eg var på leit etter og ”ynskte” å finne. Subjektivitet pregar alle delar av kvalitativ forskning. Ved å vite dette og vere merksam på det, og ha kunnskap om og gjennomføre metodiske framgangsmåtar som sikrar reliabilitet og validitet, har eg prøvd å redusere denne faktoren.

I tillegg til kunnskap om forskingsmetode har forskaren sine kvalifikasjonar i intervju-situasjonen betyding for studien. Eg hadde inga erfaring med forskingsintervju på førehand. Eg gjennomførte eit prøveintervju, der eg fekk prøvd å vere i ein slik situasjon, og fekk nyttig tilbakemelding på korleis ”informanten” opplevde situasjonen og mi eiga rolle som intervjuar. Å velje ein delvis strukturert intervjuguide framfor ein meir open samtale vart for meg ei kvalitetssikring for innhaldet i samtalen, og eg kunne ha meir styring med at eg fekk den informasjonen eg var ute etter for å belyse tema og problemstilling.

Gjennom utdanning og arbeid med rettleiing har eg kunnskap om og erfaring med rettleiing. Eg opplevde det som ein styrke inn i dette ”ukjende” og ”nye”. Eg kjenner til ”fallgruver” i slike samtaler og har ei viss innsikt i mine eigne svake og sterke sider. Mellom anna må eg vere merksam på å ikkje snakke for mykje sjølv, og gje tid til at den andre får svare. Dersom informantane ikkje oppfatta spørsmålet, hadde eg lett for å begynne å forklare og kunne legge for mykje i slike utgreiingar. Eg prøvde å korrigere dette i intervjusituasjonen og til neste intervju. Med tanke på om eg leia informantane til svar eg ”ville ha”, var eg i analysen merksam på dette og søkte etter utsegner i materialet som enten støtta eller motsa mine funn.

Generalisering

Eg har gjort eit strategisk utval av case ut frå problemstilling og forskingsspørsmål. Dette er arbeidde fram på bakgrunn av teori og tidlegare forskning, og utvalet vil slik ha ei tilknytning til teori. Grønmo (2004) seier at strategisk utval av case gjev grunnlag for teoretisk generalisering. I sin omtale av ”overførbarhet” seier Thagaard (2009:208) at teoretisk generalisering kan skje når studien som argumenterer for overføring av fortolkingar, bidreg til å utvikle ei forståing av grunnleggande trekk ved det fenomenet som blir studert. Eg er på leit etter den generelle innsikt som kan kaste lys over samordningsproblematikken mellom tenestenivåa. Gjennom eit strategisk utval og generalisering gjennom kopling til teori er det grunn til å tru at funn og forklaringar rundt samordning i denne studien også kan kaste lys over liknande utfordringar andre stader.

Etikk

Forskar må ha høg grad av medvit rundt etiske problemstillingar gjennom heile forskingsprosessen. Eit grunnleggande prinsipp for vitskapleg ”redelighet” er å unngå å plagiere andre sine tekstar. Etisk forsvarleg tilvisingsetikk gjev høve til å kontrollere og etterprøve referansar (Thagaard 2009:24). Eg har i mi framstilling nytta meg av tilsrådd standard for kjeldetilvising. Studiar som inneber handsaming av personopplysningar, skal meldast til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Thagaard 2009:25). NSD fann handsaminga av personopplysningane meldepliktige, og at prosjektet tilfredstilte krava i personopplysningslova (vedlegg 5).

Eit forskningsetisk prinsipp er å innhente informert samtykke frå deltakarane i forskingsprosjektet. Det inneber at dei som deltek skal få kjennskap til føremålet med undersøkinga og gje sitt frie samtykke til å delta. Informantane skal heile tida ha rett til å avbryte si deltaking utan at dette får nokon negative konsekvensar for vedkommande (Thagaard 2009:26). Informantane i min studie fekk munnleg informasjon ved første kontakt og fekk etterpå tilsendt skriftleg informasjon. Før intervjuet skreiv dei under på informert samtykke.

I handsaming av data og presentasjon av funn er konfidensialitet viktig. For å skjule informantane sin identitet har eg sikra lydopptaka for tilgang av andre, og ”koda” informantane med bokstav og nummer slik at dei er anonymiserte i teksten. Det er likevel eit dilemma mellom omsynet til deltakarane sin anonymitet og omsynet til å framstille resultat truverdig og mogeleg for etterprøving (Thagaard 2009:27). Eg ynskjer så langt det er mogeleg

å støtte kravet om anonymitet av informantar og har valt å ikkje gjere offentleg kva helseføretak og kommunar eg har nytta i studien.

Eit tredje etisk prinsipp er å vurdere kva konsekvensar forskinga kan ha for deltakarane. Det er forskaren sitt ansvar å verne deltakarane sin integritet, og slik unngå at forskinga medfører negative konsekvensar for dei. Alle metodiske val inneber etiske konsekvensar og må difor kontinuerleg vurderast (Thagaard 2009:28–29).

3.6 Analysemodell

Som eg viser til innleiingsvis, er samordning mellom tenestenivå og ulike grupper helsepersonell sett på som ein grunnleggande føresetnad for kvalitet på helsetenesta. Særskilt gjeld dette den eldre, omsorgstrengande sjukeheimspasienten. Med stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) står samhandling høgt på den helsepolitiske dagsorden, utan at dette er noko ny problemstilling. Forslaget i samhandlingsreforma er i størst grad retta mot endringar og tiltak rundt formelle rammer, mens forskning og offentlege utgreiingar peikar mot fleire og andre forklaringar til at samhandlinga ikkje er tilfredsstillande. Dette, saman med teorigrunnet for studien, dannar grunnlaget for analysemodellen. Eg skal kort forklare denne, før eg presenterer figuren nedanfor.

I studien ser eg på kva samhandling som føregår når den eldre omsorgstrengande sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus. Den avhengige variabelen er informasjonsflyt ved sjukehusinnlegging – kva praksis som gjeld rundt formalisert informasjon og for uformell informasjon og kontakt etter kvart. Tilsynsrapporten frå helsetilsynet viser ein samheng mellom formelle system i organisasjonen og avvik i høve legemiddelbehandling. Gjennom eit strategisk utval vil eg samanlikne to case og undersøkje om dette utgjer ein smitteeffekt til andre delar av organisasjonane, som informasjonsoverføring og samhandling med sjukehuset. Formell organisering, som eg vil måle gjennom dei operasjonelle variablane organisering på kommunenivå, på avdelingsnivå, skrivne avtalar og rutinar, er ein uavhengig variabel som kan verke inn på denne praksisen.

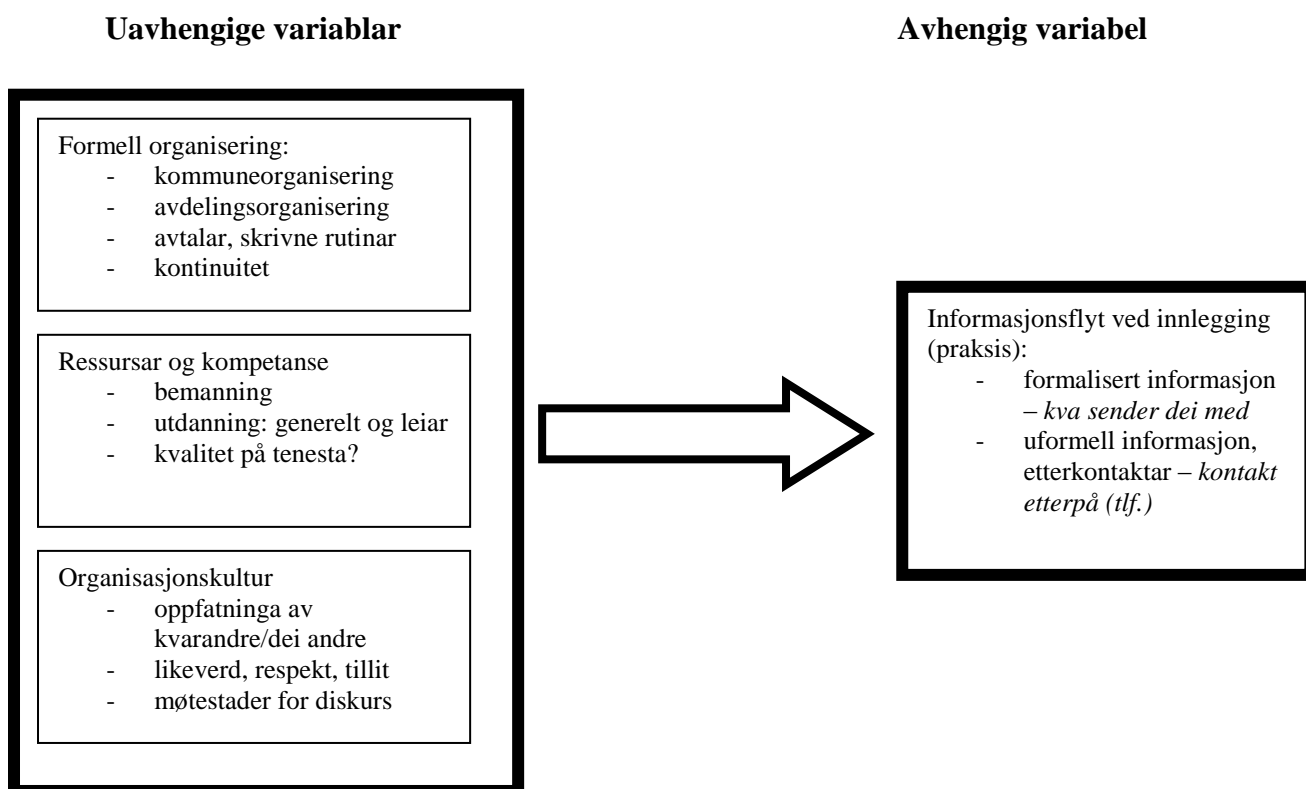
Analysemodellen må utvidast for å ta høgde for andre forklaringsfaktorar når eg skal sjå på og forstå kva som skjer i og mellom desse organisasjonane. Ressursar og kompetanse vil vere ein slik faktor og utgjer ein av omgrepsvariablane. Kompetanse er eit vidt og stort omgrep, og eg

skal gje ei kort avklaring på kva eg meiner med det i denne samanhengen. Kompetanse betyr å kunne, vere i stand til. Frå det franske *compétence* vil omgrepet bety fagkunnskap, især fullgod utdanning eller tilstrekkelege kvalifikasjonar innanfor eit bestemt fag, mynde til å fatte avgjerder som slike kvalifikasjonar gjev (Caplex 21.08.2010). Kompetanseomgrepet er kontekstuel. Det gjev berre mening i ein samheng og i forhold til noko. Samstundes er det normativt, slik at det kan vere usemje om kva som leggst i det. Skau (2002) viser til to tydingar av omgrepet: 1) at nokon i kraft av si stilling har rett eller mynde til å gjere noko – formell kompetanse, og 2) at nokon har dei kvalifikasjonane som er nødvendige og hensiktsmessige i utøving av eit yrke – profesjonell kompetanse. I denne konteksten avgrensar eg bruk av kompetanseomgrepet til den formelle kompetansen.

Lege og sjukepleiar er sentrale i pasientbehandling og pleie ved sjukeheimen, og grad av tilgang på deira kompetanse vil kunne tenkjast å ha verknad på kva som skjer i vurderings-situasjonar og når pasienten blir overført til sjukehus. Profesjonar sitt avgjerdsmynde og sjølvstendige rolle og deira fagkunnskap omkring den sjuke pasienten kan vere døme på kvifor dette er av betydning. Samstundes som strukturelle forhold i organisasjonane påverkar kva og korleis aktørane handlar, så vil handlingane bere preg av kven desse aktørane er. Kvaliteten på tenesta er avhengig av tilgang på helsepersonell og kva utdanning dei har. Eigne erfaringar frå feltet tilseier at mangel på ressursar og fagkompetanse bli nytta som forklaring når ein ikkje får gjort det ein skal og ynskjer. Ei samanlikning av organisasjonane på dette området, opp mot grad av informasjonsoverføring til sjukehuset, kan eventuelt gje eit svar på om dette har noko betydning. For å måle dette, ser eg på bemanning i organisasjonane og den formelle kompetansen generelt og på leiarnivå.

Den tredje forklaringsfaktoren eg nyttar er organisasjonskultur. Likeverd, respekt og tillit mellom aktørane blir gjennom forskning og utgreiingar sett på som avgjerande for å få til samhandling mellom tenestenivåa. Gjennom intervjuar prøver eg å få tak i kva oppfatningar aktørane har av kvarandre, og vidare om dette har nokon innverknad på samhandlinga dei imellom. For å utvikle forståing for eigen og andre aktørar sin røyndom og behov i ein samhandlingssituasjon, må aktørane møtast. Difor ser eg på om det finst møtestader for diskurs mellom samhandlingsaktørane, om aktørane kjenner til desse og om dei blir nytta. Myrvang (2004) viser m.a. til ”nøytrale” arenaer for samarbeid, for slik å redusere betydning av det faglege hierarkiet.

Gjennom operasjonalisering av omgrepsvariablane prøver eg å gjere dei målbare. Likevel er det fleire av desse som berre kan målast indirekte. Intervjuguiden viser utgangspunktet for spørsmål eg stiller for å få fram desse samanhengane. Dei uavhengige variablane kan settast saman og plasserast i ”boksar”, men grensene er flytande, og faktorane går i mange høve over i kvarandre. Thagaard (2009) viser til at kvalitative data er samansette og ikkje klart avgrensa frå kvarandre. Faren ved å stykke opp datamaterialet og analysen på denne måten, er å miste forståinga for heilskapen. Difor er det viktig at analysen har fokus på samanhengane mellom variablane (Thagaard 2009:147). Ein analysemodell vil vere nyttig i å forenkle komplekse samanhengar og gjere det mogeleg å systematisere data, analysere desse og drøfte dei vidare i lys av teori og forskning. Med dette som bakgrunn skisserer eg denne analysemodellen:



Figur 1: Analysemodell

4 Helsetenesta – organisering og oppgåver

Sosial- og helsepolitikken kan seiast å vere grunnlaget i velferdsstaten. For å setje i verk politikken, er det oppretta organisasjonar som kan gjennomføre og handheve dei lovpålagde oppgåvene. Dette er eit omfattande system, frå departement på statleg nivå til helseføretak på regionsnivå og ulike lovpålagde tenester på det kommunale nivå (Halvorsen 2005:42,46).

Gjeldande lover og forskrifter seier oss kva som er føremålet for verksemda, og mellom anna kva ansvar og oppgåver tenesta skal ha. Ser vi på Kommunehelsetenestelova versus Spesialisthelsetenestelova, kan vi peike på grunnleggjande ulikskapar som kan tenkjast å verke inn på korleis aktørane oppfattar eiga rolle og ansvar, kva som er ”deira” oppgåve og kva ”dei andre” skal gjere. Tilsvarande kan overordna rammer som ulike finansieringsordningar, styringssystem og avtalar bety noko for kva som skjer av ansvarsfordeling og samordning. Eg skal i dette kapittelet plassere desse faktorane i forhold til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, før eg viser korleis desse aktørane samordnar eller prøver å samordne tenestene.

4.1 Kommunehelsetenesta

Primærhelsetenesta skal vere fundamentet i helsetenesta. Det er kommunen som har ansvaret for denne tenesta, regulert gjennom Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetenestelova). Den kommunale helsetenesta omfattar m.a. legeteneste, sjukepleieteneste, fysioterapiteneste. Kommunane finansierer sine velferdstenester i hovudsak ut frå statlege rammefinansiering og øyremerkte tilskot og brukarbetalingar, og har plikt til å syte for desse tenestene uavhengig av kommuneøkonomien. Dette er ei desentralisering av ansvaret, der lokale folkevalde disponerer ressursane ut frå lokale tilhøve og problemområde og kan planlegge og drive helse- og sosialtenestene ut frå ein heilskap. Samstundes tek det i vare LEON-prinsippet: at behandling skal ytast på det Lågaste Effektive Omsorgs Nivå (Halvorsen 2005:318,319,384, Nasjonal helseplan 2007–2010:256).

Både kommunelova og dei ulike særlovene stiller i første rekkje funksjonskrav og gjev kommunane stor organisasjonsmessig fridom til korleis oppgåvene skal løysast. Omsorgstenesta består i hovudsak av sjukeheim, aldersheim, omsorgsbustader, heimesjukepleie, heimetenester, dagtilbod og ulike aktivitetstiltak. Kommunane organiserer desse tenestene ulikt. Pleie- og omsorgstenesta kan vere organisert som ei teneste, eller den kan vere delt inn i sjølvstendige område som heimesjukepleie og sjukeheim. Sjukeheimen vil, alt etter storleik,

vere organisert i mindre avdelingar. Organisasjonsstrukturen kan vere ulik i kommunane, og vi snakkar gjerne om to retningar: 1) tradisjonell hierarkisk organisasjonsstruktur med fleire nivå, der rådmannen er øvste administrative leiar og har under seg etatsleiar (helse- og sosialsjef), einingsleiar (pleie- og omsorgsleiar) og avdelingsleiarar. 2) ein meir flat organisasjonsstruktur med færre nivå, der t.d. avdelingsleiar rapporterer direkte til rådmann (Øgar og Hovland 2004:37,40,41).

4.2 Spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetenesta løyser dei oppgåvene i helsetenesta som krev kompetanse og ressursar utover det som kommunehelsetenesta kan bidra med, og er regulert gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetenestelova). Spesialisthelsetenesta skal diagnostisere og behandle pasientar med akutte, alvorlege og kroniske sjukdommar og helseplager. Den er organisert som helseføretak i fem helseregionar. Helseføretaka har ansvar for planlegging, utbygging og drift av somatiske og psykiatriske sjukehus, spesialisthelsetenester, ambulansenester og medisinsk naudmeldeteneste. Staten overtok eigarskap og ansvar for sjukehusa 1.1.2002 (eigarskapsreforma). Modellen byggjer på ein kombinasjon mellom overordna styring frå staten og vide fullmakter til helseføretaka. Staten har betydeleg innverknad på aktivitetsnivå og prioriteringar, og styrer m.a. gjennom det årlege styringsdokumentet (oppdragsdokument) til helseføretaka. Helseføretaka blir finansierte gjennom basisløyvingar og øyremerkte midlar via statsbudsjettet, innsatsstyrt finansiering, refusjon frå folketrygda og eigendelar ved poloklinikkar. Leiinga på alle nivå i helseføretaka har ansvar for fagleg innhald, kvalitet, fordeling av tenestene og økonomiske resultat. Både dei fem regionale helseføretaka og helseføretaka lokalt har eigne styre med ansvar for kontroll, strategi og avgjerder (Halvorsen 2005:325–328, Nasjonal helseplan 2007–2010:265,266).

4.3 Korleis prøver aktørane i feltet vanlegvis å samordne?

Helsetenestene skal samla utgjere eit behandlingsnettverk rundt den enkelte brukaren. Grensa mellom ansvar og oppgåver til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er i stadig endring (Nasjonal helseplan 2007–2010:257), noko som blir aktualisert i den helsepolitiske debatten rundt ny samhandlingsreform. Samarbeid og samhandling handlar om å utveksle informasjon, overføre kompetanse og fordele ansvar og oppgåver på ein god måte. Slik vil helsetenesta ta i vare pasientane sine behov for koordinerte og spesialiserte tenester, og dei helsepolitiske mål og krav frå myndigheitene vil bli stetta. Arenaer der kommunikasjon og

samarbeid kan finne stad er avgjerande for å oppretthalde god samordning over tid. Mellom tenestenivåa er det etablert strukturar og ordningar for samordning, som møte, råd og utval av ulike type og formaliseringsgrad, hospitering og praksiskonsulentordningar, ulike IKT-løysingar. Interne organisasjonsforhold som har innverknad på samordning, som haldningar og kulturar, kan vere vanskelegare å påverke (Øgar og Hovland 2004:166–169).

Lovverket regulerer direkte eller indirekte samordning mellom aktørane i feltet. Kommunehelsetenestelova §1–4 pålegg kommunane å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseføretak og stat, slik at helsetenesta best mogeleg kan verke som ei eining. Spesialisthelsetenestelova pålegg helseføretaka å samarbeide med andre tenesteytarar om individuell plan, jf. §2–5, og helsepersonell i helseføretaka har rettleiingsplikt overfor kommunehelsetenesta, jf. § 6–3. Lov om helsepersonell (helsepersonellova) regulerer m.a. ”Forsvarlighet” i §4, der det i andre ledd blir lagt vekt på samarbeid og samhandling mellom helsepersonell ut frå pasienten sitt behov. Tieleplikta blir i ein del samanhengar nemnt som eit hinder for samarbeid og samhandling. Helsepersonellova §25 er ein av fritaksparagrafane i høve til tieleplikta og regulerer tieleplikta mellom samarbeidande personale.

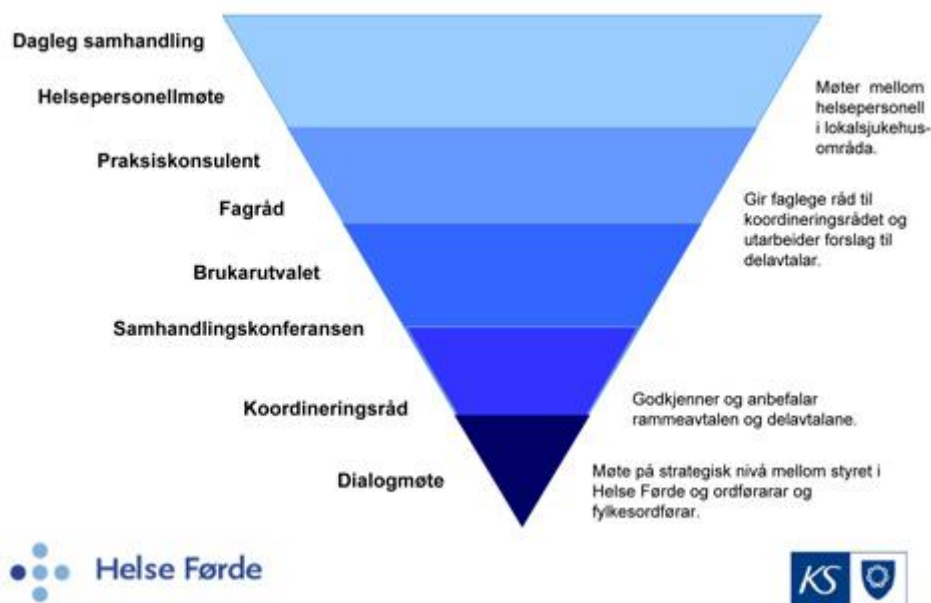
Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS) har utarbeidd ein Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet (2007). Den seier innleiingsvis at arbeidet for betre samhandling må vere forankra på politisk, fagleg og administrativt nivå i kommunar, regionale helseføretak og helseføretak. Hovudtyngda av arbeidet skal skje i tenesta, men ved å inngå ein nasjonal rammeavtale vil partane forplikte seg til å vere pådrivarar for betre samhandling. Føremålet med avtalen er å støtte opp under lokale avtalar og danne grunnlag for samhandling gjennom likeverdige partar. Dei lokale avtalane skal bidra til betre samarbeid om pasientar og brukarar som treng kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester. Kommunane og helseføretaka bør etablere nødvendige arenaer og prosessar for samhandling, basert på likeverd mellom partane og respekt for kvarandre sine roller, verdiar og kompetanse. Partane i avtalen trekkjer fram nokre prioriterte område, der m.a. helsetenester til eldre, og utskrivings- og innskrivingspraksis er tekne med. Det er presisert at for å sikre gode overgangar mellom tenestenivåa er det avgjerande at partane samarbeider etter at pasienten er høvesvis inn- og utskriven.

Lokale tilhøve

Helseføretak og tilhøyrande kommunar har formalisert ulike forum og avtalar om samordning (Kaltheth og Paulsen 2008). Samordninga skjer på ulike nivå i organisasjonane. Eg nyttar Helse Førde og kommunane i deira opptaksområde (Sogn og Fjordane) som eit døme for å vise dette. Etter det eg har fått vite gjennom telefonkontakt med Helse Førde, har alle kommunane i Sogn og Fjordane gått inn i denne avtalen. Dei har utarbeidd ein lokal rammeavtale der føremålet er:

”Sikre eit godt og effektivt samarbeid mellom kommune og helseføretak for å kunne gje eit heilskapeleg tilbod med høgast muleg fagleg og brukaropplevd kvalitet. Samarbeidet skal byggje på desse momenta: Likeverdig samarbeid, forankring på leiarnivå og hjå fagpersonane, gjensidige forventningar, brukarmedverknad, dialog mellom partane.” (Rammeavtale mellom Helse Førde og kommunane:2).

På sine nettsider omtalar helseføretaket samhandlinga med kommunane, og dei presenterer denne figuren:



Figur 2: Samhandling mellom helseføretak og kommunane

Samordning på overordna nivå skal skje i dialogmøte mellom øvste leiing i helseføretaket og øvste politiske leiing i kommunane og fylkeskommunen. Møtet skal gjennomførast to gonger i året for ”gjensidig informasjon og dialog om saker av strategisk og helsepolitisk karakter for helsetenesta i fylket” (Rammeavtale, 4.1). Koordineringsrådet er òg eit samordningsforum på øvste nivå i organisasjonane, sett saman av representantar frå øvste politiske og administrative leiing i kommunane og direktørar frå helseføretaket, saman med brukarrepresentantar. Rådet

skal bidra til å utvikle og sikre kvaliteten på samarbeid og samhandling mellom partane. Ei konkret oppgåve er å lage og godkjenne forslag til rammeavtalar og handtere avvik omkring samhandling. Fagpersonar blir involverte gjennom fagrådet. Fagrådet er sett saman av fagpersonar frå kommunane og frå helseføretaket, og skal m.a. gje faglege råd til koordineringsrådet, utarbeide delavtalar, legge til rette for andre samhandlingsmøte for fagpersonar og mellomleiarar på tvers av nivåa, og legge vekt på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring, kunnskaps- og kompetanseheving. Øvst i den ”omvende” pyramiden, er den daglege samhandlinga mellom helsepersonell i sjukehusa og kommunane. Dette er møtepunkta mellom tenesteytarane som er nærast pasientane (Rammeavtale). Det er i dei møta – eller mangel på desse møta – at rammeavtalar, delavtalar og rutinar skal setjast i handling og gje retning for prioriteringar og val av handling.

Det er utarbeidd delavtalar innan fire område: kreftomsorg, psykiske helsetenester, elektronisk samhandling og tilvising og utskriving. I delavtalen om tilvising og utskriving er det i pkt. 5 omtalt kva rutinar som skal gjelde både ved akutt og planlagd innlegging (Delavtale om rutinar for tilvising og utskriving mellom Helse Førde og kommune). Dette er tilvisingsrutinar som i all hovudsak omtalar legane sitt ansvar for kontakt og informasjonsoverføring. Ved akutte innleggingar skal det vere telefonkontakt eller helseradiokontakt mellom tilvisande lege og vaktlege på sjukehus, og det skal i hovudsak følgje med pasienten skriftlege eller elektroniske tilvisingsskriv. Det er ansvarleg lege ved helseføretaket som avgjer om pasienten skal leggast inn, men det skal ved eventuell direkte retur takast omsyn til transportveg og tid på døgnet. Ved planlagd innlegging er det i avtalen sett opp sentrale punkt som legen skal ha med i ei skriftleg tilvising. Avtalen stiller ingen liknande krav til informasjon frå pleie- og omsorgstenesta. Det er ikkje omtalt i det heile ved akuttinnlegging. Ved planlagd innlegging står det at dersom pasienten kjem frå kommunal omsorg, skal også: ”(...)opplysningar om kontaktperson og andre supplerande opplysningar følgje med” (jf. Delavtale), utan at det er spesifisert kva ”andre opplysningar” skal vere.

Det er eit mål å innføre standardiserte, elektroniske tilvisingsskriv. Dette kjem fram i denne delavtalen og er nærare handsama i delavtalen for elektronisk samhandling. Til dette er innført, skal det som hovudregel vere skriftleg tilvising. Dette gjeld opplysningar frå lege, og omfattar ikkje pleie- og omsorgstenesta. Ut frå informasjon eg har fått, er planen at rutinane

rundt tilvising, epikrise¹ og laboratoriesvar skal på plass først, så skal det gjennomførast i pleie- og omsorg. Som supplerande informasjon har eg sett på helseføretaket si interne handbok for oppstart og drift av meldingsutveksling.

Begge sjukeheimane i studien har skjema for sjukepleierapport/sjukepleieskriv (vedlegg 6). Utanom personalia, kan det her fyllast ut informasjon om pasienten sine funksjonsområde. Skjema er ulike i utforming og noko ulike i val av kva funksjonsområde som er med. Ved sjukeheim B fekk eg sjå kva utskrift dei tek ut frå eige elektroniske dokumentasjonssystem og sender med pasienten ved sjukehusinnlegging. Dette er medikamentkort, brukarkort og diagnosekort. Pasientnamn og personnummer var teke vekk, men elles inneheldt desse pasientopplysningar og kan difor ikkje leggst ved. Desse dokumenta inneheld informasjon om faste og eventuelle medisinar, allergiar, personopplysningar, pårørande, tenester frå kommunen og ei liste med diagnosar.

Eigne erfaringar med korleis samordninga fungerer

Som sjukepleiar har eg erfaring både frå spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Mi lengste arbeidserfaring har eg i kommunen, både som sjukepleiar i turnus og leiar i ulike delar av tenesta. Eg har sett at kvaliteten på tenesta til pasienten kan vere avhengig av samordningsfunksjonar som fungerer – alt frå overordna avtalar og organisering til kommunikasjon og vurdering av dei enkelte fagpersonar. Eg har ein tanke om at god samordning mellom kommunen og sjukehuset vil gje færre innleggingar på sjukehus og raskare utskrivning tilbake til kommunen. Der pasienten er utreda og problemstillingane er kjende, vil personalet i kommunen i mange høve kunne gje den nødvendige behandling og pleie, jf. LEON-prinsippet. Ein føresetnad er at dei kjenner til vurderingar som er gjort i spesialisthelsetenesta og er involverte i aktuelle tiltak rundt pasienten.

Erfaringsvis kan mangel på medisinsk og sjukepleiefagleg kompetanse vere ein av grunnane til at pasientar frå kommunehelsetenesta blir lagde inn på sjukehus, og at kommunen har vanskar med å ta imot ferdigbehandla pasientar frå spesialisthelsetenesta. Den medisinsk-faglege kompetansen er sentral for kva problemstillingar ein kan handtere i kommunehelsetenesta. Det same er helsepersonell sine kunnskapar om og haldningar til samordning

¹ Epikrise er ei samanfatning av journalopplysningar som årsaka til sjukehusinnlegginga, undersøkingar og analyse av desse, diagnose, behandling og eventuell oppfølging (jf. Forskrift om pasientjournal §9, Store Norske Leksikon, 15.10.10).

mellom tenestenivåa. NOU 2005:3,8 set m.a. søkjelys på helsepersonell sine kunnskar og kompetanse på kva betyding samhandling har for å nå helsepolitiske mål, og legg vekt på at utdanningsinstitusjonane og forskning må ha eit større fokus på samhandlingsutfordringane. Slik eg kjenner sjukepleieutdanninga, har den lite fokus på systemtenking og faktorar som er avgjerande for at samordning mellom tenestenivå skal vere god nok. Utdanninga sitt fokus er pasientperspektivet ved å ha dokumentasjonssystem som sikrar kontinuitet og kvalitet på sjukepleie til pasienten.

5 To sjukeheimar og eitt helseføretak

I dette kapittelet presenterer eg data som er samla inn gjennom intervju med sentrale aktørar i samordninga av tenestene til den eldre sjukeheimspasienten. Presentasjonen vil veksle mellom sitat og framstilling med eigne ord. Sitata vil i teksten bli presenterte i eit skriftleg språk. Det gjer det språkleg reinare i framstillinga, samstundes som eg er tryggare på å sikre anonymitet til informantane. Eg legg vekt på meiningsinnhaldet i datamaterialet, og vil sikre at det er det som kjem tydeleg fram. Ein slik presentasjon kan gje lesaren høve til å gjere eigne vurderingar av materialet.

Sjukeheimane i dei to kommunane har eg valt å kalle B og C, og sjukehusavdelinga for A. Informantane i kvart case er nummererte frå 1 til 3. Grunnlaget for val av kommunar i denne komparative casestudien var rapportar frå Helsetilsynet sine tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar. I det aktuelle føretaksområdet var det tre av fem kommunar som fekk avviksmelding. Sjukeheim B er i ein kommune som fekk meldt avvik på dette området, mens sjukeheim C ikkje fekk avviksmelding.

Presentasjonen er organisert etter variablane i analysemodellen. Ulike data kan knytast til fleire av kategoriane, og dei må sjåast på som komplementære framfor isolerte delar (jf. s.45).

5.1 Demografiske data

Med bakgrunn i kriteria for utval er alle informantane sjukepleiarar. Kjønn var ikkje teke omsyn til, men det viste seg når informantane vart valde ut at dei alle var kvinner. Eg vil difor i teksten omtale informanten som ”ho”. Det er spreing i alder, kor lang arbeidserfaring dei har og om dei har vidareutdanningar. Eg har valt å omtale einingane som informantane er knytte til for ”avdelingar” og leiarstillingane der som ”avdelingsleiarar”.

Ved sjukeheim B er det 40 pasientar fordelt på 5 grupper i 2 avdelingar. Eg har informantar frå den eine avdelinga, som utgjer gruppe 1,2 og 3. Det er til saman 24 pasientar på avdelinga, fordelt med 8 på kvar gruppe. Gruppe 1 er for pasientar med demens, gruppe 2 er for korttidsopphald og rehabilitering, og gruppe 3 er langtids plassar. Den andre avdelinga, gruppe 4 og 5, er begge for pasientar med langtids plassar.

Informant B1 er avdelingssjukepleiar for gruppe 1,2 og 3. Ho har vore tilsett som avdelings-sjukepleiar i ulike delar av institusjonstenesta i kommune B i 15 år. Før det arbeidde ho i 2 år som sjukepleiar på medisinsk avdeling på sjukehus. Informant B2 var utdanna sjukepleiar for eit halvt år sidan, og har sidan det hatt 100% vikariatstilling. Før det arbeidde ho i avdelinga som assistent og ferievikar i 5 år. Informant B3 har 100% fast stilling som sjukepleiar og har arbeidd ved ulike avdelingar på sjukeheimen i vel 14 år. Ingen av informantane har vidareutdanningar.

Sjukeheim C har 3 avdelingar med kvar sin avdelingsleiar. Det er til saman 63 pasientar, fordelt med 15 på skjerma avdeling for demente og 27 på avdeling 2 og avdeling 3. Sjukeheimen har til saman 3 korttidsplassar. Eg har informantar frå avdeling 2.

Informant C1 er avdelingsleiar for avdeling 2. Ho har arbeidd på sjukeheimen i 12 år, første året som sjukepleiar, etter det i leiarstillingar. Etter omorganisering i 2004 har ho vore i stillinga som avdelingsleiar. Informant C2 har arbeidd i 100% stilling ved eininga i 8 år og har vidareutdanning i geriatri. Sidan april 2009 har ho hatt stillinga som arbeidsleiar i 50%, og 50% sjukepleiarstilling. Informant C3 har arbeidd på sjukeheim C i 100% stilling i over ni år. Ho har vidareutdanning i geriatri.

Sjukehusavdelinga er ein generell medisinsk sengepost med 41 sengeplassar og 63 tilsette. Informant A1 er oversjukepleiar. Ho har arbeidd på medisinsk avdeling i 25 år og har hatt ulike leiarstillingar der dei siste 17–18 åra. Ho har ulike vidareutdanningar innan administrasjon og leiing. Informant A2 har arbeidd som sjukepleiar i avdelinga i 11 år. Ho har ei sjukepleie I-stilling som nefrologisk² sjukepleiar, og basen hennar er gruppe 3 – nyre og diabetes. Ho har ikkje formell vidareutdanning og seier: ”Det er sjølv lært.” Informant A3 har hatt vikariat som sjukepleiar i 4 år og har no fast stilling i 75%. Ho har vidareutdanning i hjerneslag og lindrande behandling og har sin base i gruppe 1 – hjerte.

5.2 Informasjonsflyt ved innlegging

I denne studien ser eg på samordning mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, med fokus på kva som skjer når den eldre sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus.

² Nefrologi er læra om nyra og nyresjukdommar, spesielt medisinske nyresjukdommar (Henta frå Store Norske Leksikon 17.10.10)

Føremålet med intervjuet var å søkje etter svar på problemstillinga i studien. For å få fram kva som faktisk føregår av samhandling i ein innleggings situasjon, spurde eg informantane om dei kunne ”fortelje gjennom” situasjonen frå ein pasient vart akutt sjuk til dagen etter innlegging på sjukehus, og ved ei planlagd sjukehusinnlegging.

Eksisterande praksis

Sjukeheim B sender alltid, både ved akutt og planlagd innlegging, med tre dokument: Medisinkort, diagnosekort og brukarkort. Medisinkortet inneheld opplysningar om kva medisin pasienten brukar fast og ved behov. Diagnosekortet gjev ein oversikt over sjukdommane til pasienten, og brukarkortet inneheld personopplysningar, kven som er næraste pårørande, kva kommunale helse- og omsorgstenester pasienten har, og namn på sjukeheimslegen. Opplysningane som står i desse dokumenta vil i stor grad samanfalle med informasjonen legen skal opplyse om ved tilvising til sjukehus (jf. Delavtale). Alle desse dokumenta blir henta ut av det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ) Geric³. Avdelinga tek utskrift av desse og har dei tilgjengeleg i ein perm. Slik kan sjukepleiaren som har ansvar ved innlegging ta dokumenta ut derifrå. Avdelingsleiaren stadfestar at den informasjonen som ligg der er oppdatert. Når dei tek dokumenta ut av permen, skriv dei ut nye og set inn. Dei sender med sjukepleieskriv ved planlagd innlegging og elles når det er tid. Dette er eit skjema som dei må fylle ut for hand (vedlegg 6). Desse opplysningane skal dei kunne hente ut frå Geric, men dei kan ikkje ta utskrift (elektronisk) som samlar desse opplysningane i eitt dokument.

Sjukepleieskrivet skil seg frå dei andre dokumenta ved at det inneheld opplysningar om pasienten sin situasjon på fysiske, psykiske, sosiale og åndelege område i livet – opplysningar om pasienten sitt samla funksjonsnivå.

Når sjukeheim B har pasientar på sjukehuset, har dei ein praksis på at dei ringer inn for å spørje korleis det går. Ved telefonkontakt er det ein dialog begge vegar, der det blir utveksla informasjon. Sjukehuset spør oftast etter rett medisinsliste og eventuelt om pasienten sitt funksjonsnivå.

³ Geric er tilpassa pleie-, rehabiliterings og omsorgstenesta i kommunane, og dekkjer både den faglege (EPJ) og administrative delen i pleie- og omsorgstenesta i kommunen. I Geric kan ein i tillegg til saksbehandling og administrering av tenesta: ”... *journalføre notat, ha oversikt over og føre medisiner, tekniske hjelpemidler med tilgang til hjelpemiddelskjemaer, føre pleieplan med oppdrag ...*” (Henta frå Tieto sine nettsider 08.05.10.)

Praksis ved sjukeheim C er at dei sender med medisinkort når ein pasient blir lagd inn på sjukehus. Informantane veit om at dei har eit skjema for sjukepleieopplysningar, men at dette er lite brukt (vedlegg 6). Ved planlagde innleggingar seier informant C2: ”Då er det lettare å sette seg ned å skrive litt når du skal sende opp. Det trur eg kanskje fleire gjere då. Men ikkje alltid.” Dei brukar Gerica som EPJ, men ein informant seier at det er ikkje alltid like godt oppdatert. C2 seier at dei nyttar ”stellebeskrivelsar”, som er detaljert informasjon om pasienten sine behov i stellsituasjon. Desse skriv dei på data (ikkje Gerica) og har dei hengande på pasienten sitt rom. Ho seier vidare at kanskje dette kunne vore brukt ved innlegging: ”Det er akkurat på pleie, då. Det kunne kanskje vore ein idé. Dei er jo berre å skrive ut.” (C2).

Informant C1 seier dei ringer på sjukehuset når dei har pasient som er innlagd der, men dei to andre informantane seier dette ikkje er rutine. Ringer dei, så er det for å spørje korleis det går med pasienten. Dei gjev ikkje informasjon om pasienten, berre viss sjukehuset spør: ”Men ikkje sånn at ein tenke på det når ein ringe opp. Det trur ikkje eg. Det er rett og slett fordi det er ikkje rutinar for det. Blir gløymt.” (C2). Informant C3 legg vekt på kontakten med pårørande, generelt og ved sjukehusinnlegging. Har dei tid, ringer dei pårørande. Enten kjem dei og er med pasienten opp, eller dei møter han i mottak: ”Så pasienten slepp å vere åleine.” På spørsmål om pårørande er med på å formidle informasjon om pasienten, seier ho vidare:

”Mange pårørande vil nok ta det ansvaret, faktisk, for å sikre seg at den informasjonen er gitt(...). Mange av dei har også pårørande som er på same alder som seg sjølv. Og lensmann, prest og lege, sant, det er autoritetar som du seier ikkje imot. Og du står nesten med hua i handa og bukke og nikke, sant. Så for dei, spesielt for dei tenke eg det er ekstra viktig vi enten sørgje for at det er, følgje med informasjonsskriv, eventuelt tar ein telefon til avdelinga.”

Etterspør sjukehuset informasjon?

Begge sjukeheimane seier at det er sjeldan sjukehuset ringer for å spørje etter informasjon om pasienten. Slik informasjon kan bli utveksla om sjukeheimen ringer inn for å spørje etter pasienten. Når sjukehuset ringer til sjukeheimen, er det oftast for å spørje etter rett medisinsliste, før utskrivning av pasient, og sjeldan for å få opplysningar om pasienten sitt funksjonsnivå (tilsvarande sjukepleieskriv).

Når dei ved sjukeheim C ringer til sjukehuset for å gje informasjon om pasienten, opplever dei at sjukepleiarane der er taknemlege for at dei gjer det, og at den informasjonen er viktig

for dei å få (C3). B1 seier ho ikkje veit om sjukehuset tek omsyn til eller nyttar den informasjonen dei sender med om pasienten, fordi ho høyrer ikkje noko frå dei.

Kva seier sjukehusavdeling – case A

Alle informantane ved sjukehuset seier at informasjonen som kjem med pasienten frå sjukeheimen generelt er mangelfull, sjølv om det kan variere:

”Det varierer voldsomt på kva informasjon som følgjer pasientane, alt ifrå ingenting til kjempeflotte pleieplanar (eg: sjukepleieskriv). Men det er sånn at dei aller, aller fleste som kjem inn kjem kanskje til nød med ei medisinliste.” (A2).

Når det gjeld informasjon ved planlagd innlegging, seier informant A3 at det er som oftast sjukepleieskriv med, men A2 seier at det ikkje er nokon forskjell i høve akutte innleggingar. Dei seier at sjukeheimane i liten grad ringer rett etter innlegging for å gje opplysningar om pasienten, og medisinsk avdeling har ikkje rutine på å ringe sjukeheimen og spørje etter dette. Informant A2 seier det slik:

”Og dei ringe heller ikkje dagen der på, eller noko sånt. Så sånn sett er det vi som må ta kontakt når det er noko vi lure på(...). Vi tar vel kontakt mest når pasienten ikkje klarar å gjere rede for seg sjølv(...). Men viss det er pleiepasientar som ikkje vi får kontakt med, som er veldig desorienterte, så prøve vi stort sett å ringe og høyre. Men for all del – det er ikkje alltid. Ofte så springe vi på med krum nakke.”

Informant A3 seier det er tilfeldig om sjukeheimen ringer inn. Ho opplever at dei på sjukehuset er så ulike når det gjeld kva dei treng å vite om pasienten, slik at det blir veldig opp til den enkelte, om dei ringer til sjukeheimen for å få meir opplysningar. Informant A1 seier det er sjukeheimen sitt ansvar å gje nødvendig informasjon om pasienten.

Kontakt i vurderingssituasjonar

På spørsmål om sjukepleiar på sjukeheim tek direkte kontakt med avdelinga på sjukehuset i situasjonar der det blir vurdert sjukehusinnlegging, svarar informantane nei. Unntaket er i dei situasjonane pasienten har ”open retur”, som vil seie at dei kan komme direkte til sjukehuset utan ny tilvising frå lege. Då er det ofte kontakt, og sjukepleiarane på sjukehuset seier dei gjerne kjem med forslag til tiltak som kan prøvast ut og/eller formidlar kontakt med vaktlege på sjukehuset.

Utskriving

Fleire gonger under intervjuet kjem informantane ved sjukeheim B inn på område dei opplever ikkje fungerer i utskrivings situasjonen når pasientar kjem frå sjukehuset til sjukeheimen.

Dette gjer dei utan at eg stiller spørsmål om det. Informant B1 seier mellom anna:

”Eg brukar og å be om å få ein kjapp medisins oversikt, slik at eg veit at vi har inne det som er tenkt at brukaren skal skrivast ut med, (...) viss det er slik at ein brukar kjem ut ein fredag ettermiddag frå sjukehuset, for dette med å planlegge nøyaktig tid, det er veldig vanskelig. Det er køyrekontor, det er ambulansar dei ventar på, og så kunne det jo skje at vi hadde sjukdom her – sjukepleiar på huset fredag ettermiddag, slik at då er det lurt å vite kva det er nøyaktig han blir skriven ut med. Men det går aldri an å stole på. Det gjer det ikkje, men det gir oss ein peikepinn ... medisinskurve og helst då førebels epikrise (eg: sjå nedanfor), det som vi forhalde oss til når vi lage til. Og då sit vi fint i det dei gongene når det skjer at de ikkje er med. Men då ringe vi jo sjølv sagt opp og prøve å nøste opp opplysninga.”

B3 seier mellom anna at ved utskrivning kan det vere dårlege munnlege rapportar, at det verkar som at sjukepleiaren som ringer ikkje kjenner pasienten, og at den skriftlege informasjonen er mangelfull. På sjukeheim C seier dei at utskrivning frå sjukehuset fungerer stort sett godt, sjølv om sjukeheimen må etterspørje informasjon. Avdelingsleiar C1 har nokre døme på situasjonar som har vore uheldige.

Medisinsk avdeling sender ikkje med sjukepleieskriv når sjukeheimen kjenner pasienten. Dei seier dei ser ikkje behov for det. Sjukehuslegen skriv ein førebels epikrise og denne blir send med pasienten til sjukeheimen: ”Det er nok, tenkjer vi” (A1). I utskrivings situasjonen har dei interne kommunikasjonslinjene i kommunane betyding for korleis og i kva grad informasjonen frå sjukehuset kjem fram til rette vedkommande.

5.2.1 Oppsummering

Når det gjeld kva skriftleg informasjon som blir send med pasienten ved sjukehusinnlegging, er det ein viss forskjell på sjukeheimane. Begge sender alltid med medisinsliste, men i tillegg sender B med diagnosekort og brukarkort. Dei hentar desse ut frå Geric og har dei tilgjengelege i ein perm. På grunn av bruk av multidosesystem, må sjukeheim C ta utskrift av medisinsliste derifrå. Begge sjukeheimane seier dei sender med sjukepleieskriv (handskrive) dersom dei har tid, men inntrykket er at det er meir vanleg ved sjukeheim B enn C.

Det kan sjå ut som det er noko ulik praksis når det gjeld telefonkontakt etter at pasienten er lagd inn på sjukehus. Begge sjukeheimane seier dei ringer inn. Sjukeheim B seier at det i

desse samtalane er dialog begge vegar, der dei utvekslar informasjon om pasienten. Informantane ved sjukeheim C seier det ikkje er rutine på å ringe, og heller ikkje på å gje informasjon om pasienten til sjukehuset. Det er sjeldan sjukehuset ringer og etterspør informasjon om pasienten. Om dei gjer det, er det oftast for å få opplysningar om medisinliste. Informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå kan bli utveksla om sjukeheimen ringer inn for å spørje etter pasienten.

Sjukehusavdelinga opplever at den skriftlege informasjon om pasienten er mangelfull, sjølv om det kan vere variasjonar. Det er sjeldan dei får telefon frå sjukeheimane etter innlegging med opplysningar om pasienten. Sjukehusavdelinga har ikkje rutine på at dei ringer og etterspør denne.

Informantane ved sjukeheim B kjem fleire gonger inn på tilhøve dei opplever ikkje fungerer i utskrivings situasjonen, men dei seier lite om eiga rolle og ansvar for informasjon ved sjukehusinnlegging. Dei gjev utfyllande eksempel på slike utskrivings situasjonar, og i mange høve dreiar det seg om kva medikament pasienten skal ha. Informantane ved sjukeheim C snakkar mykje mindre om dette, sjølv om leiaren har nokre eksempel på enkeltsituasjonar. Informantane ved sjukehuset seier at melding om utskrivingsklar pasient blir ofte nytta. Ved utskrivning sender ikkje avdelinga med pleieskriv når sjukeheimen kjenner pasienten. Dei tenkjer at førebels epikrise er nok.

Det er ikkje kontakt mellom sjukepleiar på sjukeheim og medisinsk avdeling under vurdering om ein pasient skal leggest inn. Det er berre i dei situasjonane pasienten har ”open retur”.

5.3 Formell organisering

Organisasjonane sin formelle struktur kan vere styrande for korleis aktørane i organisasjonar handlar. I denne samanhengen kan det vere med å kaste lys over kvifor dei gjer som dei gjer i samhandlinga mellom sjukeheim og sjukehus.

5.3.1 Kommune- og avdelingsorganisering

Kommune B er ein trenivå-kommune med rådmann, helse- og sosialsjef og pleie- og omsorgsleiar, og avdelingsleiarar på sjukeheim og i heimetenesta. Sjukeheim B har to avdelingar med kvar sin avdelingsleiar. Informantane eg har intervjuar er alle frå same

avdeling. Avdelingsleiar (B1) har ansvar for gruppe 1,2 og 3. Pleiepersonalet er samansett av sjukepleiarar, hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og assistentar. Det er fast personale på gruppe 1, men kan veksle meir mellom gruppe 2 og 3. Dette blir styrt gjennom arbeidslistene som avdelingssjukepleiar set opp. Det kan bli omfordelingar ved t.d. sjukdom. Personalet har felles rapport om morgonen, og sjukepleiar på vakt er ansvarleg for å fordele arbeidet.

Kommune C er tonivå-kommune med rådmann, kommunalsjef og avdelingsleiarar. Avdelingsleiarane rapporterer direkte til kommunalsjef for helse og sosial, som sit i rådmannsstaben. Det er tre avdelingar på sjukeheim C, kvar med sin avdelingsleiar. I tillegg til avdelingsleiar har avdeling 2 ein assisterande leiar i 50% stilling, med ansvar for innleige, rekruttering, rettleiing og studentar. Avdelinga har 27 pasientar delte i 3 grupper: A, B og C. Det er for det meste fast personale på gruppene, men dei jobbar på tvers av desse når det er behov for det. Nokre har det fast i sin turnus. Halvparten av stillingsheimlane er sjukepleiarar, halvparten er hjelpepleiarar eller helsefagarbeidarar, og dei har nokre assistentstillingar.

Bakvaksordningar

Sjukeheim B har ei grunnbemanning som skal sikre at det er sjukepleiar på kvar avdeling på alle vakter. Dersom dette ikkje er slik, gjerne på grunn av ledige stillingar, sjukdom og liknande, har sjukepleiarane bakvakt for den andre avdelinga. Ein sjukepleiar kan då vere åleine sjukepleiar på jobb og ha ansvar for ”heile huset”, det vil seie heile sjukeheimen med 40 pasientar. På natt er det i tillegg eit samarbeid med heimesjukepleia. Sjukepleiarane eg intervjuar har ulike opplevingar av dette ansvaret. B2, som er forholdsvis nyutdanna, synest det er eit stort ansvar å vere åleine, medan den andre sjukepleiaren, B3, seier: ”(...) eg oppleve ikkje det så vanskelig.”

Ved sjukeheim C har dei same ordninga. Dersom sjukepleiaren har bakvakt for den andre avdelinga, har ho ansvar for 54 pasientar. Dei kjenner ikkje pasientane der, og dei opplever det utrygt. Informant C2 seier:

”(...) det er verre, fordi at då kjenner ikkje du den du då eventuelt må ringe etter lege for. Men du blir jo avhengig av å spørje dei andre som er på jobb, helsefagarbeidarar. Dei er jo gjerne til god hjelp, selvfølgelig. Men du må jo berre stole på det.”

Nokre av sjukepleiarane rullerer mellom gruppene i eiga avdeling. Informant C3 seier dette er positivt, det er ein fordel å kjenne alle pasientane i avdelinga, t.d. ved sjukehusinnlegging.

Tilsynslege og legevakt

Begge sjukeheimane har fast tilsynslege som har vore der over mange år. Legen kjenner pasientane, pårørende og personalet. Legane har legevisitt ein dag i veka, men i begge kommunane stiller legen opp og er tilgjengeleg for spørsmål og eventuelt tilsyn utover det, og utover vanleg kontortid, og kan slik følge opp pasientane, vurdere og avklare situasjonar.

Kommunane B og C er begge med i ei interkommunal legevaktsordning, der vakthavande lege er stasjonert på næraste sjukehus. Informantane uttrykkjer ulike typar erfaring med ordninga. Dersom det er behov for legevakt på sjukeheim C, kjem legen på sjukeheimen og vurderer pasienten der. Dette på grunn av geografisk nærleik til sjukeheimen. På sjukeheim B må sjukepleiaren ha kontakt med lege på telefon, og pasienten må eventuelt sendast med ambulanse til sjukehuset for å bli undersøkt av lege og vurdert om det er behov for sjukehusinnlegging. Informant B3 synest at legevaktsordninga fungerer godt, mens B2 har negative opplevingar med ordninga. Ho seier det kan ta lang tid før legen ringer opp att. Ho opplever å bli nedprioritert sidan ho ringer frå ein sjukeheim og det gjeld eldre pasientar, og det er negativt å måtte sende pasientane til sjukehuset for å få ei legevurdering:

”(...) og så får eg beskjed om at legen er opptatt og at han må ringe deg opp igjen. Så går det gjerne ein og ein halv til to timar før legen ringer. Ein føle gjerne at når ein ringe frå ein sjukeheim så – (...). Der skjer jo vurderingar over telefon, så den legen vil ikkje sjå pasienten eller møte pasienten(...). Han får dei kliniske opplysningane vi gjer(...) og så på ein måte da vurdere det (...). Ein kunne kanskje unngått den turen opp, gjerne, om vi hadde hatt ein lege her som kunne sjå til han.”

Når det gjeld sjukehusinnlegging, seier informantane på sjukeheim C at det kan vere forskjell om det er tilsynslege eller legevakt som gjer vurdering. Informant C2 seier:

”Og det er noko med den vurderinga om det er behov for innleggelse. Og det klare han (eig. tilsynslegen) betre å sjå, tenke vi då, i forhold til ein vakthavande lege. Eg har inntrykk av at vakthavande lege legg oftare inn brukaren enn det tilsynslegen ville ha gjort.”

Tilsynslegen har tett oppfølging, ser heile pasienten, kjenner pårørende og er i dialog med dei, mens legevakt går etter symptom og ting skjer kjapt. Informant C3 skildrar det slik:

”Og då får dei ikkje den her med, den akutte innleggelsen kor ting går veldig raskt ... Så har vi litt bedre tid(...). Med han (eg: tilsynslegen) er heile bildet, heile sjukdomsbildet, heile pasienten, heile situasjonen, mens med vakthavande så er det ofte symptoma(...). Og dei innleggelsane, dei er gjerne prega av at ambulansen komme først og så skjer ting veldig kjapt. Da har vi, altså mens dei løftar pasienten over på båra, så rekke vi å springe å hente medisinalista. Så det er to vidt forskjellige innleggelsar.”

Same informant seier det er forskjell på å ha bakvakt når det er legevakt som kjem, enn tilsynslege. Då kjenner ikkje legen pasienten, og som bakvakt kjenner heller ikkje sjukepleiar pasienten slik som på eiga avdeling. Sjukepleiaren blir då avhengig av informasjon og vurdering av anna personale i avdelinga. Noko det same seier informantane ved sjukeheim B. Når det er lege som ikkje kjenner pasientane på sjukeheimen, stiller det større krav til sjukepleiar si vurdering. Ein av informantane seier sjukepleiaren sine opplysningar har stor betydning uansett om det er tilsynslegen eller andre (B3). Verken ved sjukeheim B eller C er tilsynslegen aktivt med i planarbeid eller utviklingsarbeid. B1 etterspør dette. Ho etterspør òg generelt betre legedekning.

Interne rapportssystem

Begge sjukeheimane nyttar det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica til skriftleg rapportering. I kva grad dette blir brukt og er oppdatert, er noko usikkert. Mine spørsmål og datagrunnlag gjev ikkje eintydige svar på det, men eg har utsegn frå sjukeheim B som: ”(...)så vi går inn å lese på og oppdaterer oss.”(B2), og avdelingsleiar (B1) som stadfestar oppdaterte opplysningar i perm til bruk ved sjukehusinnlegging. Ved sjukeheim C skildrar dei eit dobbelt system for dette. Dei gjev uttrykk for at Gerica ikkje alltid er oppdatert, samstundes som dei ”ved sida av” skriv ned informasjon om pasienten sine behov og vanar i stellsituasjon, tek utskrift og hengjer det på pasientrommet.

Ut frå det informantane seier har dei på sjukeheim B system og praksis på rapportering mellom grupper og avdelingar. I vaktskifta blir informasjon om pasientane overført munnleg og skriftleg til den sjukepleiaren som kjem på vakt og skal ha ansvaret. Informantane ved sjukeheim C seier ikkje noko om tilsvarande system, utan at eg dermed kan seie at det ikkje finst. Det kan sjå ut som at det ikkje er like mykje vektlagt der.

Sjukeheim B brukar Gerica sin funksjon for å ha oversikt over og føre medisinar. Det gjer dei ikkje ved sjukeheim C. Dei brukar Gerica som elektronisk pasientjournal, men brukar multidosesystem⁴ for ordinering og administrering av medikament. Legen ordinerer medisin på eit medisinkort. På grunnlag av dette bestiller apoteket multidosepakking, og sjukeheimen får levert remse med legemiddelposar av ein pakkeprodusent. Det gjer at sjukeheim C forhold

⁴ Multidose er maskinell legemiddelpakking. Det er eit alternativ til manuell pakking i dosettar, og er eit verkemiddel for sikrare medikamenthandtering. Henta frå nettsida til Helsedirektoratet 06.10.10)

seg til to datasystem når dei skal hente ut opplysningar om ein pasient. På spørsmål om medisinkort kan skrivast ut frå Gerica, kjem informant C3 inn på dette:

”Nei. Før gjorde vi det, når vi brukte Gerica. Då var det berre å ta ei utskrift, og så hadde du det siste. Mens i dag så bruker vi multidosesystemet, med ordinasjonskort frå apoteket. Så då må vi ned her i kjellaren, ta ein kopi av den, og så håpe og krysse fingrar for at det ikkje er for mykje seponeringar (eg: avslutta behandling) og rot i den. For det er ikkje alltid at, eller i mellom ein onsdag og neste måndag, tysdag, er det gjort endringar då, står dei fortsatt der. Då må vi eventuelt gule ut dei ut og klargjere det at dei faktisk er.”

Fagansvar og møte

Begge sjukeheimane har organisert arbeids- og ansvarsoppgåver i avdelinga ved at personale har ansvar for sitt område, men omfanget av dette er ulikt. På sjukeheim B nemner informantane fire slike område, men dei på sjukeheim C har over ti. På sjukeheim C er det avdelingsleiaren som fordeler dette, mest ut frå personalet sine interessefelt. Informantane der fortel òg om faste møte i avdelinga, som gruppemøte, personalmøte, sjukepleiemøte. Det blir det ikkje sagt noko om ved sjukeheim B.

Avvikshandtering

Begge sjukeheimane har system for avvikshandtering. Sjukepleiarane seier dei skriv avvik og/eller melder frå til leiar når det er noko. Sjukeheim B har planar om å innføre eit nytt dataprogram for kvalitetssikring, som går på prosedyrar og melding og handsaming av avvik. Når det gjeld oppfølging av avvik, synest ein informant ved sjukeheim B at dei får lite tilbakemelding etter at avvik er meldt. På sjukeheim C tek leiaren slike saker opp på t.d. sjukepleiemøta: ”Og da tar ho det gjerne opp som informasjon, sånn og sånn blei det gjort, men vi burde kanskje gjort det sånn.” (C3). Informant B1 kommenterer at ho ikkje kjenner til kva som skjer når sjukeheimen, eller kommunen, melder avvik til sjukehuset – kva som skjer med avviksmeldinga der.

Felles for informantane på sjukeheim C og B er at dei kjenner lite til skrivne rutinar. Ein informant seier det slik:

”Det er nok heilt sikkert opp i ein eller anna perm inne på vaktrommet(...) og så veit eg det at eg har ikkje peiling på kor den står. Men eg kan, viss eg går opp og begynne å leite, så har vi prosedyreperm ... Det betyr at eg har ikkje så veldig tid i min arbeidskverdag til å orientere meg om kva som står i hyllene på vaktrommet, fordi at eg prioritere faktisk å vere ute med pasientene. Enkelt og greitt.” Vidare seier ho: ”Og vi fekk vel noko informasjon på eit avdelingsmøte, sant, om at no var det, ja, les igjennom og kvittér. Så det er nok lest igjennom og kvittért, ein gang for lenge siden, siden eg ikke har fått purring på det.”(C3).

B1 gjer greie for arbeid med kvalitetssikring gjennom nytt dataprogram for prosedyrar og handtering av avvik. Sjukeheim B har nokre personale med særskilt fagansvar. Personar med fagansvar blir brukte av dei andre i avdelinga om det er noko, når dei har spørsmål, og har gjerne ein gjennomgang for dei andre etter å ha vore på kurs (B3).

Kontakt med sjukehuset

Det er i hovudsak sjukepleiar på vakt som har ansvar for kontakten med sjukehuset når ein av deira pasientar blir lagde inn der. På sjukeheim B seier avdelingsleiar at det er i hovudsak ho som gjer det. Sjukeheim C har primærkontaktar for pasientane, og den sjukepleiaren vil ha eit ansvar for kontakt med sjukehuset for "sin pasient". Utover det er det sjukepleiar på vakt eller sjukepleiar som har ansvarsvakt, som har kontakt med sjukehuset. Informant C3 seier at sjukepleiarane kjenner pårørande, spesielt for sine primærpasientar. Ein pasient kan vere utan språk, utan samtykkekompetanse. Ofte skal pårørande i lag med personalet ta avgjerder for pasienten. Det er viktig med dialog og samarbeid, òg med tanke på sjukehusinnlegging.

5.3.2 Sjukehusavdeling

Organisering av avdelinga

Oversjukepleiar er leiar for avdelinga. Over seg har ho assisterande seksjonsleiar, seksjonsleiar og klinikkdirektør. Stillingsheimlane i avdelinga fordelar seg med 30,5 sjukepleiestillingar og 10,5 hjelpepleiarstillingar. Avdelinga har ein fagutviklingssjukepleiar, som i tillegg til ansvar for fagutvikling tek ein del av dei administrative leiaroppgåvene i avdelinga. Avdelinga er delt i 3 grupper ut frå fagområde, og legar og sjukepleiarar med vidareutdanning er knytte til gruppene ut frå sine fagspesialitetar. Pleiepersonalet har sin base i ei av dei tre gruppene i avdelinga. Dei går på tvers av desse gruppene når det er naudsynt, til dømes ved sjukdom Leiinga i avdelinga set opp arbeidslister som viser dette, og kven som er gruppeleiar den vakta. Gruppleiaren er ein sjukepleiar og har det administrative ansvaret for pasientar og personale den vakta. Ho går legevisitt, fordelar arbeidsoppgåver, og personalet får tildelt sine rom og pasientar som dei har ansvar for den vakta.

Fagansvar og møte

Sjukehusavdelinga har sjukepleiar I-stillingar (òg omtalt som ressursjukepleiarar, avansementstillingar) på alle fagspesialitetane. Informant A1 seier:

”Vi har det vi kallar for sjukepleie I på alle fagspesialitetane våre. Og dei har jo då eit spesielt ansvar for å følgje med utviklinga på det området og vidareføre det til det øvrige personalet. Det er dei personane som blir prioriterte når det gjeld kurs og sånt innan dei ulike fagområda.”

Det er organisert og lagt til rette for faste møtepunkt i avdelinga: i vaktskifte om morgonen, ”snutt” kvar morgon, personalmøte, postmøte, ein temadag kvar haust. Slik har avdelinga arena for faglege diskusjonar, undervisning, refleksjon, personalsaker. Til dømes er heile personalgruppa samla til refleksjon og internundervisning ein halvtime kvar morgon. Eine informantten opplever desse ”snuttane” slik:

”Til å begynne med så tenkte eg: Ein halvtime fra morgonstellet, det er liksom – då stel vi mykje tid, sant. Men vi klare jo alltid innordne oss rutinar, vi er veldig god på det, og ser dette som ein veldig verdifull undervisning til kvarandre. Fordi medisinsk sengepost er blitt ein veldig stor avdeling på sjukehuset, og då ha vi innspel frå alle saman, alle postane.” (A3)

Sjukepleie I-stillingane har ansvar for å drive faget, halde seg oppdaterte og formidle til dei andre. Avdelinga har kompetanseplan for prioritering det neste året. Sjukehuset har system for avvikshandtering, og avdelinga (leiaren) tek slike saker opp på personalmøte og postmøte.

Kontakt med kommunehelsetenesta

Det er enten gruppleiaren eller den som har rommet den dagen, som har ansvar for å ha kontakt med kommunehelsetenesta. Det kan variere frå dag til dag kven dette er. Dei prøver å sikre ein viss kontinuitet ved å vere bevisste på arbeidsfordeling og skriftleg dokumentasjon:

”Men det vi ofte prøve er at den som er der på ettermiddagen har same pasienten neste dag og så prøve å få litt kontinuitet i det på den måten.” (A2). Og: ”Men så har vi jo i forhold til rapportsystemet i DIPS⁵, så har vi jo tverrfaglig område som vi skrive alltid sånn i kontakten i mellom de ulike instansane(…)”.(A3).

Dei har kontaktsjukepleiar for pasientar som ligg lenge inne. Då er det den som har det ansvaret for koordineringa med kommunen. I særskilde høve kan det vere at leiar eller fagutviklingssjukepleiar tek kontakt med kommunen.

⁵DIPS er eit datasystem for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal for sjukehus – eit elektronisk helseinformasjonssystem. Henta frå DIPS sine heimesider 06.10.10)

5.3.3 Avtalar og skrivne rutinar

Det finst avtalar kring samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, både på nasjonalt og lokalt plan. Mine informantar står i den direkte pasientkontakten og den daglege samordninga med andre tenesteytarar. Eg spurde dei om kva dei kjende til av avtalar mellom kommune og sjukehus, og om det er oppretta fora for kommunikasjon og samarbeid på tvers av tenestenivåa. I sine svar kjem det fram at dei kjenner lite eller ikkje til slike avtalar, fora for samarbeid, interkommunalt samarbeid, hospiteringsordningar. Leiarane, B1 og C1, trur det finst avtalar og møte på overordna nivå. B1 seier det slik:

”Det trur eg at det gjer, men eg trur at avtalane fins mellom pleie- og omsorgsleiar og helse- og sosialsjef. Dei har nokon sånne samhandlingsavtalar, det veit eg at dei har(...). Eg veit jo at dei er på møte som involverer sjukehus og sånt, men om dette berre er sånn eingangsmøte eg har høyrte om eller fast etablerte fora dei har, det veit eg ikkje. Men eg vet jo at (namn pleie- og omsorgsleiar) har vore litt sånn inni dette som går på samhandling med sjukehus opp imot kommunehelsetenesta.”

I høve hospitering er det nokre av informantane som har høyrte om enkeltpersonar som har hospitert på sjukehuset. Ein informant har sjølv hospitert på ein poliklinikk – ut frå eige initiativ (C2). Elles trekkjer fleire fram eksempel på kontakt med sjukehuset der det har vore behov for opplæring og oppfølging rundt enkeltpasientar.

Informantane fekk spørsmål om det var utarbeidd rutine for informasjonsutveksling når ein pasient blir lagd inn på sjukehus, og i så fall innhaldet i den. På begge sjukeheimane svara dei med: ”Veit du, eg er ikkje sikker” (B1), ”Nei, det er det sikkert, men ikkje så eg kjem på no då” (C2). Dette er utsegner både frå leiarane og sjukepleiarane. To av informantane, ein frå kvar av sjukeheimane, seier vidare:

”Eg veit kva eg må gjere. Eg ha jobba her såpass lenge no at eg veit kva eg må gjere i sånn nokolunde rekkefølge, i alle fall(...) Eg trur vi gjer ting veldig likt. Ja, alle saman faktisk.” (C3), og: ”Nei, men vi er jo innforstått vi sjukepleiarane med kva det er vi skal gjere.”(B2).

Ved sjukeheim C vil dei gå i gang med å utarbeide ein rutine som seier kva dei må gjere når pasientane skal leggest inn på sjukehuset. C2 vil saman med avdelingsleiar gå inn og sette ein standard og lage eit informasjonsskriv om kor viktig dette er.

Eit av spørsmåla i intervjuguiden var korleis dei forklarar det dersom samhandlinga ikkje føregår i tråd med skrivne avtalar og rutinar. Sidan føregåande spørsmål avdekte at dei ikkje kjende til slike avtalar eller hadde skrivne rutinar, så fall dette spørsmålet ut. Dei hadde ikkje grunnlag for å vurdere praksis opp mot avtalar som dei ikkje kjenner til.

Sjukehusavdeling – case A

Informant A1 kjenner til avtalar mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, og ulike fora for samhandling og hospitering. I avtalen om samhandling med kommunehelsetenesta står det ikkje spesielt mykje om pasient frå sjukeheim. Sjukehusavdelinga har generelt stor kontakt med kommunane: ”Det er jo dei pasientane vi har.” Når det gjeld hospitering, seier informanten at rammene gjer det vanskeleg. Sjukepleiarane kan ikkje erstatte kvarandre. Då kjem det inn spørsmål om vikar og økonomi (A1). Dei andre to informantane kjenner lite til avtalar. A2 veit om fora på overordna nivå, men ynskjer noko meir på lågare nivå. Ho kjenner til avtale om at kommunen skal ha varsel tre dagar før utskriving av pasient.

Elles seier A1 ein del om forskrifta for ”utskrivingsklar pasient”⁶, og at den blir brukt veldig hyppig. Dette gjeld lite for dei pasientane som har sjukeheims plass.

Det er ikkje utarbeidd rutine for informasjonsutveksling mellom sjukehusavdelinga og sjukeheim når ein pasient blir lagd inn. Dei har rutinar på å ta kontakt ved innlegging når det er behov for å avklare heimesituasjonen til pasienten.

5.3.4 Oppsummering

Kommuneorganiseringa er ulik i casa, der kommune B er ein trenivå-kommune, mens kommune C er organisert i to nivå. Sjukeheim B har til saman 40 pasientar med 8 korttidsplassar. Sjukeheim C har 69 pasientar, der 3 er korttidsplassar. Sjukeheimane er organiserte i avdelingar med 24–27 pasientar og mindre grupper på 8–11 pasientar. Personalet har sin base i ei gruppe, men går på tvers av desse når det er behov for det.

Begge sjukeheimane har ei grunnbemanning som skal sikre at det alltid er sjukepleiar på kvar avdeling eller gruppe, og eit system for bakvakt ved sjukdom og ledige stillingar. På slike vakter kan ein sjukepleiar ha ansvar for heile sjukeheimen, og ved sjukeheim B har dei i tillegg eit slikt samarbeid med heimesjukepleia på nattevaktene.

På sjukeheim B, der sjukepleiarane har ein del bakvakter, har dei system og praksis på munnleg og skriftleg rapportering på tvers av avdelingane. Elektronisk dokumentasjons-

⁶ Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. Henta frå Lovdata 17.10.10.

system Gerica blir brukt ved begge sjukeheimane. Det er utsegner som kan tyde på at dette er meir oppdatert og i aktiv bruk ved B enn C. Samstundes har sjukeheim C ”multidosesystem” for medikamenthandtering og ”stellebeskrivelsar” utanom Gerica, og må dermed inn på fleire system for å hente ut informasjon om pasienten.

Begge sjukeheimane har fast tilsynslege som har vore der over mange år og som kjenner pasientane. Legane har legevisitt ein dag i veka, men stiller opp og er tilgjengelege utover det og utover vanleg kontortid. Kommunane B og C er begge med i ei interkommunal legevaktsordning, der vakthavande lege er stasjonert på næraste sjukehus. Informantane uttrykkjer ulike typar erfaring med ordninga. Når legevakta er inne i biletet, endar det oftare med sjukehusinnlegging, det er eit større ansvar på sjukepleiarane, og det er vanskelegare ved bakvakt når ein sjølv ikkje kjenner pasienten. Ved sjukeheim C kjem legen på sjukeheimen og vurderer pasienten der, mens ved sjukeheim B må pasienten eventuelt sendast med ambulanse til sjukehuset for å bli undersøkt og vurdert i høve sjukehusinnlegging.

Det er i hovudsak sjukepleiar på vakt som har ansvar for kontakt med sjukehuset når ein pasient frå sjukeheim er innlagd der. Sjukeheim C har ordning med primærkontaktar for pasientane, og denne vil ha eit ansvar for kontakt med sjukehuset. På sjukeheim B har avdelingssjukepleiaren eit ansvar for kontakten.

Begge sjukeheimane har organisert arbeids- og ansvarsoppgåver i avdelinga ved at personale har tildelt ansvar for sitt fagområde. Omfanget er ulikt: B nemner fire slike område, mens det på C er over ti. Sjukeheim C har ei organisering og leiing som legg til rette for faglege og pasientretta diskusjonar, intern undervisning og rettleiing og personalsaker. Samstundes seier sjukepleiarane at det føregår faglege diskusjonar og refleksjonar i pausar og vaktskifte (”uorganisert”). Informantane ved sjukeheim B seier ikkje noko om faste møte og liknande ordningar der. Nokre av personalet har eit fagområde dei har særskilt ansvar for, og dei blir gjerne brukte som ressurspersonar i avdelinga. Felles for sjukeheim B og C er at informantane kjenner lite til skrivne rutinar generelt – om det finst og kva dei eventuelt inneheld. Unntaket er leiaren i sjukeheim B, som fortel om eit nytt kvalitetssikringssystem dei skal innføre.

Sjukeheimane har system for avvikshandtering. Ved sjukeheim C har dei ulike møte der leiar tek opp slike saker. Informantane ved sjukeheim B seier ikkje noko om tilsvarande system for oppfølging av avvik.

Sjukehusavdeling – case A

Sjukehusavdelinga er delt inn i tre grupper ut frå fagspesialitetar. Personalet har sin base i ei av gruppene, men går på tvers av desse når det er behov for det. Det er gruppeleiar på vakta som har ansvar for legevisitt og arbeidsfordeling innbyrdes i gruppa den vakta. Det er enten gruppeleiaren eller den som har ansvar for pasienten den dagen, som har ansvar for å ha kontakt med kommunehelsetenesta/sjukeheimen. Det vil variere frå dag til dag kven dette er, sjølv om dei prøver å sikre ein viss kontinuitet gjennom arbeidsfordelinga.

Sjukehusavdelinga har ein fagutviklingssjukepleiar, og dei har sjukepleie I-stillingar innan alle fagspesialitetane. Sjukepleie I-stillingane har ansvar for sine fagområde, følgje med utvikling og vidareføre det til personalet, og dei blir prioriterte i høve kurs, oppdatering. Det er organisert og blir gjennomført faste møte i avdelinga. Sjukehuset har system for avviksmelding, og leiaren tek slike saker på personalmøte/postmøte. Det er organisert og lagt til rette for møtepunkt i avdelinga, med arena for faglege diskusjonar, undervisning, refleksjon, påminning.

Avtalar og rutinar

Informantane kjenner lite eller ikkje til avtalar og fora for samarbeid mellom sjukehus og kommune. Dei gjev nokre eksempel på møte på overordna leiarnivå, på hospitering, og samarbeid og opplæring rundt enkeltbrukarar. Unntaket er leiaren ved sjukehusavdelinga. Ho har god kjennskap til ulike samhandlingsavtalar, ulike møtepunkt og hospiteringsordningar. Ifølgje henne står det ikkje spesielt mykje om pasient frå sjukeheim i samhandlingsavtalen.

Informantane ved sjukeheimane veit ikkje om, eller er usikre på, om det finst skrivne rutinar for informasjonsutveksling ved sjukehusinnlegging. Ved sjukeheim C vil dei arbeide med å få på plass ein slik rutine. Sjukehusavdelinga har ikkje skrivne rutinar som seier noko om informasjon ved mottak av sjukeheimspasient. Dei har rutinar for å innhente informasjon når det er behov for å avklare heimesituasjonen til pasienten.

5.4 Ressursar og kompetanse

Ein av faktorane som kan verke inn på samhandling mellom sjukeheim og sjukehus, er kva personalressursar organisasjonen har tilgjengeleg – både gjennom tal stillingar og kva utdanning dei tilsette har. Eg ville sjå om informantane knytte sine forklaringar til dette, og

Samstundes i kva grad det var likskap mellom casa i studien. Samstundes ynskte eg å få fram informantane si oppfatning av eigen kompetanse i avdelinga, og i kva grad denne verka inn på deira arbeidsoppgåver og prioriteringar.

5.4.1 Bemanning

Sjukeheim B har ei grunnbemanning som skal sikre at det er sjukepleiar på kvar avdeling på alle vakter, men ledige stillingar og sjukdom gjer at det ikkje er slik, spesielt på ettermiddag og helg. Informantane ved sjukeheim C seier at avdelinga har god sjukepleiardekning. Det er ikkje ledige sjukepleiestillingar, og det er to til tre sjukepleiarar på vakt på dagtid. Det er sjeldan behov for bakvakt for eiga avdeling, men på grunn av sjukefråvær kan dei ha bakvakt for den andre avdelinga.

5.4.2 Kompetanse i eiga avdeling

Under spørsmål om sjukepleiekompetanse ved sjukeheimane kom vi i samtalen inn på vidareutdanning. Det viste seg at det var forskjell mellom sjukeheimane. Ved B var det ein sjukepleiar med vidareutdanning i demens, og nokre sjukepleiarar på sjukeheimen heldt på med vidareutdanning. Ved C var det mange sjukepleiarar (over 10) med vidareutdanning innan ulike felt, og nokre hjelpepleiarar. Der får dei tilsette permisjon med lønn på ”skuledagar”, dei får dekt noko utgifter til bøker og får lønnsauke etter kvart som dei tek eksamen i emne.

Avdelingsleiarane ved sjukeheimane har begge over 10 års leiarerfaring i kommunehelsetenesta. Avdelingsleiareren ved sjukeheim C har vidareutdanning i organisasjon og leing, mens avdelingsleiareren ved sjukeheim B ikkje har formell vidareutdanning: ”Har gått nokon sånne leiarkurs, men ikkje rein administrativ utdanning” (B1).

Informantane ved sjukeheimane svarar mykje likt når eg ber dei seie noko om eigen kompetanse, og kva dei ynskjer for pasientane. Dei ynskjer å ha pasientane på sjukeheimen, unngå unødige innleggingar i sjukehus, og at dei kjem raskt tilbake. Dei vil så langt som råd behandle det dei kan på sjukeheimen, for å unngå unødig belastning for pasienten.

Informantane seier dei ynskjer å ”utvide” dette ut frå slik det er i dag, ha meir ansvar, dekke fleire oppgåver. Informant B1 gjev eksempel som: ”Ein kunne jo ha gitt ei blodoverføring hadde ein forsatt hatt det. Det kan vi ikkje(...). Det vil vere med antibiotika – vi har ikkje

tilrettelagt for å gjøre det.” Personalet er kunnskapshungrige, dei ynskjer å lære, ta utfordringar. Sjukeheim C har i samarbeid med sjukehuset gjennomført eit prosjekt som dei kallar ”Intravenøse sjukeheimar”. Sjukepleiarar ved medisinsk avdeling på sjukehuset har gjennomført opplæring og repetisjon i veneflonsetting for sjukepleiarane ved sjukeheimen, slik at dei kan vere med å administrere behandling som krev intravenøs tilførsel, t.d. antibiotika. Informant C2 seier dette har vore svært positivt:

”Det vart opplevd veldig positivt. Så alle, samtlege av sjukepleiarane, syntes det var spennande. Eg trur faktisk det er noko som dei ser på som ei utfordring då. Dei kjem i gang, for det er jo berre heilt i startfasen no då. At vi kan få lov til å behalde brukarane våre lengst mulig her, og ikkje nødvendigvis sende dei opp, eller få dei tidlegare tilbake igjen.”

Informantane ved sjukeheim C seier det er god sjukepleiardekning på avdelinga, at dei har god kompetanse. Det er mange sjukepleiarar med vidareutdanning, og stabilt personale. C1 tek dette som teikn på at dei trivst. Informant C3 seier det same om sjukepleiekompetansen, men stiller litt spørsmål ved korleis den blir nytta i avdelinga: ”(...) ledelsen. At dei oppover i systemet kunne ha brukt det meir. Rett og slett. For vi sitte på mye fagkompetanse i avdelinga som ikkje blir brukt.” Ho opplever at kompetansen blir verdsett i samarbeidet med lege.

Sjukeheim B seier at for å ta fleire behandlingsoppgåver på sjukeheimen og redusere sjukehusinnleggingar, må sjukepleiar- og legedekninga ved sjukeheimen styrkast, og det trengst utstyr. Informantane sine utsegner kan kaste lys over dette:

”På helg og ettermiddag så er eg ofte den einaste sjukepleier som er her.”(B3), og: ”(...) det er jo ein del ufaglærde personale og dei har jo fått praktisk opplæring av dei andre her(...) kanskje oppleve at det ikkje alltid er – men sånn er det jo overalt.” (B2).

Informant B1 uttrykkjer at auka ansvar, utvida arbeidsoppgåver vil gjere det interessant å jobbe der og vil vere positivt i høve rekruttering. Ho ser desse faglege utfordringane i samanheng med samhandlingsreforma.

Innlegging i sjukehus

Sjukeheimspasientane blir lagde inn på sjukehus når det er behov for undersøking eller behandling som dei ikkje kan gje i kommunen. Informantane gjev døme: infeksjonar som krev antibiotikabehandling intravenøst, operasjonskrevjande behandling, fall med mistanke om brot, akutte sjukdommar som hjerteinfarkt, lungeødem, hjerneslag, blodoverføring, utredning der det er mistanke om kreft. Pårørande kan ynskje sjukehusinnlegging. Informant

C3 uttrykkjer at det ofte er vanskelege vurderingar om ein pasient bør eller skal leggst inn på sjukehus:

”(...)vi har jo veldig mange forskjellige pasientar i avdelinga. Den geriatrike pasient er jo ikkje berre gamle og pleietrengande. Dei ”friske” bebuarane, dei syns eg bør alltid leggst inn viss det er noko. Men så har du dei her som, mange seier det rett ut, at dei er mett av dage, dei ynskjer å dø, dei orkar kanskje ikkje innta verken mat eller drikke lenger. Det er ein kamp. Livet er blitt ein kamp for dei. Då er eg ikkje alltid heilt sikker på om – Så har du dei som har hatt mange års sjukdom som – Det er ikkje lett.”

5.4.3 Sjukehusavdeling: Kompetanse i eiga avdeling

Informantane seier dei har god kompetanse i høve eldre. Dei er bevisste på dei eldre og er gode på å identifisere deira behov. Dei har fleire sjukepleiarar med vidareutdanning i geriatri, og dei har mange i avdelinga med lang erfaring:

”Eg meiner at kompetansen er kjempegod på akkurat det, fordi at det er ufatteleg mange her som ha jobba her i fleirfoldige år og vi ha på ein måte heile tida hatt denne her type pasientar. Så kompetansen er kjempestor på den(...). Og ein opparbeider seg ein erfaringskompetanse på dette.” (A1)

Innlegging i sjukehus

Sjukeheimspasienten bør leggst inn på sjukehus ved infeksjon, dehydrering, til utredning, og ved lindring dersom det ikkje er mogeleg å få til i kommunen. Infeksjonar bør behandlast ute dersom dei har kompetanse. På spørsmål om kvifor ein del av desse tilstandane ikkje blir behandla i kommunen, seier informantane at det går på kompetanse og sjukepleiardekning: ”Ja, for er det éin sjukepleiar på 60 pasientar så skjønner eg på ein måte at dei ikkje kan ta ansvar for pasientar som er akutt sjuke.” (A2). Andre faktorar er pårørande, usikre legar, legevaktsordning: ”Kjem det folk ifrå ein utkantkommune, eit stykkje ifrå, så snur ein ikkje dei og sende dei heim om kvelden. Det gjer ein ikkje. Det har vore ein lang tur” (A1).

5.4.4 Oppsummering

Sjukeheim B har dårlegare sjukepleiedekning enn C, slik at bruk av bakvakt skjer i større grad der. Sjukepleiarane, med unntak av ein, seier det er stort ansvar å vere åleine, og utrygt når dei ikkje kjenner pasientane på den avdelinga dei har bakvakt for.

Sjukeheim C har langt fleire sjukepleiarar med vidareutdanning enn B. Dei har ordningar for permisjon og økonomisk støtte under utdanning, og lønnskompensasjon etter avslutta eksamen.

Ved begge sjukeheimane seier informantane at dei ynskjer å ha pasientane på sjukeheimen. Dei ynskjer å behandle det dei kan der, og at pasientane kjem raskt tilbake dersom dei må inn på sjukehus. Dei ynskjer å ”utvide” sitt ansvar og sine oppgåver ut frå slik det er i dag. Personalet ynskjer å ta utfordringar. Her seier sjukeheim C at dei har god sjukepleiardekning og god kompetanse i avdelinga, medan sjukeheim B seier at dette må styrkast dersom dei skal ha større ansvar. Sjukeheimspasientane blir lagde inn på sjukehus når dei har behov for undersøking eller behandling som dei ikkje kan gje i kommunen. Desse vurderings-situasjonane kan opplevast fagleg og etisk vanskelege. Sjukeheim B seier at noko av innleggingane kunne vore unngått dersom dei hadde hatt utstyr og nok folk på sjukeheimen, som t.d. sjukepleiar på natt.

Ved sjukehusavdelinga vurderer dei sin eigen kompetanse på eldre pasientar som god, og viser til vidareutdanning, erfaring og fokus på det i avdelinga.

5.5 Organisasjonskultur

Eitt av forskingsspørsmåla er korleis aktørane vurderer samordninga mellom sjukehus og sjukeheim ut frå fagleg kvalitet på tenesta og helsepolitiske føringar og krav, og korleis vil dei som står i den daglege samhandlinga forklare det dersom samordninga ikkje fungerer etter intensjonane. Eg har ynskje om å få fram informantane sitt syn på ”den andre” sin kompetanse, og korleis dei vurderer eigen kompetanse i høve den andre sin.

Er informasjon viktig?

I samtalane om samhandling rundt sjukehusinnlegging kom vi inn på informantane sine vurderingar av om deira informasjon er viktig, kvifor den er viktig, og kva som kan vere forklaringar dersom den ikkje er med inn. Informantane ved begge sjukeheimane seier at deira informasjon om pasienten er viktig for sjukehuset å få. C1 seier:

”Dei er ofte sjuke og ikkje greie å gjere rede for seg sjølv, og ikkje alle har pårørande som er med dei opp. Og vi kjenner dei og veit kortid dei likar å vere oppe, og kva stell dei skal ha(...). Alle sånne ting. Då syns eg vi må formidle vidare til sjukehuset for at dei skal få best mulig oppfølging. Sjå heile pas, ikkje berre sjukdommen.”

Informantane C2 og C3 legg vekt på at ved å kjenne til pasienten sine vanar og ikkje berre diagnose, så vil det skape tryggleik for pasienten i ein situasjon prega av omvelting og uro.

Ved sjukeheim B kjem desse vurderingane først fram når eg spør direkte etter det. B1 seier at det er viktig å gje informasjon om medisin, pleie, stell, korleis dagen brukar å vere, og trekkjer fram eksempel på funksjonsområde. B2 seier: ”Ja, den går jo på punkta i ein pleieplan – alt ifrå funksjonsstatus, væske, ernæring, eliminasjon, søvn, kvile – såne ting.”

Når det gjeld korleis dei forklarar det når informasjonen ikkje følgjer pasienten, t.d. sjukepleieskriv eller telefonkontakt, så har informantane ulike utsegner. Fleire seier det er lita tid som er årsaka til at dei ikkje får sendt med sjukepleieskriv, ”(...) at det rett og slett berre blir glømt i farten.” (C2). Informant C2 seier vidare at dei i akutsituasjonane må vere med pasienten, og det dei får tid til er å skrive ut medisinar. B2 seier at informasjon mellom sjukeheim og sjukehus er ein forpliktelse:

”I forhold til det med informasjon så er det vel ein slags forpliktelse begge vegar. At dersom vi for eksempel skal ta imot pasientar, blir oppringt i frå sjukehuset og får informasjon om pasienten. Å viss det gjeld ei innlegging så at dei får informasjon frå oss (...). Eg ser jo det som naturleg.”

Vidare seier ho at det er ulike pasientar, og dei som er klare og orienterte seier frå sjølv på sjukehuset.

Fleire informantar gjev uttrykk for at dei opplever det positivt når dei tek kontakt med sjukehuset. Sjukepleiarane der er ofte takknemlege og synest det er veldig greitt at dei gjer det. Informant C3 opplever at samarbeidet med sjukehuset er godt.

Sjukehusavdeling – case A

Informantane på sjukehuset ynskjer og har behov for informasjon om pasienten frå sjukeheim. Dei manglar informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå, psykiske og mentale status, familieforhold og historie. Særskilt blir dei demente pasientane trekte fram, her eksemplifisert ved utsegner frå A1:

”Det er mange av desse pasientane som ikkje kan formidle noko som helst sjølv når dei kjem inn, og då er no vi veldig avhengig av å vite korleis vi skal behandle dei.” Og vidare: ”Og dette der å då få med litt opplysninga om kven dei er, og om dei ha vore gifte, om familie og kva slag yrke har dei hatt, og kva likar dei å ete.”

Alle informantane er tydelege på at informasjonen har betydning for den pleie og behandling pasienten får på sjukehuset. A2 seier det slik:

”Viss ikkje vi veit funksjonsnivået til pasienten før han blir innlagt, så har vi veldig lite å – det er veldig vanskeleg for oss å vite kva vi kan forvente(...) det er veldig vanskelig for oss å vite kva behandling, kor mykje vi skal pusje pasienten – berre i forhold til det med aktivitet og sånne ting - vite funksjonsnivået (...).”

Eg spurde informantane ved sjukehusavdelinga om kva dei meinte var grunnen til at det var så mangelfull informasjon om sjukeheimspasienten. ”Ikkje tid” var eit svar som gjekk igjen, særskilt ved akuttinnleggingar. Elles seier dei at kanskje personalet på sjukeheimen trur at den informasjonen dei har ikkje er viktig for sjukehuset, og at det ikkje er noko spesielt med den eldre. A1 seier det kan tyde på at dei undervurderer seg sjølve. A2 seier noko meir om dette og kva ein trur ”den andre treng”:

”(...) kanskje at dei rett og slett ikkje tenkjer over det(...). Eg veit ikkje om det er fordi at vi er spesialisthelsetenesta og dei tenke at det er ikkje relevant informasjon, at det er ikkje noko vi bryr oss med, eller – eg veit ikkje eg. Men det er jo det som vi drive med her. Den spesialistdelen er jo veldig liten del av det vi drive med. Mesteparten går jo på den generelle pleien sånn som dei gjer der ute. Men eg veit ikkje om dei på ein måte trur at vi ikkje har bruk for det.”

Informant A1 seier noko om at ein sit på kvar sin stad, har ulike retningslinjer og forventningar, og at det må arbeidast for felles forståing av avtalar og rutinar. Kva informasjon som kjem med frå innleggande lege, og kor oppdatert denne er, kan vere avhengig om det er tilsynslegen eller ein ukjend vaktlege som legg inn pasienten.

5.5.1 Kompetansen til “dei andre”

På spørsmål om korleis dei vurderer kompetansen til personalet på sjukehuset i møte med den eldre sjukeheimspasienten, seier informantane ved sjukeheim B at sjukehuset har for lite fokus på rehabilitering og heimesituasjonen til pasienten. Det går ikkje på kompetansen, men sjukehuset er ”behandlingsarena”. Det burde vore meir lagt vekt på grunnleggande sjukepleie og å ivareta pasienten sine funksjonar. Dei ser ikkje heilskap, dei ser på det pasienten er lagd inn for. B1 saknar mest kompetanse og ”hjelp” frå spesialisthelsetenesta i høve demens og alderspsykiatri. Ho kritiserer nedlegging av geriatri teamet og har dårleg erfaring med den polikliniske vurderinga av desse pasientane.

Informantane ved sjukeheim C meiner at sjukehuset sin kompetanse er god i høve den eldre sjukeheimspasienten, men det kan vere mangel på kunnskap i høve demens og at det kan ligge mange diagnosar bak som kan forverre tilstanden. Ein informant synest det har betra seg. For

å få kontinuitet, må sjukeheimen gje dei informasjon om pasienten:

”Eg tenkje den er god. Berre vi gir informasjon til dei om den pasienten, det som gjelde den pasienten vår. At han får kontinuitet i sine behov.” (C1).

Sjukehusavdeling – case A

Kompetanse sjukeheim

I samtalen rundt spørsmåla om kor tid sjukeheimspasienten skal eller bør leggst inn på sjukehus, og ulike årsaker til sjukehusinnlegging, sa informantane noko om deira oppleving av kompetansen på sjukeheimane. Dei stiller spørsmål ved ein del innleggingar, og at det er sjukeheimar som ikkje har kompetanse til å gje væskebehandling:

”Og av og til så stille vi jo spørsmålet: Kvifor i alle dage kjeme dei inn? Altså då har du dei som er døyande, som hadde hatt det mykje bedre der dei var kjende, dei har vi ein del ut av. Og så er det kanskje dei som er dehydrerte som kjem inn. Og då tenkje vi: Kjære vene, har dei ikkje sjukepleiarar på sjukeheimen som kan henge opp ein liter væske?” (A1).

Andre sjukeheimar er gode på det å ta inn pasientar for å observere og kartlegge, og pasienten unngår sjukehusinnlegging. Informantane seier at dei på sjukeheimane har ”fantastisk kompetanse på det som går på andre ting” (A1), og at det er av stor betydning at dei formidlar informasjon om pasienten ved sjukehusinnlegging. A2 seier om den manglande informasjonen: ”(...) det er så mange ting som er usagt der ute, som dei ikkje tenke over når dei skal forte seg å sende en pasient inn (...).”

5.5.2 Kompetanse sjukehus versus sjukeheim

Informantane på sjukeheimane kom i samtalan med utsegner og meiningar om kompetansen på sjukehuset i høve deira i eigen kompetanse, samstundes som dei såg det i samanheng med deira informasjon og kjennskap til pasienten. Ved begge sjukeheimane seier dei at den informasjonen og kunnskapen dei har om pasienten har betydning for den pleie og behandling pasienten får på sjukehuset (jf. s.75). Det kan vere observasjonar som er gjort på sjukeheimen, pasienten sin funksjonsstatus, til dømes væske, ernæring, eliminasjon, søvn, kvile – det som vil vere av informasjon i eit sjukepleieskriv, og sjukehuset kan vere førebudde på pasienten før han kjem i avdelinga. Ein av informantane seier at det er ikkje alltid ho opplever at informasjonen frå dei er viktig for sjukehuset, og forklarar det med kort liggetid der pasienten får behandling og så kjem raskt ut att.

B1 seier ved eitt høve at personalet på sjukehuset har kompetanse på eit høgare nivå. Elles er det blant informantane ved sjukeheim B utsegner som:

”(...) vi kjenne dei jo, gjerne desse småtinga og gjerne det som skal til da som kan vere noko positivt for pasienten. Og det gjer jo gjerne ikkje dei på sjukehuset.” (B2), og: ”Eg trur vi har akkurat like god kompetanse til å sjå pasienten, men symptoma og behandling veit dei nok meir.” (B3).

Informant C3 seier det er snakk om ulik kompetanse, ikkje at den eine har høgare kompetanse enn den andre. Personalet på sjukehus har større sjukdomsrelatert diagnosekompetanse, mens dei på sjukeheimen ser heilskapen betre. Ein annan stad gjev same informant eit eksempel der sjukepleiarane på sjukeheimen blir kalla for ”B-sjukepleiarar”:

”Då var det tett telefonkontakt imellom sjukepleiarane her og sjukepleiarane der oppe. Og i ein sånn faglig diskusjon om pasienten, så hadde sjukepleiaren her fått slengt i øyret at det veit ikkje du, at du er ein B-sjukepleiar (...). Ja, så vi veit jo vi har stempel. Men eg vil tore å påstå at når det gjeld den geriatriske pasient, den eldre pasient, så har vi langt større kompetanse enn dei på sjukehuset.”

Sjukehusavdeling – case A

Alle informantane ved medisinsk avdeling er tydelege på ynskje og behov for informasjon om pasienten frå sjukeheim, og at den informasjonen har betydning for den pleie og behandling pasienten får. Dei gjev eksempel på kvifor informasjonen er viktig og at dei brukar den. Det er av stor betydning at sjukeheim formidlar informasjon ved innlegging. Informantane ved A gjev uttrykk for at personale i kommunehelsetenesta ikkje trur at sjukehuset har behov for deira informasjon og kunnskap om pasienten, at dei ikkje driv med generell pleie. ”Den spesialistdelen er jo ein veldig liten del av det vi drive med.” (A2).

Hospitering

Det har ikkje vore nokon som har hospitert frå sjukehuset på sjukeheimen, og det er heller ikkje noko snakk om det. Dette er likt for begge sjukeheimane. Informantane ved sjukeheim C ser at det kunne vore nyttig, med tanke på sjukehuset si forståing for organisering av kommunehelsetenesta, og at dei ser det er betre på sjukeheimen enn dei gjerne trur frå før. Ved sjukeheim C har det vore sjukepleiarar som har hospitert på sjukehuset. C1 seier at dei prøver å få til at personalet får hospitere innanfor sine ansvarsområde. C2 seier det har skjedd, men ut frå eige initiativ, at det ikkje er noko system på det. Eine informanten (C3) seier at nytten av å hospitere på sjukehuset vil vere i forhold til prosedyrar og oppdatering på diagnostisering. Nyttan den ”andre vegen”, kva sjukepleiarane på sjukehuset ville lære ved å

vere på sjukeheimen, trekkjer ho fram førebygging, for eksempel trykksår.

Om hospitering seier leiar ved sjukeheim B:

”Men problemet er at så lenge du kallar det hospitering, så får du det ikkje den andre vegen, sant?” Eg: Kvifor får ein ikkje det, tenkjer du? ”Eg veit ikkje. Eg vil jo forundre meg at det ikkje skulle vere nokon som jobbar på sjukehus som skulle ha likt å komme til oss òg. Men kanskje det kan vere reint praktiske ting(...) men eg tenke jo det måtte vere interessant at ein hadde sett kva vi jobba med ute og, altså sant. Det er og med å auke forståelsen begge veier det. (...) Då er det igjen dette med inn og tid. Kven dekkar leige inn her.” (B1).

I samtale om hospitering seier informant A2 at ho ynskjer meir spesialisering når ho skal hospitere, at ho vil hospitere oppover i systemet. Om hospiteringsordningar med kommunane seier ho at sjukepleiar på sjukehus kan gå rett i heimesjukepleie, men ikkje omvendt. A1 seier dette er likeverdig, at sjukepleiarane ikkje kan erstatte kvarandre direkte. Hospitering ut i kommunehelsetenesta er like viktig som at dei kjem inn på sjukehuset. Dei må kjenne til kvarandre sitt arbeid. A2 kjenner ikkje til diskusjonar i avdelinga om dei skal hospitere i kommunehelsetenesta. Både ho og informant A3 ser behovet for å gjere det: ”(...) vi ser alle feila til dei andre”, at dei bør kjenne systemet der betre.

5.5.3 Oppsummering

Ved begge sjukeheimane seier informantane at deira informasjon om pasienten er viktig for sjukehuset å få. Dette er informasjon som ville stå i eit sjukepleieskriv eller kunne bli formidla via telefon. Når denne informasjonsoverføringa ikkje skjer, har dei ulike forklaringar på det. Fleire seier det er lita tid som er årsaka. Andre utsegner er at dei gløymer det, det er ikkje rutine, det er ei forplikting begge vegar, eller det er pasientar som kan gjere greie for seg sjølv.

Både sjukepleiarane og leiaren ved sjukehusavdelinga er tydelege på at dei ynskjer og har behov for informasjon om sjukeheimspasienten, som funksjonsnivå, psykisk og mental status, familieforhold og historie. Det har betydning for den pleie og behandling pasienten får på sjukehuset. Som forklaring på kvifor informasjonen er ufullstendig, seier dei at sjukepleiarane på sjukeheimen ikkje har tid, spesielt ved akuttinnlegging, at ikkje den er viktig for sjukehuset å få, og at det ikkje er noko spesielt med dei eldre. Fleire av informantane på sjukeheimane opplever at sjukehuset er positive når dei tek kontakt inn.

Sjukeheim B seier at sjukehuset har god kompetanse i høve den eldre sjukeheimspasienten, men at dei har for lite fokus på rehabilitering og heimesituasjon. Ved C seier dei òg at sjukehuset har god kompetanse, men at det kan vere mangel i høve demens, og at eldre ofte har mange diagnosar. Informantane ved sjukehusavdelinga seier at sjukeheimane har god kompetanse på sine ting.

Ved sjukehusavdelinga gjev dei uttrykk for at kanskje ikkje personalet på sjukeheimane er klare over sjølve kva dei kan og kor viktig det er at deira kunnskap blir formidla vidare. Samstundes stiller dei spørsmål ved sjukeheimar som ikkje har kompetanse til å gje væskebehandling. På spørsmål om kvifor ein del tilstandar ikkje blir behandla i kommunen, seier dei kompetanse, sjukepleiardekning, pårørande, usikre legar, legevaksordning.

Informantane på sjukeheimane kjem med ulike utsegner om forholdet mellom kompetansen på sjukehuset og sjukeheimen. Samla sett seier dei at sjukehuset og sjukeheimen har ulik kompetanse, at dei er gode på kvar sine felt, sjølv om enkelte refererer til episodar som kan tyde noko anna. Med unntak av éin sjukepleiar seier dei at deira informasjon og kunnskap om pasienten har betydning for den pleie og behandling pasienten får på sjukehuset, og gjev eksempel på det.

Ingen av sjukeheimane har hatt hospitering frå sjukehuset, og det har heller ikkje vore noko snakk om det. Informantane ved sjukeheim C seier det kunne vore nyttig for å auke sjukehuset si forståing for organisering av kommunehelsetenesta og dei faktiske tilhøva ved sjukeheimane. Leiaren ved sjukeheim B seier noko av det same og peikar samstundes på praktiske tilhøve som kan gjere det vanskeleg for den enkelte, og korleis dei skal løyse det med personale og kostnader.

Det er fleire informantar som seier at økonomi, tilgang på personale og manglande system for det, gjer det vanskeleg å gjennomføre hospitering. Informantane ved sjukehusavdelinga seier det er behov for hospitering begge vegar. Det er ulikt kor godt dei kjenner ordningar og diskusjonar, spesielt om dei kan hospitere i kommunane. Ein av sjukepleiarane seier at sjukepleiar på sjukehus kan gå rett i heimesjukepleia, men ikkje omvendt. Leiaren seier dette er likeverdig, og at sjukepleiarane ikkje kan erstatte kvarandre.

5.6 Informantane sine forslag til betre samarbeid

Eg spurde informantane om korleis dei meinte samarbeidet mellom tenestenivåa kunne utviklast, og om dei hadde forslag på tiltak som kunne sikre følgjedokumentasjonen ved innlegging i sjukehus.

Ved sjukeheim B ynskjer dei meir struktur rundt enkeltbrukarar, som t.d. ansvarsgrupper, individuell plan og pleieplan i Gerica. Ein av informantane refererer til situasjonar der ho har vore i kontakt med legevakta, og seier: ”Dette her med å bli lytta til og hørt i visse situasjonar. Men det her med å bli tatt på alvor når du fortelje om pasienten sin situasjon.”(B2). Ei seier at dei på sjukeheimen kan vere tilgjengelege på telefon, ha ein kontaktperson på sjukeheimen, og at kommunikasjonen mellom sjukepleiarane kunne vore betre (B3).

Sjukeheim C vil lage standardrutine for informasjon til sjukehuset ved innlegging. Informant C2 seier dei vil sette ein standard slik at dette kjem på plass: ”(...) som arbeidsleiar eller einingsleiar då, eller vi begge i lag, må på en måte gå inn og – rett og slett sette ein standard då. Eit skriv, tenke eg, informasjon om viktighetsgrad.” Ho gjer greie for korleis dei vil arbeide med slike endringar, og korleis det vil bli gjennomført i praksis, og seier: ”Eg har erfaring med at folk prøva veldig å følgje opp.” For å betre samarbeidet seier C1 at dei må få auka forståing for kvarandre, og at hospitering og felles møte kan vere ein måte å få det til på. Elles trekkjer dei fram ynskje om likt datasystem med sjukehuset, eller at sjukehuset hadde hatt tilgang til Gerica.

Sjukehusavdeling – case A

For å betre samhandlinga med sjukeheimane, ynskjer informantane telefon frå sjukeheimen om dei ikkje har hatt tid til å sende med sjukepleieskriv. Informantane A2 og A3 ynskjer at det skal utarbeidast eit standardskjema ved innlegging, slik som ved søknad om sjukeheimsplass. A2 seier at sjukehuset skal lage skjemaet. Ved å ha eit slikt skjema vil det vere klart at det skal vere med informasjon, at sjukeheimen sender det med og at sjukehuset registrerer om det er med.

Informantane ynskjer betre forståing for og kunnskap om kvarandre, gjerne gjennom hospitering. Det er fort å legge skuld på dei andre i staden for å sjå på eigen praksis. Samarbeidet kan utviklast gjennom nettverksgrupper på grunnflata. Slik dei etablerte fora er i dag, treffer det ikkje behovet i høve til dei som driv med den daglege samhandlinga. Dei bør

invitere personalet i kommunen inn til møte, og gje tidlegare informasjon og tilby opplæring når det er pasientar som har særskilde behov (A1). A1 ynskjer at kommunen tek kontakt med tanke på utskriving, for å få oversikt over kven som er innlagd her frå deira kommune. A2 seier dei i avdelinga kan bli flinkare til å ta kontakt undervegs, og at for å unngå mistydingar burde meir av informasjonen vore skriftleg.

Samhandlingsreforma

Til sist i intervjuet bad eg informantane seie kva dei tenkte om samhandlingsreforma. Kjende dei til den? Kva konsekvensar trur dei den kan få i høve samarbeidet mellom sjukehus og kommune, og kvalitet på tilbodet for den eldre pasienten? Er det positivt eller negativt? Ved begge sjukeheimane seier informantane at dei er positive til samhandlingsreforma, spesielt om det betyr at pasientane kan sleppe sjukehusinnlegging. Dei er positive til dei faglege utfordringane dei som sjukepleiarar får. Informant B1 seier: ”Kompetanse, fag. Så tenke eg at: Yes, dette kan bli noe positivt for kommunane.” Dei seier samstundes at det vil krevje kompetanse og ressursar til kommunen for å klare å gjennomføre dette.

Informantane ved sjukeheim C seier dei vil vere i forkant av samhandlingsreforma, vere førebudde, og viser til prosjektet med opplæring i å sette veneflon (intravenøs sjukeheim). Personalet er positive til dei faglege utfordringane. Ein informant ser utfordringa med nok sengeplassar ved sjukeheimen.

Informantane ved sjukehusavdelinga er positive til samhandlingsreforma. Det er positivt for pasientane å få ein mellomstasjon til å komme seg meir før dei skal heim. I samarbeid med spesialisthelsetenesta kan ein gjere noko utredning i kommunen. Det er bra dersom eldre, spesielt demente pasientar, kan få behandling der dei er i kjende omgjevnader. Det vil krevje ei oppgradering av sjukeheimane. Økonomi og tilgang på kompetanse kan bli vanskeleg. Det må vere på plass i kommunen først. Ein negativ konsekvens kan vere dersom eldre som har behov for spesialistvurdering og behandling ikkje får det, ikkje blir lagde inn på sjukehus. Ein informant er skeptisk til gjennomføring av reforma.

5.6.1 Oppsummering

Ved begge sjukeheimane har informantane forslag til kva som kan betre samarbeidet med spesialisthelsetenesta. Korleis dei brukar eige dokumentasjonssystem (Geric) og mangel på

felles IT-system med sjukehuset, er noko begge sjukeheimane trekkjer fram. Elles går forslaga ved sjukeheim B på betring i enkeltsituasjonar og rundt enkeltbrukarar. Dei har mykje fokus på utskrivings situasjonen, og mindre på eiga teneste og funksjon i samhandlinga. Sjukeheim C har forslag som går på standardrutine og auka forståing mellom tenestenivåa.

Informantane ved sjukehuset har konkrete forslag som standardskjema for sjukepleieskriv, at sjukeheimen ringer når dei ikkje har tid å sende med sjukepleieskriv, og tiltak som kan vere med å auke forståing for og kunnskap om kvarandre, t.d. hospitering og møtepunkt på ”deira” nivå.

Informantane kjenner noko til samhandlingsreforma. Dei er, ut frå slik dei kjenner til den, positive til denne. For sjukeheimane inneber det dei faglege utfordringane dei vil stå overfor, og det dei meiner blir eit tilbod til dei eldre pasientane. Sjukeheim C seier dei vil vere i forkant og har gjennomført eit opplæringsprogram for intravenøs behandling. Ein av sjukepleiarane ved sjukeheim C ser det som ei utfordring å ha nok sengeplassar ved ei slik omlegging. Ved sjukeheim B seier alle informantane at det vil krevje kompetanse og ressursar til kommunen. Informantane ved sjukehusavdelinga seier at for den eldre, spesielt demente, er det bra om dei kan få den hjelpa dei treng i kjende omgjevnader, og positivt med eit tilbod mellom sjukehus og heim. Av utfordringar ser dei kompetanse og økonomi i kommunane, og at dette må vere på plass først. Ein negativ konsekvens kan vere dersom eldre som har behov for spesialistvurdering/-behandling ikkje får det, ikkje blir lagde inn i sjukehus.

5.7 Nokon svar så langt? Oppsummering av funn

Data frå intervju og aktuelle dokument gjev meg så langt nokre svar på spørsmåla i høve samordning av tenesta når den eldre sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus.

Sjukeheimane sender i liten grad med opplysningar som omhandlar pasienten sitt funksjonsnivå, særskilt ved akutte innleggingar. Medisinlister blir prioriterte. Dei tek i varierende grad telefonkontakt med sjukehuset for å gje informasjon om pasienten. Eg ser ein tendens til skilnad mellom sjukeheimane. Dette drøftar eg nærare i kap. 6.1. Sjukehuset gjev uttrykk for at informasjonen om pasienten er mangelfull, men dei har ikkje rutine for å etterspørje denne og gjer det berre i særskilde høve.

Alle informantane seier at informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå, og overføring av kunnskapen som personalet på sjukeheimen har om pasienten, er viktig for den pleie og behandling pasienten får på sjukehuset. Dei grunnjev det ut frå den eldre pasienten sine særskilde behov, og ut frå sjukepleiefaglege vurderingar. Informantane på sjukehuset ynskjer meir informasjon om pasientane ved innlegging.

Det er utarbeidd skriftlege samhandlingsavtalar mellom helseføretaket og kommunane. Det er ein overordna rammeavtale med fleire delavtalar. Felles for sjukeheimane og sjukehuset er at dei har liten eller ingen kjennskap til desse avtalane og etablerte samhandlingsfora. Dei har heller ikkje skrivne rutinar for handling og samhandling når sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus.

Datagrunnlaget seier meg at samordninga av helsetenesta mellom sjukeheim og sjukehus ikkje fungerer etter intensjonane. Med intensjonane meiner eg det å følgje opp målsettingar i offentlege styringsdokument og avtalar, både gjennom formelle rutinar og praksis, samstundes med at aktørane opplever at informasjonsflyten og kunnskapsoverføringa rundt pasienten ikkje er tilstrekkeleg, med tanke på kvalitet på helsetenesta.

Mangel på informasjonsoverføring til sjukehuset blir av alle informantane forklart med dårleg tid i innleggingssituasjonen. Informantane på sjukeheimane seier i tillegg at dei gløymer det, at det ikkje er standardrutine. På sjukehusavdelinga seier dei at personalet på sjukeheimane ikkje trur denne informasjonen er viktig for sjukehuset, og at det ikkje er noko spesielt med den eldre. Når sjukehuset ikkje etterspør manglande opplysningar, forklarar informantane der det med dårleg tid, individuell vurdering, og at det er sjukeheimen sitt ansvar. Sjukeheimane understrekar i fleire høve kjennskap til pasienten som grunnlag for å gjere gode vurderingar og sikre kontinuitet i pleie og behandling, som i neste omgang kan ha betydning for kva og kor mykje informasjon som blir vidareført når pasienten blir flytta til andre delar av helsetenesta.

6 Informasjonsflyt mellom tenestenivå

Føremålet med studien er å sjå på samordninga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta når den eldre omsorgstrengande pasienten har behov for helsehjelp frå begge tenestenivå. Eg har avgrensa fokuset mitt til å sjå kva samhandling som er mellom sjukeheim og sjukehus når sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus, og sjå det i samheng med kvalitet på helsetenesta og overordna styringsdokument.

Først i dette kapittelet gjer eg greie for kva eg finn av informasjonsoverføring ved sjukehusinnlegging og om det er skilnad mellom casa på den avhengige variabelen. Eg vil sjå funna i høve til den opphavlege skilnaden i casa, som er avvik i legemiddelbehandling. Vidare i kapittelet drøftar eg hovudfunna i studien, og diskuterer dei i lys av det teoretiske grunnlaget som er presentert tidlegare.

6.1 Samanlikning av to sett innleggingsrelasjonar i eit fleirnivåsystem

Informasjonsflyt ved innlegging i sjukehus er den avhengige variabelen i studien. Funna viser at overføringa av kunnskap og informasjon om pasienten rundt sjukehusinnlegging skjer i liten grad. Dette gjeld særskilt informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå, kunnskap om pasienten som ville stå i eit sjukepleieskriv. Sjukeheimane sender lite informasjon med inn og tek i varierende grad kontakt med sjukehuset for å formidle opplysningar etter innlegging. Sjukehuset har ikkje rutine på eller etterspør ikkje desse opplysningane, sjølv om dei synest informasjonen er mangelfull. Hovudinstrykket er at både den formaliserte delen av informasjonsoverføring og den uformelle kontakten mellom aktørane er mangelfull, eller i beste fall varierende.

Grunnlaget for utvalet av case i studien var ulikskap mellom sjukeheimane i høve legemiddelbehandling. Helsetilsynet gjennomførte ein systemrevisjon på dette feltet, og problemområda som vart avdekte synest å ha samheng med strukturelle tilhøve i organisasjonane (Helsetilsynet, tilsynsrapportar). Melding om avvik blir gjeve dersom ikkje verksemda oppfyller ulike krav i lovgjevinga, og i dette tilfellet fekk sjukeheim B avviksmelding, men ikkje sjukeheim C.

Tilsynsrapporten frå helsetilsynet viser til ein samheng mellom formelle system i organisasjonen og avvik i høve legemiddelbehandling. Utgangspunktet for den komparative

studien er å sjå om det er slik at når ein organisasjon har formelle system på plass innanfor eit område, som sjukeheim C i høve legemiddelbehandling, så kan ein finne det tilsvarande på andre felt. Eg finn nokre ulikskapar mellom sjukeheim B og C når det gjeld å ha på plass formelle strukturar rundt samordning av helsetenesta til sjukeheimspasienten. Ein skilnad ligg i korleis dei organiserer interne dokumentasjons- og rapportsystem, og leiaren si betyding for å få til gode lokale rutinar i organisasjonen. Sjukeheim B synest å ha eit betre system rundt bruken av Gerica. Dei forhold seg til eitt elektronisk dokumentasjonssystem, og det verkar som dei brukar det og at opplysningane der er oppdaterte. Dei er til ein viss grad førebudde på situasjonar der pasientar skal overførast til sjukehus, ved å ha ein perm som ligg klar med oppdaterte opplysningar om medisin, diagnose og personalia. Samstundes har dei innarbeidde rutinar for munnleg rapport internt i pleie- og omsorgstenesta. Leiar er sentral i kontakten med sjukehuset og for at systema nemnde ovanfor er på plass og blir følgde opp.

Sjukeheim C har fleire elektroniske dokumentasjonssystem, og dermed ulike system å halde seg til når dei skal hente ut informasjon om pasienten. Mitt inntrykk er at den skriftlege informasjonen ikkje alltid er oppdatert, og det verkar som at munnleg rapportering på tvers av avdelingane ikkje er så rutinisert og innarbeidd som ved sjukeheim B. Ved sjukeheim C ser det ut til at leiaren si rolle i høve kontakten med sjukehuset og i oppfølging av informasjon og dokumentasjonssystema i avdelinga er mindre tydeleg.

Av likskap mellom casa finn eg at begge sjukeheimane har tilgjengeleg skjema for sjukepleieopplysningar, sjukepleieskriv. Ingen av dei har skrivne rutinar for informasjonsoverføring ved sjukehusinnlegging, dei kjenner lite eller ikkje til samhandlingsavtalar og samhandlingsfora, og har ikkje system for hospitering mellom tenestenivåa. Sjølv om eg ikkje kan finne dei store forskjellane mellom sjukeheimane, har sjukeheim B ”meir på plass” av formelle system rundt samordning av tenesta og informasjonsflyt ved sjukehusinnlegging. Det syner seg difor at skilnaden mellom casa på den opphavlege avhengige variabelen, avvik i legemiddelbehandling, ikkje går etter dei same linene for informasjonsoverføring ved sjukehusinnlegging.

Sjukeheimane framstår som forholdsvis like når det gjeld overføring av informasjon og kunnskap om sjukeheimspasienten ved sjukehusinnlegging. Medisinliste blir prioritert, mens sjukepleieskriv med opplysningar om pasienten sitt funksjonsnivå sjeldan er med. Når det gjeld den uformelle kontakten, ser det ut til at sjukeheim B har meir rutine på og har i større

grad telefonkontakt med sjukehuset når pasienten er på sjukehuset. Sjølv om det er variasjonar mellom sjukeheimane, og eg ser ein tendens der sjukeheim B er meir i kontakt og sender fleire dokument ved innlegging, har eg lite haldepunkt i materialet for å seie at det er skilnader når det gjeld informasjon som er særskilt viktig for denne pasientgruppa. Aldring og sjukdom fører til funksjonssvikt og behov for hjelp. Sjukeheimspasientar har ofte kombinasjonar av sjukdommar, der aldersdemens er ein av dei mest vanlege (Romøren 2008:33). Samanfall av kompleksitet i høve sjukdom og behandling, saman med pasienten sine reduserte evner til å ta i vare egne ynskje og behov, vil gjere pasienten særskilt sårbar i situasjonar der andre enn dei som kjenner han/henne skal overta ansvar for pleie og behandling. Som sagt tidlegare, er det den type informasjon som blir gjeve i eit sjukepleieskriv eller gjennom munnleg overføring til sjukepleiar på sjukehuset.

Eg har i mitt materiale ikkje noko form for kvantitative data som kan underbygge at det ikkje er særlege skilnader her. Innsyn i pasientopplysningar og rammene for studien sette grenser for det (jf. s.37). Grunnlaget for min analyse er utsegnene til informantane; at dei prøver å sende med sjukepleieskriv når det er planlagde innleggingar, men sjeldan ved akutte. Samstundes er dette samanfallande med det informantane ved sjukehusavdelinga seier om mangelfull og varierende informasjon om sjukeheimspasienten.

Vidare i kapittelet skal eg diskutere funna i studien i lys av teori. Teori kan nyttast for å søkje etter forklaringar og forstå røyndommen. Ved å nytte ulike teoretiske tilnærmingar kan desse forklaringane framstå ulikt – alt etter kva perspektiv ein vel. Eg har i kapittel 2 gjort greie for mi teoretiske tilnærming til denne studien, og diskusjonen av funna gjer eg i lys av eit institusjonelt perspektiv på helseorganisasjonar og profesjonar. Tematisering av diskusjonen er gjort ut frå analysemodellen. Ei slik kategorisering lettar samanlikningar, men samstundes vil det vere naudsynt å sjå på materialet på tvers av desse ”boksane”.

6.2 Samordning i lys av formelle strukturar

Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreforma, er i stor grad retta mot endringar av formelle rammer når den skildrar korleis utfordringane i helse- og omsorgstenestene skal møtast. Tilsynsrapporten om legemiddelhandtering på sjukeheimane viste ein samanheng mellom formelle system i organisasjonen og avvik i høve legemiddelhandtering, og eg har ovanfor kort gjort greie for i kva grad eg finn tilsvarande samanhengar når det gjeld informasjons-

overføring ved sjukehusinnlegging. Samstundes veit vi gjennom organisasjonsteori at strukturelle tilhøve internt i organisasjonen og mellom organisasjonar verkar inn på aktiviteten og samordninga dei imellom (Hatch 2001, Jacobsen og Thorsvik 2002). I dette kapitlet vil eg diskutere nærare tilhøve som synest ha betydning for å forstå funna i min studie.

6.2.1 ”Det er verre, fordi at då kjenner du dei ikkje” – om kontinuitet og avdelingsorganisering

Det kan sjå ut som at kjennskap til pasienten er med å sikre kontinuitet i pleie og behandling, og sikre at opplysningar om pasienten blir overførte til dei som skal overta ansvaret. Faktorar som kan verke inn på dette er interne dokumentasjons- og rapportsystem, kva er ”normalsituasjon” i avdelinga og kva praksis etablerer seg på bakgrunn av det, sjukepleie-dekning og bruk av bakvakt, tilsynslege kontra legevakt, tal korttids plassar og utskifte av pasientar. Dersom det ”å kjenne pasienten” var det avgjerande momentet i denne samanhengen, skulle informasjonsflyten ved sjukehusinnlegging vore betre ved sjukeheim C enn B. Eg kan ikkje sjå at det er slik. Det kan sjå ut som at sjukeheim B kompensere med gode system og praksis for intern kommunikasjon når dei har bakvakt for den andre avdelinga. Samstundes er det ein tilnærma normalsituasjon for dei å ha ansvar for pasientar dei ikkje kjenner så godt, og større grad av pasientutskifting kan gjere at dei har ein meir innarbeidd praksis for informasjonsoverføring til andre delar av tenesta. Dei har organisert for og har ein praksis som gjer at dei til ein viss grad er førebudde på desse situasjonane.

Ein stabil og kjend tilsynslege ser ut til å gje tryggleik og kontinuitet i situasjonar der pasienten treng medisinsk oppfølging og behandling. Dette kjem fram ved begge sjukeheimane. Ulik geografisk avstand fører til ulik praksis ved behov for legevakt. Den ”ekstra” transporten for pasientane på sjukeheim B kan føre til innlegging i sjukehus som ikkje er nødvendig, og den vil truleg vere ei ekstra påkjenning og belastning for pasienten. Det kan vidare tenkjast at i situasjonar der sjukepleiar ikkje veit om pasienten kjem ”heim att” eller blir innlagd, ikkje vil prioritere å bruke tid på å sende med skriftleg informasjon om pasienten. Samstundes blir vurderingssituasjonen der sjukepleiar står åleine, opplevd ekstra stressande med stort ansvar. Det kan gjere til at den delen av informasjonsoverføringa ikkje blir prioritert. Ut frå dette skulle ein forvente at dei ved sjukeheim B sende mindre skriftleg informasjon med pasienten ved akuttinnlegging. Eg har ikkje noko grunnlag for å hevde det. Inntrykket er heller det motsette. På ei anna side treng ikkje dette vere ein

viktig faktor, då tilsynslegen i stor grad er tilgjengeleg og er inne i vurderingssituasjonane, òg ved akutt sjukdom og forverring.

Når det gjeld sjukehusavdelinga, blir grad av kontinuitet påverka av vaktordningar og hyppig pasientutskifting. Dette gjer at personalet på sjukehus i mindre grad blir kjende med pasientane, og det vil stille store krav til intern kommunikasjon og dokumentasjon for å sikre kontinuitet. Dei nyttar det skriftlege dokumentasjonssystemet og har munnlege rapportar i vaktskifta. Det at ansvaret for kontakten med kommunehelsetenesta er lagt til den som har ansvar på kvar vakt, kan føre til ei ”pulverisering” og fråskrivning av dette ansvaret, særskilt når det blir opp til den enkelte sjukepleiar å vurdere om det er behov for å ta kontakt med sjukeheimen for å få opplysningar om pasienten.

Ansvarsfordeling når det gjeld kontakt og formidling av informasjon om pasienten, er plassert ut frå funksjon, ikkje på person i avdelingane. Mange personar kan vere inne i biletet, noko som kan føre til pulverisering av ansvar. Utan skriftlege rutinar og avtalar blir det opp til kvar enkelt å vurdere og gjere prioriteringar rundt samhandlinga. Leiaren si rolle i høve plassering av ansvar og leiing i høve samhandling, både gjennom interne rapportsystem og ut mot andre delar av tenesta, kan bety noko for informasjonsutvekslinga rundt enkeltpasientar og for etableringa av gode samarbeidsforhold mellom tenestenivåa. Eit døme er leiar ved sjukeheim B, som tydeleg har ei rolle og tek eit ansvar for dette.

Det kan sjå ut som at dei interne dokumentasjonssystema ikkje legg godt til rette for informasjonsoverføring til sjukehuset. Samstundes som informantane seier at dei ser moglegheiter ved Gericia i å utvikle betre planar for enkeltpasientar, så etterlyser dei elektroniske system som er felles med sjukehuset, der dei kan ha tilgang til kvarandre sine opplysningar om pasientane, eller på ein enkel måte overføre kunnskapen ut frå dei data som alt ligg der. Det blir vist til at tilvising frå legane skjer elektronisk og kjem rett inn i DIPS. Ut frå mine sekundærdata kan det sjå ut som at det blir arbeidd med dette, og at det skal prioriterast etter kvart. Det er etter det eg veit ikkje tidfesta.

Møtet mellom den profesjonelle sitt ansvar og organisasjonen sine formelle system

Kjennskap til pasienten og kontinuitet i pleie og behandling blir av informantane trekt fram som viktig i vurderingssituasjonar og som grunnlag for å kunne overføre informasjon til

andre. I den samanheng kan det vere nyttig å sjå på korleis formell organisering kan verke inn på grad av kontinuitet rundt den eldre omsorgstrengande pasienten.

I helseorganisasjonar som sjukeheim og sjukehus er det heildøgnsdrift med personale i vaktordningar, dei tilhøyre ulike yrkesgrupper og profesjonar og har ulik kompetanse. Ansvar for oppfølging av den enkelte pasient vil ligge til den som er på vakt. Kvardagen er prega av omskifte både med tanke på pasientar og personale, og det oppstår situasjonar ein ikkje alltid kan føresjå (Skjørshammer 2004, Øgar og Hovland 2004). Det er organisasjonar som gjer det vanskeleg å la ansvaret for kontinuitet og oppfølging vere eit personleg ansvar. Det må vere ei organisering som sikrar at dette likevel skjer – uavhengig av den enkelte person, eit system som sikrar informasjonsoverføring i situasjonar der nye personar kjem inn og skal ha ansvar for pasienten. Munnleg og skriftleg rapportsystem er med å sikre informasjons- og kunnskapsoverføring om pasienten frå vakt til vakt. Dersom dette ikkje blir følgt opp, vil det fort kunne bli ein svikt, og den som skal overta kan gå glipp av viktig kunnskap om pasienten. Når sjukeheimane problematiserer dette med bakgrunn i bruk av sjukepleiar på bakvakt, og legevakt som ikkje kjenner pasienten, så kan det vere at desse rapportsystema ikkje vert opplevde som gode nok for å sikre kjennskap til og oversikt over pasientsituasjonane.

I kva grad det er ei tydeleg ansvars plassering i slike situasjonar, kan òg tenkjast å verke inn. Sjølv om rapportsystema er på plass, kan usikre tilhøve rundt ansvar for desse gjere til at dei blir mindre brukte eller ikkje formidlar den informasjonen som er nødvendig. Sjukeheimane er forholdsvis like når det gjeld storleik og pasientgrunnlag, og avdelingsorganisering med avdelingsleiar og inndeling i mindre grupper. Det same gjeld måten dei organiserer bakvakt i sjukepleietenesta, tilsynslege og legevakt. Ut frå funna i studien ser det ut til at ansvars plassering rundt informasjonsoverføring og samordning mellom tenestenivåa er uklår. Konsekvensen kan bli at det er lettare for den enkelte aktøren å fråskrive seg ansvaret for denne delen av tenesta. Dette samsvarar med funn i ein litteraturstudie av sjukepleiarar sine erfaringar av kommunikasjon mellom somatiske sjukehus og heimesjukepleie. Uklare ansvarsforhold rundt planlegging av utskriving tvinga sjukepleiarane til sjølv å bedømme eige ansvarsområde, noko som blir forklart ut frå mangel på rutinar og sjukepleiar si personlege haldning og ansvarskjensle (Andersson og Nilsson 2010).

Det ser ut som at denne problemstillinga er mindre der avdelingsleiar i større grad tek ansvar for samhandlinga rundt pasienten. Leiaren har oversikt over avdelinga og kjenner pasientane,

og ein kontinuitet i kontakten med sjukehuset kan bety noko for informasjonsutvekslinga rundt enkeltpasientar, og det kan verke inn på etableringa av eit samarbeidsforhold mellom tenestenivåa. Leiaren tydeleggjer ansvars plasseringa og kan samstundes representere ei standardisering av samhandlinga mellom organisasjonane. I mangel på skrivne rutinar kan leiaren fungere som det styrande og strukturerande elementet (Hatch 2001:kap.6, Jacobsen og Thorsvik 2002:kap.12).

Den regulative pilaren i institusjonell teori (Scott 2003) kan vere ein tilnæringsmåte i å forstå vanskar i høve kontinuitet og informasjonsoverføring både internt i organisasjonen og mellom tenestenivåa. Den innfallsvinkelen vil forklare vanskane med svikt i formell organisering, som rapporteringssystem og uklare tilhøve rundt arbeids- og ansvars plassering. Det er ikkje nok at den formelle organiseringa og system er på plass. Det må følgjast opp og brukast av dei tilsette. Med kjennskap til profesjonsutøvarane sin faglege autoritet og sjølvstende, og korleis det kan styre aktiviteten i andre retningar enn det formelle systemet har lagt opp til (Halvorsen 2005, Jacobsen og Thorsvik 2002, Bukve 2001), kan ein anta at det er fleire element som verkar inn. Dette kan vi forstå i lys av den normative pilaren, der profesjonane si standardisering av arbeidsoppgåver er bygd på deira verdiar og normer, slik at dei kan handle på eit sjølvstendig grunnlag – meir eller mindre uavhengig av den formelle organiseringa. Ut frå ein kognitiv tilnæringsmåte kan svikt i kontinuitet og informasjonsoverføring internt forståast ved at aktørane har ulik forståing for kva som er rett handling.

6.2.2 ”Eg veit kva eg må gjere” – om skrivne rutinar og samhandlingsavtalar

Det er utarbeidd skriftlege samhandlingsavtalar mellom helseføretaket og kommunane. Felles for sjukeheimane og sjukehuset er at dei har liten eller ingen kjennskap til desse avtalane. Dei har heller ikkje skrivne rutinar for handling og samhandling når sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus. Mogelege forklaringar på desse tilhøva kan vere at dei er lite opptekne av skriftlege rutinar og internkontrollsystem generelt, og lite opptekne av innleggings situasjonen spesielt. Informantane etterspør og ynskjer betre standardar og rutinar på dette området.

Når informantane fortel at dei ikkje har skrivne rutinar for informasjonsoverføring ved sjukehusinnlegging, seier dei samstundes at dei veit kva dei som sjukepleiarar skal gjere. Dei seier dei har innarbeidd ein felles praksis i desse situasjonane, og dei gjer god greie for eigen praksis. Det ser ut til at det er samsvar mellom det informantane seier på nokre område, som å

ringe lege, sende med medikamentliste. Når det gjeld anna munnleg og skriftleg informasjon og oppfølging etterpå, verkar det meir ulikt og alt etter den enkelte si vurdering. Når informantane på sjukehusavdelinga seier at informasjonen inn er mangelfull, så stemmer det med det eg høyrer om rutinar og eksisterande praksis ved dei to sjukeheimane. At det varierer, samsvarar med tida i akuttsituasjonar og den ansvarlege sjukepleiaren si individuelle vurdering eller merksemd på om denne informasjonen er nødvendig.

Ei anna side ved informantane sin kjennskap og haldninga til skrivne rutinar og avtalar, er inntrykket av manglande refleksjon over kva som er til nytte for pasienten sett i ein heilskap, eller korleis dei forstår seg sjølve som ein del av eit større system rundt pasienten. Eit døme er der ein informant seier at ho prioriterer å vere med pasientane og ikkje bruke tid på å lese det som står i permene på vaktrommet.

Mangel på skrivne rutinar gjer at avdelingane ikkje kan nytte system for avvikshandtering i forbetring og kvalitetssikring for denne delen av tenesta. Dei har ikkje noko å melde avvik i forhold til. Unntaket er skriv frå innleggande lege. Sjukehuset brukar dette som ei av grunngevingane for å ville ha standard skjema, slik at dei kan melde avvik til sjukeheimane dersom dei ikkje sender med sjukepleieskriv – tilsvarande deira plikt til søknadsskjema om sjukeheimplass. Når dei kjem til korleis slike standardar skal utarbeidast, sit alle aktørane på kvar sin plass og vil utvikle desse – utan å nytte seg av ”den andre part” i samhandlinga, eller dei fora som er oppretta gjennom samhandlingsavtalen mellom kommunane og sjukehuset. Med bakgrunn i informantane sin manglande kjennskap til desse, er det kanskje ikkje så rart at dei ikkje foreslår dette. Samstundes viser det at dei berre ser seg sjølve i dette arbeidet, utan særskilt tanke for dei andre delane av helsetenesta. Unntaket er her igjen leiar ved sjukehusavdelinga, som med sin kjennskap til desse samhandlingsfora vil kunne styre eit slikt arbeid inn i desse.

Helseorganisasjonar sine særtrekk og kompleksitet

Kompleksiteten i helseorganisasjonar der aktiviteten er knytt til menneske med redusert evne til å ta vare på seg sjølv, vil bety situasjonar der det er naudsynt med faglege vurdering og utøving av skjønn. Handlingane vil vere bygde på kunnskapen og motivasjonen til den som utøver tenesta, til dømes sjukepleiaren, som opptre sjølvstendig og uavhengig. Samstundes er helseorganisasjonane hierarkiske og byråkratiske med sine skrivne reglar og prosedyrar, og oppgåve- og ansvarsfordeling. Ut frå eit perspektiv der formelle strukturar er med å styre

aktiviteten i organisasjonen mot eit bestemt mål, så vil mangel på desse vere ei forklaring dersom slik målretta aktivitet ikkje skjer (Skjørshammer 2004, Øgar og Hovland 2004, Bukve 2001). Men mangel på formell rutine rundt samhandling, betyr ikkje nødvendigvis at det ikkje er kontakt eller informasjonsutveksling mellom sjukeheimen og sjukehuset. Når det ikkje er skrivne rutinar eller klar ansvars plassering på dette området, blir det opp til den einskilde sjukepleiar i situasjonen å vurdere og prioritere handling. Særskilt vil dette vise seg i akuttsituasjonar der sjukepleiar skal ta hand om pasienten, pårørande, kontakt med lege – ein arbeidsintensiv situasjon, oftast under tidspress. I slike situasjonar blir handling i stor grad styrd av sjukepleiaren si faglege vurdering og skjønn. Reglar og prosedyrar kan vere til hjelp i uoversiktlege situasjonar for å gjere rette prioriteringar og handlingar (Øgar og Hovland 2004:20, Jacobsen og Thorsvik 2002:309 - 310). Mangel på slike, eller aktøren sin manglande kjennskap til dei, kan gjere til at det individuelle aspektet i prioritering/skjønn blir det dominerande. Dette kan forklare det informantane på sjukehuset seier om stor variasjon på kva skriftleg informasjon som følgjer pasienten, t.d. pleieskriv, og kor vidt sjukeheimen ringer for å gje opplysningar om pasienten.

Profesjon og formelle rutinar

I samtalen om kva som finst av skriftlege rutinar rundt overføring av pasient til sjukehus, er sjukepleiarane eg intervjuar tydelege på at dei veit kva dei skal gjere i slike situasjonar. Dei seier dei har innarbeidd ein felles praksis og gjer greie for denne. Sjølv om funna viser mange likskapstrekk i samhandlingssituasjonane, er der variasjonar og uttrykk for ulike prioriteringar.

Mitt inntrykk er at sjukepleieprofesjonen sin standard er styrande, men at dei likevel handlar ut frå egne vurderingar og prioriteringar. Profesjonskunnskap kan seiast å vere ei blanding av sertifisert kunnskap, kjennskap til standardkrav og internaliserte haldningar (Halvorsen 2005, Garsjø 2001). Med kjennskap til dette skulle ein forvente at sjukepleieprofesjonen gjev klare retningar for kva praksis som skal gjelde. Dersom det er slik, kan funna i studien tyde på at sjukepleiarane i liten grad har innarbeidd felles fagleg kunnskap og rutine omkring samhandling og informasjonsoverføring ved sjukehusinnlegging. Det kan bety at dette er lite vektlagt i profesjonaliseringa til yrket, det vil seie gjennom utdanning og i møte med praksisfellesskapet. Om det ikkje er slik, så er det andre faktorar som styrer val og handling. Sjukepleiarane er sjølvstendige aktørar der mykje avgjerdsmynde ligg på det operative plan. I mangel på vedtekne rutinar og krav om følgjedokumentasjon med pasienten, vil den enkelte

sjukepleiar stå i posisjon til å gjere egne prioriteringar – eit sjølvstendig avgjerdsmynde basert på vurderingar gjort på grunnlag av den ”einerådande”, faglege kunnskapen. Dermed kan handlingane bli ulike, sjølv om dei gjev uttrykk for at dei er samkøyrd.

Sjukepleiarane etterspør rutinar og standard skjema og gjev uttrykk for at det er det som skal til for at slik samhandling skal finne stad. Andre studiar viser noko av det same (Stavang 2008). Mitt inntrykk er at dei har tru på at formelle rutinar gjev målretta resultat, og at dei ikkje opplever deira ”eiga” standardisering gjennom sjukepleieprofesjonen som retningsgjevande nok. Deira forklaringar på den manglande informasjonsoverføringa, som manglande rutine, dei gløymer det, og mangel på standard skjema eller felles IT-løysingar, understøttar dette. Betre IKT-system og bruk av elektronisk dokumentasjon på tvers av tenestenivå er av mange sett på som eit viktig tiltak for å komme eit steg vidare for å sikre informasjonsoverføring og betre samordning av tenestene i helsesektoren (Andersson og Nilsson 2010, Melby, Hellesø og Wibe 2010, Myrvang 2004, Solli-Sæther 2009).

Som institusjonar

Eg har så langt nytta kjennskap til helseorganisasjonane og profesjonar som innfallsvinkel til drøfting av sjukeheimane sitt forhold til formelle rutinar og overordna avtalar. I eit institusjonalistisk perspektiv er organisasjonar noko meir enn strukturelle, målretta system (Scott 2003). Forstår vi det som skjer her ut frå den regulative pilaren, er det dei overordna samhandlingsavtalane som styrer kva som skjer i organisasjonane. Desse vil bli følgde opp med nedskrivne rutinar for ulike delområde, som slik er med på å styre aktiviteten mot eit avklart mål for samordning av tenesta. Når det viser seg at dette ikkje skjer, aktørane kjenner for det første lite til avtalane, og det ikkje er skrivne rutinar i høve innleggingssituasjonen, betyr ikkje det at det ikkje er kommunikasjon og samordning mellom tenestenivåa. Vi må søkje etter andre forklaringar.

Når ikkje handlingane kan forklarast ut frå regulative strukturar åleine, kan vi nytte den normative tilnæringsmåten. Gjennom denne pilaren forstår ein åtferda til organisasjonsmedlemmane ut frå dei rådande normer og verdiar i organisasjonen. Dei ”uskrivne reglane” kan vere like styrande som skrivne, og det kan oppstå ein praksis for ”korleis vi gjer det her”. Døme på det er når informantar seier dei veit kva dei skal gjere i slike situasjonar. Slik kan dette ha nær samanheng med aktørane si utdanning og profesjonalisering, at dei i sin profesjon veit kva som blir forventa og kva som gjennom eigen

yrkesetikk blir retningsgjevande for eigne handlingar og for verksemda (Halvorsen 2005). Vidare har leiaren stor ”symboleffekt”, og vil gjennom sine handlingar og prioriteringar vise dei andre kva som er viktig og kva som gjeld her (Jacobsen og Thorsvik 2002), som når leiaren ved sjukeheim B tek ei aktiv rolle i å følgje opp når pasientar er lagde inn på sjukehus. Organisasjonar utviklar eigne kulturar og handlingsmåtar gjennom sosialisering av organisasjonsmedlemmane. Dersom arbeid med å utarbeide og etterleve rutinar med bakgrunn i overordna avtalar og styringsdokument blir sett på som sentralt og viktig for å kunne gje kvalitetsmessig gode tenester til pasientane, vil dette bli tydeleg for nye organisasjonsmedlemmar. Slik vil det forsterke den eksisterande praksis og vise seg som eit karaktertrekk ved organisasjonen.

Den kognitive pilaren byggjer på ei felles forståing av røyndommen, der aktørane opererer ut frå eit felles tankekart (Scott 2003). Yrkesutøvarane i helseorganisasjonane har gjennom sine utdanningar eit utgangspunkt for eit felles rammeverk for tolking av situasjonar og val av handling. Dersom det er ei slik felles forståing, vil profesjonen si standardisering verke som dei skrivne rutinane. Slik vil det utvikle seg ein felles praksis med utgangspunkt i faglege vurderingar i situasjonen, ein praksis som vil gje mening hos andre aktørar med tilsvarende bakgrunn og i tilsvarende situasjon. Som tidlegare drøfta, treng det ikkje fungere slik. Aktørane seier at informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå er viktig og betyr noko for kvaliteten på pleie og behandling på sjukehuset. Med unntak av personalia og medikamentopplysningar er denne informasjonsflyten mangelfull. Samstundes viser studien at samhandlinga er varierende og prega av den enkelte sine val. Likevel gjev fleire informantar uttrykk for ei felles oppfatning av korleis dei skal handle i slike situasjonar, og at dei har ein felles praksis. Ulike profesjonar innan helseorganisasjonane, og at dei opererer i ulike tenestenivå med ulike ideologiar, vil bety noko for grad av felles kognitivt tankekart og val av logiske handlingar. Slik vil den kognitive tilnæringsmåten vere ein av delane for å få eit heilskapleg bilete av det som skjer, men det ser ut som det opptrer i ulike grader og vil ikkje kunne forklare det åleine.

Forholdet mellom aktørane – eit sett av samordningsfunksjonar

Sjukeheim og sjukehus er sjølvstendige, hierarkiske organisasjonar i eit fleirnivåsystem i forvaltninga av helsetenesta. Dei har ingen mynde overfor kvarandre, slik at styring og samordning må skje på andre måtar (Halvorsen 2005, Bukve 2009). Strand (1985) føreset eit hierarkisk og asymmetrisk system når han omtalar styringsfunksjonar i ulike forvaltningsnivå.

Sjølv om dette ikkje er til stades her, kan vi sjå at standardisering som styringsform blir nytta. Nasjonale samhandlingsavtalar mellom KS og stat skal på denne måten styre det som skjer lokalt mellom helseføretak og kommune, og slik sikre at dei overordna måla blir gjeldande og sett i verk likt i heile helsetenesta. Vi ser at det blir følgt opp med lokale avtalar mellom helseføretak og kommunar. Dette er avtalar mellom partar med eigne midlar, dei kan ha ulike interesser i samordninga ut frå økonomi, kapasitet og personaltilgang. Dette viser tydeleg når informantane snakkar om utskrivings situasjonane. Forskrift om utskrivingsklar pasient lovregulerer samordninga mellom tenestenivåa i den samanheng, ei styring gjennom standardisering som fort kan stå i motsetnad til samordning basert på kontrakt og tillit mellom autonome aktørar i eit nettverkssystem.

Korleis ser dette ut i høve organiseringa i dei to kommunane i studien? Sjukeheim C er i ein tonivå-kommune, der avdelingsleiarane på sjukeheimen rapporterer direkte til rådmannsstaben. Pleie- og omsorgstenesta i den kommunen består av fleire likestilte og sjølvstendige avdelingar med sine leiarar. Det kan vere ei utfordring når tenestene skal samordnast ut mot ein felles samarbeidspart som sjukehuset. Samhandlingsavtalar blir gjort med kommunen, ikkje den enkelte avdeling. Ein slik ”flat” struktur vil krevje tett samarbeid mellom avdelingane, slik at dei står fram som ei eining utetter, og samstundes kan sette i verk dei avtalane som er vedtekne. Dei har kommunalsjef som kan representere felles utetter. Dette er ei stilling som dekker fleire tenesteområde i kommunen. Sjukeheim B, som er i ein trenivå-kommune, har ein pleie- og omsorgsleiar som representerer den delen av tenesta ut mot andre samarbeidspartar – både internt i kommunen og ut mot sjukehuset. I intervjuet blir det vist til denne leiaren når det er snakk om samhandling med spesialisthelsetenesta. I tillegg til å vere ein representant i samhandlingsspørsmål, kan ein pleie- og omsorgsleiar ha mynde over avdelingsnivå på sjukeheim og heimesjukepleie.

Eg har lite data frå intervjuet som kan seie noko om korleis dette faktisk fungerer i dei to kommunane. Det har heller ikkje vore noko fokus i studien. Når eg likevel diskuterer det her, er det med bakgrunn i mine refleksjonar i analysen. Ei kommuneorganisering etter tonivå-modell kan i denne samanheng framstå som ein styringsmodell slik som nettverksstyring med horisontale relasjonar mellom sjølvstendige einingar. Det vil, slik eg ser det, krevje eit stort fokus på intern samordning når einingane skal stå samla i eit samarbeid med eksterne aktørar. Sjølv om eg problematiserer dette, har eg ikkje grunnlag ut frå funna i studien til å seie at samordninga og iverksetjinga av samordnings-avtalar i større grad skjer i kommune B enn C.

Det er ingen skilnad ut frå dei data eg har fått inn. Det er i begge kommunane lite kjennskap til slike avtalar.

Når aktørane kjenner lite til samhandlingsavtalar og ulike råd/utval som skal arbeide med desse problemstillingane, så vil det vere tilfeldig om desse blir følgde opp eller ikkje. Dette er kontraktbaserte avtalar i eit fleirnivåsystem mellom sjølvstendige partar. Når dette ikkje er ein del av kvardagen til dei aktørane som står i den daglege samhandlinga, kan andre mekanismar vere styrande for det som skjer. Aktørane vil heller ikkje vite kva fora dei kan ”styre” aktuelle samhandlingsproblem inn mot. Dette viser seg når informantane vil utarbeide skjema og rutinar kvar for seg, utan å vite om eller tenkje at dette kan gjerast i fora der dei aktuelle samordningsaktørane møtest. Når det gjeld den daglege samhandlinga, så er den basert på kontakten mellom dei enkelte aktørane – mellom fagpersonane, ei samordning basert på tillit (Bukve 2009). Slik sett vil det som skjer i den daglege samhandlinga skjje uavhengig av korleis kommunen eller avdelinga formelt er organisert. Der vil det vere andre faktorar som verkar inn. Det kjem eg inn på seinare.

6.3 Sjukepleieprofesjonen – fagleg standardisering eller prega av konteksten?

Tilgang på nok personale i kommunehelsetenesta, og personale med ”rett” formell kompetanse, er alt ei utfordring og blir ikkje mindre med tanke på den demografiske utviklinga, sjukdomsbiletet og korleis dette er tenkt å møtast slik samhandlingsreforma peikar mot. I dette kapittelet ynskjer eg å diskutere kva betydning personalressursar og formell kompetanse har for samordning av tenesta mellom kommune og sjukehus generelt, og informasjonsoverføring ved innleggingssituasjon spesielt.

6.3.1 ”På helg og ettermiddag er eg ofte den einaste sjukepleiar som er her” – om ressursar og kompetanse

Eg har i denne studien ikkje funne nokon samanheng mellom eit forholdsvis sterkt fagmiljø og grad av informasjonsoverføring i innleggingssituasjon til sjukehus, og heller ikkje når det gjeld utarbeiding av system og rutinar for dette eller kjennskap til samhandlingsavtalar. Tilgang til tilsynslege og legevakt er tilnærma lik ved sjukeheimane. Når det gjeld sjukepleiekompetanse, har sjukeheim B dårlegare sjukepleiedekning enn sjukeheim C, og må i større grad nytte bakvaksordningar. Samstundes har sjukeheim C langt fleire sjukepleiarar med

vidareutdanning. Dersom dette skulle ha konsekvensar, burde sjukeheim C ha meir kontakt med sjukehuset enn B. Slik er det ikkje. Eg finn heller ikkje at sjukehusavdelinga med sin faglege kompetanse i større grad tek kontakt for å spørje etter manglande informasjon om pasienten.

Det eg ser er at kompetansen og sjukepleiardekninga betyr noko for korleis sjukeheimane blir organiserte ut frå arbeids- og ansvarsområde. Når eg spurde om vidareutdanning, ansvarsområde og liknande, var det ein merkbar forskjell mellom informantane ved dei to sjukeheimane. Informantane ved C ”kom fram med det” med ein gong, mens det ved sjukeheim B kom fram i samtalan ”litt her og der”. Ved sjukeheim C virka dei bevisste på dette, som ein innarbeidd måte å tenke på – jobbe på. Oppleving av eigen kompetanse har samanheng med den formelle kompetansen i avdelinga. Det viser seg i alle tre casa. Grad av utdanning, stillingar, tilgang på personale og tilgjengeleg utstyr har ei viss betydning for kva ansvar og oppgåver sjukeheimane kan ta på seg. Sjølv om personalet ynskjer å behandle og pleie pasientane mest mogeleg på sjukeheimen, ynskjer å ta utfordringar og få fleire oppgåver, så set desse rammene nokre grenser for kva som faktisk er mogeleg og forsvarleg. Som eg har diskutert tidlegare, så er føresetnadane for å kunne gjere dette langt betre ved sjukeheim C enn B. Mitt inntrykk er at det ikkje er nokon skilnad på kva sjukeheimane faktisk gjer, og spesielt kva innstilling dei har til å ta på seg oppgåver.

Lege og sjukepleiar er sentrale i pasientbehandlinga på sjukeheimen og i situasjonar der sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus. Dette vil gjelde både planlagde og akutte innleggingar. Dei har ansvar for å sikre overføringa av kunnskap om pasienten til dei som skal overta ansvaret, enten det gjeld internt i avdelinga eller i andre delar av helsetenesta. Ved sjukehusinnlegging skal legane nytte standardiserte, elektroniske tilvisingsskriv. Det er plan om å utarbeide eit liknande system for pleie- og omsorgstenestene, men så langt viser dei til ulike sjukepleieskriv. Dette, saman med eigne erfaringar og kjennskap til feltet, gjorde at eg tenkte at den formelle kompetansen og personalressursen i avdelingane kunne bety noko for informasjonsoverføringa til sjukehuset. Samstundes veit vi at kunnskapen til dei tilsette er ein vesentleg ressurs i helseorganisasjonar, og vil vere styrande for aktiviteten. Avgjerdsmynde lagt til fagpersonane sikrar fagleg forsvarleg arbeid og rask problemløysing (Bukve 2001, Jacobsen og Thorsvik 2002). Som ansvarlege for sjukepleietenesta i kommunen er sjukepleiarane sentrale i planlegging, kvalitetssikring, utøving og i mange høve å leie den delen av helsetenestene til pasienten.

Faglege vurderingar i komplekse kontekstar

Kompleksiteten i helseorganisasjonar er mellom anna relatert til at aktiviteten er retta mot menneske som treng pleie og behandling (Skjørshammer 2004, Øgar og Hovland 2004). Dette gjer at mange situasjonar er vanskelege å føresjå. Den enkelte aktøren må gjere faglege vurderingar og prioriteringar i pressa situasjonar. Når informantane viser til ”dårleg tid” som årsak til at dei ikkje sender med skriftleg informasjon, så kan det forståast i ein slik samanheng – ut frå trekk ved aktiviteten i den delen av helsetenestene. Ein annan faktor informantane trekkjer fram som hinder for informasjonsutveksling, er mangel på felles elektronisk dokumentasjonssystem og standardskjema. Som vist til i kap. 6.2 legg slike strukturelle tilhøve rammer for handlingane i organisasjonen, og set avgrensingar når dei ikkje er lagde opp ut frå det aktørane opplever er hensiktsmessig.

Formelle leiarar vil i ein hierarkisk organisasjon kunne avgjere og styre kva som skal skje (Hatch 2001, Jacobsen og Thorsvik 2002). Difor vil leiaren si merksemd, prioritering, kunnskap om samordning generelt og informasjonsoverføring spesielt bety noko for det som skjer i avdelinga. Eg har i studien ikkje hatt særskilt fokus på leiarane og deira rolle og funksjon, men inntrykket mitt er at leiar ved sjukeheim B tek ei meir aktiv rolle i samhandlinga med sjukehuset – spesielt når det gjeld den uformelle kontakten etter innlegging og før utskriving. Den same sjukeheimen fortel om interne rapportsystem som sikrar informasjonsoverføring ved bakvakt, og dei har system der aktuelle opplysningar ligg klar dersom pasienten blir sendt til sjukehus. Det kan difor sjå ut som at leiar ved sjukeheim B har eit større fokus på slike situasjonar, og at dette ”dekker opp” for ulikskapen i sjukepleiardekning i samanlikninga med sjukeheim C.

Sjukepleiaren som profesjonsutøvar vil opptre sjølvstendig og gjere faglege vurderingar og val i situasjonar som kan vere vanskelege for andre å seie imot (Halvorsen 2005, Bukve 2001). Forstår vi dette i lys av den regulative pilaren i institusjonalismen (Scott 2003), vil det vere dei strukturelle tilhøva i organisasjonen som styrer og set rammer for handlingane og prioriteringane til profesjonsutøvaren, slik som eg viste til i førre kapittel. Når det manglar skrivne rutinar og standardskjema rundt innleggingssituasjonen, kan profesjonen sine normer og verdiar stå fram som standardisering av praksis. Slik kan handling i organisasjonen forståast ut frå den normative pilaren. Eit døme er når informantane på sjukeheimane seier at dei veit kva dei skal gjere i innleggingssituasjonar. Mitt inntrykk er at dei gjer eigne vurderingar og prioriteringar, der sjukepleieprofesjonen sin standard er styrande.

Sjuepleieprofesjonen sin faglege standard, verdiar og normer kan òg framstå som ein formell struktur, som gjev føringar og retning på kva praksis som skal gjelde. Prioriteringar i pressa situasjonar kan skje ut frå kva som blir sett på som viktig: er det å vere hos pasienten/pårørande eller å skrive pleieskriv som skal følgje med.

Sjuepleieprofesjonen – felles forståing på tvers av tenestenivå?

Den kognitive tilnæringsmåten (Scott 2003) vil forklare at aktørane, her profesjonsutøvarane, handlar ut frå felles tankeskjema. Profesjonar har gjennom si utdanning eit grunnlag for ei felles oppfatning av røyndommen, felles grunnleggande skjema til å tolke situasjonar ut frå. Imitering og kopiering skapar formlikskap på tvers av organisasjonsgrenser (Glosvik 2001). Om vi ser på sjukepleiarane i dei to tenestenivå, vil vi ut frå dette seie at dei har ein felles, spesiell kunnskap som den/dei andre veit om. Sjukepleiarane vil tolke røyndommen i lys av kjende kategoriar, og slik forvente at sjukepleiarar i den andre delen av tenesta tenkjer og handlar slik ein sjølv vil gjere. Med bakgrunn i sjukepleieprofesjon og lik utdanning føreset ein lik forståing av situasjonen. Men kva skjer når tenesteområda blir så spesialiserte og ulike at det verkar inn på og endrar dette? Då kan sjukepleiarane handle som om det var felles, sjølv om det ikkje er det. Profesjonen som grunnlag for felles tankeskjema vil bli påverka av konteksten profesjonsutøvarer er i. Sjukeheim og sjukehus vil slik vere ulike i høve grad av spesialisering, ulike tenestenivå og ulike ideologiar (Halvorsen 2005, Berg 1987, Garsjø 2008, Myrvang 2004). Dersom sjukepleiarane handlar ut frå ei meining om at det eksisterer ei felles forståing av kva som er viktig og nødvendig, så kan det ut frå dette føre til sviktande samhandling: sjukepleiar vurderer behovet for informasjon ut frå si eiga forståing av kva som er viktig, mens det ikkje er slik hos den andre – det treffer ikkje den andre sitt behov. Ein reknar med det er ei felles forståing av dette, og så er det ikkje slik.

Som ein del av eit større system?

For å kunne sikre eit heilskapleg tenestetilbod for pasientar som har behov for helseteneste frå fleire nivå, må aktørane kunne sjå seg sjølve som ein del av eit fleirnivåsystem, slik kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er. Mitt generelle inntrykk er at informantane har lite fokus på dette. Ser eg dette i samheng med kompetanse, har sjukepleiarane i mindre grad kunnskap om kva som vert kravd for å klare å samordne tenesta til pasienten på tvers av tenestenivåa, og deira eiga rolle og ansvar i det – *systemforståing*. Tenestenivåa har ingen styringsrett overfor kvarandre, og nyttar vi teori om nettverksstyring, veit vi at samordning mellom sjølvstendige og jamstilte aktørar må skje ut frå fleire samordningsprinsipp (Bukve

2009). Aktørane sine kunnskapar om og forståing av dette vil verke inn på samordning av tenestene. Den daglege samhandlinga vil i stor grad vere prega av gjensidig tilpassing basert på tillit, samstundes som den byggjer på kontraktbasert samordning i form av avtalar mellom tenestnivåa og felles arbeid med standardisering av rutinar som kan vere med å sikre nødvendig likskap i praksis – særskilt med tanke på den kompleksiteten som er gjeldande i slike helseorganisasjonar. I nokre samanhengar blir dette omtalt som samhandlingskompetanse (Orvik 2004). Utdanninga og møtet med eksisterande praksis, og slik sett sosialisering inn i profesjonen, vil verke inn på kva grad slik systemforståing og fokus på samordning blir ein del av yrkeskompetansen. Når den formelle kompetansen er ulik i casa, utan at dette synest å ha betydning for informasjonsoverføringa kring innleggingssituasjonen, kan dette forståast i lys av at systemforståing og samhandlingskompetanse ikkje er framtrekande i den formelle fagkompetansen til sjukepleiarane. Variasjonane i dette biletet vil ligge i den enkelte sjukepleiar si forståing av at dette er viktig – ein personleg kompetanse som ikkje nødvendigvis er basert på ein integrert formell fagkompetanse.

6.4 Sjukeheim og sjukehus – like, men ulike. Status, makt og ideologiar

Forsking viser at likeverd, respekt og tillit mellom aktørane er grunnleggande føresetnader for å få god samhandling mellom tenestene (Magnussen og Lyngroth 2007, Kalseth og Paulsen 2008, Myrvang 2004, Stavang 2008). Korleis aktørane opplever eigen kompetanse i avdelinga, og den samarbeidande aktøren sin kompetanse, kan seie noko om desse tilhøva. Mitt hovudintrykk er at aktørane i studien opplever kvarandre som likeverdige partar, med respekt for og tillit til kvarandre si utøving av pleie og behandling av den eldre pasient. Likevel er det utsegner og skildringar som nyanserer dette biletet, og som kan peike i retning av at det ikkje er slik. I den vidare diskusjonen skal eg søkje å få ei breiare forståing av dette ved å nytte ulike teoretiske tilnæringsmåtar.

6.4.1 Samhandling – ein ”forpliktelse”?

Informantane frå begge tenestnivåa seier at informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå er viktig. Likevel er det lite rutine og standardisering på dette området. Dermed vil det variere kva som skjer av samhandling og informasjonsflyt i denne situasjonen, både frå sjukeheimen og sjukehuset. Det kan sjå ut som det er personavhengig, individuelt og ligg i det sjukepleiefaglege ansvaret. Eg har eit inntrykk av at fleire ser dette som informant B2 seier, ”ein forpliktelse”, at det ligg til det som sjukepleiaren har lært, skal gjere og som er fagleg rett

sjukepleie. Slik blir det opp til den enkelte sjukepleiar å vurdere behovet for samhandling i den enkelte situasjonen. Dersom det er slik at sjukepleiarane ser det som ein ”forpliktelse” å overføre kunnskap om pasienten til den som skal overta ansvaret, så ville eg forvente at eit sterkt fagmiljø ville bety noko for grad av informasjonsoverføring i desse situasjonane. Som vist til tidlegare, kan eg ikkje finne ein slik samanheng. Eg finn heller ikkje slik samanheng når det gjeld å ha på plass formelle system for denne delen av tenesta.

Det verkar som at sjukeheimane har lite fokus på eige ansvar og rolle i samhandlinga med sjukehuset. Eg har inntrykk av at dei i liten grad reflekterer rundt eller har synspunkt på kva personalet på sjukehuset treng å vite, og kva dei på sjukeheimen kan og bør overføre av kunnskap om pasienten. Eg stiller meg undrande til kvifor det er slik. Når dei frå sjukeheimen ringer inn til sjukehuset, så er det ikkje primært for å gje informasjon om pasienten, men for å spørje etter korleis det går. Frå den andre sida er sjukehusavdelinga lite aktiv i å etterspørje opplysningar, sjølv om dei ikkje får informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå eller er usikre på om medikamentlista er korrekt. I motsett høve er sjukepleiarane på sjukeheimen aktive overfor sjukehuset dersom det er manglande informasjon med pasienten ved utskrivning.

Eit anna spørsmål eg stiller meg er kven skal definere kva informasjon som skal følgje med når pasienten flyttar seg mellom tenestenivåa: Er det den som ”sender” eller den som ”tek imot”? Informantane frå begge tenestenivåa seier at dette er nødvendig informasjon, men det ser ut som at dei i liten grad arbeider saman for å få til betring på dette området. Dei stiller ikkje spørsmål om den andre sitt behov for kunnskap om pasienten. Utsegner tyder på at dei meiner at dei sjølve veit dette – uavhengig om det gjeld informasjon når pasienten kjem til dei eller reiser frå dei. Skjema som blir nytta er ulike. Når det kjem forslag om å lage rutinar og standardskjema, er det dei sjølve som skal gjere det, enten det er på sjukeheimen eller på sjukehusavdelinga. Det generelle inntrykket er at informantane har lite fokus på kva den andre part treng av informasjon. Det kan sjå ut som at dei ikkje ser seg sjølve som ein del av eit større system som samla sett skal gje pasienten nødvendig helsehjelp.

6.4.2 ”... og dei tenke at det ikkje er relevant informasjon” - om kompetansen til den andre part

Sjukehuset uttalar seg positivt om sjukeheimane sin kompetanse, og mitt inntrykk er at dei verdset denne. Likevel, når dei meiner at sjukeheimen sin kunnskap om pasienten er så viktig for den pleie og behandling dei skal gje – kvifor blir ikkje denne rutinemessig etterspurd når

den manglar? Samstundes har sjukehuset utsegner som gjer at det blir noko ”dobbelkommunikasjon”, særskilt når dei stiller spørsmål ved enkelte innleggingar og manglande behandling på sjukeheimen. Det kan ved nokre utsegner sjå ut som at dei stiller spørsmål ved kompetansen til den enkelte sjukepleiar, sjukepleiarane sine personlege ferdigheiter, og ikkje ser det i lys av organisering og rammene sjukepleiarane arbeider under i kommunehelsetenesta. Dette kan seie noko om likeverd mellom partane, samstundes som det seier noko om forståing for den andre sin arbeidssituasjon og respekt for den. Dette er ikkje einseitig frå sjukehuset si side. Det er òg utsegner frå sjukeheimane som kan tyde på mangel på dette hos den andre. Likevel – når informantane omtalar det dei opplever er svakheiter hos den andre part i samhandlinga, har dei oftast forklaringar på kvifor det er slik – forklaringar som viser at dei ser og forstår den andre parten sin situasjon. Sjølv om sjukeheimen seier sjukehuset ikkje hugsar på heimesituasjonen eller ikkje ser heilskapen hos pasienten, så seier dei at sjukehuset har fokus på behandling og at pasienten skal raskt heim att til sjukeheimen. På same måte seier sjukehuset at sjukeheimane kan ha dårleg tilgang på sjukepleiarar og lege, og at dei forstår at dei ikkje kan overvake ein akutt dårleg pasient i slike situasjonar.

Informantane på sjukeheimane si innstilling til å ta utfordringar, få meir ansvar og fleire oppgåver seier noko om korleis dei vurderer sin eigen kompetanse, samstundes som dei tydeleg seier dei kan ivareta den eldre pasienten sine grunnleggande sjukepleiebehov og ser det i sin heilskap – ikkje berre sjukdom og behandling av den. Dei opplever sin kompetanse som like god som den sjukehuset har, og seier at deira kunnskap om pasienten er viktig for behandling og pleie der. Konklusjonen etter slike utsegner kunne fort vere at informantane på sjukeheimen opplever seg fullt ut likeverdige i samhandlinga med sjukehuset. Det er likevel andre ting som peikar i motsett retning. Praksis viser at dei formidlar lite av sin kunnskap om pasienten til sjukehuset. Det kan tyde på at dei ikkje ser eigen kunnskap som viktig og nødvendig. Informantane på sjukehusavdelinga trur mellom anna det, at sjukeheimane ikkje ser kor viktig denne kunnskapen er, og at dei har behov for den. Manglande skriftlege rutinar og kjennskap til avtalar om samhandling kan bety at dei legg lite vekt på si eiga rolle i samhandlinga, at dei ikkje har nokon innverknad, noko betyding.

I sin omtale av kvarandre sin kompetanse gjev informantane uttrykk for at dei har tillit til at den andre parten gjev pasienten det han har behov for der han er, og at personalet gjer det dei kan for pasienten. Mangel på tillit kjem til uttrykk i utskrivingssituasjonane. Når sjukehuset må gjere bruk av ”utskrivingsklar pasient”, seier dei at kommunane utnyttar denne forskrifta

og gjer ikkje nok for å kunne ta imot pasientane før dei eventuelt må betale døgnpris for sjukehusopphaldet. Dei har liten tillit til at kommunehelsetenesta i desse situasjonane gjer det dei kan for å få på plass eit tilbod til pasienten – enten sjukeheims plass eller heimeteneste. Sjukeheimane på si side gjev uttrykk for liten tillit til at dei får god nok og tidsnok informasjon om pasienten ved utskriving. Spesielt gjeld dette sjukeheim B. Dei må etterspørje og sjekke opp i informasjonen, spesielt det som gjeld dosering av medikament.

Spesialisering og maktforhold

Tidlegare studiar viser at det er kommunehelsetenesta som opplever manglande likeverd i høve spesialisthelsetenesta (Magnussen og Lyngroth 2007, Kalseth og Paulsen 2008, Myrvang 2004, Stavang 2008). Samstundes er det i offentlege dokument og forskning mest fokus på kompetanseoverføring frå sjukehus til kommune og på samhandling rundt utskrivings-situasjon. Det er lite merksemd på kva som skjer ”den andre vegen”, og kva kompetanse kommunehelsetenesta sit med, som vil vere viktig for sjukehuset å få. Slik eg ser det, er dette trekk som i seg sjølv seier noko om ei generell oppfatning av status og verdi mellom tenestenivåa. Samstundes er dette samanfallande trekk med funn i min studie. Som døme på det er at ingen av sjukeheimane har hatt hospitering frå sjukehuset, og det er ulikt kva informantane på sjukehuset kjenner til av slike mogelege ordningar. Vidare finn eg at sjukeheimane har lite fokus på eiga rolle i samhandlinga med sjukehuset generelt, og på situasjonen rundt innlegging i sjukehus spesielt. Samstundes blir deira kunnskap om pasienten opplevd som viktig for den pleie og behandling pasienten skal ha på sjukehuset, og likevel skjer denne informasjonsoverføringa i liten grad.

Desse funna kan forståast i lys av kunnskap om spesialisering og makttilhøve i helsesektoren. Aukande grad av spesialisering er eit kjennetrekke ved utvikling innan medisinen. Denne spesialiseringa har ført til at makt og status blir knytt til verdien av spesialisert kunnskap, der makt og status er stigande ut frå grad av spesialisering. Slik vil sjukehuset med sin aktivitet og aktørar med spesialisert kunnskap ”stå over” sjukeheimane i kunnskapshierarkiet – medikratiet (Berg 1987, Myrvang 2004). Dette skapar spenningar og utfordringar i relasjonane mellom aktørane, som kan verke inn på arbeidet med å samordne helsetenestene til pasienten. Ein slik ubalanse i maktforholdet kan òg bety noko for korleis aktørane opplever eigen kompetanse, og korleis dei forstår kompetansen til den andre part. I lys av dette kan vi forstå den manglande informasjonsoverføringa ved sjukehusinnlegging ut frå at aktørane på sjukeheimen ikkje tenkjer, eller opplever, at deira kompetanse og kunnskap om pasienten har

nokon verdi eller betydning når pasienten skal over i spesialisthelsetenesta. Informantane på sjukehuset set ord på dette når dei forklarar manglande informasjon om pasienten med at dei på sjukeheimen ikkje trur deira kunnskap er viktig.

Slik sett kan det verke som at oppleving av mindre likeverd meir ligg til korleis aktørane på sjukeheimen oppfattar eigen kompetanse enn korleis sjukehuset ser på det. Likevel prioriterer ikkje sjukehuset å innhente desse opplysningane når dei manglar. Dei ser på det som sjukeheimen sitt ansvar å gje nødvendig informasjon i ein innleggingssituasjon. I studien til Stavang (2008) er sviktande rutinar, mangel på tid og ulik organisering i kommunane grunngevingar for at dei på sjukehuset tek liten kontakt med kommunane. I eit institusjonelt perspektiv (Scott 2003) vil vi forstå dette ut frå den regulative pilaren, der strukturelle tilhøve plasserer ansvaret og set standardar/rutinar for det som skjer. I dette biletet ligg òg kjennskap til sjukehus og sjukeheim som to sjølvstendige organisasjonar i eit fleirnivåsystem, med eiga organisering, lovverk og finansieringsordningar. Slik kan aktørane handle ut frå sin eigen kontekst, som ikkje nødvendigvis samsvarar med det som er gjeldande for den andre part. Samordning slik vi kjenner det i nettverkssystem må nyttast for å slik å sikre nødvendig samhandling rundt felles tenesteyting.

Den normative pilaren i institusjonen (Scott 2003) kan forklare dette gjennom sosialiseringssprossar, der aktørane gjennom å vere ein del av samfunnet, og spesielt gjennom utdanning og yrkesfellesskapet, integrerer og vidarefører verdiar og normer som i ligg eit slikt medikrati. Gjennom den kognitive pilaren kan vi forstå samanhengen mellom oppleving av likeverd og informasjonsoverføring ved korleis aktørane forstår røyndommen basert på ei allmenn oppfatning om den spesialiserte kunnskapen som den viktige kunnskapen. Slik kan dette bli ei forståing av røyndommen som aktøren sjølv ikkje stiller spørsmål ved – den ligg der som ei integrert og sjølvstøtt oppfatning. Medikratiet forsterkar forventningar om at dei mindre spesialiserte gruppene skal innta ei underordna rolle i høve til dei meir spesialiserte (Myrvang 2004).

Gyldig kunnskap når ulike ideologiar møtest

Eg har ovanfor diskutert mine funn i høve likeverd mellom aktørane i dei to tenestenivåa og mogelege tilnæringsmåtar for å kaste lys over desse tilhøva. Eg har gjort greie for kvifor eg omtalar dette, sjølv om hovudinntrykket mitt er at aktørane har tillit og respekt overfor kvarandre og opplever seg som likeverdige partar.

Mangel på overføring av kunnskap om pasienten kan byggje på andre forhold.

Spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta har ulike kulturar, ulike ideologiar, der sjukehus er arena for behandling, mens sjukeheimane er arena for omsorg (Halvorsen 2005, Garsjø 2008, Myrvang 2004). Det kan gje ulik oppfatning av kva som er ”gyldig” og aktuell kunnskap og verke inn på både type og mengd informasjon når pasienten blir flytta mellom tenestenivåa. Når ikkje sjukeheimen sender med pleieskriv med opplysningar om pasienten sitt funksjonsnivå, kan det vere fordi dette er opplysningar som for dei er kjende, og dei tenkjer difor ikkje over at det er viktig for sjukehuset å få. Slik kan sjukeheimen og sjukehuset ha ulik forståing for kva som er ”gyldig” kunnskap. Det treng ikkje vere at dei ikkje verdset kvarandre sin kompetanse, men kva som er gjeldande kunnskap i deira ”kultur”.

Som helseorganisasjonar har sjukehus og sjukeheim mange likskapstrekk, men dei er òg ulike. Dette blir ovanfor skildra gjennom ulike ideologiar, tidlegare omtalt som omsorgsideologi og behandlingssideologi, men er òg å finne i offentlege styringsdokument og lovverk. Ulikskap og motsetnader i verdiar og mål for aktiviteten kan bli forsterka gjennom det medikratiet vi ser i relasjonen mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Å vere merksam på desse tilhøva, at desse er til stades, er viktig med tanke på å få til gode relasjonar i samhandling mellom tenestenivåa. Ein studie av bruk av elektroniske utskrivingsrapportar og informasjon frå sjukehus til kommunehelsetenesta viser at kommunehelsetenesta mottek lengre rapportar, utan at det seier noko om den informasjonen tilfredsstillar kommunen sitt behov eller er utfyllande nok. For at IKT-løysingar skal bidra til betre samhandling og informasjonsflyt, må aktørane ha kunnskap om kva informasjon dei andre treng; må forstå kvarandre sin arbeidssituasjon, kultur, behov (Melby, Hellesø, Wibe 2009).

Eg har i kap. 2.4 vist til korleis vi kan forstå ulike ideologiar i helsesektoren ut frå ulike delar av institusjonell teori. Den normative pilaren (Scott 2003) står i denne samanhengen sterkt, med organisasjonane sine ulike verdigrunnlag for sine aktivitetar. Handling og samhandling kan i dette perspektivet forståast ut frå om det føregår i omsorgstenesta med ei holistisk tilnærming, eller i ein organisasjon prega av reduksjonistisk behandlingssideologi. Ut frå kjennskap til profesjonar skulle profesjonalisering danne eit grunnlag for felles kognitive kart og slik felles forståing av kva som er rett handling kring informasjonsoverføring spesielt og samordning generelt. Slik felles grunnforståing blir påverka og kan bli endra gjennom det arbeids-fellesskapet profesjonane er deltakarar i. Ut frå den kognitive pilaren kan vi forstå at

aktørane har ulik oppleving av røyndommen ut frå konteksten dei handlar i, og at dette vil verke inn på samhandlinga dei imellom.

6.4.3 ”Vi ser alle feila til dei andre” – korleis forstå kvarandre sin røyndom

Hospitering kan òg vere ein målestokk på korleis ein oppfattar kompetansen hos den andre – om den er viktig, og om ein sjølv har noko å lære og forstå ved å vere der. I den grad det er snakk om hospitering, så er det frå kommunen og inn på sjukehuset. Det har ikkje føregått den andre vegen. Informantane på begge stader seier at dette er nok viktig, men det skjer ikkje – det er ikkje lagt opp til det. Det er eksempel på at sjukepleiar på sjukehus hospiterer ”oppover” i systemet. Dei søkjer meir spesialisering, slik som sjukepleiar på sjukeheim gjer ved å hospitere på poliklinikk og spesialavdeling på sjukehuset. Det verkar heller ikkje som at sjukeheimane/kommunane har arbeidd for system for å få til gjensidig hospitering. Grad av hospitering, og system for å få dette til, kan sjåast i samheng med kjennskap til samhandlingsavtalar. I den lokale rammeavtalen forpliktar partane seg til å utvikle eller vidareutvikle delavtalar eller samhandlingsprosedyrar, der hospiteringsordningar er eitt av dei prioriterte områda. Ein slik delavtale føreligg ikkje, og det ser ikkje ut til at informantane veit at dei kan nytte avtalen, eller samhandlingsfora, for å få dette i system. Det blir heller ikkje vist til ”gode døme” frå andre regionar.

Hospitering blir trekt fram som eit forbetringstiltak både ved sjukeheimane og sjukehuset. Det verkar som det stoppar på grunn av vanskar med den praktiske gjennomføringa, at ressursar og rammer elles gjer dette vanskeleg. Det slår meg at dei ser på hospitering som byte av arbeidskraft – noko som sikkert ikkje er uvanleg. Ein alternativ måte å sjå dette på er å sjå det som eit kompetansetiltak, der dette er eit alternativ på same måte som kurs, andre etterutdanningar. Kanskje det med ei slik vinkling kunne opne opp for meir hospitering – begge vegar. Kan ei forklaring vere at det er slik hospitering tradisjonelt blir nytta, og at ein i liten grad orienterer seg om andre løysingar, gode eksempel frå andre, nytenking rundt læring og endring?

Møtestader for diskurs

Samhandling baserer seg på at det finst aktørar som ynskjer å koordinere sine aktivitetar. Ein føresetnad for at det skjer på frivillig grunnlag, er at aktørane er medvitne på korleis deloppgåver heng saman og har kunnskap om sin eigen eller den enkelte sin plass i systemet

(Jacobsen, 2004). Mine funn sår ikkje tvil om at aktørane kjenner til ulike delar av helsetenesta og korleis desse står i forhold til kvarandre, men eg finn at dei i liten grad ser betydinga av eigne handlingar i høve den andre part – det å sjå seg sjølv som ein del av eit heilt system rundt pasienten.

Frivillig samordning vil vere samordning basert på tillit, der aktørane har stor grad av autonomi i høve til kvarandre (Bukve 2009), og eg ser element av det når informantane skildrar den daglege samhandlinga mellom sjukeheimen og sjukehuset. Når ikkje all samordning kan løysast slik, baserer det seg på fleire faktorar. All samhandling er sosial og føregår mellom menneske med normative og kognitive ulikskapar. Samstundes føregår samhandling innanfor ulike formelle og fysiske rammer. Dette er faktorar eg har diskutert ovanfor gjennom ulike innfallsvinklar. Ideologiske ulikskapar mellom aktørane kan stå som ein barriere for samhandling. Ein måte å redusere denne på er å utveksle personar mellom organisasjonane gjennom hospiteringsordningar. Det viser seg at samhandling mellom organisasjonane aukar til større personalflyt ein har mellom dei (Jacobsen 2004). Som vist til tidlegare er hospiteringsordningar eit av punkta i samhandlingsavtalane. Her har aktørane ein lang veg å gå. Det ser ut til at det som skjer av hospitering er vilkårleg, lite systematisert og tilrettelagt. Det er basert på den enkelte sitt initiativ. Informantane seier det ville vere positivt for å gje større forståing for den andre, men at det finst lite ordningar for dette – dei kjenner lite til om det finst. Samstundes ser det ut som tenkinga og haldninga til hospitering framleis handlar om hospitering til område med høgare grad av spesialisering, og er med og underbyggjer den status og makt som ligg her. Dette samsvarar med det Myrvang (2004) konkluderer med i sin studie om betydinga av å ta i bruk arena som reduserer betydinga av dei faglege hierarkia, som gjensidig hospitering.

Sjukeheim og sjukehus er aktørar i eit fleirnivåsystem i helsesektoren. I dette nettverksystemet er dei relativt autonome aktørar, men samstundes gjensidig avhengige av kvarandre. Slik nettverksorganisering vil vere basert på ein viss grad av teamarbeid, og samordning og styring vil vere basert på dialog og forhandling (Bukve 2009, Røiesland og Vabo 2008, Hatch 2001). Det vil sannsynleg alltid vere eit visst behov for tvungen samordning. Ved å etablere faste møte for samhandling mellom tenestenivåa, etablerer ein fora for informasjonsutveksling, utarbeiding av avtalar, avgjerder i felles saker og avveg ressursfordeling (Jacobsen, 2004). Det er døme på det Bukve (2009) omtalar som kontraktbasert styring i eit

fleirnivåsystem. Aktørane blir ”tvinga til” å finne felles løysingar som er forpliktande i det vidare samarbeidet.

Samordning der kommunikasjon og dialog er viktige faktorar, krev møtepunkt mellom aktørane. I Kvamme (1999) sin intervensjonsstudie om samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar er etableringa av samarbeidsforum eitt av tiltaka legane var mest nøgde med og som dei meinte verka mest samarbeidsfremjande. Dette var eit forum der legane møttest for fagleg og organisatorisk samarbeid (Kvamme 1999:157). Slike møtestader er viktige for å utvikle forståing for andre aktørar sin røyndom, kva som eventuelt er problematisk i ein samhandlingssituasjon og kva aktørane opplever som viktig for å få dette til. Ein føresetnad for å kunne vite at dei har ein felles praksis og felles forståing på dette området, er at dei samtalar om dette, at det blir sett på dagsorden. Ut frå det eg har diskutert i høve ulike ideologiar og kva som vert opplevd som ”gyldig” kunnskap, vil det vere viktig at aktørane er saman for å diskutere og få innsyn i den andre sin kvardag. Det er viktig, ikkje for å bli like, men for å forstå ulikskapen og slik forhalde seg til den.

Samhandlingsavtalane mellom aktørane viser at slike møtestader er etablert, men informantane i studien kjenner lite til dei etablerte fora for samhandling. Det verkar som at denne delen av samordninga skjer på eit høgare nivå i organisasjonen, og at dette ikkje er kjent for dei andre – dette gjeld òg til ein viss grad avdelingsleiarane på sjukeheimane. Det er mykje som kunne diskuterast rundt dette. Det eg ser i denne samanheng, er at aktørane får ikkje nytta seg av det potensialet som ligg i slike etablerte møtepunkt. For at det skal bli nyttig, må det som blir diskutert og gjort av avtalar bli formidla til dei som skal iverksetje det i pasientkontakten. Likeeins må dei som står i desse problemstillingane til dagen vite kva fora desse spørsmåla skal takast opp i. Når informantane kjem med forslag til tiltak for å betre informasjonsoverføringa, vil dei utarbeide eige skjema og standardrutine – utan å trekkje den andre part med i dette. I denne samanhengen vil konsekvensen av å opptre på eiga hand vere at ein vil mangle den andre part si oppleving av kva som er viktig og nødvendig. Dersom aktørane sit ved same bord, er det lagt til rette for dialog og samhandling basert på tillit gjennom gjensidig forståing, og forhandlingar og eventuelt kompromiss gjennom kontraktbasert samordning. Slike møtestader legg samstundes rammer for læring gjennom utveksling av idear, fagkunnskap og erfaringar (Bukve 2009). Eg nemner dette, utan at eg i denne oppgåva diskuterer læring og kunnskapsutvikling i organisasjonane.

7 Alle vil, men får det ikkje til?

Mi interesse for den eldre pasient og helsepolitiske diskusjonar rundt samhandling har vore eit bakteppe for denne studien. Likeeins tilhøvet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta – kva som påverkar aktørane når dei skal samhandle om ei heilskapleg teneste til desse pasientane. Fokuset i ein del tidlegare forskning og offentlege utgreiingar har vore utskrivingssituasjonen frå sjukehus til kommune, og kompetanseoverføring den same vegen. Om det er viktig og kva som er viktig av overføring av informasjon og kunnskap den andre vegen, er det sagt mindre om.

I denne studien har eg sett på korleis sjukeheim og sjukehus samordnar tenestene når den eldre sjukeheimspasienten blir lagd inn på sjukehus. Dette er pasientar med redusert evne og mogelegheiter til å ivareta egne interesser og behov. I situasjonar der dei har behov for helsetenesta frå begge tenestenivåa, er dei avhengige av at tenestene er organiserte og fungerer på ein slik måte at det sikrar nødvendig kommunikasjon og informasjonsoverføring mellom desse. Samordning mellom tenestenivåa vil slik verke inn på kvaliteten på helsetenestene til pasienten.

Det eg finn i mine undersøkingar er for så vidt ikkje overraskande for meg. Det finst avtalar mellom partane som skal vere til hjelp og styrande for pasientflyten mellom grenseflatene, men dei som står i den daglege samhandlinga kjenner ikkje til desse. Om dei handlar i tråd med avtalane, blir tilfeldig og styrt av andre forhold. Når det er sagt, så seier desse avtalane lite om ansvaret til pleie- og omsorgspersonalet rundt innlegging i sjukehus, ei vekting og retning i dette feltet som er mykje lik tidlegare styringsdokument og rapportar.

Eg finn at det er mangelfull overføring av informasjon om den eldre pasienten sitt funksjonsnivå. Medikamentlister og eventuelt opplysningar om diagnose blir sende med, mens opplysningar som vanlegvis ville stått i eit pleieskriv ikkje blir delte med dei som skal overta ansvaret for pleie og behandling på sjukehuset. Dette skjer i liten grad, trass i at alle eg har snakka med meiner at denne kunnskapen er viktig å formidle. Sjukehuset er tydelege på at dette er kunnskap og informasjon dei manglar – tydelegare på dette enn det eg i utgangspunktet hadde forventa.

Så: alle vil, men får det ikkje til? Og: kva kan i så fall forklare det?

Aktørane i feltet forklarar vanskaner med samordning og den manglande informasjons- overføringa med lita tid, mangel på rutine og standard skjema, manglande kontinuitet og kjennskap til pasienten, ansvarstilhøve mellom partane. Men det er ikkje utelukkande forklaringar knytte til ressursar og formell organisering som kjem fram i denne studien. Aktørane set det òg i samheng med dei individuelle faglege vurderingane, korleis aktørane tenkjer om sin eigen kunnskap/kompetanse i forhold til den andre parten sitt behov for informasjon, og om dette er viktig når det gjeld den eldre pasienten.

Slik peikar dette mot forklaringar som går ut over dei formelle strukturane, og slik sett støttar dei hypotesane eg hadde på førehand. Eit bakteppe for studien har vore samhandlingsreforma med forslag om endringar i formelle rammer som svar på utfordringane i helse- og omsorgssektoren. Tidlegare forskning, offentlege utreiingar/dokument og kunnskap og egne erfaringar gjer at eg i utgangspunktet stilte meg spørjande til dette som den sentrale løysinga. Eg har gjennom analyse og diskusjon av funna søkt etter å finne ei breidd i kva som kan verke inn på samordninga mellom tenestnivåa. Eg er merksam på at mitt val av organisasjons- teoretiske perspektiv gjev meg ein måte å forklare røyndommen på. Hadde eg valt andre tilnæringsmåtar, andre perspektiv, ville eg truleg ha sett andre trekk og forklaringar. Eg har t.d. ikkje nytta meg av endrings- og læringsperspektiv i tilnærminga til mine data. Å sjå funna i lys av slike teoretiske perspektiv ville gje andre og nye måtar å forstå dette på, særskilt med tanke på kva organisasjonane gjer for å rette opp og forbetre praksis.

Ei oppsummering av diskusjonen viser at det er fleire tilhøve som verkar inn på samhandling mellom sjukeheim og sjukehus, og kva informasjonsoverføring som skjer ved sjukehusinnlegging. Å sjå på organisasjonane som institusjonar med Scott(2003) sine pilarar, er ein måte å forstå dette på. Dersom vi også ser på pasientflytssystemet som ein institusjon i seg sjølv, kva ser vi då?

Den regulative pilaren i pasientflytssystemet

Det er klart at avtalar, rutinar og formell organisering har betydning for aktørane sine handlingsrom, og kan legge til rette for samhandling eller sette hindringar for den. Eg finn begge delar. Overordna avtalar mellom tenestnivåa er på plass, men aktørane kjenner ikkje til dei. Internt er det system som skal ta i vare kontinuitet i pleie og behandling, men lite tid og ufunksjonelt IT-system set grenser for aktørane i slike samhengar. Standard skjema og rutinar blir etterspurde og sett på som viktig for å sikre informasjonsoverføringa. Manglande

strukturelle system gjev rom for individuelle vurderingar og val av handling. Profesjonen sin faglege standard kan framstå som eit regulativt system på lik linje med skriftlege rutinar. Når det viser seg at samhandlinga er mangelfull og varierende, kan det tyde på at det er lite framtrekande i sjukepleiarane sin profesjonaliseringsprosess gjennom utdanning og møte med praksisfellesskapet, og dermed ikkje står fram som ein standard i deira val av handling. Ein annan forklarande faktor er at sjukepleiaren står i arbeidsintensive situasjonar der det må utøvast skjønn og gjerast faglege vurderingar. Slik vil hennar faglege autonomi og mynde vere avgjerande for handling og grad av samhandling, og autonomien garanterer ikkje sams utfall, snarare tvert imot.

Sjølv om det altså er ein del regulerande element som styrer samordning mellom organisasjonane, er det som skjer av samordning prega av at aktørane er i kvar sine sjølvstendige organisasjonar i eit fleirnivåsystem – som ikkje har avgjerdsmynde overfor kvarandre. Dette krev samordning på andre måtar, og den tillitsbaserte, daglege samhandlinga som faktisk føregår viser at aktørane til ein viss grad handterer dette. Mitt inntrykk er at aktørane ser ikkje seg sjølv som ein del av eit større system rundt pasienten. Fokuset er likevel på eigen arena, på eigen del i systemet og på grensene som blir trekte opp, og mindre på den ”grenselause” tenesta – at dei alle er ein del av ei teneste som skal ”flyte over grensene” og for pasienten vere heilskapleg – den ”saumlause” pasientflyten. Ser vi det i samheng med kompleksiteten i helseorganisasjonane, og tenesta skjer i eit fleirnivåsystem, byr dette på utfordringar for samordning og samhandling.

Den normative pilaren i pasientflytssystemet

Slik vi kjenner desse organisasjonane, som profesjonsorganisasjonar i helsesektoren, er det sannsynleg at dei normative og kognitive elementa vil vere sterkt til stades, og at vi slik kan bruke desse tilnæringsmåttane for å forstå og forklare det som skjer. Aktørane er mindre opptekne av formelle, skrivne rutinar, fordi handling er basert på fagleg skjønn, og sosialisering inn i profesjonen er med å sette normer for handling.

Likeverd, respekt og tillit mellom aktørane blir sett på som avgjerande i eit samhandlingsperspektiv. Kjennskap til korleis status og makt plasserer seg i eit kunnskapshierarki bidreg til korleis eg kan forstå element av dette i mine funn. Særskilt ser eg dette i lys av sjukeheimane si manglande merksemd på eiga rolle i samhandlinga og kva verdi deira kunnskap og kompetanse har i denne samheng. Samstundes vil ulike ideologiar i sjukeheim og sjukehus

gje ulik oppfatning av kva som er gyldig og aktuell kunnskap, og slik forklare kva som skjer av informasjonsoverføring når pasienten blir innlagd. Dette har i seg både eit normativt og eit kognitivt element. Det handlar om kulturar, om sosialisering og tileigning av gjeldande normer og forventningar om kva som er ”rett” handling. Og det handlar om korleis aktørane tolkar og forstår det som skjer ut frå sin eigen kontekst og sin eigen røyndom.

Den kognitive pilaren i pasientflytssystemet

Profesjonar som sjukepleie har gjennom utdanning og profesjonaliseringsprosess eit grunnlag for felles forståing av røyndommen – felles grunnleggande tankekart for tolking av situasjonar og val av handling. Sjukepleiarane veit kva dei sjølv skal gjere og det gjev eit grunnlag for å vite kva ”dei andre” skal/vil gjere. Det ser ut som at det som skjer internt på sjukeheim og internt på sjukehus kan forståast slik. Med sjukepleiarar som aktørar rundt denne informasjonsoverføringa ved sjukehusinnlegging, skulle ein forvente at det same var gjeldande der – at dei hadde ei felles forståing slik at behovet for informasjon og overføring av kunnskap om pasienten vart dekt. Når det ikkje skjer, kan det forklarast med at dei finn seg i ulike regulative system som verkar styrande på handling, og ulike normative element – ideologiar – ulike ”verder” der ulike normer og verdiar gjeld. Dette kan verke inn på korleis sjukepleiarane oppfattar sin røyndom, og dei tolkar og handlar ut frå det. Den felles oppfatninga av røyndommen som ein kunne forvente på grunnlag av felles utdanning, er ikkje til stades.

Framlegg til utviklings- og forbetringstiltak, og vidare forskning

Gjennom samtale med informantane og analysen i etterkant, ser eg fleire moglege forbetningsområde. Det er to fokus som eg ynskjer å trekkje fram:

Det ser ut som at elektroniske system for informasjonsoverføring/dokumentasjon i liten eller ingen grad er tekne i bruk innan pleie og omsorg. Dette ligg som klare tiltak i offentlege planar og avtalar, og det blir av informantane trekt fram som eit tiltak for å betre informasjonsoverføringa. Kva er det som gjer at ein ikkje er komen lenger på dette området? Ein bør, som Myrvang (2004:199) peikar på, undersøkje praktiske vilkår for samhandling etter kvart som nye elektroniske dokumentasjonsreiskapar blir tekne i bruk.

Med bakgrunn i diskusjonane rundt profesjon og sjukepleiarane si manglande systemforståing kunne det vere interessant å sjå på i kva grad sjukepleieutdanninga legg vekt på

organisasjonskunnskap, systemforståing og samordning, og vidare sjå dette i lys av møte mellom den teoretiske delen av utdanninga og møtet med praksisfellesskapet.

Eg ser nokre område som peikar seg ut til vidare forskning. Mine interessefelt og eigen kontekst verkar sjølvstøtt inn på dette utvalet:

Informantane på sjukehuset seier det skjer at dei får med gode sjukepleieskriv ved innlegging. Det kunne vore interessant å sjå på om desse er knytte til særskilde institusjonar og kommunar og slik studere nokon som får det til. Kva er suksessfaktorane?

Vil samhandlingsreforma, med sine forslag om endringar i kommunerolla, føre til ei utjamning med tanke på status og likeverd mellom tenestnivåa? Eller vil vi sjå enno større grad og dreining mot spesialisering i sjukehusa og større avstand til helsetenesta i kommunane?

Med bakgrunn i samhandlingsreforma og fokus på sjukehusinnlegging av eldre og kronisk sjuke kunne det vere interessant å sjå nærare på hyppigheit av sjukehusinnlegging frå sjukeheim i eige fylke. Er det skilnader mellom kommunane? I så fall, kva kan forklare det? Geografisk avstand til sjukehuset, legevaksordningar, sjukepleie- og legekompentanse i kommunen, andre tilhøve? Er det mogeleg å finne fram til "best practise"?

Litteraturliste

Alvsvåg, Herdis (2006) ”Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning” i Knutstad, Unni og Nielsen, Birthe Kamp (red.) *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe

Andersen, Svein S. (1997) *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andersson, Jenny og Nilsson, Marie (2010) *Sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation mellan den somatiska vården och hemsjukvården*. Högskolan i Kalmar, Humanvetenskapliga institutionen. Henta 08.09.2010 frå

<http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:295197&rvn=1>

Berg, Ole (1987) *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Bukve, Oddbjørn (2001) *Kommunal forvaltning og planlegging*. Oslo: Det Norske Samlaget

Bukve, Oddbjørn (2009) ”Styringsdialog – styring eller dialog? Om vilkåra for samhandling ved fleirnivåstyring”. I *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. Vol 25 nr.1 s. 59-71

Caplex: Kompetanse. Henta 21.08.2010 frå

<http://www.caplex.no/Web/ArticleView.aspx?id=9318907>

Delavtale om rutinar for tilvising og utskriving mellom Helse Førde og kommune. Henta 20.04.2009 frå <http://www.helse-forde.no/fagfolk/samhandling/Documents/Delavtale%20tilvising%20og%20utskriving%20-%20Kortversjon%20-%20tilvising%20-%20utskriving.pdf>

DIPS. Henta 06.10.2010 frå (<http://www.dips.no/dipsnew.nsf/Display/Startside>

Elstad, Jon Ivar (1991) ”En helse- og sosialarbeider? Om profesjonsstrid og lagdeling i helse- og sosialsektoren” i Piene, Hroar (red.) *Helsevesen i knipe – en antologi om helsetjenesteforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

FOR 1988 -11-14-932 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Sist endra 01.07.2003. Henta 01.08.2010 frå <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/ho-19881114-0932.html>

FOR 1998 -12-16 nr 1447: Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. Sist endra 19.05.2003. Henta 17.10.10 frå <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-19981216-1447.html>

FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal. Sist endra 02.12.2009. Henta 15.10.10 frå <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20001221-1385-0.html#9>

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Henta 01.08.2010 frå <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html>

FOR 2008-01-25 nr 128: Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. Henta 10.11.2010 frå <http://www.lovdata.no/for/sf/kd/xd-20080125-0128.html>

Garsjø, Olav (2001) *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Garsjø, Olav (2008) *Institusjonssosiologi – perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Glosvik, Øyvind (2002) ”Om læring på ulike nivå i organisasjonar”. I *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. Nr.2 s.117-141

Grønmo, Sigmund (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Halvorsen, Knut (2005) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Hanssen, Bjarne- Håkon (2008) ”Arbeidet med samhandlingsreformen”. Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 21.09.2008 frå http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/helse--og-omsorgsminister-bjarne-hakon-h/2008/arbeidet-med-samhandlingsreformen.html?id=525059

Hatch, Mary (2001) *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt Forlag

Helsedirektoratet. Multidose. Henta 06.10.10 frå http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00017/Sluttrapport_Multido_17782a.pdf

Helse Førde: Samhandling med kommunane, figur nr.1. Henta 25.05.2009 frå <http://www.helse-forde.no/samhandling/Default.aspx>

Helsetilsynet. Henta 16.09.2009/10.11.2010 frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon/>

Helsetilsynet, tilsynsrapporter. Henta 16.09.2009/10.11.2010 frå <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/>

Hernes, Helge (2002). ” Perspektiver på profesjoner” i Nylehn, Byrre og Støkken, Anne Marie (red.) *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar (2004). ”Hvorfor er samarbeid så vanskelig” i Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2002) *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Kalseth, Birgitte og Paulsen, Bård (2008) *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008*. SINTEF Helse. Henta 01.06.2009 frå <http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Rapport%20A8640%20Samhandling.pdf>

Kvamme, Odd Jarle (1999) *Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatiske sjukehus*. Universitetet i Oslo.

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetenestelova). Sist endra 03.04.2009. Henta frå http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenestelov*&&

LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(spesialisthelsetenestelova). Sist endra: 01.01.2008. Henta frå http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenestelov*&&

LOV-1999-07-02-63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetslova). Sist endra 01.01.2009. Henta frå http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell(helsepersonellslova). Sist endra: 14.11.2008. Henta frå http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&

Magnussen, Geir og Lyngroth, Svein(2007) *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten*. AGENDA Utredning & Utvikling. Henta 01.06.2009 frå http://www.ks.no/upload/94178/064004Rapport_samh.pdf

Melby, L., Hellesø, R og Wibe, T.(2010) ”Elektronisk utskrivingsrapport og informasjon til kommunehelsetenesten”. I *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2010; 130:1037-9. Henta 01.10.2010 frå http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1977979

Myrvang, Robert (2004) *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger - muligheter og barrierer : medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin*. Universitetet i Tromsø.

Myrvang, Robert (2005) Abstract: *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger - muligheter og barrierer : medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin*. Universitetet i Tromsø. Henta 18.04.2009 frå <http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/1232>

Nasjonal helseplan (2007-2010), Helse- og omsorgsdepartementet

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet (2007). Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Henta 20.04.2009 frå <http://www.ks.no/upload/4094/samhandling.pdf>

NOU 2005:3 *Frå stykkevis til helt*, Helse- og omsorgsdepartementet

Næss, Gro (2008) *Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmotaket*. Høgskolen i Vestfold. Henta 01.11.2008 frå http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2008-01/rapp01_2008.pdf

Orvik, Arne (2004) *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Henta 10.11.2010 frå <http://organisatoriskkompetanse.cappelendamm.no/c25343/sammendrag/vis.html?tid=25352>

Paulsen, Bård og Grimsmo, Anders (2008) *God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. SINTEF Helse. Henta 01.11.2008 frå <http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Tiltak19.pdf>

Rammeavtale mellom Helse Førde HF og kommunane. Henta 20.04.2009 frå <http://www.helse-forde.no/fagfolk/samhandling/Documents/Rammeavtale%20mellom%20HF%20og%20kommune.pdf>

Ranhoff, Anette Hylene og Linnsund, Jan Magne (2005) Når skal sykehjemspasienter innlegges i sjukehus? I *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125 (13-14) 1844.

Ringdal, Kristen (2007) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Romøren, Tor Inge (2008) "Eldre, helse og hjelpebehov" i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Røiseland, Asbjørn og Vabo, Signy Irene (2008) "Governance på norsk. Samstyring som empirisk og –analytisk fenomen". I *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. Nr 01-02 s. 87-107

Scott, W. Richard (2003) Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and Corporate Change* 12/4, pp. 879-894

Skau, Greta Marie (2002) *Gode fagfolk vokser... Personlig kompetanse som utfordring*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Skjørshammer, Morten (2004) *Bedre planlegging i helsesektoren. I et systemisk perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Solli-Sæther, Hans (2010) *Oppskrift på bedre samhandling*. Henta 01.09.2010 frå <http://www.forskning.no/artikler/2010/januar/240135>

Stavang, Evelyn (2008) *Samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta som kunnskapsproblem?: Sett i eit lærings- og leiingsperspektiv*. Høgskulen i Sogn og Fjordane. Henta 01.08.2010 frå http://brage.bibsys.no/hsf/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_8571

St.melding nr.43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*. Helse- og sosialdepartementet.

St.melding nr.25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og sosialdepartementet.

St.melding nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – tilrett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Store Norske Leksikon. Epikrise. Henta 15.10.2010 frå http://www.sn.no/sml_artikkel/epikrise

Store Norske Leksikon. Nefrologi. Henta 17.10.2010 frå <http://www.sn.no/nefrologi>

Strand, Torodd (1985) *Utkant og sentrum i det norske styringsverket*. Oslo: Universitetsforlaget

Støkken, Anne Marie (2002). ”Profesjoner: Kontinuitet og endring” i Nylehn, Byrre og Støkken, Anne Marie (red.). *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tellefsen, Terje (2004) ”Kva har ideologien å si for hverdagspraksisen?” i Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Thagaard, Tove (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* Bergen: Fagbokforlaget.

Tieto. Geric. Henta 08.05.2010 frå <http://www.tieto.no/?path=488,496,16107,16156,15362,16185>.

Wikipedia. Kultur. Henta 22.08.2010 frå <http://no.wikipedia.org/wiki/Ideologi>, <http://no.wikipedia.org/wiki/Kultur>

Øgar, Petter og Hovland, Tove (2004) *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Øgård, Morten (2005) ”New Public Management – fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart?” i Baldersheim, Harald og Rose, Lawrence E. (red.) *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Sjukeheim

(Leiar/sjukepleiar). Informant: _____

Organisering/leing

- 1) Korleis er kommunen organisert (organisasjonsstruktur) ?
- 2) Korleis er sjukeheimen/avdelinga organisert i høve leing, arbeids- og ansvarsfordeling (spesialområde/fag/oppgåve) ?
 - Kven har ansvar for kontakten mellom kommunen og medisinsk avdeling når ein pasient frå sjukeheimen blir innlagt?
- 3) Korleis er den medisinske/sjukepleiefaglege kompetansen i kommunen (stillingar, rekruttering)?

Rutinar og eksisterande praksis for samhandling/ informasjonsutveksling ved innlegging av pasient frå sjukeheim til sjukehus:

- 4) Finnast det avtalar for samordning av tenestene mellom kommunen og sjukehuset?
 - I kva grad kjenner du til avtalen?
 - Er det oppretta forum for kommunikasjon/samarbeid på tvers av tenestenivåa? I så fall: Kven tek initiativ til og set dagsorden for desse?
- 5) Er det utarbeidd rutinar for informasjonsutveksling om pasienten sin tilstand/situasjon ved vurdering av innlegging og innlegging til medisinsk avdeling? I så fall: kan du seie kva den omfattar?
- 6) Eksisterande praksis: Kva kommunikasjon/informasjonsutveksling finn stad mellom kommunen og medisinsk avdeling når sjukeheimspasienten blir lagt inn på sjukehus:
 - under vurdering av innlegging
 - ved innlegging
 - første dagen etter
- 7) Dersom samhandlinga mellom kommunen/sjukeheimen og sjukehuset/avdelinga ikkje føregår i tråd med skrivne avtalar/interne rutinar: Kva meiner du kan forklare det?

8) Korleis er legevaktsordninga på sjukeheimen (dagtid/kveld/helg), og kva rutinar er det rundt innlegging til sjukehus i høve denne ordninga (dagtid kontra kveld/helg)?

- Kan legevaktsordninga og samarbeid med personalet på sjukeheimen (sjukepleiar) verke inn på avgjerda om sjukehusinnlegging og samhandlinga med sjukehuset i den situasjonen? I så fall: Kvifor det?

9) Har det vore/er det særskilte tiltak/prosjekt i kommunen/sjukeheimen retta mot samhandling med sjukehuset?

10) Kva med interkommunalt samarbeid/avtalar? Er det samarbeid mellom kommunar opp mot sjukehuset?

Kompetanse, kvalitet

11) I kva situasjonar meiner du at den eldre sjukeheimspasienten må leggst inn på sjukehus?

- Kva (meiner du) er årsaka til at sjukeheimspasienten ikkje får dekkja sine behov for helsehjelp i kommunen?

12) Korleis vurderar du kompetansen til personalet på sjukehuset i møte med den eldre sjukeheimspasienten?

- Korleis opplever du at informasjonen om pasienten blir vurdert og nytta på sjukehuset?
- Om den ikkje blir nytta og/eller etterspurd: Korleis forklarar du det?

13) Korleis vurderar du din eigen/personalet på sjukeheimen sin kompetanse i møte med den eldre sjukeheimspasienten sine behov for helsehjelp?

14) Korleis kan samhandling/informasjonsutveksling om pasienten ha betyding for den pleie og behandling pasienten har rett på (ut frå faglege standardar/kvalitet på tenesta og juridiske/politiske krav og føringar)?

15) Hospiteringsordningar: fins det? I så fall: Korleis fungerer dette? Er dette nyttig? Om ikkje: Er det ynskje om dette?

Endring (læring):

16) Kva gjer de for å rette opp eventuelle samhandlingsproblem / kva gjer de med det som ikkje fungerer?

17) Korleis kan samarbeidet mellom tenestenivåa utviklast (meiner du) for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp (frå Gro Næss)?

18) Kva verktøy/rutinar (meiner du) kan sikre følgjedokumentasjon ved innlegging i sjukehus (G.N.)?

19) Kjenner du til "samhandlingsreforma"?

I så fall: Kva konsekvensar tenkjer du den kan ha i høve samarbeidet mellom sjukehus og kommune, og kvalitet på tilbodet for den eldre pasienten? Er det positivt eller negativt?

Sjukehus

(Leiar/sjukepleiar). Informant: _____

Organisering/leing

1) Korleis er avdelinga organisert i høve leing, arbeids- og ansvarsfordeling

(spesialområde/fag/oppgåve) ?

2) Kven har ansvar for kontakten mellom medisinsk avdeling og kommunen når ein pasient frå sjukeheimen blir innlagt?

Rutinar og eksisterande praksis for samhandling/ informasjonsutveksling ved innlegging av pasient frå sjukeheim til sjukehus

3) Finnast det avtalar for samordning av tenestene mellom sjukehus og kommune?

- I kva grad kjenner du til avtalen?
- Er det oppretta forum for kommunikasjon/samarbeid på tvers av tenestenivåa? I så fall: Kven tek initiativ til og set dagsorden for desse?

4) Er det utarbeidd rutinar for informasjonsutveksling om pasienten sin tilstand/situasjon ved vurdering av innlegging, og innlegging, til medisinsk avdeling? I så fall: kan du seie kva den omfattar?

5) Eksisterande praksis: Kva kommunikasjon/informasjonsutveksling finn stad mellom kommunen og medisinsk avdeling når sjukeheimspasienten blir lagt inn på sjukehus:

- under vurdering av innlegging
- ved innlegging
- første dagen etter

6) Dersom samhandlinga mellom sjukehuset/avdelinga og kommunen/sjukeheimen ikkje føregår i tråd med skrivne avtalar: Kva meiner du kan forklare det?

7) Opplever du frå sjukehuset si side at det er forskjell mellom kommunane? I så fall: korleis vil du forklare det?

Kompetanse, kvalitet

8) I kva situasjonar meiner du at den eldre sjukeheimspasienten må leggast inn på sjukehus?

- Kva (meiner du) er årsaka til at sjukeheimspasienten ikkje får dekka sine behov for helsehjelp i kommunen? (*kompetansen til helsepersonell i kommunen*)

9) Korleis vurderar du kompetansen til personalet i avdelinga i møte med den eldre sjukeheimspasienten?

- Korleis opplever du at informasjonen om pasienten blir vurdert og nytta av sjukehuset?
- Om den ikkje blir nytta og/eller etterspurd: Korleis forklarar du det?

10) Korleis kan samhandling/informasjonsutveksling om pasienten ha betyding for den pleie og behandling pasienten har rett på (ut frå faglege standardar/kvalitet på tenesta og juridiske/politiske krav og føringar)?

11) Hospiteringsordningar: fins det? I så fall: Korleis fungerer dette? Er dette nyttig? Om ikkje: Er det ynskje om dette?

Endring (læring):

12) Kva gjer de for å rette opp eventuelle samordningsproblem / kva gjer de med det som ikkje fungerer?

13) Korleis kan samarbeidet mellom tenestenivåa utviklast (meiner du) for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp (frå Gro Næss)?

14) Kva verktoy/rutinar (meiner du) kan sikre følgjedokumentasjon ved innlegging i sjukehus (G.N.)?

15) *Kjenner du til "samhandlingsreforma"?*

I så fall: kva konsekvensar tenkjer du den kan ha i høve samarbeidet mellom sjukehus og kommune, og kvalitet på tilbodet for den eldre pasienten? Er det positivt eller negativt?

Vedlegg 2: Brev om spørsmål om tilgang til informantar

Til

(namn)adm. direktør i (helseføretak)/(namn)rådmann i (kommune)

Førde, 08.10.09

Studie om samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta

Mitt namn er Marta Strandos. Eg er student ved Masterstudie i administrasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF), avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. Dette er eit deltidstudie som går over 4 år. I tillegg jobbar eg som studieleiar ved Bachelorstudie i sjukepleie ved HSF. Eg er i gang med masteroppgåva og vil i det høvet spørje om løyve til å intervjuje tilsette i Dykkar organisasjon. Aktuelle informantar er avdelingsleiar og sjukepleiarar ved medisinsk avdeling/sjukeheim i kommunen.

Tema for masteroppgåva er samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for eldre omsorgstrengande, der eg skal gjere ein studie av *samhandlinga mellom sjukeheim og sjukehus når den eldre omsorgstrengande pasienten blir lagt inn på sjukehus*. Føremålet er å sjå på korleis samhandlinga føregår, og få innsikt i mogelege forklaringar dersom samhandlinga ikkje fungerer etter intensjonane.

Deltaking i studien vil innebere eit individuelt intervju som vil vare frå ein til ein og ein halv time. Dersom det let seg gjere vil intervjuet bli gjennomført på informantens sin arbeidsplass. Intervjuet vil bli tatt opp på band. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Ved offentleggjering av oppgåva vil informantane og alt datamateriell bli behandla anonymt.

Masteroppgåva mi blir gjennomført som ein del av det strategiske høgskuleprosjektet "Lokal velferdsleiing i system under press" (LVL). Forskarar ved fleire HSF - avdelingar er knytte til prosjektet, og det blir gjennomført fleire delprosjekt med tema som lærande leiing,

organisering av kliniske mikrosystem, velferdsforvaltninga i omstilling, organisasjonsidentitet i helseorganisasjonar og profesjonar si læring og kunnskapsopparbeiding. Leiar for prosjektet er Professor Oddbjørn Bukve. Han er òg min rettleiar på masteroppgåva.

Eg håpar De er villeg til å la meg få tilgang på informantar i Dykkar organisasjon, og eg er takknemleg for ei snarleg tilbakemelding.

Ved spørsmål eller behov for meir informasjon, ta kontakt med underteikna eller Professor Oddbjørn Bukve.

Med venleg helsing

Marta Strandos

Tlf. 41 52 64 16, arb: 57 72 25 79, epost: marta.strandos@hisf.no

Professor Oddbjørn Bukve (tlf. arb: 57 67 63 05, epost: oddbjorn.bukve@hisf.no).

Vedlegg 3: Informasjon til informantane

Mitt namn er Marta Strandos. Eg er student ved Masterstudie i administrasjon og leing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF), avdeling for økonomi, leing og reiseliv. Dette er eit deltidsstudie som går over 4 år. I tillegg jobbar eg som studieleiar ved Bachelorstudie i sjukepleie ved HSF. Eg er i gang med masteroppgåva og vil i det høve invitere deg til å delta i mitt studie der tema er ” *Samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for eldre omsorgstrengande*”. Eg skal gjere ein studie av samhandlinga mellom sjukeheim og sjukehus når den eldre omsorgstrengande pasienten blir lagt inn på sjukehus. Føremålet er å sjå på korleis samhandlinga føregår, og få innsikt i moglege forklaringar dersom samhandlinga ikkje fungerer etter intensjonane.

Deltaking i studien vil innebere eit individuelt intervju som vil vare frå ein til ein og ein halv time. Dersom det let seg gjere vil intervjuet bli gjennomført på din arbeidsplass. Intervjuet vil bli tatt opp på band. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Du vil få høve til å lese gjennom teksten undervegs i arbeidet med oppgåva, og ved offentleggjering av oppgåva vil deltakarar og alt datamateriell bli behandla anonymt.

Masteroppgåva mi blir gjennomført som ein del av det strategiske høgskuleprosjektet "Lokal velferdsleing i system under press" (LVL). Forskarar ved fleire HSF - avdelingar er knytte til prosjektet, og det blir gjennomført fleire delprosjekt med tema innan organisasjon og leing.

Dersom du aksepterar å delta i studien, vil eg be om ei skriftleg samtykkeerklæring før intervjuet startar.

Ta gjerne kontakt om du har spørsmål:

Marta Strandos, mobil 41 52 64 16, tlf. arbeid: 57 72 25 79, epost: marta.strandos@hisf.no.

Rettleiar på masteroppgåva er Professor Oddbjørn Bukve. Han kan kontaktast om det er ytterlegare spørsmål knytt til prosjektet: tlf. arbeid: 57 67 63 05, epost: oddbjorn.bukve@hisf.no

Med venleg helsing

Marta Strandos

Vedlegg 4: Informert samtykke

Eg gjev med dette mitt samtykke til å delta i ein studie om samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for eldre omsorgstrengande utført av Marta Strandos.

Eg har lest ein kort omtale av prosjektet og er innforstått med at føremålet med studien er å sjå på korleis samhandlinga føregår, og få innsikt i moglege forklaringar dersom samhandlinga ikkje fungerer etter intensjonane.

Deltaking i denne studien inneberer å delta i eit individuelt intervju som vil vare i ein til ein og ein halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på min arbeidsplass i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon. Alle data vil bli oppbevart i eit låst skap. Å delta i masterprosjektet er heilt frivillig, og eg kan når som helst trekke meg frå prosjektet.

Eg godkjenner at:

1. Eg har fått informasjon og forklaring om mål, metode, forventa nytte av studien og eventuelle risiko ved å delta.
2. Eg gjev med dette heilt frivillig mitt samtykke til å delta i denne studien.
3. Eg forstår og aksepterar at dei samla resultata vil bli nytta som ledd i eit forskingsarbeid og kan offentleggjerast gjennom konferansar, i vitenskaplege og akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon av masteroppgåva.
4. Eg er informert om at individuelle resultat ikkje kan førast vidare utan min godkjenning.
5. Eg kan trekke mitt samtykke til å delta i studie tilbake. I så fall vil min deltaking i prosjektet opphøyre og informasjonar eg har gjeve vil ikkje bli nytta.

Signatur.....Stad/dato:.....

Vedlegg 5: NSD – melding om behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Oddbjørn Bukve
Avdeling for økonomi, leiting og reiseliv
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 133
6851 SOGNDAL

Vår dato: 12.11.2009

Vår ref: 22929 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22929	<i>Samordning av helsetenesta mellom kommune og spesialist-helsetenesta for den eldre omsorgstrengande pasienten.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Oddbjørn Bukve</i>
Student	<i>Marta Strandos</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Nanåvedt Kvalheim

Ragnhild Kise Haugland
Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Marta Strandos, Dale, 6963 DALE I SUNNFJORD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svana@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

22929

Utvalget omfatter sykepleiere, avdelingsledere og tilsynslege ved ulike sykehjem, totalt 10-12 personer.

Prosjektleder får navn på potensielle informanter fra seksjonsleder for medisinsk avdeling og leder for pleie og omsorg i de aktuelle kommunene. Prosjektleder oppretter selv førstegangskontakt med utvalget.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju, og det benyttes lydopptak under intervju.

Det gis muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, og innhentes skriftlig samtykke til deltakelse. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjema tilfredsstillende, forutsatt at det opplyses at datamaterialet anonymiseres innen prosjektslutt, juni 2010.

Senest innen prosjektslutt, juni 2010, skal datamaterialet anonymiseres ved at navneliste/koblingsnøkkel og lydopptak slettes, og eventuelle indirekte identifiserende personopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

Vedlegg 6: Sjukepleier rapport/sjukepleieskriv

Sjukepleier rapport:

Navn: Fødselsnummer:
Adresse:
Pårørende: Telfnr:
Sivilstand: Yrke:

Aktuelt:

<u>Eliminasjon</u>	Kontinent Urin Avføring	Inkontinent Urin Avføring	<u>Orienter for tid og sted:</u>	Ja Delvis	nei
<u>Kateter:</u>	ja	Nei	<u>Tru/livsyn:</u>		
<u>Personleg hygiene:</u>	Steller seg sjølv HIS	Pleie	<u>Høyreapp- arat</u>	Ja:	Nei:
<u>Mobilitet:</u>	Går sjølv Går med rullator		<u>Briller:</u>	Ja:	Nei:
<u>Står på beina</u>	Ja	nei	<u>Anna:</u>		
<u>Ernæring: Mosa mat: Annan diett:</u>	Fk Ja	Dia Nei	<u>Matsitu- asjon</u> Et sjølv	Treng litt hjelp/støtte:	Må matast:

Stad:

Underskrift:

--	--

SJUKEPLEIERAPPØRT

Ikkje off. Jfr. off.l. §13, forv.l § 13

FOR

Hovedpårørande:

Fast lege:

< , Tlf. <

Diagnose, medikamenter, funksjonsnivå og lab. ark: Sjå eige vedlegg.

Aktuell problemstilling:

Fysisk situasjon:

- Respirasjon/sirkulasjon/hud
- Aktivitet/kvile, personleg hygiene
- Ernæring
- Elimininasjon
- Smerter
- Sanser (syn/hørsel)
- Allergi

Psykisk og åndeleg situasjon

- Emosjonell status/motivasjon/initiativ
- Kommunikasjon/informasjon/hukommelse/orientering
- Tru/håp/oppleving av meining

Heimetenester

Sosial status

- Sivilstand
- Yrke/tidlegare yrke
- Hobbyar/interesse
- Bustad (type, tilkomst inne/ute, tilgong til hjelpemiddel/søkt nye? og liknande)

LOC_SAMLEKURV