



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i organisasjon og ledelse

MR691, Masteroppgåve Organisasjon og leiing

Predefinert informasjon

Startdato:	27-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR1
Slutt dato:	11-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MR691 1 MA 2021 VÅR1		

Deltaker

Navn:	Kristin Steinsland
Kandidatnr.:	210
HVL-id:	229571@hul.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	40125
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: Einmannsgruppe
Gruppenummer: 29
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

Læringsnettverk – Ein arena for samhandling

Ein kvalitativ studie av læringsnettverks som koordineringsverktøy i
helsetenestene i kommunen og spesialisthelsetenesta

Network Knowledge – An Arena for Cooperation

A qualified study of Network Knowledge used as coordination tool in
communal health care and in the aera of specialised health care

Kristin Steinsland

Masterstudium i organisasjon og leiing,
helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing
Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap - Institutt for samfunnsvitenskap.
11.06.21

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

Innhold

1. LÆRINGSNETTVERK OG SAMHANDLING I HELSESEKTOREN	1
1.0 Innleiing	1
1.1 Føremål	2
1.2 Hovudtrekk ved helsevesenet si historie	2
1.3 Samhandlingsreforma	3
1.4 Helsefelleskap - ei samanhengande helseteneste.	4
1.5 Andre styringsdokument, lover og forskrifter som regulerer samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.	5
1.6 Læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling	7
1.7 Læringsnettverk for gode pasientforløp	8
1.8 Samanfating av læringsnettverk og samhandling	9
2. KUNNSKAPSSTATUS	10
2.0 Innleiing	10
2.1 Pasientforløp og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta	11
2.2 Læringsnettverk i helse- og omsorgstenestene	13
2.3 Forankring i leiing i samarbeidsprosessar	14
2.4 Samanfating av kunnskapsstatus	15
2.5 Problemstilling og forskings spørsmål	15
3. TEORETISK PERSPEKTIV PÅ LÆRINGSNETTVERK	17
3.0 Innleiing	17
3.1 Samarbeid og samhandling mellom organisasjonar	17
3.2 Nettverk	21
3.3 Læringsnettverk	22
3.4 Uregjerlege og tamme problem i samarbeid	24
3.5 Makt	25
3.6 Tillit	25
3.7 Likeverd	26
3.8 Forankring	26
3.9 Samanfating av teoretisk perspektiv	27
4. METODE	28
4.1 Innleiing	28
4.2 Forskingsdesign	29
4.3 Kvalitativ metode	29
4.4 Utval av intervju personar	30
4.5 Intervjuguiden	30
4.6 Gjennomføring av intervju	31
4.7 Transkribering	32

4.8 Analyse og koding	32
4.8.1 Reliabilitet	33
4.8.2 Validitet	33
4.8.3 Overførbart	34
4.9 Samanfating av metoden som er nytta i prosjektet	34
5. FUNN: LÆRINGSNETTVERK, ORGANISERING OG SAMHANDLING	35
5.0 Innleiing	35
5.1 Organisering	36
Intervju i spesialisthelsetenesta	36
Intervju i kommunegruppe A	37
Intervju i kommunegruppe B	38
5.1.1 Oppsummering av funna om organisering	39
5.2 Samhandling	40
Intervju i spesialisthelsetenesta	40
Intervju i kommunegruppe A	42
Intervju i kommunegruppe B	45
5.2.1 Oppsummering av funna om samhandling	48
6. FUNN: LÆRINGSNETTVERK, LIKEVERD, FORANKRING OG HEMMANDE OG FREMJANDE FAKTORAR FOR SAMHANDLING	51
6.1 Likeverd	52
Intervju i spesialisthelsetenesta	52
Intervju i kommunegruppe A	53
Intervju i kommunegruppe B	54
6.1.1 Oppsummering av funna om likeverd	55
6.2 Forankring	56
Intervju i spesialisthelsetenesta	56
Intervju i kommunegruppe A	57
Intervju i kommunegruppe B	59
6.2.1 Oppsummering av funna om forankring	60
6.3 Hemmande og fremjande faktorar i samhandling	60
Intervju i spesialisthelsetenesta	61
Intervju i kommunegruppe A	63
Intervju i kommunegruppe B	64
6.3.1 Oppsummering av funna om hemmande og fremjande faktorar i samhandling	65
7. DRØFTING	67
7.0 Innleiing	67
7.1 Teori, og empiri i lys av forskingsspørsmål og problemstilling	68
7.1.1 Organisering	68
7.1.2 Samhandling	72

7.1.3 Likeverd	77
7.1.4 Forankring	80
7.1.5 Hemmande og fremjande faktor for samhandling	83
7.2. Læringsnettverk for gode pasientforløp: Føresetnadar og realitetar	89
Koronapandemien	94
8. KONKLUSJON OG VEGEN VIDARE	95
KJELDER	97
VEDLEGG 1: Intervjuguide	1
VEDLEGG 2: Løyve frå NSD	5
VEDLEGG 3: Informasjonsskriv	8

Figurliste

Figur 1 Organisasjonsprosessen s. 19

FØREORD

Då eg starta på masterstudien i organisasjon og leiing hausten 2017, var dette ein fantastisk muligheit for meg som ny einingsleiar å få lov til å utvikle min kompetanse som leiar. På den første samlinga utarbeida eg refleksjonsnotat med ei prioritering for korleis eg skulle klare å fullføre ein studie på fire år i tillegg til ei krevjande leiarstilling i kommunale helsetenester. Eg la til grunn at familie hadde første prioritet, jobb andre prioritet, studie tredje prioritet, og mitt sosiale liv siste prioritet. Denne prioriteringa har vært ei rettesnor gjennom heile studiet, det har hjelpt meg til å gjere gode prioriteringar, og til å snart komme i mål med masterstudiet.

Eg har hatt god støtte frå mine kollega og studievenner Nina og Esther. Det har vore viktig å ha støttespelarar og det har vore viktig å heia på kvarandre. Desse åra har styrka min leiarkompetanse, mitt faglege nettverk, og eg har fått nye og gode venner. Takk for fire flotte studie år!

Eg vil og takke Høgskulen på Vestlandet for eit flott studieprogram som har vore så fleksibelt at det har latt seg kombinere med full stilling.

Takk også til rettleiar Reidar Øygard som har utfordra meg, hjelpt meg med å finne løysingar og til å sjå nye muligheiter, eg har lært mykje gjennom denne prosessen som eg tek med meg vidare.

Eg vil og rette ein stor takk til arbeidsgivaren min i Stord kommune som har gitt meg rom og muligheit til å studere i tillegg til full jobb som einingsleiar. Takk også til mannen min Tom som har støtta meg, vore datahjelp, lest korrektur, passas hundar og gjort det mulig for meg å vera vekke over fleire dagar. Takk og til familien min, ungane mine og barnebarn som har vist stor velvilje når det innimellom har vore naudsynt å prioritere studie framfor dei. Eg kjenner meg privilegert som har ein så flott heilagjeng. No skal eg nyte ein velfortent sommar.

Kristin Steinsland

Stord, juni 2021

SAMANDRAG

Samhandlingsreforma viser til at betre samhandling bør vera eit av helse- og omsorgstenestene sine viktigaste området framover. Kommunar og spesialisthelse skal leggja til rette for, og utvikla ei felles forståing for kva som er gode pasientforløp.

Formålet med studien å studere om læringsnettverk kan vera ein arena og eit koordinerande verktøy for samhandling. Eg har tru på at det å samhandla er å vera dyktige saman med andre, ein relasjonell ferdigheit som gir ein langt større effekt enn å vera god aleine

Metoden eg har nytta er ei kvalitativ undersøking der eg intervjuar ni deltakarar i kommunar og spesialisthelsetenesta, som alle har deltatt i det regionale læringsnettverket for gode pasientforløp. Eg har nytta fem tematiserte forskingsspørsmål i analysen av funna. Tema eg har nytta i studiet er; organisering, samhandling, likeverd, forankring og hemmande og fremjande faktorar for samarbeidet.

Resultatet av studien viser at det er mange faktorar som påverkar samhandlinga.

Læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera ein arena og eit koordineringsverktøy for å utvikla gode metodar og verktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Viktige funn i mitt studie er at det må vera ei oppleving av likeverd mellom partane for at ei god samhandling skal finne stad. Ein må i mykje større grad ha fokus på å forankre og implementere arbeidet i *heile* organisasjonen om læringsnettverket skal føra til varige endringar.

SUMMARY

A qualified study of Network Knowledge used as coordination tool in communal health care and in the area of specialised health care .

With reference to the cooperation reform this reform should be one of the most important areas for the future improvement regarding health care. Communities and the specialist health care should prepare and develop a common understanding regarding the best care for the patients. The intention of the study is examining carefully the Network Knowledge that can be an arena and a coordination tool for the coordination itself.

I am confident that cooperation is leading to a better ability to coordinate the work. Working together will also lead to better professional results rather than working on individual basis. Through more and better communication and cooperation one will achieve better results and also higher qualities of the services provided. Cooperative work gives greater results than working on individual basis.

My methods in this study are interviewing five participants in different communities and all of them working within the health care services. All participants are skilled with the regional Network Knowledge. A system that leads to good care of the patients. My findings include five questions relevant to the study.

In this study I have concentrated on ways of organising, cooperation, equality, changes, oppressive and depressive factors in cooperative work.

The result of the study shows that many different factors are affecting the coordination work. The network for good health care of the patients can be an important area and also a coordination tool for developing proper methods and ways of cooperating between the communities and specialist of the health care.

Important findings in my study are that the different participants must have mutual understanding if lasting improvements should prevail.

A much better understanding from all parties involved in the important network cooperation will be necessary if lasting and durable changes should prevail.

1. LÆRINGSNETTVERK OG SAMHANDLING I HELSESEKTOREN

1.0 Innleiing

Hovudutfordringa til dagens og dei framtidige helse- og omsorgstenestene er knytt både til pasientperspektivet og eit samfunnsøkonomisk perspektiv (St. meld. Nr.47 2008-2009, s. 13).

Mange pasientar opplevde lite kontinuitet i helse- og omsorgstenestene, dette gjaldt både i spesialisthelsetenesta og i primærhelsetenesta. Manglande kontinuitet kan føre til utrygghet, feil i behandling og pleie, ineffektive tenester og redusert livskvalitet for pasientar (St. meld. nr. 16 2010-2011, s. 90). Samhandlingsreforma viser til at det ligg i samhandlingsutfordringa sitt vesen at dei ulike aktørane må komma saman og i fellesskap finna fram til tiltak som gir betre pasientforløp og meir samfunnsøkonomisk rasjonelle løysingar (St. meld. nr .47, s. 19).

Folkehelseinstituttet (2019) viser til at etter at samhandlingsreforma kom i 2012, vart det synleg at det var eit behov for å strukturere pasientforløpa på ein meir koordinert og heilskapleg måte. KS og Folkehelseinstituttet utvikla nasjonale læringsnettverk Gode pasientforløp i 2014. Helsedirektoratet (2019) beskriv heilskapelig pasientforløp slik: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

Min motivasjon for å studere samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta der eg ser på læringsnettverk som koordineringsverktøy, er at eg sjølv har delteke i læringsnettverk for Gode pasientforløp. Bakgrunn for deltaking var opplevde utfordringar i samhandlinga mellom kommune og spesialisthelseteneste. Ein opplevde å ikkje ha tilstrekkelege rutinar for kommunikasjon og samhandling, og pasientane opplevde brot i pasientforløpa. Kommunen hadde også utfordringar med å ta i mot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset.

Samarbeidsavtalane på sentrale samhandlingsområde mellom kommune og helseføretak vart ikkje opplevd som tilstrekkelege for å sikre eit godt samarbeide. Det vart jobba med ulike forbetningsområder for å styrke samhandlinga kring pasientforløpa mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Folkehelseinstituttet (2019) viser til at læringsnettverket har mål om å vera ei felles plattform for å utveksla erfaringar, søke samarbeidsrelasjonar, utveksla idear og reflektere over eige arbeid.

1.1 Føremål

Tema i denne studien er å studere om læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera eit eigna koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta, og kva forhold som påverkar den daglege samhandlinga mellom partane. Formålet er å skildre korleis læringsnettverka vert organisert og leia og kva som hemmar og fremjar kvalitetsforbetringsarbeidet i læringsnettverka. Vidare er føremålet å undersøkje om geografisk avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandling i læringsnettverk og om geografisk avstand påverkar den daglege samhandlinga mellom helsetenestene. For å forstå dei utfordringane me har i dag er det viktig å sjå tilbake på helsevesenet si historie, og kva som ligg til grunn for samhandlingsutfordringane ein opplever i dag.

1.2 Hovudtrekk ved helsevesenet si historie

Det offentlege helsevesenet er i følgje Larsen (2003) påverka av den medisinske utviklinga, og at helsevesenet er forma av den allmenne samfunnsutviklinga. Kampen mot infeksjonssjukdomar og store epidemiar har prega dei siste fire hundreåra. Dagens lækjande medisin har ein kort historie, det er først på slutten av 1800-talet at sjukehusa gjekk frå å vera oppbevaringsanstalt for fattige sjuke til å bli behandlingsinstitusjonar.

Noreg hadde på slutten av 1800 talet etablert eit ganske moderne helsevesen, mot nærast ingenting 100 år tidlegare. Etter den andre verdskrig prega den politiske karakteren utbygging av sjukehus, institusjonar og primærhelseteneste ekspanderte i stor fart, det var ei kraftig oppbygging av det offentlige apparatet (Larsen, 2003).

Hatland og Kuhne (2018) beskriv korleis sjukehusvesenet og primærhelsetenesta vaks fram og fekk ei samla form i 1984, då lov om helsetenestene og kommunehelsetenesta vart etablert. Det var ei desentralisering frå stat til fylke og frå fylke til kommune. Samstundes vart helsevesenet prega av rettsleggjing og pasientar og helsepersonell fekk ei rekke lovpålagte rettar og pliktar (Hatland og Kuhne i Romøren, 2018, s. 149–154).

Oppbygginga av velferdsstaten fekk først på slutten av 1980-talet ei samla form. Pleie- og omsorgstenestene endra struktur. Av-institusjonalisering vart satt i system gjennom

Handlingsplan for eldreomsorga (1998 -2001), etter at kommunane overtok ansvaret for eldreomsorga har bemanninga auka med 3-4000 årsverk pr. år (Hatland og Kuhne i Romøren, 2018, s. 185 – 187).

Sjukehusvesenet fekk ei landsomfattande organisatorisk struktur første gang i 1970, då sjukehuslova tredde i kraft. I 2002 vart sjukehusa omorganisert til statelige føretak gjennom «Foretaksreforma». Gjennom samhandlingsreforma vart oppgåver overført frå sjukehusa til den kommunale helse- og omsorgstenesta (Hatland og Kuhne i Romøren, 2018, s. 149 – 150).

Bukve og Kvåle (2014) beskriv føretaksreforma som ei av dei store tiltaka for å auke effektiviteten og styringa av sjukehussektoren (Bukve og Kvåle, 2014, s. 14). Eit av hovudmåla i samhandlingsreforma var korleis spesialist- og primærhelsetenesta skulle organisere seg for å møte behovet for helsetenester i ei raskt aldrande befolkning (Hatland og Kuhne i Romøren 2018. s. 191- 192). Samhandlingsreforma er sentral i mitt prosjekt og eg kjem nærare inn på den i neste kapitel.

1.3 Samhandlingsreforma

Betre samhandling bør vera eit av helse- og omsorgssektoren sine viktigaste områder framover. Det vert peika på betydninga av å gi pasientane heilskapelege og koordinerte helse- og omsorgstenester. Det vil særleg vera samhandlingsutfordringar kring eldre og kronisk sjuke, som har lange og kompliserte pasientforløp. Samhandling vert definert som eit uttrykk for helse- og omsorgstenestene sine evner til å fordele oppgåver seg imellom for å nå eit felles, omforent mål, og evne til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte (St. meld. nr.47, s. 13-14). Bakgrunnen for reforma var ei erkjenning av at helse- og omsorgstenestene var fragmenterte med ein høg kostnad, og det vart krav til at kommunar og spesialisthelsetenesta inngjekk samarbeidsavtalar som eit virkemiddel for å oppnå betre samarbeid.

Det vert beskrive tre store utfordringar for helsetenestene framover: 1. Pasienten sitt behov for koordinerte tenester vert ikkje ivaretatt godt nok, og tenestene vert opplevd som fragmenterte. 2. Tenestene er prega av lite førebyggjande innsats. 3. Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbildet kan true samfunnet si økonomiske bæreevne (St. meld. nr.47, s. 25).

For å lykkast med samhandlingsreforma må ein ha fokus på og svara på dei tre påpeika hovudutfordringane. Pasienten sitt behov for heilskapelege tenester skal vera styrande, og det skal jobbast med systemtiltak som i sterkare grad enn i dag understøtter gode pasientforløp.

Det ligg i løysingsstrategien at kommunen si rolle må endrast. Kommunen skal i større grad enn i dag fylla ambisjonane om førebygging og tidleg innsats i sjukdomsforløp, medan spesialisthelsetenesta skal i større grad bruke si spesialiserte kompetanse. Det skal utviklast prosessar mellom kommune og spesialisthelsetenesta ved å legge til rette og å utvikla felles forståing for kva som er gode pasientforløp, og kva det medfører av krav til samarbeid mellom aktørane (St. meld. nr.47, s. 25).

Samhandlingspremissane må gjennomførast saman med brukar- og tilsettsorganisasjonar (St. meld. nr.47, s. 36). Spesialisthelsetenesta har jobba for å utvikla gode pasientforløp, men ein må også utvikla forløp som går på tvers av tenester og forvaltingsnivå. Dette vil krevje endra arbeidsform og større fleksibilitet når det gjeld oppgåver og tenestestader. Det må skapast ein arena der kommune og spesialisthelsetenesta er likeverdige partar (St. meld. nr. 47, s. 113).

Nasjonalt nettverkt for implementering av samhandlingsreforma leverte i 2011 ein sluttrapport (Råd for vegen vidare). Rapporten viser at kommunar og sjukehus må utvikla pasientforløp der allmennlegetenesta og brukarrepresentantar er med, og det bør innførast felles IKT-kommunikasjon. Pasientar som tidlegare vart skrivne ut frå sjukehus til heimen vert hyppigare lagt inn i kommunale korttidsplassar og pasientforløpa er ved det blitt meir oppstykkka, i tillegg har reinnleggingar gått opp. Det vart opplevd at fastlegen ikkje var ein integrert del av helsetenestene, og at samarbeidsavtalane mellom kommunar og helseføretak var omfattande og lite kjend. Det var eit tydelig råd at det burde etablerast læringsnettverk med deltakarar frå kommunar og sjukehus for å utvikla eit betre kunnskapsgrunnlag (Regjeringa, 2015).

Statsminister Erna Solberg presenterte ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 på pressekonferanse 23.10.2019, ho uttalte at sjølv om mykje var blitt betre etter samhandlingsreforma betydde det ikkje at ein var i mål (Regjeringa, 2019, 18:38). Eg kjem nærare inn på Helsefelleskapa i neste kapitel.

1.4 Helsefelleskap - ei samanhengande helseteneste

St. meld. nr 7 (2019 – 2020) (Nasjonal helse og sykehusplan) gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetenesta og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstenesta. Målet er å realisere pasienten si helseteneste og at pasienten får vera med i utviklinga av helse- og omsorgstenestene (St. meld. nr. 7, s. 10).

Det er inngått avtale mellom regjeringa og KS om etablering av 19 såkalla «helsefellesskap» som skal få sjukehus og kommunane til å samarbeide betre, kvart helsefellesskap inkluderer eit helseføretak med tilhøyrande kommunar. Representantar frå sjukehus, kommunar, fastlegar, pasientar og brukarar møtes for å planlegge og utvikle tenestene saman. I helsefellesskapa skal pasient og pårørande oppleve ei heilskapleg og samanhengande helse- og omsorgsteneste. Det må etablerast ein god samhandlingskultur og ei felles forståing der det er ein føresetnad å møtast som likeverdige partnarar. Opprettinga av desse helsefellesskapa kan sjåast på som trinn to i samhandlingsreforma der spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta i kommunen går frå å vera partar til partnarar. Skal ein lykkast med pasientforløp på tvers av og innad i kommunar og sjukehus må det utviklast gode rutinar i overgangane som gir forutsigbarheit og tryggleik, muligheit for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell, og IKT-system som understøttar samhandlinga (St. meld. nr. 7, s. 27-28).

Stortingsmeldinga slår fast at pasientane ikkje skal vera «kasteballar» mellom sjukehus og kommune. Ein har ikkje lykkast med å få sjukehus og kommunar til å samarbeide godt nok om pasientane, og sjukehus og kommunar ser ofte på seg sjølv som partar og ikkje partnarar. Det er dei mest sårbare pasientane som lir når sjukehus og kommunar ikkje samarbeider godt nok (St. meld. nr. 7, s. 27-28).

Helsefellesskapa skal organiserast på tre nivå, 1. Partnerskapsmøter der den øvste leiinga i kommune og sjukehus skal møtast. 2. Strategisk samarbeidsutval der administrativ og faglig leiing skal møtast, der ein skal beslutta dei konkrete pasientforløp og korleis tenestene skal utviklast. 3. Fagleg samarbeidsutval som skal jobba med forslag til konkrete prosedyrar og pasientforløp (St. meld. nr. 7. s. 27-28).

Det er ikkje berre samhandlingsreforma og Nasjonal helse- og sykehusplan som regulerer og legg føringar for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Det er også ei rekke lover, forskrifter og sentrale dokument som regulerer og legg føringar for pasientforløp i den kommunale helse- og omsorgstenesta og mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

[1.5 Andre styringsdokument, lover og forskrifter som regulerer samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta](#)

Samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta skal bidra til å skape gode overgangar mellom tenestenivåa, og i St. meld. nr. 15 (2017 – 2018) (Leve hele livet – En

kvalitetsreform for eldre) vert det peika på at det må leggest til rette for tidleg planlegging og saksbehandling for utskrivning og gjensidig kompetanseoverføring mellom tenestenivå. Målet er god og samanhengande behandling og oppfølging og å hindre uønskte reinnleggingar. For å nå dette målet vert det føreslått å satse vidare på læringsnettverk for gode pasientforløp slik at alle kommunar og helseføretak får muligheit til å delta (St. meld. nr. 15, s.160-161). Også i lova om kommunale helse- og omsorgstenester vert det slått fast at (§ 4-1) kommunen skal tilrettelegge tenestene slik at pasienten eller brukaren får «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstenestetilbud». Også loven om pasient- og brukarrettigheter er sentral når det gjeld den lovbaserte reguleringa av samhandling innan sektoren. Ein av paragrafane (§ 3-1) slår fast at pasient og brukar har rett til å medverka ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester.

Fastlegen har ei viktig rolle i samhandlinga og i forskrift om fastlegeordning i kommunane vert det slått fast at fastlegen har plikt til å ivareta ei medisinsk fagleg koordineringsrolle og samarbeida med andre relevante tenesteytarar (§ 19). Fastlegen skal være pasienten sitt faste kontaktpunkt gjennom heile pasientforløpet. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar (§ 1) skal bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientar eit like godt eller betre tilbod i helse- og omsorgsteneste i kommunen som i spesialisthelsetenesta.

St. meld. nr. 26 (2014-2015) (Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet) framhevar betydninga av å skapa pasienten si helseteneste. Pasienten sine behov skal bli sett i sentrum og kommunane skal gi koordinerte og heilskapelege pasientforløp. Det skal leggest til rette for teambasert helse- og omsorgsteneste. som skal bidra til eit breiare og meir samordna tilbod (St. meld. 36, s. 9).

Forskrift om pseudonymt register (§ 1-1a) (IPLOS) skal sikre data som beskriv ressursar og bistandsbehov til dei som søker eller mottar definerte kommunale helse- og omsorgstenester. Dette er eit register og ei kartlegging som berre kommunane er lovpålagt å ta i bruk, dette kan vera ein hemmande faktor for samhandling. (Statsforvaltaren, 2015) viser til at ulike funksjonsvariablar skal registrerast i IPLOS, på ein skala frå ein til fem.

Det er utarbeida avtalar om samarbeid mellom helseføretak og kommunar som skal sikra pasientar samordning, kontinuitet og faglig god kvalitet i tenestetilbodet, uavhengig om dei mottek tenestene frå sjukehuset eller frå kommunehelsetenesta. Samarbeidsavtalane skal vera ei plattform for samhandling (Helsefonna, 2020). Dei ulike styringsdokumenta, lover og

forskrifter viser til at kommunar og sjukehus må finne metodar å koordinere samhandlinga på, og eg ser vidare på læringsnettverk som arena for samhandling.

1.6 Læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling

Læringsnettverk er eit pedagogisk rammeverk for å spreie god praksis på tvers av profesjonar, einingar og organisasjonar. Formålet er å «lukka gapet» mellom det ein veit og det ein gjer, og samle team frå ulike helsetenester for å læra og forbetra saman (Kunnskapssenteret, 2011). Ein skil ein mellom dei sentralt initierte nettverksprogramma som kan vera eit styringsreiskap for myndighetene, og lokalt initierte driftsnettverk med utspring i lokale behov, samt læringsnettverk knytt til lærings- og utviklingsmiljø (Moland, Lien, Nygård og Hofstad 2013, s. 8).

Eg finn gjennom litteratursøk at det er i hovudsak innanfor spesialisthelsetenesta ein har jobba med læringsnettverk, læringsnettverk som metode vert brukt for å skapa kvalitetsforbetring på kort tid. Metoden er utvikla av The Institute of Healthcare Improvement (IHI) i Boston i 1995 internasjonalt kjent som «The Breakthrough Series Collaborative Method». Mange land har i fleire år arbeida med metoden i forbindelse med nasjonale kvalitetsutviklingsprosjekt. Metoden er strukturert og praksisorientert og har fokus på å implementera tiltak som kan gje eit betre tilbod til brukarane/pasientane. Hensikta er å samle inn gode eksemplar som kan inspirera deltakarane, utveksla kunnskap og erfaringar mellom individ og organisasjonar som arbeidar med dei same problemstillingar (Institute for Healthcare Improvement, 2003).

Legeforeininga prøvde først ut metoden i Noreg og kalla modellen «gjennombrotsmodellen». I dag er læringsnettverk som metode for kvalitetsutvikling utbredt. KS og Folkehelseinstituttet har hatt ansvar for ulike læringsnettverk (Folkehelseinstituttet, 2019).

St. meld nr.15 (2017- 2018) (Leve hele livet) viser til at det skal utviklast gode verktøy for å sikre gode overgangar mellom tenestenivåa. Målet er god og samanhengande behandling og oppfølging, og å hindre uønskte reinnleggingar. Reforma foreslår å vidareføra læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022. Formålet er å betre overgangane i pasientforløp, og sikra brukaren sine behov for å møte heilskaplege, trygge og koordinerte tenester (St. meld. 15, s. 28).

1.7 Læringsnettverk for gode pasientforløp

Utviklinga av Gode pasientforløp bygger på erfaringane med utviklingsprosjektet «*Helhetlig pasientforløp i hjemmet*» 2009 (HPH), dette var eit funksjonsbasert forløp som ikkje var knytt til spesifikke diagnosar, der både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta deltok og fastlegen skulle ha ei vesentleg rolle. Det vart utarbeida rutinar for korleis samarbeidet og informasjonsutvekslinga skulle vera for å systematisere dei gode pasientforløpa (Folkehelseinstituttet, 2019).

Læringsnettverk for gode pasientforløp er initiert og finansiert av Helsedirektorat, læringsnettverket vert gjennomført av KS og Folkehelseinstituttet. Det starta med to læringsnettverk i 2014, totalt har over 160 av kommunar i landet deltatt i læringsnettverk saman med helseføretaka (KS, 2020). I dette læringsnettverket er målet at kommunane og spesialisthelsetenesta samhandlar og kommuniserer med kvarandre på ein slik måte at brukaren eller pasienten opplevde heilskaplege, koordinerte og trygge pasientforløp. Erfaringane var gode, og gjennom regionalt nettverk vart helseføretaket si deltaking tydeligare. Satsinga er vidareført til utgangen av 2022 for å auka kvaliteten på tenestene i helse- og omsorgssektoren. Det er ofte i overgangane i eit pasientforløp av kvaliteten sviktar, og i denne satsinga har ein søkt å finna utfordringar i tenestebildet ved å intervjuje pasientar og brukarar. Læringsnettverka bidrar med metodar og verktøy for å forbetre dagens praksis (Folkehelseinstituttet, 2019).

Måla for Gode pasientforløp er også å flytte merksemd frå «kva er i vegen med deg» til «kva er viktig for deg» for å styrke brukarrolla og bidra til likeverd og eigen meistring hos brukar/pasient, her arbeidar kommunar og helseføretak systematisk saman. Ein skal også arbeida etter standardiserte målepunkt i pasientforløpa (Folkehelseinstituttet, 2019).

Danielsen, Nilsen og Fredwall (2017) viser til at ved å bruke metodar og verktøy for gode pasientforløp så vert forbettringskompetansen hos leiarar og medarbeidar styrka og ein redusere «unødige» sjukehusinnleggingar (Danielsen, Nilsen og Fredwall, 2017, s. 35).

Målet med prosjektet mitt er å bringa fram ny kunnskap om læringsnettverk og korleis dette kan påverke samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

1.8 Samanfatning av læringsnettverk og samhandling

I kapittel 1 har eg gjort greie for tema ved å vise til historiske trekk ved helsevesenet si organisering. Eg har vidare vist til krav og behovet som kjem fram i samhandlingsreforma, Nasjonal- helse og sykehusplan og ei rekke styringsdokument, lover og forskrifter som beskriv at kommunar og spesialisthelsetenesta må samordna seg for å finna tiltak som legg til rette for gode pasientforløp og samfunnsøkonomiske rasjonelle løysingar. Det er komplekse helsetenester som kommune og spesialisthelsetenesta skal koordinera og samhandla kring, og det er avgjerande at det vert etablert ein god samhandlingskultur der ein møtes som likeverdige partar. Kommunane og spesialisthelsetenesta må fine måtar å løyse oppgåver på til det beste for pasientar og brukarar. Læringsnettverk for gode pasientforløp kan truleg vera ein arena for samhandling. I neste delkapitel viser eg til etablert relevant kunnskapsstatus som belyser tema i prosjektet mitt.

2. KUNNSKAPSSTATUS

2.0 Innleiing

I det første kapittel gjorde eg greie for tema i denne studien, og for bakgrunnen til at eg oppfattar dette som eit viktig og interessant tema som det er verdt å forske på. Det er likevel ikkje slik at det ikkje er forska på dette tema og tema om samhandling mellom kommune og spesialitshelsetenesta tidlegare. Eg skal derfor i dette kapitelet ta føre meg den etablerte forskingsbaserte kunnskapen som er relevant for tema i mitt prosjekt og nærliggande tema. Ein slik gjennomgang er naudsynt av hovudsakleg to grunnar. For det første lyt forskingskunnskap vera bakgrunn for utforming av problemstillinga og forskingsspørsmåla. For det andre er det eit mål at mine funn skal diskuterast i lys av den forskingsbaserte kunnskapen som alt er etablert. Litteraturen eg kjem inn på under vil vera sentral i drøftinga av min funn opp mot etablert kunnskap på feltet.

I presentasjonen av kunnskapsstatus på feltet, framstiller eg dette etter eit utval undertema som står sentralt i denne studien. I siste hovuddel av kapitelet gjer eg greie for problemstillinga og dei forskingsspørsmåla som skal støtte opp under denne.

Søkestrategi

For å kunna danna meg eit inntrykk av kva som er gjort av tidlegare forskning kring mitt temaområde, så har eg gjort søk i forskingsartiklar. Delar av litteratursøka vart gjort i forbindelse med eksamen ME6-50. Eg starta med å nytte søkemotoren Google og fant relevant forskning for mitt tema. Mitt første søkeord var læringsnettverk og det første treffet var Folkehelseinstituttet sin definisjon på læringsnettverk: «Læringsnettverk er et pedagogisk rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner». Eg har søkt i Google Scholar som me vart anbefalt var ein grei stad å starte med litteratursøk. I Oria har eg søkt etter dato og nyaste først.

Norske nøkkelord: Læringsnettverk, samhandlingsreformen, samhandle, koordinere, koordineringsproblem, samarbeid, forbedringsteam, pasientforløp, utskrivingsklare pasienter, «hva er viktig for deg?», likeverd, makt, organisasjoner og forankring. Eg har også nytta referanselister i forskingsfunna frå prosjektskissa for å finne relevant teori for mitt prosjekt.

Engelske nøkkelord: Learning network, interaction, coordinate, coordination problem, cooperation, continuity of patient care og what matters to you?

Eg skal no gå over til å presentere den litteraturen eg har identifisert, og som nemnt gjer eg det etter ei teamtisk orden.

2.1 Pasientforløp og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta

Valaker (2014) samanliknar organiseringa av pasientforløp for hjartepasientar i ein liten og ein stor by, og korleis pasientforløp føregjekk på tvers av organisasjonar og kva konsekvensar det fekk for kvaliteten. Studien viste at det viktigaste var korleis pasientforløpa var organisert. Informantane i begge casa synte til utfordringar i samarbeidet mellom sjukehus og helsetenesta i kommunen. Det var ulike kulturar, manglande informasjonskontinuitet og manglande tid til samhandling. I storbyen var det stor flyt av kompetanse og tilsette då det var stor grad av hospitering, samlokalisering og teamarbeid. I småbyen kom det fram at dei fleste aktørane hadde fokus på dei oppgåvene dei var sett til å gjera ut frå sin kompetanse og sitt funksjonsområde. Studien konkluderer med at organiseringa i storbyen skapte betre samhandling enn den funksjonelle oppgåvefordelinga i småbyen (Valaker i Bukve og Kvåle, 2014, s. 98-116).

Strandos (2014) har forska på samhandling mellom to sjukeheimar i to ulike kommunar som samhandla med same sjukehus. Eit hovudfunn i studien er at sjukeheimane i liten grad sendte med opplysningar som omhandla pasienten sitt funksjonsnivå, særskilt ved akutte innleggingar. Begge sjukeheimane hadde skjema for sjukepleierrapport der ein kunne fylle inn funksjonsområder. Sjukehuset hadde behov for meir informasjon enn dei fekk ved innlegging, og det vart opplevd at dokumentasjonen var mangelfull. I studien vart det konkludert med at den manglande informasjonsflyten kunne skuldast at det var lite tid, mangel på rutinar og standardskjema. Det var også manglande kontinuitet og kjennskap til pasienten og manglande ansvarsfordeling mellom partane som kjenneteikna samhandlinga. Det var også mange spesialistar, profesjonar og organisasjonar som skapte grunnlag for ulik oppfatning, tolking og meining med ulike normar og verdiar. Aukande grad av spesialisering førte til makt- og statushierarki som og påverkar samhandlinga mellom organisasjonane. Ein føresetnad for å koordinere er at det skjer på frivillig grunnlag, og at aktørane er medvitne på korleis deloppgåver heng saman. Dei må ha kunnskap om både sin eigen og dei andre sine plassar i systemet. For å kunne sikre eit heilskapleg tenestetilbod for pasientar som har behov for helsetenester på fleire nivå, må aktørane kunne sjå seg sjølve som ein del av eit fleirnivåsystem, som kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er (Strandos, M, 2014, s. 142- 149).

Flateland, T.M. Nesheim, A-B. Riiser og U. Söderhamn (2015) har i sin bachelor i sjukepleie forska på sjukepleiarstudentar sine erfaringar knytt til overføring av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunale helsetenester. Det vart opplevd at koordinering mellom spesialist- og kommunehelseteneste trengte meir fokus, og at det måtte utarbeidast retningslinjer for å sikra gode pasientforløp. Funna som vart gjort viser at det vert opplevd at koordinering mellom spesialist- og kommunehelseteneste treng større fokus (Flateland, Nesheim, Riiser og Söderhamn, 2015 s. 150). Her tenkjer eg at læringsnettverk kunne vera aktuelt som koordineringstiltak for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Danielsen og Fjær (2010) har forska på overføring av sjuke eldre pasientar frå sjukehus til kommune og funna er at det var utfordringar knytt til dei administrative, verdimesige og faglige dimensjonane. Desse dimensjonane gav viktige innspel til å forstå kjelder til trygg overgang for sjuke eldre pasientar frå sjukehus til kommunen. Samhandlinga mellom tenestenivå måtte bygga på gjensidig respekt og tillit når ein skulle utviklinga forpliktande og gjensidig samarbeid til beste for pasienten (Danielsen, B og Fjær, S, 2010. s. 34).

I mitt prosjekt vil eg og sjå på om aktørane i samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta opplevde seg som likeverdige partar. Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014) har forska på samhandlingsreforma sine konsekvensar for det kommunale pleie- og omsorgstilbodet. Eit av funna var at kommunar som hadde fått til ei betre samhandling med sjukehuset hadde bevisst satsa på å bygge relasjonar inn mot sjukehuset der utfordringane til begge partar var blitt tydeligare for alle involverte. Det var oppretta samarbeidsforum og sjukehuskontaktordning der det vart informert om kva tilbod kommunen gav og kva kompetanse dei hadde. Dei opplevde at dialogen med sjukehuset var hyppigare og tettare og dei kjende kvarandre sine system og opplevde seg som meir likeverdige partar. Det var samanheng mellom innleggelsesrapport og utskrivingsrapport, god kvalitet inn til sjukehuset var god kvalitet ut, og det elektroniske meldingssystemet vart opplevd som eit nyttig verktøy (Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen, 2014, s. 64).

Helsedirektoratet (2021) gjennomførte ei undersøking der det vart kartlagt kva erfaringar helseføretak, kommunar og brukarorganisasjonar hadde med oppgåvedeling og samhandling med omsyn til læring- og meistringsarbeid mellom helseføretak og kommunar (Helsedirektoratet, 2021, s. 6). For at dialog og samarbeid skulle fungere godt vart nokre fremjande faktorar avgjerande og det var særleg personleg kjennskap og gjensidig tillit. At partane var likestilt og hadde respekt og kunnskap om kvarandre sine roller, rammer og

kompetanse var særskild viktig. At det var kort geografisk avstand mellom helseføretak og kommune var og ein faktor som vart vist til som avgjerande (Helsedirektoratet, 2021, s. 22). Fleire kommune-representantar sa at det burde vera faste og regelmessige møter for samhandling (Helsedirektoratet, 2021, s. 19).

2.2 Læringsnettverk i helse- og omsorgstenestene

Kunnskapssenteret viser til forskingsfunn om læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring – «En oppsummering av forskning og erfaring» frå 2011 der læringsnettverk som omgrep omfattar fleire former for kompetanse- og kvalitetsutvikling på tvers av profesjonar og organisasjonar. Det er nokre kriteria som må vera oppfylt for å kunne kalla eit tiltak for eit læringsnettverk: Deltakarane har eit felles område de vil forbetra, dei samlast regelmessig og får oppleving av fellesskap og deler idear. Dei stiller spørsmål, inspirerer og lærer av kvarandre. Deltakarane utviklar ei faglig plattform gjennom felles opplevingar, verktøy og tilnærmingar til definerte utfordringar på eige fagfelt (Kunnskapssenteret, 2011, s. 19).

Hensikta med læringsnettverk er å spreie kompetanse på ulike områder og betre kvaliteten på tenestene. Konklusjonen i rapport viser at det kan tyda på at deltaking i læringsnettverk har auka kvaliteten på tenestene og at deltakarane i læringsnettverka gav uttrykk for auka samhandling med andre organisasjonar. Erfaringar frå læringsnettverka tyder på at mange deltakarar opplevde faglig og organisatorisk utvikling, og at deltaking skapte vilkår for auka samhandling med andre organisasjonar (Kunnskapssenteret, 2011, s. 59). Læringsnettverket er forankra i kvalitetsreforma leve hele livet der regjeringa føreslår å vidareføre læringsnettverk for gode pasientforløp mellom kommunar og helseføretak (St. meld. nr 15, s. 170-171).

Hjelmeland (2019) har forska på korleis ein har jobba med nettverk i ei radiologisk avdeling i eit helseføretak for å forbetre kvalitet. Dei fleste nettverksdeltakarane opplevde å ha fått større kontaktflate på grunn av nettverksarbeidet, dei fleste gav uttrykk for at det var lettare å ta kontakt med andre avdelingar når ein kjende kvarandre. I tillegg fekk ein også forståing for korleis dei andre på sjukehuset arbeida (Hjelmeland, H. E, 2019). Dette er relevant forskning for mitt tema og er overførbart til samhandling i læringsnettverk mellom kommunar og spesialisthelseteneste.

Brun Pedersen (2008) har forska på læringsnettverk for kvalitetsforbetring i allmennpraksis. Seks allmennpraktiserande legekontor deltok i studien og erfaringane tyder på at

læringsnettverk eigna seg godt til kvalitetsforbetring og for å styrke samhandling ved det enkelte legekantor. Det vart framheva at det var viktig å vera likeverdige partar i læringsnettverket. Brun Pedersen si forskning er relevant for tema i mitt prosjekt og eg finn det interessant at hans hovudbodskap er at læringsnettverk for kvalitetsforbetring kan gi betre pasientbehandling i allmennpraksis, og at mogeligheita for å lykkast aukar når ein legg til rette for tverrfaglig deltaking og aktiv leiing.

2.3 Forankring i leiing i samarbeidsprosessar

Raastad Basmo (2010) skriv i sin artikkel «Forankring i ledelse» at leiarforankring er krevjande i samarbeidsprosjekt på tvers av organisasjonar. Manglande forankring i den enkelte organisasjonen si leiing innskrenkar handlingsrommet og reduserer muligheita for konkret effekt av ulike nettverk. Nettverk er ofte dårleg beskrive og lir under å vera mangelfult leia som nettverk. Erfaringar viser at interorganisatorisk leiing er vanskelig, og at ein vesentleg årsak er at leiing er hierarkisk forankra i den enkelte organisasjon. Ei sentral avklaring i etablering av nettverk er å beskriva kva grad av samarbeid og kva oppgåver som skal leggest til nettverket. Eksempel kan vera: skal nettverket utveksla informasjon, læra seg noko nytt saman, samordna aktivitet, og/eller løysa oppgåver saman (Raastad, 2010).

Grimsmo et al (2014) har forska på gjennomføring av heilskapleg pasientforløp i primærhelsetenesta. Det var få eksemplar som handlar om forløp i primærhelsetenesta og det vart nærliggande å utvida pasientforløp til å omfatte primærhelsetenesta både før og etter sjukehusopphald. Det var to ulike eksemplar på pasientforløp der kommunar og spesialisthelsetenesta hadde forsøkt å utvikla heilskapelege forløp; diagnosespesifikke forløp («vest») og diagnoseuavhengig forløp, («øst»). Resultata viste at dei diagnoseuavhengige forløpa vart mest vellykka implementert, dei diagnosespesifikke forløpa vart i liten grad implementert. Der ein lykkast med samhandling med diagnoseuavhengige pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta, deltok fagfolk både frå kommune og spesialisthelsetenesta i prosjektgruppa, det var ein meir nedanfrå-og-opp strategi, i motsetning til i «øst» der halvparten av prosjektgruppa besto av rådmenn frå kommunane (Grimsmo et al, 2014, s. 78 -79).

2.4 Samanfating av kunnskapsstatus

Kunnskapsstatus viser at det ikkje er mykje forskning som belyser om læringsnettverk er eit eigna koordineringsverktøy for samhandling. Det tyder på at det er eit stort behov for å finne måtar og metodar å samhandla på, eg finn gjennom kunnskapsstatus at kommunar og spesialisthelsetenesta ikkje har koordineringsverktøy som i stor nok grad sikrar overgangar og pasientforløp. Eg finn også at kommunar som arbeidar systematisk saman med spesialisthelsetenesta oppnår auka kvalitet og pasientsikkerhet.

Eg finn at pasienten sitt behov for koordinerte tenester ikkje vert dekkja på ein god nok måte og at tenestene er fragmenterte. Det har blitt jobba med mange tiltak for å betre helse- og omsorgstenestene si samhandling, likevel vert ofte samhandlinga dårleg. Samhandling vert definert som eit uttrykk for helse- og omsorgstenestene sine evner til å fordele oppgåver seg imellom for å nå eit felles, omforent mål, samt evne til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte (St. meld. nr.47, s. 13-14). Kunnskapsstatus tyder på at læringsnettverk kan vera eit eigna koordineringsverktøy for å fremja samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta, og ved det leggja til rette for gode pasientforløp.

2.5 Problemstilling og forskingsspørsmål

Feltet eg ynskjer å studera omhandlar samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta vert lyfta fram som eit viktig og kompleks tema. Eg ynskjer å sjå på læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling mellom kommunar og spesialisthelseteneste.

På bakgrunn av føremålet eg legg fram over har eg kome fram til følgjande problemstilling:

Korleis opplevde nettverksdeltakarar i ulike kommunar og i spesialisthelsetenesta læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling?

For å hjelpe meg å svare på problemstillinga mi har eg også nytta meg av følgjande forskingsspørsmål:

1. *Korleis vert læringsnettverket organisert i kommunar og spesialisthelsetenesta, og kven er aktørar?*

2. *Korleis vert det oppfatta at ein samhandlar i læringsnettverk og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta for å legge til rette for gode pasientforløp?*
3. *I kva grad opplevde deltakarane i nettverket seg som likeverdige partar, og kva faktorar vert opplevd å påverka likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta?*
4. *Korleis opplevde deltakarane i nettverket at arbeidet er forankra i organisasjonen?*
5. *Kva hemmar og fremjar samhandlinga, og kva er opplevd effekt med læringsnettverk for gode pasientforløp?*

Eg studerer også om læringsnettverk kan få helsepersonell til å endre arbeidsform, og om læringsnettverk kan bidra til å jobbe meir systematisk med pasientforløp. Eg har også sett på om læringsnettverk med faste avtalar for deltaking i nettverket kan auka sjansane for at ein held ved like samarbeidskulturen mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.

I denne studien av læringsnettverk har eg valt å avgrense meg til å studere deltakarar frå kommunar og spesialisthelsetenesta som har deltatt i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke. Eg vel med det å utelate korleis pasientane opplevde at samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar pasientforløp. Eg vel også å avgrense problemstillinga til å omhandle korleis nettverksdeltakarar i helsetenestene i ulike kommunar og spesialisthelsetenesta opplevde læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling, og korleis dei oppfatta samhandlinga mellom tenestenivå.

I kapittel 3 skal teorien hjelpa meg med å belyse og svara på problemstillinga.

3. TEORETISK PERSPEKTIV PÅ LÆRINGSNETTVERK

3.0 Innleiing

I dette studiet av læringsnettverk skal eg nytte meg av teoretisk perspektiv, som primært er henta frå organisasjonsteori. Den teoretiske tilnærminga skal gi retning og rammer for undersøkinga. For det fyrste skal teorien fungere som verktøy for analyse for å belyse og forstå fenomenet læringsnettverk og det skal gi ei retning for kva empiriske materiale eg skal innhente. Teorien skal og danna grunnlag for å fortolke det empiriske materiale eg samlar inn.

I faglitteraturen finn eg ikkje «læringsnettverk» som eit eige sjølvstendig teorigrunnlag, og eg har sett på fenomenet læringsnettverk ut frå relevant teori innan for organisasjonsteori. Eg har sett teorien i lys av problemstilling og forskings spørsmål.

Bakgrunn for opphavet til og forståing av fenomenet «læringsnettverk» er knytt tett opp til oppfatningar om problem og utfordringar som oppstår når komplekse utfordringar skal løysast mellom ulike organisasjonar, det vert ofte uttrykt som samarbeids-, samordnings- eller koordineringsproblem. Som eg har vist til tidlegare var dette sentralt då samhandlingsreforma vart utforma og vedteken. Læringsnettverk har frå sentralt hald vorte lyfta fram som eit verktøy for å løyse dei komplekse problema som kan oppstå som følgje av ansvar- og arbeidsdeling mellom helsetenestene i stat og kommune.

Eg legg opp til eit teoretisk grunnlag som fokuserer på organisert samhandling, samordning, og koordinering på tvers av formelle, komplekse organisasjonar. Eg vil vidare ta opp ulike trekk som synes å vere sentrale som makt, tillit osv. I tillegg vil eg ta opp temaet «uregjerlege problem», og undersøkje om slike trekk gjer seg gjeldande. I eit eige avsnitt vil eg fokusere på kva som kan vere spesifikke kjenneteikn og eigenskapar ved såkalla ‘læringsnettverk’.

Gjennom desse teoriane håpar eg å kunne forstå og drøfte kvifor intervjupersonane i læringsnettverk for gode pasientforløp har dei oppfatningane dei har.

3.1 Samarbeid og samhandling mellom organisasjonar

Samhandling vert definert av Bukve og Kvåle (2014) som samarbeid i situasjonar der ein aktør ikkje har fullstendig kontroll over utføringa av ei oppgåve (Bukve og Kvåle, 2014, i Bukve og Kvåle, s. 16). I helsesektoren vil dette til dømes gjelde samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommune for å skape so kalla «gode pasientforløp». Kommunar og

spesialisthelsetenesta skal løyse mange komplekse oppgåver, og eit vilkår for at dette skal lykkast er at det samhandlast på tvers av involverte organisasjonar og profesjonar.

Jacobsen og Torsvik (2016) viser til at enkelte situasjonar har ein slik kompleksitet at samarbeid mellom individ med ulik kompetanse krev gjensidig tilpassing, og at organisasjonsstrukturen legg til rette for at det skal skje. Ei slik organisatorisk tilrettelegging vert skildra som horisontale ordningar for samarbeid der føremålet er å koordinere verksemda, og er ei form for strukturell organisering som skal styrke kommunikasjon og samhandling mellom einingar på same nivå. I denne samanheng er Læringsnettverket for gode pasientforløp organisert og koordinert som ei formell gruppe, der nettverket har formelle føringar med mandat for arbeidet og korleis nettverket er samansett. Fordelen med denne typen organisering, er at det styrkar koordineringa på tvers av organisasjonar (Jacobsen og Torsvik 2016, s. 85-86).

Organisasjonskultur påverkar åtferda til medlemane i organisasjonane. Organisasjonskulturen påverkar også oppleving av fellesskap og tillit mellom medlemmene. Ein organisasjonskultur som vert opplevd som positiv medverkar til at samarbeid mellom individ og grupper vert enklare, og opplevinga av over- og underordning kan bli dempa sett i forhold til det formelle organisasjonshierarkiet. Ein slik positiv organisasjonskultur vil også bidra til at medlemar innan same kultur har tillit til kvarandre og opplevde gjensidig avhengigheit, og at dei ønskjer å jobba for dette fellesskapet snarare enn ut frå snevre eigeninteresser. Medlemene som deler ein slik kultur vil ofte utvikle eit felles språk og måte å kommunisere på, noko som igjen gjer samarbeid lettera. Kultur er ein effektiv måte å koordinere aktivitetar på då det skjer gjennom at tilsette ønskjer å samarbeide, ikkje ved at det vert tvunge til samarbeide (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 127-128).

Artikkelen til Jacobsen (2004) er sentral for mitt prosjekt. Den gir oversikt over kva forhold som påverkar samarbeid mellom organisasjonar, og kva tiltak som kan fremja eit godt samarbeid. Artikkelen viser til kvifor samarbeid, samhandling og koordinering mellom organisasjonar er vanskeleg og utfordrande.

Den norske velferdsstaten er prega av store og formelle organisasjonar, der omfattande og komplekse oppgåver skal løysast. I følge Jacobsen (2004) vil organisering av all tenesteyting og produksjon ha som utfordring at dei ulike delane er sterkt avhengig av kvarandre. Skal det

skapast ei heilskapleg teneste eller produkt, er det eit vilkår at desse einskilddelane fungerer saman. Eit grunnleggande trekk ved denne typen organisasjonar er såleis at heilskaplege oppgåver vert splitta opp og organisert i mindre einingar og mindre oppgåver. Når slike komplekse og store oppgåver vert organisert på denne måten, vert oppgaveløysinga meir handterleg og produksjonen meir effektiv. Eit anna kjenneteikn ved dette, er at slik oppsplitting av einingar og oppgåver fører til spesialisering i oppgåveutføringane. Når ein skal vurdere kor effektivt denne organiseringa er, er det likevel ikkje berre avhengig av om ein greier å spesialisere seg, men også at av ein klarar å samordne dei ulike delane i strukturen (Jacobsen, 2004, s. 75- 76).



Figur 1 Organisasjonsprosessen

Figuren over er helta frå Jacobsen (2004), og illustrerer kjenneteikn ved organisering i eit moderne samfunn (Jacobsen, 2004, s. 77). Den viser at det er behov for koordinering som følgje av formalisering og profesjonalisering, fordi det kan oppstå koordineringsproblem. I følgje Jacobsen (2004) er dei to mest vanlege koordineringsproblema dobbeltarbeid og gråsoner som oppstår når arbeidsdelinga mellom einskilddelane er uklar. Dobbeltarbeid betyr at (same) oppgåver vert utført av fleire, noko som er sløsing med knappe ressursar. Gråsonar oppstår når det ikkje er nokon som har eller tar ansvar for ei oppgåve eller at ansvaret er uklart. Når arbeidsdelinga ikkje er tydelig kan det skuldast at arbeidsområdet

er komplekst og følgeleg vanskeleg å dele opp i klart avgrensa einingar og oppgåver (Jacobsen 2004. s. 78).

Når heilskapelege arbeidsoppgåver vert splitta opp i deler for at arbeidet skal bli meir effektivt, skjer som regel også ei spesialisering. To parallelle prosessar vert då aktivert. Den eine er ei formalisering der oppgåver vert sett i faste rammer, og beslutningsmyndighet vert fordelt mellom dei enkelte delane. Det vert utarbeida standardisering gjennom reglar og prosedyrar. Den andre prosessen gjeld dei som skal utføre dei spesialiserte arbeidsoppgåvene, eit trekk som vert oppfatta som profesjonalisering. Ulike profesjonar vert rekruttert for å utføre arbeidsoppgåver innanfor dei ulike, spesialiserte fagfelta. I helsevesenet er det mange døme på slike profesjonar; legar, sjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og andre (Jacobsen, 2004, s. 78).

Valaker (2014) skriv at det ein fare for at spesialisthelsetenesta og helse- og omsorgstenestene i kommunen kan overlape kvarandre om ikkje arbeidsoppgåvene er klart fordelt (Valaker i Bukve og Kvåle, 2014, s. 114). Jacobsen (2004) viser til at ein taper evna til å sjå heilskap når ein fokuserer på ei deloppgåve over lengre tid. Han beskriv «fagidiot» der spesialisert utdanning fører til at ein ikkje ser heilskapen då ein berre fokuserer på eige fagfelt. Koordineringsproblem som følgjer av dette, kan til ein viss grad kan løysast ved å endra arbeidsdeling i organisasjonen (Jacobsen, 2004, s. 79).

Bukve og Kvåle (2004) skriv at spesialisering, kunnskap og kompetanse er sentrale element i organiseringa av helse- og omsorgsverksemder. Ulike profesjonar og spesialiseringar med sin særskilde kompetanse og verdiar utviklar og definerer standard for helsetenestene. Makt og mynde er fordelt mellom profesjonane og såleis ikkje utelukkande samla hos leing i toppen av organisasjonshierarkiet. Tal profesjonar, tilhøvet mellom profesjon og fagspesialisering på den eine sida, og organisasjonen og leing på den andre sida, utgjer eit helsevesen som er kjenneteikna av eit kompleks organisering. Desse organisatoriske særtrekka og kompleksiteten dei medfører skaper eit konstant behov for samordning og styring både innan og mellom helse- og omsorgsverksemdene (Bukve 2014, s. 13).

Jacobsen (2004) gir forklaring på omgrepa koordinering, samarbeid og samordning. Det vert oppfatta som koordinering når fleire forhold vert sett opp mot einannan og vurdert i sin heilskap. Det kan vera eit gi-og-ta tilhøve der det ikkje alltid er balanse mellom det ein gir og

det ein får tilbake, noko som kan føra til konflikt mellom partane. Samarbeid er ein frivillig innsats der ein kjem til einigheit om korleis ein skal gjera ting. Når dei involverte er gjensidig avhengig av kvarandre for å få løyst utfordringar, vil begge partar tene på samarbeid. Samarbeid bør reserverast til dei tilfella der koordinering skjer på frivillig grunnlag. Det som hindrar frivillig samarbeid kan vera reglar og rutinar som legger føringar på korleis samarbeidet skal føregå. I slike tilfelle er det ikkje snakk om samarbeid, men samordning. Når ein skal forsøke å skapa eit samarbeid på tvers av etatar og organisasjonar, må ein forsøke å påverke både den frivillige og den tvungne koordineringa (Jacobsen 2004, s. 82- 83).

Jacobsen sin teori om kvifor samarbeid er så vanskeleg er særleg interessant og relevant for mitt prosjekt. Artikkelen «Kvifor er samarbeid så vanskelig» set lys på det som hemmar og fremjar samarbeid. Døma han brukar i artikkelen på koordineringsstrategiar er knytt til omsorgssektoren i ein kommune, men eg ser likevel at det kan knytast parallellar frå studiet til samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

3.2 Nettverk

Nettverk er ein koordineringsmekanisme som peikar på gjensidig samarbeid og tillit som ein avgjerande og viktig ressurs (Røyseland og Vabo, 2016, s. 16). Eit nettverk består av fleire organisasjonar som er knytt tett saman, og vert definert ut frå ulike dimensjonar; kva samankoplingar og tilknytning det er i nettverket, om det er tette relasjonar, og om det er indirekte eller direkte kopling mellom organisasjonane. I læringsnettverk samlast individ og grupper på tvers av visse typar organisasjonar og det vert utveksla kunnskap kring spesielle fenomen eller teknologi (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 228- 229).

Ifølgje Bukve og Kvåle (2014) er styring og koordinering av offentlege organisasjonar vorte prega av tankegodset frå «New Public Management» (NPM), som dei skriv bygger på eit bilde av offentleg sektor som å vere så kompleks at dei styrande ikkje kan ha full kontroll, og derfor må ta i bruk samhandling og styring i nettverk. Offentlege aktørar i ulike styringssystem må samverke om utforming og iverksetting av den offentlege politikken. Aktørar må samarbeide på tvers av organisasjonsgrenser når ein sak eller eit problem krev handling frå fleire hald. I samhandlinga mellom stat og kommune er det ofte også slik at styrkeforholda er asymmetriske, og ein kan difor skilje mellom nettverksstyring som er basert

på frivillig samhandling, og nettverk med sterk asymmetri mellom aktørane (Bukve og Kvåle i Bukve og Kvåle, 2014, 21).

Røyseland og Vabo (2016) legg vekt på at nettverk er nær tilknytt definisjon på samstyring med gjensidig avhengigheit og at beslutningar skjer gjennom diskursiv interaksjon eller samtalar og forhandlingsbaserte prosessar (Røyseland og Vabo 2016, s. 25). Nettverk kjem vidare ofte til uttrykk gjennom ein ustabil og tidsavgrensa struktur som er oppretta med eit bestemt mål for auga. Nettverk kan vera starten på ein formell organisering og dermed starten på ein mykje meir stabil og langvarig aktivitet (Røyseland og Vabo 2016, s. 159).

Jakobsen og Thorsvik (2016) beskriv fire sentrale element som kan fremja samarbeidet og skape stabilitet og balanse i nettverk mellom organisasjonar. Organisasjonane er einige om kva oppgåver den enkelte skal driva med og kva metodar organisasjonen skal nytta. Organisasjonane er ideologisk einige kva som er oppgåvene sin «natur» og kva oppgåvene består i og kva tiltak som er best eigna for å løysa dei. Organisasjonar evaluerer kvarandre positivt og ein oppfattar den andre sin organisasjon som nyttig. Det fremjar og samarbeid når det er god arbeidskoordinering mellom organisasjonar og som vert opplevd som ei effektiv koordinering (Jakobsen og Thorsvik, 2016, s. 230). Det er likevel eit empirisk spørsmål om desse føresetnadane er til stades; om dei ikkje er det, kan det hemme samhandlinga i nettverk. Slike tiløve vil eg undersøke.

3.3 Læringsnettverk

Ifølgje Folkehelseinstituttet (2019), er «Læringsnettverk er et pedagogisk rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner.» Dette er forståinga som ligg til grunn for innføringa av læringsnettverk i etterkant av samhandlingsreforma, og såleis ein del av løysingsforståinga som vart fremja for å løyse moglege koordineringsproblem i kjølevatnet av reforma.

Innan organisasjonsfaget viser Torjesen og Vabo (2014) til at koordinering i nettverk er prega av samhandling og solidaritet der ein legg til rette for frivillig koordinering. Samordninga er basert i relasjonelle kontaktar som dialog, informasjonsutveksling, felles normer og forplikningar (Torjesen og Vabo, 2014, s. 139 - 140). Nettverk vert beskrive som «olje i maskineriet» og utfyller dei andre koordineringsverkemidla. Nettverkaktivitet kan vera ressurskrevjande, og det kan vera vanskeleg å trekke seg ut når ein først har satt i gang (Torjesen og Vabo, 2014, s. 156-157).

Styring på tvers av organisasjonar og faggrenser handlar om å finna balanse mellom tvungen og frivillig samarbeide. Vabø viser til at i praksisfeltet har samarbeid og gjensidig læring oppstått både uformelt og spontant og ved hjelp av koordinerte tiltak sett i verk ovanfrå der myndighetene har ein intensjon om å styrkje samarbeidet mellom ulike tenesteytarar. For å løysa velferdsstatens sine mange oppgåver er offentlege organisasjonar avhengige av å samarbeida med kvarandre, på tvers av sektorar. Velfungerande samarbeid forutsett ei felles forståing av problem og ei fasiliterande leiing som legg til rette for at partane lyttar til kvarandre. Det handlar om å skapa rammer for gjensidig læring (Vabø 2014, s. 14-20).

Axelsson og Axelsson (2006) definerer nettverk som det meir eller mindre frivillige samarbeidet eller samskapinga mellom ulike organisasjonar som ikkje er ein del av den same marknadsstyringa eller det same hierarkiet. Dei beskriv to ulike samarbeidsformer der dei skil mellom to hovuddimensjonar: Vertikal og horisontal integrasjon. Vertikal integrasjon er samarbeid mellom organisasjonar eller organisasjonseiningar på ulike nivå av ein hierarkisk struktur, mens horisontal integrering er samarbeid som skjer mellom organisasjonar eller eignar som er på same hierarkiske nivå eller som har same status (Axelsson og Axelsson, 2006, s. 79). Bolman og Deal (2014) viser til at vertikal samordning vert skapt gjennom å gi ordre, strategiar, planlegging utarbeida av leiinga. Målet er å gi standard prosedyrar for korleis oppgåver skal utførast, og som skal sikra at alle situasjonar vert handsama likt. Horisontal samordning skjer gjennom møter, arbeidsgrupper, utval og anna. Det er ikkje tilstrekkeleg med vertikal samordning, ein må samarbeida med kvarandre for at organisasjonane skal nå måla sine. Ein må utforma struktur for samordning ut frå målet, kva omgjevnadar organisasjonen skal fungere i, og kva kvalifikasjonar ressursar som er stilt til rådvelde. Horisontal kommunikasjon fungerer best der det er komplekse oppgåver som skal løysast i turbulente og raskt skiftande omgjevnader. Det vert peika på fare for at møta kan vera sløseri med tid og krefter og at personlege og politiske agenda kan undergrava hensikta med møtet (Bolman og Deal, 2014, s. 76-85).

Slike læringsnettverk som «Læringsnettverk for gode pasientforløp» kan i denne samanheng sjåast på både som vertikal og horisontal samordning. Kommunane og spesialisthelsetenesta er pålagt å samarbeide gjennom samhandlingsreforma med styring og kontroll, på same tid som deltakarane i læringsnettverka skal arbeide saman i dialog, ansikt til ansikt, for å drøfte og løyse problem som oppstår i den komplekse arbeidsdelinga mellom dei.

3.4 Uregjerlege og tamme problem i samarbeid

Eg skal her ta opp ein type problem som har fått særleg merksemd i organisasjonslitteraturen, og som samstundes synes å vere relevant for mitt tema og problemstilling. Dette er det om på engelsk har fått namnet «wicked problems», og som eg vil omtale som «uregjerlege» problem (Vabø, 2014). Rittel og Webber (1973) beskriv korleis problem kan kategoriserast, frå slike uregjerlege problem på eine sida, til «tamme» problem på den andre. Uregjerlege problem er slike som er vanskelege å avgrensa og definera, dei har fleire årsaker og det er ikkje nødvendigvis objektive kriterier for kva som er den beste eller rette løysinga. Tamme problem er kjenneteikna av at dei har tydelege og klare årsaker, og det er etablert oppfatningar om kva som er rette løysningar. Uregjerlege problem på si side krev meir omfattande informasjonsinnsamling, analyse og val av tiltak enn tamme problem.

Uregjerlege problem er relevant teori for mi problemstilling då samhandlingsutfordringane mellom kommune og sjukehus kan sjåast på som uregjerlege problem, og at samordningsutfordringane som oppstår her ikkje lar seg løyse ein gang for alle. Problema vert påverka av mange forhold, og løysningane kan vera midlertidige utan at dei løyser opphavet til sjølve problemet. Samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenestene kring pasientforløp kan difor sjåast i spennet mellom slike uregjerlege og tamme problem, noko eg kjem attende til i analysane i seinare kapittel. Eg vil der sjå på om problema i samhandlinga mellom kommune og spesialisthelseteneste vert oppfatta som uregjerlege eller tamme, og om læringsnettverka vert oppfatta å kome i inngrep med denne typen problem.

Handtering av uregjerlege problem krev ei heilskapleg forståing på tvers av fagfelt og tenester. Pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta har vore og vert av mange opplevd som eit uregjerleg problem. Slike problem krev koordinering, samordning, samhandling og samarbeide, og ein felles forståing av problemet og samstundes ein arena for gjensidig læring. I denne undersøkinga av læringsnettverk, legg eg til grunn det som er nemnd så langt i forståinga av deltaking i nettverk, og om problemforståinga mellom deltakarane er at dette kan forståast som uregjerlege problem. Undersøkinga skal vidare fokusere på bestemte trekk ved nettverka, og desse vil eg gjere meir greie for i fortsettinga.

3.5 Makt

Makt står sentralt i organisasjonsteori, og vert der ofte beskrive som at ein aktør sin evne til å overvinne motstand for å oppnå eit bestemt resultat eller mål. Det vert presentert tre trekk ved bruk av makt; mellom aktørar som har ein relasjon, når ulike aktørar er avhengig av kvarandre, når det er usemje mellom aktørar. Er aktørane einige og har dei same mål og verdiar, ser ein på det som samarbeid og ikkje maktbruk (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 67).

Jacobsen og Thorsvik (2016) viser til makt og autoritet, og skriv at kontinuerleg bruk av hierarkisk makt kan føre til uheldig forhold. Nyttar overordna seg av kontinuerleg maktbruk kan det føre til at ein trekk seg vekk frå organisasjonen og jobben ein skal gjere, og ein kan oppleve lav motivasjon. Når tiltak skal implementerast, kan maktbruk føre til motstand i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 177).

På alle nivå i organisasjonar vert det danna alliansar då medlemar har visse felles interesser og oppfattar at dei kan oppnå meir i fellesskap enn kvar for seg. For å nå sine mål treng ein makt. Med autoritet kan ein gjere formelle og legale beslutningar som er bindande for andre. Slik posisjonsmakt gir legitim autoritet på visse nivå. Posisjonar fører og til meir eller mindre mektige stadar i kommunikasjon og maktnettverk (Bolman og Deal, 2014, s. 228- 230). Maktutøving er likevel ikkje nødvendigvis destruktivt, då maktutøving også er naudsynt for ein konstruktiv politikk i skapinga av institusjonar og samfunn som er rettferdige og effektive (Bolman og Deal, 2014, s. 238).

3.6 Tillit

Røyseland og Vabø (2016) viser til at tillit er ein sentral dimensjon i all organisering og samhandling. I samband med samarbeid, handlar tillit ifølgje dei om slike forventingar deltakarane har til samarbeidet dei er knytt til, og om dei andre deltakarane sin framtidige åtferd for å imøtekomme desse forventingane. Tillit kan ein forstå som at dei investeringane deltakarane gjer vil bera frukter i framtida, og ei tru på at dei andre deltakarane vil bidra til dette gjennom samarbeidet, eller ei forventing om at den andre deltakarar vil opptre opportunistisk når det gjeld å realisere dei forventningane det er semje om. Tillit vert bygd omkring positive opplevingar og samarbeid, og tillitsrelasjonar vert bygd opp over tid. Høg grad av tillit mellom deltakarar i samarbeid har fleire potensielle fordelar. Tillit kan redusere sokalla transaksjonskostnader, og bidra til å konsolidera samarbeidet og auke viljen blant deltakarane til å investera ytterlegare i felles innsats. Tillit mellom deltakarar kan samstundes

bidra til måloppnåing då det opnar opp for at kunnskap vert delt og deltakarane sine ressursar vert kombinert og utnytta på måtar som aukar deltakarane sine moglegheiter for problemløysing og innovasjon. Men dette har ei anna side: Fråvær av tillit eller direkte mistillit mellom nettverksdeltakarane vil vere eit hinder for samarbeid (Røyseland og Vabo, 2016, s. 80- 81).

3.7 Likeverd

Eit anna sentralt trekk ved organisering, samhandling og samarbeid, er korleis dette er prega av likeverd mellom deltakarane, eller fråvær av det. I denne samanheng viser Martinsen (2012) til teori om likeverd, og skriv at deltakarane legg til grunn ein vurdering av eigen jobbinvestering, som kompetanse, innsats og dyktigheit, opp mot kva ein får i «utbytte», som betaling, annarkjenning og status. På grunnlag av slike vurderingar dannar ein seg oppfatning av om det er eit balansert forhold mellom det ein investerer og det ein får att (Martinsen, 2012, s. 219). Dette fell saman med Indset si oppfatning av likeverd: Når samhandlinga er prega av gjensidig respekt for kvarandre sine roller er dette i tråd med prinsippa for eit likeverdig partnerskap (Indset et al, 2012, s. 72).

Når me vurderer i kva grad den reelle graden av likeverdet i partnerskapet mellom deltakarar frå stat og kommune bør me sjå på kor frivillig deltakinga i nettverket er. I kor stor grad opplevde begge partar at dei faktisk står i eit gjensidig avhengigheitsforhold der begge partar enten er tvungen til å delta, eller som har nytte av denne, og om deltakarane avstår frå einsidig maktbruk (Indset et al, 2012, s. 64). Dette trekket ved samhandlinga i læringsnettverk oppfattar eg som sentralt, og det vart dessutan også lagt vekt på i forarbeida til etableringa av nettverka.

3.8 Forankring

Eit siste hovudtrekk eg skal legge vekt på i denne undersøkinga, som eg for enkelt skuld har kalla forankring, er knytt til Offerdal (2014) skildring av hovudtilnærmingar for leiing: «Top-down» og «Bottom-up». Offerdal overset omgrepa som ovanfrå-og-ned og nedanfrå-og-opp. Styrken i nedanfrå-og-opp ligg i at den rettar søkelys mot korleis politikken eller arbeidet kan utformast slik at effekt vert som ønska. Nedanfrå-og-opp tilnærming gir «folket på golvet» ei stemme og handlingsrom, og eit samspel mellom dei som utformar og iverkset på eine sida, og på andre sida dei interessene i samfunnet eller organisasjonen som denne politikken er retta mot. Idealet er at prosessane må gå både ovanfrå-og-ned og nedanfrå-og -opp. Nedanfrå-

og-opp tilnærminga er egna til å avdekke mangfaldet i interessene i iverksettingsstrukturen, noko som ofte er avgjerande for å lykkast, også i nettverksdeltaking. Iverksetting er kjenneteikna av at politikken er i stadig utvikling og i samspel mellom intensjonar og realitetar. I staden for einvegsprosessar vert endringar som oppstår når begge to prosessane saman utviklar seg over tid framheva (Offerdal 2014, s. 226- 230).

Velfungerande samarbeid forutsett ei felles forståing av problem og ei fasiliterande leiing som legg til rette for at partane lyttar til kvarandre. Det handlar om å skapa rammer for gjensidig læring (Vabø 2014, s. 19). Eg skal difor i dette arbeidet studere nærare på korleis «mine» nettverk kan karakteriserast når det gjeld korleis prosessane i nettverka er søkt implementert. Eg har kalla dette for «forankring», og vil orientere dette mot om nettverka er søkt forankra i eit nedanfrå-og-opp eller ovanfrå-og-ned perspektiv.

3.9 Samanfatning av teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektivet som dannar utgangspunkt for mi problemstilling og mitt studie er henta frå organisasjonsteori. Det er trekk og faktorarar som påverkar samhandling og koordinering mellom organisasjonar. Læringsnettverk er ikkje eit eige teorigrunnlag, men vert av Folkehelseinstituttet (2019) beskrive som eit pedagogisk rammeverk for å spreie god praksis på tvers av organisasjonar. Teori om organisering av nettverk i og mellom organisasjonar viser til at det er ein føresetnad at deltakarar på tvers av organisasjonar samhandlar i situasjonar der det er komplekse utfordringar. Samhandlingsproblem mellom aktørane kan ha karakter av uregjerlege problem, som ikkje kan løysast ein gang for alle. Samhandlingsproblema kan verta påverka av ulike forhold som makt, oppleving av tillit og likeverd mellom partane, om det er eit asymmetrisk eller balansert maktforhold mellom organisasjonane eller deltakarane, og av korleis nettverket er forankra i dei deltakande organisasjonane. Det er særleg desse trekka eg skal undersøke. I neste kapitel beskriv den forskingsdesign og metode eg har nytta for å innhente det empiriske materialet som trengs for å finne svar på problemstillinga i studien.

4. METODE

4.1 Innleiing

Eg vil i dette kapittelet av oppgåva presentere kva metode eg har nytta meg av og korleis eg samla inn mine data. Eg presenterer også korleis eg analyserte og nytta meg av funna frå datasamlinga. Problemstillinga for studie er: *Korleis opplevde nettverksdeltakarar i ulike kommunar og i spesialisthelsetenesta læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling.* Eg har intervjuet deltakarar i læringsnettverk for gode pasientforløp i fem kommunar og i to sjukehus. Fire av intervjupersonane kom frå kommunar med lang reiseavstand til sitt næraste sjukehus og tre deltakarar kom frå kommunar med kort avstand til sitt næraste sjukehus.

Eg ser på studien min som eit casestudie der læringsnettverk for gode pasientforløp er caset eller fenomenet eg studerer. Eg studerer læringsnettverk gjennom tre ulike einingar, spesialisthelsetenesta der eg har intervjuet i to sjukehus i same helseføretak, i kommunar med lang avstand til spesialisthelsetenesta (kommunegruppe A) og i kommunar med kort avstand til sjukehuset (kommunegruppe B). Dei eg ynskjer å intervjuet har alle deltatt i det regionale læringsnettverket for gode pasientforløp.

Ved hjelp av intervju vil eg belysa, forstå og forklara mitt tema. Min bakgrunnskunnskap har perspektiv frå arbeidet som sjukepleiar både i spesialist- og kommunehelsetenesta, og som leiar for kommunale helsetenester som samhandlar med spesialisthelsetenesta. Eg har også sjølv deltatt i læringsnettverk for gode pasientforløp i min kommune. Læringsnettverk for å skape betre pasientforløp mellom kommune og spesialisthelseteneste var ein nye metode å jobbe saman med spesialisthelsetenesta på. Eg opplevde at me hadde behov for meir kunnskap om effekten av læringsnettverk som koordinerande verktøy for samhandling.

Dette studien er bygd opp slik at alle tema er førebuing til masteroppgåva. Delar av masterprosjektet byggjer vidare på tekst frå emne ME6-50- forskingsdesign og metode våren 2020. Teksten er henta frå bakgrunn og kontekst, frå kapittel om kunnskapsstatus der eg har gjort systematiske funn, kapittel om teoretisk perspektiv og kapittel om metode bygger også vidare på tekst frå ME6-50.

Kapitelet startar med forskingsdesign og metode og eg ser vidare på grunnlaget for utveljing av intervjupersonar. Eg viser til analyseprosessen der eg ser til etiske prinsipp i slike forskingsprosjekt.

4.2 Forskingsdesign

Spørsmålet om kva prosjektet skal retta merksemda mot vil sei å utforma ei problemstilling, utgangspunktet er det eller dei tema som forskingsprosjektet skal gi informasjon om. Ei problemstilling vert vidareutvikla gjennom heile forskingsprosessen (Thagaard, 2018, s 46 - 47). Problemstillinga mi og forskingsspørsmåla mine har endra seg i prosessen etter kvart som eg fekk auka forståing for, og oversikt over mitt tema og prosjekt. Samlingane med rettleiing i regi av HVL og rettleiar sine tilbakemeldingar har også vore svært nyttige for refleksjonar og justering i eige forskingsprosjekt.

Bukve (2013) beskriv ein forskingsdesign som ein plan for korleis eit prosjekt skal gjennomførast. Planen har to sentrale sider der formålet eller kunnskapsmålet i prosjektet er kva eg vil vite og kva slags kunnskap vil eg utvikle. Strategien for dataproduksjonen er korleis skal eg finne det ut og korleis strukturerer eg data for å svare på spørsmåla (Bukve, 2013, s. 80). Eg planla design av prosjektet ut frå ei hypotese om at avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandlinga både i læringsnettverket og i den daglege samhandlinga mellom helsetenestene. Eg har valt ut informantar frå kommunar som har kort reiseveg og lang reiseveg då eg ynskjer å finne ut om det kan vera ein forskjell på korleis ein oppfattar samhandling ut frå geografisk avstand. Eg har også bygd opp strukturen i studien ut frå dette, eg har nytta kommunegruppe «A» for kommunar med lang reiseveg og kommunegruppe «B» for kommunar med kort reiseveg.

4.3 Kvalitativ metode

I mitt prosjekt har eg nytta kvalitativ metode. Thagaard (2018) viser til at intervjuundersøkingar eignar seg godt til å gi informasjon om personar si oppleving, synspunkt og sjølvforståing. Kvalitative studiar vert kjenneteikna av at metoden er prega av fleksibilitet, der ein kan endra utforminga av prosjektet i løpet av undersøkingsprosessen. Kvalitative studiar er prega av nærleik og sensitivitet i relasjon til kjeldene. Kontakten ein har med deltakarar i felten har betydning for korleis ein utviklar data (Thagaard, 2018, s. 16-22).

Eg oppfattar at kvalitative studiar er prega både av å utviklar teoretiske perspektiv på grunnlag av analyse av data, og ta utgangspunkt i teoretiske perspektiv frå tidlegare studiar. Det er viktig å vurderer kvaliteten av kvalitativ forskning, og retta merksemd mot forskinga sitt truverde.

4.4 Utval av intervjupersonar

Kvalitative studiar kjenneteiknast oftast av eit avgrensa tal intervjupersonar då det er viktig at utvalet er gjort ut frå kva som er hensiktsmessig for problemstillinga (Thagaard, 2018, s. 54). Eg planla mitt prosjekt med åtte intervjupersonar, seks intervjupersonar frå to kommunar og to intervjupersonar frå spesialisthelsetenesta. Alle informantane har deltatt i det regionale læringsnettverker for gode pasientforløp (som beskrive i 1.7). Alle deltakarane er innanfor regionen Helse Fonna HF og Helse Stavagner HF. Eg planla utval av informantar ut frå ei hypotese om at avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverka samhandlinga både i læringsnettverket og i den daglege samhandlinga mellom helsetenestene. Eg har valt ut kommunane då eg ynskjer å finne ut om det kan vera ein forskjell på korleis ein oppfattar samhandling ut frå geografisk avstand. Eg tok kontakt med KS for å få hjelp til å gjere eit strategisk utval av intervjupersonar, eg fekk kontaktinformasjon frå kommunar og sjukehus som hadde deltatt i det regionale læringsnettverket for gode pasientforløp. I veke 51 i 2020 sendte eg e-mail til kontaktpersonane der eg bad om råd i forhold til aktuelle intervjupersonar.

Det viste seg å vera utfordrande å rekruttere deltakarar til prosjektet i tråd med prosjektskissa, og eg måtte gjere om på utvalet i kommunar. Eg opplevde å bruke mykje tid på få informantar til mitt masterprosjekt. Dei som stilte seg positiv til å delta i masterprosjektet mitt var kontaktpersonar og leiarar av læringsnettverk for gode pasientforløp både i kommunar og i sjukehus, intervjupersonane var svært positive og dedikerte for deltakinga i læringsnettverk for gode pasientforløp, dette kan vera viktig å vera bevist for å forstå og tolka funna.

4.5 Intervjuguiden

Kvalitative intervju kan utførast på ulike måtar, den mest vanlege er i følgje Thagaard (2018) delvis strukturert intervju. Det vil sei at dei fleste spørsmåla er fastsett på førehand, men ein er fleksibel med å kunne følgja informanten sine fortaltejingar. Dei fastsette spørsmåla sikrar at viktige tema vert tatt opp i forhold til problemstillinga (Thagaard, 2018, s. 91).

Intervjuguiden er bygd opp og tematisert kring fem forskingsspørsmål og hadde som føremål å hjelpe meg å finne svar på problemstillinga. Intervjuguiden var delvis strukturert der eg på førehand hadde utarbeida spørsmål, men på same tid kunne eg tilpassa spørsmåla etter det intervjupersonen fortalte.

Når eg utarbeida forskingsspørsmåla såg eg til teori og kva det var viktig å undersøkje og stille spørsmål om. Eg hadde utarbeida spørsmål som var like for alle deltakarane, men nokre spørsmål var retta mot leiarar av nettverket. Det var viktig for meg at informantane fekk fortelje si historie og det let seg ikkje gjere å følgje intervjumalen «til punkt og prikk». Eg avslutta intervjuet med eit opent spørsmål, «er det noko du tenkjer er viktig for meg å kjenne til som ikkje er komme fram i spørsmåla mine?» Eg tenkjer at det her kunne komme verdifull informasjon om korleis ulike nettverksdeltakarar i kommunar og i spesialisthelsetenesta opplevde læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling.

4.6 Gjennomføring av intervju

Eg gjennomførte eit pilotintervju i oktober 2020, det var svært nyttig og eg redigerte intervjuguiden etter dette intervjuet. Eg omstrukturerte spørsmåla og nokre spørsmål vart endra og tatt vekk. Eg brukte opptakar under intervjuet og kunne høyre intervjuet fleire gangar for å sikre at eg fekk med meg kva intervjupersonen faktisk sa. Det var både rart og lærerikt å høyre seg sjølv i ettertid, eg vart bevist på mi eiga rolla som intervjuar. Eg opplevde at eg i dei siste intervjuet hadde eit meir bevist forhold til å ikkje avslutte eller gå over på eit nytt tema for tidleg. I dei første intervjuet er det ein fare for at eg avbraut noko som kunne vere viktig.

Koronapandemien førte til at eg måtte gjere om på planar om å gjennomføre fysiske intervju, dette kjem eg meir inn på i avslutninga av kapitel 7. Tre av intervjuet er gjennomført fysisk, og seks intervju måtte gjennomført på Teams. Eg har ikkje tatt opp film, men nytta lydopptak frå Teams intervjuet. Eg opplevde at intervjusituasjonane vart gjennomført på ein god måte, det var ikkje tekniske utfordringar. Alle deltakarane var trygge i dei digitale verktøya, og det var nok avgjerande for ei vellykka gjennomføring. Eg var i kontakt med NSD kring denne endringa og det vart konkludert med at behandling av personopplysingane ville vera i samsvar med personvernlovgivnaden.

Eg har ikkje lagt føringar for kven som deltatt i studiet, men eg erfarte at det var dei som vart oppgitt som kontaktpersonar frå læringsnettverka som deltok. Då eg sjølv har delteke i

læringsnettverk for gode pasientforløp kjende eg nokre av informantane frå før, det kan ha opna opp for dele informasjon eg elles ikkje ville fått.

Kvale og Brinkmann (2019) skriv at eit forskingsintervju er ein samtale som har ein viss struktur og hensikt. Tilnærminga er varsam spørje-og-lytte orientert. Forskingsintervjuet er likevel ikkje ein konversasjon mellom likeverdige deltakarar då det er forskaren som definerer og kontrollerer samtalan. Målet er å henta inn beskrivingar om den som vert intervjuet sin livsverden for å kunne fortolke betydinga (Kvale og Brinkmann 2019, s. 22). I kvalitative studium er det i følge Thagaard (2018) viktig at talet på deltakarar ikkje er større enn at det er mogeleg å analysere det interessante i dei komplekse historiene intervjupersonane fortalte. Det er særleg viktig at me har ein utvalsprosess som er hensiktsmessig for problemstillinga, slik at analysen av data gir ei forståing av dei fenomen ein studerer (Thagaard, 2018, s. 55-59). Frå starten planla eg ei undersøking for 12 intervju, dette vart eg fraråda i første rettleiing då det ville bli svært krevjande å handtere, eg ser no i ettertid at det var eit klokt og rett råd.

4.7 Transkribering

For å sikra at registreringane vart nøyaktige nytta eg diktafon under intervjuet som vart fortløpande transkribert. Det var overraskande tidkrevjande å transkribere intervjuet. Eg erfarte at ein times intervju kunne ta fem til seks timar å transkribere i sin heilskap. Det transkriberte materialet var omfattande der pausar og lydar vart tatt med, dette var til hjelp i analysedelen, men det vart ikkje nytta i direkte sitat. Kvale og Brinkmann (2019) skriv at transkripsjonen er ei konkret omdanning av den munnlege samtalen til ein skriftleg tekst. Ved å høyra opptaket av intervjuet ein gang til vil ein kunne sjå på det ein har skrive på nytt (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 210-211). Det transkriberte materialet gav meg eit heilskapleg bilde, over situasjonane intervjupersonane fortalte om.

4.8 Analyse og koding

Koding av data er ein vanleg framgangsmåte i kvalitativ analyse, koding inneber at me deler opp teksten og beskriv delar av teksten med kodeord, ein kan søke og finne utsnitt av teksten som beskriv dei tema som kodane gir uttrykk for. Me vel nemningar som me synest er best eigna til å framheva meiningsinnhaldet i teksten (Thagaard 2018, s. 153). Det transkriberte materialet mitt hadde store mengder data, eg valte å sette opp data i tabell tematisert etter forskings spørsmål for å skape meg ein oversikt over det intervjuet personane

fortalte om sine erfaringar. Eg nytta også fargekodar for å skilje ulike tema frå kvarandre (for eksempel å farge teksten blå for informasjon om Korona, gult om samhandling, grønt om geografi og rosa om likeverd). Ved å samle relevant tematikk under kvart forskingsspørsmål vart det oversikteleg og strukturert å jobbe med det omfattande materialet. Eg har valt å ta med sitat som særlig løftar fram viktige poeng frå mine funn.

4.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om forskinga si pålitelegheit, eg må gjere greie for korleis eg utviklar data (Thagaard 2018, s. 19). Eg har etter beste evne beskrive korleis eg har jobba med å utvikle data og funna i prosjektet. Thagaard (2018) viser til at reliabilitet referer til om ein annan forskar som nyttar dei same metodane kjem fram til same resultat. Forskaren bør vera konkret og spesifikk i beskriving av framgangsmåtar ein har nytta til å utvikle data, ved det gjer ein forskingsprosessen transparent (Thagaard, 2018, s. 188).

Utvalet av informantar vart gjort i samarbeid med KS og eg viste ikkje på førehand om eg hadde kjennskap til informantane. Eg er nok påverka av min forforståelse av og erfaringar med å jobbe i læringsnettverk for gode pasientforløp. Thagaard (2018) skriv at å kjenne miljøet frå før gir eit utgangspunkt for å utvikle ei forståing innanfrå. Erfaringane kan gi grunnlag for gjenkjenning og blir eit utgangspunkt til den forståelsen ein etter kvart kjem fram til. Me utviklar relasjonar i tolkinga av dei fenomena me studerer, både i relasjon til ny kunnskap og til egne erfaringar. Tilknytning til miljøet kan også føra til at ein overser det som er ulikt frå våre egne erfaringar (Thagaard, 2018, s. 181- 190). Det er viktig at eg er oppmerksom på dette, eg har med meg mine egne erfaringar inn i prosjektet og at mi erfaring ikkje fargar intervjupersonane sine fortaltejingar. Eg har etter beste evne forsøkt å vera open for intervjupersonane sine meingar.

4.8.2 Validitet

Validitet er knytt til korleis me tolkar data, det handlar om gyldigheit av dei tolkingar som forskaren kjem fram til. Validiteten vert styrka ved at ein går kritisk gjennom analyseprosessen. Undersøkinga må utformast slik at me kan bruka funna til å trekke slutningar om tilsvarande fenomen eller om meir generelle høve. For å sikre validitet i kvalitativ forskning må ein dokumentere nøye slik at lesaren kan sjå analysen bak. Eg må setja lesaren i stand til å vurdere korleis konklusjonen er komme fram basert på fakta (Thagaard,

2018, s. 189). Ved å gjere greie for framgangsmåte som er brukt for å utvikle data, korleis problemstillinga er utarbeida, val av metode, korleis ein har valt deltaking og prosessen med å utvikle data gjer ein forskingsprosessen gjennomsiktig (Thagaard, 2018, s. 200). Eg har etter beste evne lagt fram mine vurderingar og val slik at mitt prosjekt skal vera så gjennomsiktig som mogelig.

4.8.3 Overførbart

At studien er overførbart handlar om at tolkingar kan bli utprøvd og vidareutvikla i andre samanhengar, og at det er relevant i ein større samheng (Thagaard, 2018, s.194). Læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling kan vera relevant for kvalitetsforbetring på andre områder mellom samhandlande partar, einingar og organisasjonar. Mitt kjennskap til læringsnettverk har gjort mogelig for meg å kjenne att det intervjupersonane fortalte. Thagaard (2018) skriv at refleksjon over eigen ståstad er ein viktig betingelse for å vera bevisst på korleis forskingsprosessen kan bli påverka av forskaren sin ståstad, reaksjon og på resultatet (Thagaard, 2018, s.74)

4.9 Samanfating av metoden som er nytta i prosjektet

Gjennom heile masterprosjektet er det mange omsyn som skulle takast, eg har valt kvalitativ metode som den best eigna metoden for å finne svar på problemstillinga i studien. Eg har nytta ei strukturert intervjuform der eg har gitt rom for å komme med anna viktig informasjon som har komme fram i intervjuet. Informantane kjem frå to sjukehus og fem kommunar. Eg undersøker tema som organisering, samhandling, likeverd og forankring og eg er særlig opptatt av å finne ut om avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandlinga både i læringsnettverket og i den daglege samhandlinga mellom helsetenestene.

I neste kapittel vil eg legge fram dei empiriske funna som kom fram i intervjuet med deltakarar frå kommunar og spesialisthelsetenesta

5. FUNN: LÆRINGSNETTVERK, ORGANISERING OG SAMHANDLING

5.0 Innleiing

Denne empiriske studien av læringsnettverk er lagt opp slik at eg skal fokusere på bestemte trekk ved dei læringsnettverka som inngår i undersøkinga. Desse trekka har eg grunngeve og gjort greie for i teorikapitlet. Desse trekka er også nært knytt opp til forskingsspørsmåla, kvar forskingsspørsmål fokuserer på trekk ved læringsnettverk.

I dette første av to empiriske kapittel skal eg undersøke nærare to hovudtrekk ved læringsnettverk som inngår i undersøkinga. For det første skal eg sjå nærare på trekk ved organisering av nettverka og korleis deltakarane vart rekruttert inn dei. For det andre skal eg studere korleis informantane oppfattar samhandlinga i relasjonane mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Det er ikkje ein studie av den interne samhandlinga i læringsnettverka for gode pasientforløp som er i fokus, men av trekk ved samhandlinga mellom dei kommunane som er representert i læringsnettverk for gode pasientforløp.

Desse to hovudtrekka, *organisering* av og *samhandling* i læringsnettverk, er fokus for dei to første forskingsspørsmåla som er:

1. *Korleis vert læringsnettverket organisert i kommunar og spesialisthelsetenesta, og kven er aktørar?*
2. *Korleis vert det oppfatta at ein samhandlar i læringsnettverk og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta for å legge til rette for gode pasientforløp ?*

Eit anna organiserande element i undersøkinga er at eg har skilt mellom to ulike kommunetypar («A» og «B»), som anten har kort eller lang reiseavstand til sjukehuset. Grunngevinga for dette skilje vart gitt i førre kapitel. I presentasjonen av dei empiriske funna under kvart forskingsspørsmål, har eg såleis også skilt mellom informantane og om dei har tilhald i ein kommune med lang («A») eller kort («B») reiseavstand til sjukehuset. Den same strukturen i framstillinga har eg brukt i kapittel seks, der eg undersøker andre trekk ved læringsnettverk og dei resterande forskingsspørsmåla.

5.1 Organisering

Forskingsspørsmål 1 - *Korleis vert læringsnettverket organisert i kommunar og spesialisthelsetenesta, og kven er aktørar?*

Under tema frå forkingsspørsmål ein, om korleis læringsnettverk vart organisert ynskjer eg å sjå på kven som deltok i nettverka, kva roller deltakarane hadde, og om det var nokon som ikkje deltok i nettverket. Eg ynskjer å sjå på agenda og tema for møter i læringsnettverket, og korleis deltakarane oppfattar omgrepet læringsnettverk.

Intervju i spesialisthelsetenesta

Begge intervjupersonane opplyser at læringsnettverk for gode pasientforløp vart etablert i 2017 i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Informantane frå spesialisthelsetenesta var begge leiarar for læringsnettverk for gode pasientforløp i kvar sin organisasjon, begge var utdanna sjukepleiarar. Informantane sa at deltakinga i læringsnettverket kom på førespurnad av direktøren, og ingen hadde frikjøpt tid til å arbeidet med læringsnettverk. Den eine intervjupersonen sa at i starten av læringsnettverket vart det oppfatta at det var særlig lagt til rette for kommunar, men at spesialisthelsetenesta kom med etter kvart.

«I starten var det mykje «under kommunehatten», etter kvart vart me og ein nyttig del av læringsnettverket. Kva trengte kommunane frå sjukehuset? Kva vil pasienten og kva treng dei når dei kjem heim?»

Begge intervjupersonane fortalte at dei opplevde at roller i nettverket var prega av at deltakinga var «topptung» og at det hadde vore nyttig å hatt med dei som jobbar tettast på pasientane. «*Det var mykje møter på toppen, me må ha med dei som står konkret i det nede på golvet*». Begge intervjupersonane fortalte at dei opplevde agenda og tema for møta i læringsnettverket var viktig for å jobba saman i team og for å læra kvarandre å kjenne. Faste møter vart løfta fram som svært viktig og var med på å halde prosessen i gang.

«Å møtast rundt eit bord gjer at terskelen for å ta kontakt vert lågare, me får ei auka forståing for kvarandre og eit lågare konfliktnivå.»

Begge intervjupersonane oppfattar læringsnettverk som omgrep der ein har arena for å læra, og at ulike grupper kan læra av kvarandre. I læringsnettverket kan ein dela erfaringar og få tips, og ein fekk tid til å undre og tenkje saman.

«Det ligg i ordet, at ein skal læra av kvarandre og læra noko nytt. Eit nettverk der me har ulike grupper som kan representere bredde og dei store linjene.»

Intervju i kommunegruppe A

Fire personar frå kommune med avstand til sitt sjukehus er intervjuja («A»). Eg intervjuja tre sjukepleiarar og ein ergoterapeut. Deltakarane vart peika på til å delta i læringsnettverket, ingen hadde frikjøpt tid til arbeidet. Alle fortalte at læringsnettverk for gode pasientforløp vart etablert i 2017 i regi av KS av Folkehelseinstituttet. To av intervjupersonane fortalte at nettverka var organisert på leiarnivå. Ein intervjuperson sa at ein i utgangspunktet ville ha med sjukepleiar som jobba nært pasientane i avdeling og som viste «kvar skoen trykte.»

«Me sleit med rekruttering, ein var positiv heilt til ein innsåg at det innebar ein del jobbing, me enda opp med leiarar.»

Ein intervjuperson fortalte at det var opplevd at rollene til deltakarar i nettverket var å representere si gruppe og sitt arbeid. Alle var delaktige og jobba med å rydde i eigen organisasjon, få på plass struktur, laga og skriva rutinar.

«Me enda opp med den gruppa me var då dei som var med er vandt til å sei ja, ta på seg oppgåver og stå til ansvar for det dei seier.»

Ein av intervjupersonane opplevde å ha ei viktig rolle med å vidareformidle det som var viktig frå arbeidet i læringsnettverket ut i organisasjonen, ha rolla med å hadde den «raude tråden» i arbeidet.

Den eine informanten sa at det var viktig å ha med seg dei som får med seg andre på laget, at ein fekk med seg folk som tok ansvar og som produserte. Det vart også peika på at det hadde vore ideelt å hatt med seg brukarrepresentantar i læringsnettverket. Ingen av læringsnettverka var representert av brukarrepresentantar.

To intervjupersonar fortalte at læringsnettverket var tverrfagleg forankra og at det vart peika på kven som skulle delta og at dei som deltok hadde eit stort engasjement og hadde jobba i ulike forbetningsprosjekt før. Leiaren for nettverket koordinerte arbeidet, kalla inn til møter og drog i trådane, men rollene i nettverket var prega av at deltakarane var ei likeverdig gruppe. «Eg vart peika på då eg ikkje klarer å skjule at eg brenn for dette.»

Alle intervjupersonane fortalte at ein opplevde å ha klar agenda og tema for møta i læringsnettverket, og at dei ved det fekk hjelp til jobbe konkret med arbeidet i læringsnettverket. Ein informant sa at ein jobba i læringsnettverket med rutinar og prosedyrar der ein hadde manglar og det ein kunne gjere noko med.

Den eine intervjupersonen fortalte at det vart utarbeida ein handlingsplan og at ein fekk sjekka ut saker og ferdigstille til neste møte i læringsnettverket, handlingsplanen bidrog til å kvalitetsikra arbeid og framdrift.

«Me fekk utdelt på førehand ting me skulle jobba med. Me skulle levere inn noko, så me var tvungen til å jobba heilt konkret med dette. Me sette av tid til arbeidet, me sette av god tid.»

Alle fire intervjupersonane oppfattar læringsnettverk som omgrep der ein kan knyte kontaktar innad i kommunen og inn mot sjukehuset. Ein lærte av kvarandre og fekk gode eksemplar og tilbakemeldingar.

«Eg er veldig glad i læringsnettverk, eg har deltatt i fleire læringsnettverk, for meg er det fyrst og fremst å læra. Få fakta og forskning og læra seg mykje meir om det som er dagsaktuelt i den drifta me har. Dele erfaringar med andre, sjå korleis andre løyser det, og sjå korleis dette er hos oss, og kva me kan gjere for at me skal bli betre.»

Intervju i kommunegruppe B

Tre deltakarar frå kommunar som har kort veg til sjukehuset er intervjuar («B»). Eg intervjuar to sjukepleiarar og ein ergoterapeut. Deltakarane vart peika på til å delta i læringsnettverket, ingen hadde frikjøpt tid til arbeidet. Alle informerte om at læringsnettverk for gode pasientforløp vart etablert i 2017 i regi av KS av Folkehelseinstituttet.

Det som er felles for einingar i studien er at læringsnettverka vart organisert og prega av å ha mange leiarar i nettverket. Ein intervjuperson fortalte at ein hadde styrka gruppa om ein hadde hatt med «folk frå golvet.»

Ein informant fortalte at deltakarane fekk fridom til å delta i læringsnettverket, men ein vart ikkje fråtatt andre oppgåver, ein kunne få dårleg samvit for oppgåver som måtte prioriterast vekk. Felles for alle tre intervjupersonane var at dei opplevde at ein hadde stor fridom og fekk tid til å delta i læringsnettverket både i dei lokale og regionale samlingane.

«Det var veldig opent kva oppgåver ein kjende på var viktige og me arbeida fritt, me var veldig inspirerte og motiverte me som jobba i læringsnettverket, men det trengte ikkje å vera dei same sakene som andre brenn for.»

Ein intervjuperson fortalte at det var lite kontakt med Helseføretaket i arbeidet med læringsnettverket og at ein jobba mykje innad i organisasjonen, og retta opp i det der ein hadde hol og risiko for å «glippa» i pasientforløpa. Intervjupersonen fortalte at ein ville hatt

stor nytte av å samarbeide tettare med Helseføretaket i læringsnettverket. Dei to andre informantane fortalte derimot at dei opplevde at samarbeidet med helseføretaket var avgjerande for å lykkast i arbeidet med gode pasientforløp.

Alle tre intervjupersonane fortalte at ein hadde ein klar agenda og struktur for møta og at ein ved dette sikra framdrift. Det var faste møter som var sett av i kalenderen, og sikra at alle har muligheit til å setje av tid til og delta i møter i læringsnettverket. Ein informant fortalde at det var viktig med ein god møteleiar som tok ansvar og kunne styre møtet.

«Det me har fått mest ut av læringsnettverket er kvalitetsforbetring i eigen organisasjon, både i det daglege arbeidet og samhandling i eigen organisasjon. Det er veldig positivt å få eit kritisk blick på eige arbeid.»

Alle tre intervjupersonane opplevde at omgrepet læringsnettverk handlar om eit fellesskap det ein skal læra av kvarandre og dela erfaringar.

«Når me begynte så skjønna eg ikkje heilt ordet, men i ettertid så ser eg at det skjer læring og prosessar i dette nettverket, ein lærer av kvarandre og ein får spele på kvarandre sine gode idear og vert smartare etterpå, det er noko som skjer.»

5.1.1 Oppsummering av funna om organisering

Funna frå studien viser at deltaking i kommunar og sjukehus i stor grad er representert av leiarar og i mindre grad dei som jobbar tett på pasienten. Alle deltakarane vart peika på til å delta i nettverket og fleire beskrev seg som å «brenne for arbeidet», ingen hadde frikjøpt tid til arbeidet. Fleire intervjupersonar både i kommunar og i spesialisthelsetenesta peika på at organiseringa av læringsnettverka vart topptunge og at det ville vore ein styrke å hatt med «folk på golvet», og dei som kjenner «kvar skoen trykker». Fastlegen var ikkje med i læringsnettverka for gode pasientforløp.

Felles for alle var at agenda og tema for møta var viktig for framdrifta, alle hadde faste møte i læringsnettverket med unntak av eit sjukehus. Korona ituasjonen gjorde det utforandre å møtast i læringsnettverka. Dette kjem eg tilbake til seinare i prosjektet. Alle intervjupersonar oppfatta omgrepet læringsnettverk i tråd med slik Kunnskapsenteret (2018) beskriv kriteria for eit læringsnettverk. Fellesområde ein vil forbetra, der ein samlast regelmessig, opplevde fellesskap og fekk idear, kunne stille spørsmål, fekk inspirasjon og der ein kunne læra av kvarandre. Det var ei felles faglig plattform med felles opplevingar der ein fekk verktøy og utfordringar på eige fagfelt.

Kommunar og sjukehus hadde felles trekk for organisering av læringsnettverk for gode pasientforløp. Læringsnettverka både i kommunar og sjukehus vart etablert og organisert på bakgrunn av KS og Folkehelseinstituttet si satsing med å utvikle gode pasientforløp. Fleire hadde jobba i læringsnettverk før, men det var nytt at både spesialisthelsetenesta og kommunane jobba saman i læringsnettverk. Alle intervjupersonane erfarte at fastlegen ikkje var blitt rekruttert inn i læringsnettverk for gode pasientforløp, dette kjem eg meir tilbake til i kapitel 6.

5.2 Samhandling

Forskingsspørsmål 2 - *Korleis vert det oppfatta at ein samhandlar i læringsnettverk og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta for å legge til rette for gode pasientforløp?*

Under tema frå forkingsspørsmål to ser eg på kva systemnivå som påverka samhandlingsprosessar, og kva samarbeidsvanskar ein opplevde. Effekten av læringsnettverk og kva betydning dei overordna samhandlingsavtalane mellom helseføretak og kommune vert opplevd å ha. Vidare er tema i intervju om læringsnettverk påverkar pasientforløp, og om deltaking i læringsnettverk kan få helsepersonell til å endre arbeidsform.

Intervju i spesialisthelsetenesta

Begge intervjupersonane fortalte at det var forhold på systemnivå som påverka samhandlinga. Ein intervjuperson fortalte at eksemplar på systemnivå var; tidsfaktor og travle dagar, overbelegg i avdelingane med svært sjukepasientar der ein måtte ha fokus på prosedyrar, stell og behandling framfor kommunikasjon med kommunane. Kommunikasjonen mellom kommune og spesialisthelsetenesta var digitalt via PLO-meldingar. «... *hakkete kommunikasjon då me ikkje snakkar saman, me kommuniserer digitalt*». Informantane frå spesialisthelsetenesta fortalte at dokumentasjon frå kommunen var mangelfull, tilsette i kommunen var flink til å dokumentere her og no status, men habitual (normalstatus) var mangelfull.

Ein informant fortalte at lang reiseveg påverka samhandlinga og at kommunar med lang reiseveg oppfattar i større grad pasientane som sine, dei løyste mykje inne på sjukeheimane og dei hadde tett samarbeid med legar. På grunn av den lange reisevegen så mista ikkje desse kommunane sine sjukepleiarar til sjukehuset, dei hadde stabile og dyktige sjukepleiar og behaldt avgjerande kompetanse. «...*dei har lang reiseveg og det er ikkje berre å kippe pasienten lett over til sjukehuset.*»

Samhandlingsvanskane intervjupersonane fortalte om handla om tid og plassmangel både i kommunen og i sjukehus. Informantane opplevde at ulike kommunikasjonssystem og datasystem jobba mot samhandling. IPLOS-data er lovpålagt for kommune, men ikkje for sjukehus, ulike kartleggingssystem utfordra også samarbeidet og samhandlinga.

«I læringsnettverket for gode pasientforløp møttes me med ein god tone, me fekk forståing for kvarandre sin kvardag, me kunne ha ulikt syn på kva som skal ligge i spesialisthelsetenesta og kva som skal ligge i kommunen.»

Dei tilsette i spesialisthelsetenesta hadde mange oppgåver, og nye oppgåver med pasientforløp kunne oppfattast som stress og press i ein travel arbeidskvardag.

«... ute i avdelingane når me skulle presentere kva kommunen syntes var kjempeviktig at sjukehuset jobba med, møtte me; skal me gjere enda meir... me har jo så mykje!»

Ein intervjuperson fortalte at det skapte samarbeidsvanskar og mykje frustrasjon når avdelingane i sjukehus hadde mange pasientar som dei ikkje fekk skrive ut til kommunar. Frustrasjonen var retta mot det kommunale systemet og ikkje mot tenestekontoret. Ein informant fortalte at ein kommune valte å rive ein sjukeheim før det var bygd opp ein ny. Dei som jobba i sjukehus følte stundom at dei vart brukt som ein sjukeheim. Sjukehusinnlegging kosta dobbelt så mykje som kommunen betalte i bøter, der kommunen betalte kr. 5000.- i bot pr. døgn hadde sjukehuset kostnader på kr.10.000.- i døgnet.

«Det skaper avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta når det er høg grad av utskrivingsklare pasientar og høg grad av reinleggelse.»

Begge informantane fortalte at samarbeidet endra seg etter læringsnettverket, det vart ei auka forståing begge vegar. Sjukehuset fekk auka innsikt i kommunen sine utfordringar. Dei fortalte vidare at dei opplevde at det var ein fordel å møtast jamleg, «*kjenna kvarandre og jobba mot felles mål*». Det at kommunen hadde fokus på kommentarfelt i IPLOS-rapporten vart opplevd som eit viktig forbetringstiltak.

«Eg håpar at dei eg har rundt meg, gjennom meg no forstår meir av kommunen sine problemstillingar.»

Begge intervjupersonane fortalte at dei opplevde at faste møter i læringsnettverket for gode pasientforløp vedlikeholdt samarbeidet, det dreiv arbeid og prosessar. Når ein kjente kvarandre og kjente ansiktet på den andre sida så var det mykje lettare å snakke saman. «... *det er mykje vanskeligare å demonisere nokon du har ein relasjon til*». Begge intervjupersonane sa at overordna samarbeidsavtalar mellom kommune og

spesialisthelsetenesta styrte heile PLO-strukturen. Norsk Helsenett definerer PLO-meldingar som standardiserte meldingstypar utarbeida for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følgjer pasienten ved overføring mellom kommune, fastlege og helseføretaket, og mellom aktørar innad i kommunehelsetenesta (Norsk Helsenett, 2021). Ein informant sa at avtaletekstane låg på heimesida til Helseføretaket, men var i liten grad kjend i organisasjonen.

«I grensetilfelle er avtalene viktige, kva er definisjonen på ein utskrivingsklar pasient? Er pasienten utskrivingsklar? Dei som står i desse daglege diskusjonane kjenner nok avtalane godt.»

Begge intervjupersonar sa at læringsnettverket hadde påverka pasientforløp i positiv retning. Ein informant fortalde at det hadde bidratt å halde ting oppe, halde arbeidet levande sjølv om det kunne bli litt store ord, «flokslar og store plakatar» så var det viktig for å halde tråden og arbeidet med gode pasientforløp varmt. Ha «knaggar» med seg vidare for å halde prosessen ved like. Det er viktig at kommune og sjukehus framsnakka kvarandre. «*Det er kjekkare å jobbe med fornøgde pasientar og det som er viktig for pasienten*». Begge intervjupersonane fortalte at dei var usikre på om læringsnettverk for gode pasientforløp skapte så mykje varige endringar ute i organisasjonen. Det var daglege frustrasjonar då ein ikkje fekk pasientar ut og kommunen opplevde at det var fult i institusjonane. Ein intervjuperson sa at ein måtte jobbe for å få meir forståing for kvarandre og bli smidigare i kommunikasjonen. Ein intervjuperson sa det at ein hadde jobba mykje med PLO-meldingar, kva dei skulle innehalde og når ein skulle sende PLO-melding. PLO-meldingar var opplevd som avgjerande for kommunikasjonen og at det påverka pasientforløpa.

«Kva er viktig for deg spørsmålet lever i organisasjonen. Det er eit godt spørsmål for å hjelpe pasienten å prioritere. Eg trur dei helsearbeidarane som vert utsett for det jamleg vil bruke det i møte med pasienten.»

Intervju i kommunegruppe A

Informantane sa at systemnivå som påverkar samhandlinga var geografisk avstand til sjukehuset. Ein intervjuperson fortalte at det var to timar i reiseveg til næraste sjukehus. Kommunen var ein liten kraftkommune med god økonomi, og gode pasientforløp sto svært sentralt, det kunne føre til at det var lettare å få plass i institusjon enn i ein større kommune.

«Det er korte vegar og ein kjenner kvarandre godt, på same tid har ein færre ressursar å spele på når det gjeld utvikling enn større kommunar. Det kan vera på godt og vondt å vera ein liten kommune.»

Det som var felles for alle fire intervjupersonar var at dei opplevde samarbeidsvanskar mellom kommune og spesialisthelsetenesta til å omhandla manglande kommunikasjon. Det vart opplevd at ein ikkje hadde nok opplysingar, at ein opplevde at pasientar kom heim for tidleg og ikkje var ferdigbehandla. Samarbeidsvanskar kunne arte seg til å kjenne seg «lurt» til å ta imot pasientar før dei var klar til å komme heim. Ein informant fortalte at det ikkje berre var spesialisthelsetenesta som hadde samhandlingsproblem, problemet låg både hos kommune og spesialisthelsetenesta. Det vart peika på at ein måtte jobbe med struktur begge stadar, og at ein kanskje ikkje ville få til det ideelle, men ein måte som var god nok. Ein intervjuperson fortalte om situasjonar der ein pasient kjem heim til kommunen den eine dagen, for så å måtte tilbake til sjukehuset neste dag for å gjere ein annan ting.

«Den største utfordringa vår er at me ikkje kommuniserer med kvarandre. Det er ikkje berre spesialisthelsetenesta som har samhandlingsproblem, problemet set hos begge partar, me må jobbe med strukturen hos begge partar.»

Informaten fortalte vidare at det vart opplevd at sjukehuset var ein stor organisasjon og at dei ikkje klarte å samordne seg. Det sto ofte mange ubesvarte spørsmål når pasienten kom tilbake til kommunen. Eit eksempel var ein ALS pasient med ein skjeldan nervesjukdom med lammelsar og muskelsvinn, som trengte behandling for sine lungeproblem og neurologiske problem. Det kunne vera vanskelig å laga ein god plan då det var mange behandlarar. Vidare sa informanten at ein ofte ikkje fekk tak i spesialisthelsetenesta, og det mange ting som skulle takast stilling til.

«Eg forstår kvifor me slit i samhandlinga, det er meir og meir arbeidsoppgåver som vert lagt til oss i kommunen og det ligg kjempestore forventingar til effektivitet, kvalitet og forbetningsområde som me skal fikse raskt.»

Felles for intervjupersonane var at det vart opplevd at forhold som påverka samhandlinga var kommunikasjon mellom kommune og sjukehus. Ein intervjuperson sa også at det var litt personavhengig dette med kommunikasjon, at ein traff nokon som var villig til å ta og ha kontakt, og at ein måtte tørre å ta kontakt. Det var situasjonar ein burde vore tidlegare informert, jo tidlegare ein vart kopla på jo betre. Det var også viktig at ein hadde god opplæring, det kunne bidratt til å redusere stressnivået ute i tenestene. Ein annan intervjuperson sa at me må snakke godt om kvarandre, og kommunisere saman på ein god måte

«Me må huske at det er pasienten me vil det beste, og det går ut over pasienten om me ikkje gjer jobben vår.»

Alle intervjupersonane fortalte at hospitering vart lyfta fram som eit tiltak for betre samhandling, men at ein ikkje fekk det til.

«Det er lett å ha meiningar om korleis andre skal legge opp arbeidet, hospitering kunne hjelpt oss å læra av kvarandre.»

Ein intervjuperson fortalte at det påverka samhandlinga at spesialisthelsetenesta ikkje kjente til kompetanseområde i kommunen. Sjukehuset kunne for eksempel spørje om sjukepleiar i kommunen kunne legge inn pleuradren, ein avansert prosedyre med eit dren som drener væske som samlar seg mellom lunge og brystvegg. Noko ein ikkje kan og ikkje skal gjere, for så i neste omgang å få spørsmål om ein hadde 100 ml. saltvann. Informanten fortalte vidare at av og til så trudde sjukehuset at dei i kommunen kunne svært mykje, for så å ikkje tru ein kunne noko ting. Dei avdelingane i sjukehuset som ein samhandla tett med kjente til kva kompetanseområde ein hadde i kommunen.

«Det handlar i stor grad om kva ein er villig til og om ein er villig til å samarbeide, det går diverre litt på haldingar og velvilje til å leggje energi og kapasitet i samarbeidet.»

Ein annan intervjuperson fortalte at det var særlig viktig at kommune og spesialisthelsetenesta samhandla godt rundt brukarar med store og samansette behov, og at ein måtte jobbe med ein god kommunikasjonsmetode i samarbeidet.

Alle intervjupersonane fortalte at samarbeidet hadde endra seg positivt etter læringsnettverket for gode pasientforløp vart etablert. Ein informant fortalte at terskelen mellom sjukehus og kommune var blitt lågare, og at det var blitt lettare å ta kontakt, og ein viste kva «trådar» ein kunne trekkje i. «*Nettverk er gull og avgjerande om du skal få noko til.*»

Ein anna intervjuperson sa at opplevinga av endring og betre samhandling, kunne komme av at ein sjølv hadde forandra seg, og at ein med auka kunnskap forsto og tenkte på ein annan måte. Når ein høyrde noko ein ikkje forsto, kvifor ein valde å gjere det slik eller så i saker, så viste ein kor mykje arbeid som låg bak og kor mange steinar ein hadde snudd før ein kom fram til ei løysinga.

«Læringsnettverk har fått oss til å forstå at det er viktig å begynne å snakke om forskjellane, og ha respekt for forskjellane og kva som er mulig å få til. Min største frykt er at no når læringsnettverket er ferdig så skal me ikkje sjå meir på dette.»

Alle intervjupersonane fortalte at faste møte vart opplevd som viktig. Ein informant fortalte at faste møter hjelpte dei å halde seg på sporet, dei vart godt kjend og det var kort veg internt i

kommunen for å ta kontakt om det var noko ein lurte på. Ein annan informant sa at det var uheldig når det vart byta ut medlemmar i læringsnettverket, og at det gjorde det utfordrande å halde arbeidet kontinuerlig, men at det var forståelig og klart at folk byta stillingar. Vidare sa informanten at det var ein fordel at ein hadde ein til to faste medlemmar som heldt limet saman, elles ville læringsnettverket truleg «smuldre opp».

Alle informantane sa at læringsnettverk hadde påverka pasientforløp positivt og at ein jobba meir systematisk. Ein intervjuperson fortalte at gode pasientforløp ikkje gjekk av seg sjølv, ein trengte folk som «brenn» og som kan minne på. Vidare sa informanten at det kom stadig nye tilsette og dei var prisingitt den opplæringa dei fekk. Ein annan intervjuperson fortalte at innføring og fokus på «kva er viktig for deg samtalen» vart opplevd å påverkar pasientforløp.

«Kva er viktig for deg samtalen har fokus..... Å laga mål saman med pasienten, det å gå frå å vera trygg til utrygg, det er noko me må minne kvarandre på kvar dag. Det er så fort gjort at me tenkjer at me veit best.»

Det vart fortalt at dei overordna samarbeidsavtalane i varierende grad var kjend ute i tenestene. Ein intervjuperson fortalte at dei hadde jobba mykje med samarbeidsavtalane, særleg avtale tre og fem som omhandlar innlegging og utskriving. Ein informant sa at det truleg var både-og kor godt kjend avtalane var, medan ein annan sa at avtalane var veldig godt kjend i tenestekontoret, men elles ute i tenestene så visste ein ikkje kor godt kjend avtalane var.

Intervju i kommunegruppe B

To av informantane fortalte at systemnivå som påverkar samhandling var avtalane mellom helseføretaket og kommunen. Avtalane sa noko om kva som skulle skje i samhandlingsprosessane mellom kommunar og spesialisthelsetenesta.

«Det er to måtar å sjå det på, det er denne overordna samhandlinga på systemnivå i forhold til avtalar opp mot spesialisthelsetenesta, og så er det det som skjer nede på golvet, og eg tenkjer at det på golvet er veldig viktig for brukar og pårørande og me som skal gi tenester.»

Ein intervjuperson fortalte at samhandlinga mellom sjukehus og kommunen var prega av at sjukehuset opplevde at dei var spesialistar og at det var dei som viste best. Vidare sa informanten at forståelsen for det kommunale systemet ikkje var heilt til stades. Forståelsen for det kommunale systemet var nok tilstade i leiinga på sjukehuset, men i det daglege var det meir usikkert.

To av informantane sa at forhold som påverka samarbeidet mellom kommune og sjukehus handla om PLO-meldingar og at dei som skreiv meldingar ikkje hadde heilt oversikt over kva ein skulle skrive. Ein informant sa at når ein hadde tid til å skrive gode PLO-meldingar, og når det var dei som kjende pasienten best som beskreiv situasjonen så la ein forholde til rette for eit godt samarbeid. Ein intervjuperson sa at det kunne vera manglande forståing og kjenneskap hos dei som jobba på sjukehuset for kva kommunen faktisk kunne klare. Pasienten vart utskriven raskara enn tidlegare og det skapte ein usikkerheit for dei tilsette i sjukehuset. Sjukehuset la av den grunn lista høgt for kva dei meinte at den enkelte trengte frå kommunen for at pasienten skulle kjenne seg trygg ved utskriving frå sjukehuset.

«I kommunen har me nok ikkje heilt tatt inn over oss kva staten vil at me skal gjere.... for det er jo villa-politikk dette, at pasientane skal fortare ut frå sjukehuset. For det kommunale tenkjer eg at kritikken går på at ein ikkje har oppgradert nok ute i kommunen til å ivareta dei dårlege pasientane.»

To av intervjupersonane sa at forklaringa på samarbeidsvanskar mellom kommune og spesialisthelsetenesta kunne vera manglande tid begge stader til å skrive gode PLO-meldingar.

«Det handlar om tid på begge sider. Tid til å skrive gode meldingar, tid til å gi god informasjon. Så handlar det om at den rette personen har tid, at dei som kjenner pasienten best skal skrive. Det er for eksempel viktig at heimebasertenester har tid til å sette seg ned å skrive det som er viktig i ein innleggingsrapport.»

Det vart vidare sagt at i sjukehuset var det veldig travelt og at ein av og til kunne lure på om dei hadde snakka med pasienten i det heile tatt. Vidare vart det sagt at sjukepleiar på post som skreiv PLO-meldingar til kommunen hadde mykje administrativt ansvar, dei hadde ansvar for medisadministrasjon og dei gjekk legevisitt. Ein informant sa at kommunen trengte funksjonsbeskriving om pasientane som skulle heim, som for eksempel rapport frå fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeidar som hadde hatt morgonstell hos pasienten.

«Det å planlegge saman gjennom ein samtale er mykje betre enn skriftlege meldingar der du ikkje kan bruke alle orda du har lyst til»

Ein informant fortalte at all samhandling var elektronisk og sjukehuset førespeglar eit høgare omsorgsnivå enn det kommunen vurderer som naudsynt, denne ueinigheita om tenestebehov medførte vanskar i samhandlinga og samarbeidet.

«All samhandling er no elektronisk, sjukehuset førespeglar pårørande eit høgare omsorgsnivå enn det kommunen opplevde er naudsynt, med den støyen det

medfører...Me får ikkje dei opplysingane me treng for dei opplevde at me bør berre akseptere det dei seier. Det vert vanskelige dialogar der me er ueinige.»

Alle intervjupersonane fortalte at samarbeidet hadde endra seg positivt etter læringsnettverket vart etablert, men at det berre var enkelte avdelingar som hadde vore med i læringsnettverket, og at det var på leiarnivå. Vidare vart det sagt at det ikkje var sikkert at dei klarte å vidareformidle arbeidet i læringsnettverket vidare, og at det då ikkje vart implementert på heile huset, og at det kravde at alle var med.

«Ein må ha veldig mange på lag om ein skal få til utvikling i arbeidet, det er kjempevanskelig å jobbe i desse prosessane, men veldig gøy når ein får det til...»

Alle tre intervjupersonane fortalte at dei opplevde at faste møter var viktige for å vedlikehalde samarbeidet. Ein intervjuperson frå ein stor kommune sa at dei ikkje hadde fått til samarbeid med spesialisthelsetenesta i det lokale læringsnettverket, men at det å skape ei felles forståing på tvers av einingar innad i kommunen hadde vært svært verdifult. Vidare sa informanten at ein hadde klart å samkjøre seg på ein betre måte enn det ein hadde før læringsnettverk for gode pasientforløp.

Alle informantane sa at læringsnettverk hadde påverka pasientforløp. To intervjupersonar fortalte at ein hadde hatt stort fokus på rutinar som IPLOS-kommentarfelt og sjekklister for å betre pasientforløp. Ein annan fortalte at kvar gang ein såg ei IPLOS-kartlegging med kommentarfelt så var det eit «klapp på skuldra». Vidare fortalte informanten at ein fekk eit meir bevist forhold fastlegen si rolle i pasientforløpet, og rutinar der ein bestilte legetime etter at pasienten vart utskrivne frå sjukehuset. Ein prøvde å få fastlegen på lag og det vart sett i system i sjekklister. Ein intervjuperson fortalte at sjukehuset hadde utabeida sjekklister i form av ein utskrivingskonvolutt som vart opplevd som eit positivt verktøy som påverka pasientforløpet.

«Utskrivingskonvolutten som sjukehuset tok i bruk førte til at samhandlinga vart ein million gangar betre...»

Alle tre intervjupersonane sa at dei overordna samarbeidsavtalane mellom Helseføretaket og kommunen var godt kjend for dei som samhandlar tettast med sjukehuset, men at avtalen i mindre grad var noko ein forholdt seg til ute i avdelingane.

«Hadde dei ute på post i spesialisthelsetenesta og i tenestene i kommunen lest avtalane, hadde me ikkje hatt så veldig store problem med samhandlinga.»

Ein intervjuperson fortalte vidare at det var vanskelig å finne målepunkt for å finne om helsepersonell hadde endra arbeidsform. Det var ikkje alle som «traff» når ein tok eit utsnitt av brukarane i for eksempel heimetenestene, det var ikkje alle som hadde hatt overgangar mellom sjukehus og kommune. Vidare sa informanten at dei følgde med på dokumentasjon og synest dei såg forbetringar, men at det ikkje var nok til at ein kunne sei at på det jamne hadde helsepersonell endra arbeidsform.

Ein intervjuperson sa at om helsepersonell skulle kunne endre arbeidsform så må ein forstå den andre parten, og at samhandlinga vart betre når ein forsto kva utfordringa den andre parten hadde.

«Eg gløymer aldri avdelingsleiaren frå sjukehuset som trudde at kommunen heldt att pasientar på sjukehuset berre for at det var så mykje arbeid å ta imot dei, eller at me sparte pengar på å halde dei på sjukehuset..... og det lyset som gjekk opp når ho skjønna at me ikkje hadde plass, at me ikkje hadde muligheit til å ta imot. Då er kjempemykje gjort når ho kan gå frå møtet med ei auka forståing om at dette er for at kommunen manglar institusjonsplassar, og at me ikkje har muligheit til å ta imot pasienten.»

5.2.1 Oppsummering av funna om samhandling

Funna frå studien viser at intervjupersonane frå spesialisthelsetenesta opplevde at tidsfaktoren var ein systemfaktor som påverka samhandlingsprosessane. Det skulle samhandlast kring svært sjuke pasientar og sjukepleiar på post hadde stort fokus på prosedyrar og behandling framfor kommunikasjon med kommunen. Det var plassmangel og overbelegg og ein fekk ikkje skrive pasientar ut av sjukehuset. Det var stor turnover og det var heile tida nye tilsette, noko som vart opplevd å påverka samhandlinga. Funn viser at forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar § 1 ikkje vart opplevd å ha ønska effekt, då ferdigbehandla pasientar ofte ikkje vart skrive ut til kommunen. Dei ulike kommunikasjonssystema vart opplevd å jobba mot samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Begge intervjupersonane opplevde at samarbeidet hadde endra seg etter læringsnettverket vart etablert, at ein fekk auka innsikt og forståing begge vegar. Faste møter vart opplevd å halda ved like samarbeid, og at det forplikta og dreiv arbeidet og prosessar vidare.

Å få sett av tid til å delta vart prioritert i alle kommunar, det kom fram at dei lokale møteplassane der ein delte erfaringar og jobba med samhandling hadde stor verdi både for kommune og spesialisthelsetenesta.

Ein intervjuperson frå kommune «B» sa at det påverka samhandlinga når sjukehuset opplevde at dei var ekspertar og at forståelsen for det kommunale systemet ikkje var tilstade. Funna frå studien viser at arbeidsdelinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta ikkje er tydelig og det kan vera ein fare for både dobbeltarbeid og gråsoner.

Informantane sa at pasientar vart skrive ut fortare og kommunen ikkje hadde oppgradert nok til å ta imot dei dårlege pasientane. Vidare vart det sagt at tidsfaktoren påverka samhandlingsprosessar. Felles for alle intervjupersonane var at ein opplevde at det påverka samhandlinga når ein ikkje fekk den informasjonen ein trengte i dei elektroniske meldingane (PLO). Alle tre informantane sa at elektroniske meldingar kunne vera eit hinder for samarbeid, og at dei opplevde at viktige rapportar om pasienten sin funksjon mangla. Datasystem som ikkje «snakkar saman» sette ein stoppar i samhandlinga. Felles for intervjupersonane var at dei opplevde at faste møter heldt ved like samarbeidet både i læringsnettverk internt og mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Dei sa vidare at dei opplevde at den største utfordringa var manglande kommunikasjon og at ein måtte jobbe med strukturen for kommunikasjon begge vegar.

Alle intervjupersonane sa at dei opplevde at samarbeidet hadde endra seg etter læringsnettverket, dei fortalte vidare at det vart opplevd ei auka forståing og innsikt og at ein hadde fleire rutinar rundt pasientforløp. Ein intervjuperson sa at det var ein tydelig forskjell når ein kunne treffast i læringsnettverk, og at det å ikkje kunne treffast påverka samhandlinga internt og utanfor organisasjonen. Intervjupersonane frå spesialisthelsetenesta bekreftar dette.

Alle intervjupersonar fortalte at overordna samarbeidsavtalar var lite kjend ute i avdelingane hos dei som jobba «på golvet» nærast pasientane. Intervjupersonane som hadde deltatt i læringsnettverket hadde god kjennskap til avtalane og at dei opplevde at avtalane regulerte samhandlinga.

Felles for alle intervjupersonar var at dei fortalte at hospitering som kunne bidratt til å styrka samhandlinga i liten grad vart gjennomført, og at det aldri skjedde at representantar frå spesialisthelsetenesta hospiterte i kommunen. Intervjupersonane sa vidare at dei trudde

hospitering kunne hjelpt partane til å læra av kvarandre. Informantane frå spesialisthelsetenesta opplevde og at hospitering ikkje var eit tiltak som vart nytta i stor nok grad. Intervjuperson frå sjukehus sa at overfor pasientane måtte spesialisthelsetenesta og kommune framsnakka kvarandre, og at det ville trygge pasienten i pasientforløpet.

Funna viser vidare at det vart opplevd at det kunne vera vanskelig å implementere arbeidet frå læringsnettverket ut i organisasjonen, og at ei felles forståing for betydinga av samhandling kunne vera vanskelig å oppnå. Alle intervjupersonane fortalte likevel at dei oppfatta at ein samhandla godt i læringsnettverket og at ein opplevde at læringsnettverket påverka pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

6. FUNN: LÆRINGSNETTVERK, LIKEVERD, FORANKRING OG HEMMANDE OG FREMJANDE FAKTORAR FOR SAMHANDLING

I førre kapittel presenterte eg nokre sentrale trekk ved læringsnettverk som inngår i utvalet. Det var trekk ved organisering, og informantane si oppfatning av trekk ved relasjonane mellom sjukehus og kommune. I dette kapittelet skal eg sjå vidare på andre trekk som kjenneteiknar dei same relasjonane. Fleire studiar peikar på at interaksjon og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta er prega av ein over- og underordningsrelasjon, og at særleg den parten som oppfattar seg som underordna opplevde det som eit problem. Eg vil undersøkje om relasjonane er kjenneteikna av hierarkisk relasjon eller om deltakarane opplevde relasjonen som kjenneteikna av *likeverd*.

Vidare skal eg studere nærare korleis læringsnettverka vert *forankra* i eigen organisasjon. Dette er eit sentralt tema, då det viser til korleis læringsnettverka vert søkt implementert i organisasjonen med mål om å skape varige endringar og element i samhandlinga både innad i eigen organisasjon og i samhandlinga mellom kommune og sjukehus. Dette handlar såleis også om implemtering av læringsnettverk som koordineringsverktøy på tvers av dei involverte organisasjonane.

Til slutt i kapittelet skal eg sjå nærare på korleis deltakarane i nettverka oppfattar vilkåra for samhandling og kva dei oppfattar som *hemmande og fremjande faktorar* når det gjeld å etablere og halde ved like samhandling som dei definerer som produktiv; det vil sei, som de endelege føremålet med læringsnettverka, å leggje til rette for «gode pasientforløp».

Desse tre hovudtrekka skal vidare undersøkjast, og dei er kvar for seg knytt til dei tre siste forskingsspørsmåla min. Dei tre er:

3. *I kva grad opplevde deltakarane i nettverket seg som likeverdige partar, og kva faktorar vert opplevd å påverka likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta?*
4. *Korleis opplevde deltakarane i nettverket at arbeidet er forankra i organisasjonen?*
5. *Kva hemmar og fremjar samhandlinga, og kva er opplevd effekt med læringsnettverk for gode pasientforløp?*

Framstillinga er organisert som i førre kapitel der eg tek føre meg kvart enkelt forskingsspørsmål og kvart delavsnitt er inndelt i dei ulike informantkategoriane.

6.1 Likeverd

Forskingsspørsmål 3 - *I kva grad opplevde deltakarane i nettverket seg som likeverdige partar, og kva faktorar vert opplevd å påverka likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta?*

Under tema frå forkingsspørsmål tre ynskjer eg å sjå på korleis deltakarane i læringsnettverk opplevde likeverd, både i læringsnettverket og ikkje minst opplevd likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Intervju i spesialisthelsetenesta

Begge intervjupersonane fortalte at dei opplevde at partane i læringsnettverket var likeverdige partar. I starten av nettverksperioden var det mykje fokus på kommunane og korleis det var innad i kommunen, det vart opplevd at det var mange saker som omhandla kommune, og då kunne spesialisthelsetenesta «dette litt av lasset». Ein intervjuperson sa at ein ikkje opplevde at helseføretaket hadde ein sterkare posisjon enn kommunane, men på same tid så var helseføretaket ei felles gruppe som satt under same tak medan kommunane var kvar sin sjølvstendige, og med ulike representantar frå ulike kommunar. Informanten sa at det kunne vera konfliktar mellom kommunar og at kommunane ikkje nødvendigvis hadde dei same interessene.

Ein intervjuperson sa at dei opplevde likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta då kommunar hadde rett til å skrive inn og spesialisthelsetenesta hadde rett til å skrive ut, vidare sa informanten at i det var ein likeverdige partar. Det vart vidare sagt at det som påverka likeverd mellom kommune og sjukehus var at kommunar hadde eit omfattande samarbeid der det kanskje vart ein dragkamp for eksempel om dei nye samarbeidsavtalane. Intervjupersonen fortalte vidare at kommunar samarbeida som ein front i møte med sjukehuset sine representantar. Styrkeforholdet vart likevel likt då lovverket var klar på likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta. «*Ein ueinigheit kan komme sterkare til overflata med ein stor kommune, ein sterk opposent.*» Vidare sa intervjupersonen at dei nye helsefellesskapet var spanande.

«Eg er spent på kva dette nye helsefellesskapet, er det berre «keisaren sine nye klede» eller har det ein reel betyding? Ord betyr noko, og at me kallar det eit helsefellesskap

og ikkje eit samhandlingsutval, det er eit ord som vektlegg at me er saman om å laga god helse til innbyggjarane i vår region uavhengig om du er på sjukehus eller i kommunen.»

Vidare fortalte informanten:

«Det er ofte me ser at pasienten kjem rett i retur, det går jo ikkje då... dei har eit døgn heime, og når du veit at første sjukehusdøgn med minimum behandling kostar kr 40.000, det er kjempedyrt, me kan jo ikkje holde på slik.... Det er ingen god løysing så me treng å løyse det, verkeleg! Når me ser til forskning at i 2060 så må ein av tre jobbe i helse, eg skjønner ikkje korleis me kan ha eit slikt samfunn. Men læringsnettverk vart ein god måte å nærme seg problemstillingane som likeverdige.»

Intervju i kommunegruppe A

Intervjupersonane har til felles at dei opplevde likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta i læringsnettverk for gode pasientforløp. Dei opplevde at ein kunne snakke saman i læringsnettverket og at ein var likeverdige partar.

«Eg synest så absolutt at me var likeverdige partar, du kan våge å snakke og du får ikkje følelsen av at du kan ikkje så mykje som meg....»

Ein intervjuperson fortalte at terskelen for å ta kontakt var blitt lågare, ein var godt kjend med kvarandre og det fremma likeverd mellom partane.

Ein av informantane sa at ein opplevde likeverd mellom sjukehus og kommune, men at det kunne vera litt personavhengig. «....*det kan godt hende at andre folk tenkjer annleis, men eg brukar ikkje energi på å tenkje slik, eg ser på oss som likeverdige.*» Tre av intervjupersonane fortalte at dei opplevde at spesialisthelsetenesta hadde høgare status enn kommunen, sjukehuset var spesialistar og at kommunen av den grunn var underlegne.

«Eg synest ikkje me nødvendigvis er likeverdige i det daglege. Eg opplevde at det har mindre status å jobbe i kommunen kontra spesialisthelsetenesta, det har mindre status. Me vert undervurdert i forhold til kva me kan, det opplevde eg ganske ofte.»

Ein intervjuperson sa at hospiteringsordninga mellom kommune og spesialisthelsetenesta hadde ein hatt i mange år, mange tilsette frå kommunen hadde hospitert på sjukehuset, men det var aldri nokon frå sjukehuset som har hospitert i deira kommune. Dette misforholdet i hospitering påverka likeverdet.

Ein informant fortalte at tett samarbeid og god dialog som synleggjorde viktigheita av begge partar sitt ansvarsområde påverka likeverdet. Vidare sa informanten at ein måtte synleggjere

at begge partar var viktige, både spesialistane og dei som kjenner til korleis ting fungerer i praksis der pasienten høyrer heime i eigen heim. Vidare sa informanten at openheit og respekt i forhold til den andre part sitt ansvar og arbeidsområde påverka likeverdet.

«Sperra for likeverd kan ligge i at den andre er spesialist, det ligg i ordet at me har meir respekt for dei som går med kvite frakkar.»

To av intervjupersonar fortalte at likeverd kan vera personavhengig, og at å treffe nokon det er lettare å samarbeide med påverka følelsen av likeverd, var ein trygg i samarbeidet påverka det likeverdet.

Intervju i kommunegruppe B

To av informantane fortalte at dei opplevde at spesialisthelsetenesta og kommune var likeverdige i læringsnettverket for gode pasientforløp, og at spesialisthelsetenesta var interessert i kva opplevingar dei i kommunen hadde. Ein intervjuperson fortalte at i læringsnettverket var det kanskje sjukehuset som fekk mest tilbakemeldingar om ting som vart opplevd som feil. Vidare sa informanten at det var få avdelingar frå sjukehuset som var representert i læringsnettverket, og at det kunne ha påverka likeverdet. Vidare fortalte informanten at ein opplevde at sjukehuset hadde makt og muligheit til å påverke den daglege samhandlinga i større grad enn kommunen.

Ein intervjuperson sa at det påverka likeverdet i læringsnettverket at det var mange leiarar, og at ein i det ikkje var like opne for det som vart sagt, og at det kunne vera vanskelig å få gjennomslag for forbetringstiltak.

Ein intervjuperson fortalte at det var lite kontakt med spesialisthelsetenesta i læringsnettverket og at ein jobba veldig på kvar sin stad.

Når ein opplevde at likeverdet vart utfordra så opplevde ein at sjukehuset synest kommunen var vanskelig som ikkje vil ta imot pasientar, og at sjukehuset ikkje var villig til å sjå kva utfordringar det gav for kommunen å måtte ta i mot pasientar ein ikkje hadde plass til. Intervjupersonen fortalte vidare at det som kunne påverke likeverd handla om kulturen, der kommunen var dei som skulle overta det som sjukehuset meinte kommunen skulle gjere, Sjukehuset vart opplevd som at dei viste kva som var best for pasienten vidare, og når sjukehuset var ferdig skulle kommunen ta over.

«Det nye helsefellesskapet som ligg framme i agendaen no kan vera med å bryte ned dette. At me skal løyse det saman.»

6.1.1 Oppsummering av funna om likeverd

Funna frå studien viser at intervjupersonane i spesialisthelsetenesta opplevde at det var likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta i nettverket for gode pasientførløp. Intervjupersonane opplevde at det var stort fokus på kommunane og deira behov i læringsnettverket. Dei opplevde at ein var likeverdige partar i den daglege samhandlinga. Ein intervjuperson sa at ein opplevde at når kommunen hadde rett til å skrive inn og spesialisthelsetenesta hadde rett til å skrive ut så var ein likeverdige partar. Ein informant opplevde at kommunane samarbeida som ein front i møte med sjukehuset sine representantar, særlig i utarbeiding av nye samarbeidsavtalar som regulerte samarbeidet mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Intervjupersonen sa at styrkeforholdet for så vidt var likt, og at lovverket var klar på dette med likeverd. Intervjupersonen sa vidare det er spennande med dei nye helsefellesskapa og om det berre var «keisarens nye klede», eller om det hadde ein reel betyding, Ein kallar det eit helsefellesskap og ikkje eit samhandlingsutval, samhandlingsutvalt var eit ord som la vekt på at var saman om å laga god helse til innbyggjarane i regionen uavhengig om ein var på sjukehus eller i kommunen.

Fire av fem kommunar hadde eit tett samarbeid med spesialisthelsetenesta i læringsnettverk for gode pasientførløp, det kom fram i intervjuet at intervjupersonane opplevde likeverdet innad i læringsnettverket som godt, dei opplevde sjukehuset som interesserte og at terskelen mellom partane vart lågare, ein vart godt kjend med kvarandre og det var lett å ta kontakt.

Alle intervjupersonane frå kommunane opplevde at likeverd mellom kommune og sjukehuset i den daglege samhandlinga i større grad vart opplevd som at sjukehuset var ekspertar og at kommunar i så måte var underlegne. Dei sa vidare at dei som jobba i kommunen hadde meir respekt for dei som «gjekk i kvite frakkar» og at det sperra for likeverdet.

Intervjupersonane frå kommunen fortalte at dei opplevde at det påverka samhandling og oppleving av likeverd at sjukehuset hadde meir makt, og at ein ikkje var einige om kva som er viktig i pasientførløpet. Ein intervjuperson opplevde at det hadde mindre status å jobbe i kommune kontra sjukehus, at dei som jobba i kommunen vart undervurdert i forhold til kompetanse.

6.2 Forankring

Forskingsspørsmål 4- *Korleis opplevde deltakarane i nettverket at arbeidet er forankra i organisasjonen?*

Under tema frå forkingsspørsmål 4 ynskjer eg å sjå på i kva grad læringsnettverket vart opplevd å vera forankra i organisasjonen, og i kva grad fastlegen si rolle var forankra i arbeidet.

Intervju i spesialisthelsetenesta

Begge intervjupersonane fortalte at dei opplevde ei tydelig forankring opp mot direktør og samhandlingskoordinator. Det vart rapportert til direktør både munnleg og skriftleg om aktivitetar og resultat i læringsnettverk.

Vidare fortalte ein intervjuperson at det var ein fare for at læringsnettverket ikkje skapte så mykje varige endringar ute i organisasjonen, då det hadde vore ei stor utskifting i leiinga i sjukehuset, og at det var ein fare for at dette påverka implementering i organisasjonen.

Ein informant sa at fastlegen ikkje deltok i læringsnettverket, men at det var formalisert korleis spesialisthelsetenesta skulle samarbeide med fastlegane. Fastlegen skulle vera tett involvert i problematikk rundt pasienten. Intervjupersonen fortalte vidare at Grimsmo si forking viste at fastlegen i alt for lita grad var involvert rundt dei sjukaste pasientane. Istaden for at ein hadde ein plan så venta ein til pasienten var så dårleg at det vart ein legevaktsak, og det vart legevakta som la pasienten inn. Intervjupersonen si erfaring frå akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) var at dei siste åra av livet vart dei sjukaste pasientane innlagd i sjukehus via ØH kontakt (snøgg hjelp) og ikkje av fastlegen.

Vidare fortalte intervjupersonen at i ein storby med ei svært stor legevakt med mange legar, så kjende ikkje legane pasientane godt. I staden for at fastlegen som kjente pasienten vart tett involvert og hadde ein plan for å unngå forverringar, måtte pasienten få ØH-hjelp og akuttinnlegging på kveld og natt. Informanten sa at det vart opplevd som svært uheldig for pasienten når pasientforløp ikkje var forankra hos fastlegen.

«Alle arena dreg i retning av at me i større grad skal jobba i team og vera i forkant. Eg håpar fastlegen vert dratt meir med i planarbeidet, dei har i alle fall fått fleire verktøy som eit resultat av læringsnettverk for gode pasientfølør. At ein automatisk set pasienten opp til ein time hos fastlege to veker etter utskriving er det nokon i

læringsnettverket som har for å dra fastlegen inn, vera i forkanta av sjukdom og samarbeide tettare.»

Intervju i kommunegruppe A

Alle intervjupersonane fortalte at læringsnettverket var godt forankra i toppen av organisasjonen, og at det vart rapport vidare til leiinga.

Ein informant sa at arbeidet var akseptert og respektert i leiinga og at ein rapporterte til leiarane sine. Ein annan intervjuperson fortalte at læringsnettverket var svært godt forankra det var jamlege møter og leiarane var opptatt av at ein skulle ha fokuset på forbetningsarbeidet. Det vart opplevd at det var viktig at leiinga forsto viktigheita av å delta og at ein fekk tid til å delta i møta i læringsnettverket. Intervjupersonen opplevde og at leiinga stolte på deltakarane i læringsnettverket.

«Me hadde veldig bra støtte, dei stolte på oss, det er så viktig å ha leiaren bak seg. Leiarane må forstå kvifor me samlast og gi oss tid til å samlast, kunne skriva timar når ein ikkje finn tid til å delta på dagvakter.»

Ein informant fortalte at læringsnettverket var forankra, kommunalsjef var med på ei samling, det hadde ført til at deltakarane i læringsnettverket følte at arbeidet i læringsnettverket var sterkt leiarforankra. Ordføraren begynte å bruke det same uttrykket, «kva er viktig for deg». Vidare fortalte informanten at arbeidet i læringsnettverket sto sterkt i organisasjonen.

Ein av intervjupersonane sa at ein fekk signal frå kommunelege og institusjonslege om at dei ikkje ville bli med i nettverket, men at ein kunne bruke dei til å rådføre seg med, og kalle dei inn til møter ved behov.

Vidare fortalte intervjupersonen at det vart opplevd at ein hadde læringsnettverket forankra frå toppen. Intervjupersonen visste at sjefen støtta arbeidet i læringsnettverket. I møter med tilsette vart det lagt fram at det ikkje var eit val om dei ville bruke rutineane som var utarbeida i læringsnettverket for gode pasientforløp eller ikkje, det var bestemt at ein skulle satse på dette. Vidare sa informanten at læringsnettverket var politisk bestemt og politisk forankra, dette var noko som kommunen skulle satse på, og det vart opplevd som å gi tyngde i arbeidet.

Informantane sa at dei hadde læringsnettverk for gode pasientforløp oppe i leiarmøter der kommunalsjef og leiarane for stab var med, det var før Korona, og ein hadde fysiske møter og

gode diskusjonar. Dei presenterte arbeidet for politikarane i levekårs komiteen og det var oppe i rådmannen si leiargruppe.

Alle intervjupersonane fortalte at dei i liten grad opplevde at fastlegen si rolle var forankra i læringsnettverket. Ein informant sa at fastlegen ikkje var aktiv, dei prøvde med ulike «triks» for å få fastlegen med i læringsnettverk for gode pasientforløp. Deltakarane frå læringsnettverk for gode pasientforløp var på møter og prøvde å fortelje kva dei jobba med. Legen som var med læringsnettverket jobba ikkje som fastlege, dei klarte ikkje å få med fastlegen. Det låg i sjekklista deira at dei skulle sende PLO-melding til fastlege ved utskrivning frå korttidsopphald. På denne måten prøvde ein å få fastlegen involvert i pasientforløp.

Ein annan intervjuperson fortalte at det var vanskelig å få fastlegen på banen. Dei møtte fastlegane og det var mykje e-mail, det handla mykje om kvalitet på PLO-meldingar med legemiddeloppfølging, legemiddelgjennomgang og årskontroll. Fastlegen kjente til gode pasientforløp og kva som var forventa av dei. Vidare sa informanten at dei hadde vanskar med å rekruttere fastlegar til kommunen, når dei kom så reiste dei snart att, informanten oppfatta at fastlegen synest dei hadde mange spennande oppgåver, men at det kunne bli for mykje for dei. Når dei fekk nye legar fekk dei alltid ein presentasjonsrunde der dei fortalte om deira forventningar, og fastlegen vart kjend med deira struktur. Vidare sa informanten at dei måtte jobba mykje meir med rutinar og å utvikle «fellesspråk» for betre overgangar både når dei tilkallar dei som legevakt og fastlege. I læringsnettverket fekk dei auka forståing for fastlegen sine utfordringar. Intervjupersonen hadde lest og sett seg meir inn i fastlegeordninga , og kva som låg til fastlegen sitt ansvarsområde.

Ein informant fortalte at fastlegen si rolle i læringsnettverket hadde vore varierende. Dei hadde dårleg fastlegedekning i kommunen, det var ein utkantskommune og det vart opplevd som ikkje den enklaste kommunen å få legar til å komme og bli. Dei hadde hatt nokre år med dårleg fastlegedekning og til dels mange vikarar. Dei som hadde fastlege i mange år ville gjerne vera ein god samarbeidspart, men på grunn av alle oppgåver dei hadde så klarte dei det ikkje. Vidare fortalte informanten at enkelte gangar fekk dei det til, for eksempel når pasienten ønskte å dø heime. Mange strakk seg langt for å klare det, men det var ikkje alle fastlegar som klarte eller ønskjer det då det kravde mykje meir enn normal arbeidstid. Var ein god på planlegging kunne fastlegen delta på samarbeidsmøte i forkant av utreise, der det var viktig at fastlegen var tett på. Fastlegen ønskte ofte å ha ei rolle i pasientforløpet, men arbeidsforholda låg ikkje nødvendigvis til rette for det.

Informanten fortalte at kommunen sende automatisk epikrise til fastlegen når pasient hadde vore på korttidsavdeling og ein oppfordra pasienten til å bestille tid hos fastlegen etter 14 dagar, om pasienten ikkje kunne gjere det sjølv fekk dei pårørande til å bestille time hos fastlege.

Intervju i kommunegruppe B

Alle intervjupersonane opplevde at læringsverket var forankra i organisasjonen og arbeidet vart rapport vidare med litt ulikt intervall, enten etter milepælar eller månadleg. Ein intervjuperson fortalte at dei fekk lov å fortsette arbeidet etter at det regionale nettverket var over.

«Det er viktig arbeid når ein får lov å jobbe med læringsnettverk for gode pasientforløp, og det betyr noko.»

Ein intervjuperson fortalte at ein opplevde at læringsnettverket var forankra, dei såg at andre kommunar hadde meir utfordringar med å få reise på samlingar og sette av tid.

Intervjupersonen opplevde at det var ei interesse i organisasjonen for at dei deltok i læringsnettverk for gode pasientforløp.

Alle intervjupersonane fortalte at fastlegen si rolle ikkje var forankra i læringsnettverk for gode pasientforløp. Ein informant sa at dette med fastlegen si rolle var noko ein hadde tenkt mykje på. Dei hadde ikkje hatt fastlege representert i nettverket, men dei hadde tenkte mykje på kva dei kunne gjere for å få fastlegen meir på banen. Dei hadde innført sjekklister for gode pasientforløp der fastlegen skulle bli informert.

Ein informant sa at dei hadde hatt kommunelege med i nettverket og at ein hadde ved det fått eit bilde av fastlegen sin situasjon og arbeidskvardag. Eit eksempel som vart vist til er at fastlegen fekk så mange epikrisar og ein kunne ikkje forvente at dei skulle vera oppdatert til ei kvar tid, det måtte komme ei klar bestilling til dei.

Ein intervjuperson fortalte at fastlegen si rolle var eit tema dei burde hatt meir fokus på, dei var orientert, men dei hadde ikkje noko ekstra kontakt med fastlegane i læringsnettverket. Dei fekk inn i rutinar at fastlegen skulle vera orientert om at pasienten vart utskriven frå korttidsavdeling, så det var eit fokus.

Ein informant sa at i læringsnettverket hadde dei ikkje fastlegen med, dei hadde ei orientering i fastlegemøte og gav ein mulighet til å delta. Fastlegane ville orienterast, og dei synest det var fint at ein jobba med å skape heilskapelege pasientforløp, men dei var ikkje delaktige.

6.2.1 Oppsummering av funna om forankring

Funna frå studien mitt viser at intervjupersonar i spesialisthelsetenesta opplevde at læringsnettverk for gode pasientforløp var godt forankra på direktørnivå eller toppnivå. Ein intervjuperson stilte spørsmål om læringsnettverk for gode pasientforløp skapte varige endringar ute i organisasjonen, det hadde vore ei stor utskifting i leiing og ved det ei utfordring med å forankre og implementere arbeidet ned i organisasjonen.

Intervjupersonar i både gruppe «A» og «B» sa at arbeidet i læringsnettverket var godt forankra og det var viktig å ha leiaren bak seg, og at leiaren forsto kvifor ein samlast. Det var ei fare for at læringsnettvek for gode pasientforløp ikkje skapte så store endringar i organisasjonen når det vart stor utskifting i leiargruppa, leiaren si rolle vart peika på som avgjerande i endringsarbeid. Funna viser vidare at fastlegen si rolle i lita grad var forankra i arbeidet med læringsnettverk for gode pasientforløp. Informantane opplevde fastlegen si manglande deltaking som ein hemmande faktor for at læringsnettverk kunne vera eit koordineringsverktøy for samhandling.

Felles for alle intervjupersonane var at arbeidet med læringsnettverk for gode pasientforløp sto sterkt i organisasjonen i leiinga, men at arbeidet i mindre grad var forankra og implementert i heile organisasjonen og då særleg hos dei som jobba tett på pasienten beskrive som «dei på golvet».

6.3 Hemmande og fremjande faktorar i samhandling

Forskingsspørsmål 5 -Kva hemmar og fremjar samhandlinga,, og kva er opplevd effekt med læringsnettverk for gode pasientforløp?

Under tema frå forkingsspørsmål 5 ynskjer eg å sjå på kva deltakarane i læringsnettverk opplevde hemmar og fremjar samhandling i læringsnettverket, og kva som hemmar og fremjar samhandlinga i den daglege drifta i kommune- og spesialisthelsetenesta. Eg vil sjå på kva resultat deltakararar opplevde at læringsnettverket har hatt. Eg vil til slutt sjå på om hypotese om at geografiskavstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverka samhandlinga i læringsnettverket og i den daglege samhandlinga mellom helsetenestene.

Intervju i spesialisthelsetenesta

Begge intervjupersonane fortalte at det som vart opplevd å fremja samhandlinga var faste møtepunkt og faste møtestadar mellom spesialisthelsetenesta og kommune. Vidare sa dei at det fremja samhandling når ein hadde gode møteplassar der ein hadde ein plan, og der problemstillingar og fag vart sett på agendane. Det var viktig at «folk frå golvet» fekk delta og at dei kunne komme med innspel til kva ein skulle ta opp, hospitering vart løfta fram som ein viktig fremjande faktor for samhandling. Ein intervjuperson sa at det fremja samhandlinga når ein har ei klar framovertenking og når ein sette av tid til samhandling. Det fremja og samarbeidet når sjukehuset fekk vite kva kommunen trengte og at kommunen fekk vite kva sjukehuset trengte. *«Går det lang tid mellom kvar gang me møtest har ein ikkje «drive» på noko.»*

Ein informant sa at det som hemma samhandlinga er at ein ikkje fekk forbetningsarbeidet ut i organisasjonen. Det hadde vært særlig utfordrande under Koronapandemien, ein satt i små kohortar og det var krevjande å få informasjon ut og snakke saman. Vidare sa informanten at ein fekk stadig nye tilsette og det måtte vera eit system for gjentaking og opplæring i prosessane for gode pasientforløp. Det hemma samhandlinga at det var vanskelig å treffast å få ting ut, det var travelt og mange svært sjuke pasientar det skulle samhandlast kring. Tidsfaktoren og turnover vart opplevd som den mest hemmande faktorane for samhandling.

Ein av intervjupersonane sa at det hemma samhandlinga at det skjer mykje på toppnivå og at ein ikkje klarte å møtast med dei som er «nede på golvet» å jobba, dei som møter pasienten og står i dei daglege problemstillingane. Intervjupersonen fortalte vidare at «fagfolka nede på golvet» forstår kvarandre og ønskjer å jobbe saman, og at det vart opplevd at møteplassar for fagfolk var svært viktig for ei god samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

I prosjektet mitt har eg ein hypotese om at geografi og avstand har betydning for samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta og eg har stilt spørsmål om dette i intervju. Ein av intervjupersonane fortalte at erfaringa deira var at dei største kommunane som er tettast på sjukehuset var dei som lettast la inn pasientane i sjukehus. Vidare fortalte informanten at jo større kommunen hadde dei basert sitt tenestetilbod på heimesjukepleie, og på å ta veldig sjuke pasientar til heimen, og at det førte til større grad av reinnleggingar i sjukehus.

Ein intervjuperson sa;

«I ein bitteliten kommune med lang avstand opplevde me ikkje utskrivingsklare pasientar som ligg og ventar på eit kommunalt tilbod. Dei mindre kommunane kan gjerne slite med kompetansekreivjande oppgåver og må kanskje ha ein lengre opplæringsprosess, men det skaper ikkje samarbeidsvanskar i den grad.»

Ein informant fortalte at lang reiseveg påverka samhandlinga og at kommunar med lang reiseveg oppfatta i større grad pasientane som sine. Dei løyste mykje inne på sjukeheimane og dei hadde tett samarbeid med legar. «...*dei har lang reiseveg og det er ikkje berre å kippe pasienten lett over til sjukehuset.*» Vidare sa informanten at på grunn av den lange reisevegen så «mista» dei ikkje sine sjukepleiarar til sjukehuset, dei hadde stabile og dyktige sjukepleiar og beholdt avgjerande kompetanse.

Begge intervjupersonane opplevde effekt med å jobbe i læringsnettverk, der møta med kommunar i det lokale læringsnettverket var nyttige. Ein fekk utarbeida ulike verktøy og prosedyrar for samhandling som for eksempel sjekklister for ei trygg og god utskriving frå sjukehus til kommune. «Kva er viktig for deg» samtalen vart brukt i møte med pasienten i sjukehuset. «*Læringsnettverket vart ein god måte å nærme seg problemstillinga som likeverdige.*»

Ein intervjuperson fortalte at det å sitte rundt same bord gjorde at dei fekk spreitt arbeidet med læringsnettverk meir ut i organisasjonen. Workshoop og fagdagar førte til at fleire hadde eit eigarforhold til arbeidet, at det å jobba saman auka forståelsen for problemstillingar. Ein løfta seg opp for å sjå kvar «flaskehalsane» i pasientforløpa låg. Vidare sa informanten at når dei satt rundt same bord og diskutere kornkrete ting, fekk dei lettare spreitt og implementert arbeidet med læringsnettverk rundt i organisasjonen. Vidare sa intervjupersonen at workshop ikkje var så dumt, ein vart tvungen til å gå inn i problemstillingar og ikkje berre sitte i eit fora å få informasjon frå ein foredragshaldar. Den andre informanten sa at læringsnettverk som arbeidsform var ein måte å engasjere og lære saman på, at ein fekk jobbe og undersøkje problemstillingar i fellesskap og få verktøy på korleis ein kan måle effekt av forbetningsarbeidet. Det var viktig at folk frå ulike stader med ulik erfaring fekk møtast.

Intervjupersonen sa vidare at å vera ein del av eit nasjonalt læringsnettverk var avgjerande, ein fekk kraftfulle og gode eksemplar som var viktig når ein skulle gjere endringar i sin organisasjon; «*desse gjorde dette og dei fekk det til, la oss prøve det me og...*». Informanten sa vidare at folk var slitne av å alltid skulle prøve noko nytt og det kunne få negative følgjer. Det var viktig å dra fram at det ikkje berre skulle gjere det betre for pasientane, men at det også skulle gjere arbeidskvardagen betre for helsepersonell. Informanten sa at det var viktig å

måle dei tinga som også gjer det betre for dei tilsette, og at det var kjekkare å jobbe med fornøgdde pasientar og det som var viktig for pasienten.

Intervju i kommunegruppe A

Det som var felles for alle intervjupersonane var at dei fortalte at det som fremja samhandlinga mellom spesialisthelseteneste og kommune var at ein hadde faste møtepunkt og at ein kunne sjå kvarandre, å ha tid til å samarbeide og få faglig påfyll. Ein informant sa at læringsnettverket hadde fremja at ein fekk kontakt med viktige folk der ein fekk gjere gode pasientforløp til eit felles prosjekt, og at faste møteplassar fremja samarbeid. Vidare sa informanten at dialog mellom kommune og spesialisthelseteneste på overordna nivå fremja samarbeid. Ein intervjuperson sa at gode helseopplysingar i forbindelse med utskrivingsklare pasientar fremja samarbeidet, og når sjukehuset tok på alvor det kommunen kom med av fokusområde og problemstillingar.

Ein anna informant sa at det som fremja likeverd å læra kvarandre å kjenne og ha forståing for det den andre jobba med.

«Hospitering kan me bli flinkare til, det å kjenne seg trygg og auke kunnskap fører til trivsel og me får dele kompetanse med andre.»

Ein intervjuperson sa at Koronapandemien hemma samhandlinga, mykje skjedde på Teams, og at ein mista noko når ein ikkje kunne møtast fysisk. Digitale møteplassar kunne likevel gjera det mulig at ein fekk møtast der ein elles ikkje ville kunne møtast grunna avstand, men inforanten peika på at dei digitale møtestadane ikkje måtte erstatte dei fysiske møta..

Intervjupersonane hadde ulike forklaringar på kva som hemma samhandling og samarbeid mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Ein intervjuperson sa at det hemma samhandlinga at ein hadde for mykje respekt for spesialisthelsetenesta. Ein annan informant sa at det hemma at dei som jobba i kommunen ikkje var tydelige på kva dei trengte av spesialisthelsetenesta. Ein annan fortalte at det hemma samhandling og samarbeid at ein ikkje hadde eit «felles språk» og å ikkje fekk samsvara rutinane mellom kommune og sjukehus. Når sjukehuset for eksempel utabeida ein utskrivings rutine måtte det vera det kommunen trengte i andre enden. «*Det er hemmande når sjukehuset ikkje kjenner kommunen sitt kompetanseområde.*»

Eg har ein hypotese om at geografi og avstand har betydning for samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta og har stilt spørsmål om dette i intervju.

Ein intervjuperson sa at geografi hadde noko å sei, det var lettare å stikke innom og ein fekk kontakt med anna helsepersonell. Ein annan intervjuperson sa at kommunen var stor med lange avstandar, men det ikkje vart opplevd at geografien påverka samhandlinga med sjukehuset negativt.

Ein informant sa at det var to timar reiseveg til næraste sjukehus og at ein hadde mange sjukehus og spesialisthelsetenester ein samhandla med, dette var ein viktig hemmande faktor. Intervjupersonen fortalte vidare at det var statestikk som viste at distriktskommunar som hadde lang veg til sjukehuset brukte spesialisthelsetenesta i mykje mindre grad enn kommunar som hadde sjukehuset nære.

«Eg trur at distriktskommunar med lang veg til sjukehuset har ein tradisjon for å fikse opp i ting sjølv. Me er meir poteter og generalistar.»

Ein informant fortalte at det er ein time til sjukehuset og at det av den grunn var eit høgt belegg på ØH-sengene (snøgg hjelp) i kommunen. Pasientane ville ikkje til sjukehuset grunna lang veg, dei ville heller ha lokal behandling om dei kunne få det. Vidare fortalte intervjupersonen at avstand var eit problem om pasienten trengte for eksempel blodtransfusjon og ikkje kunne få blod i heimkommunen, når pasienten måtte til sjukehuset for behandling som kunne blitt gitt i kommunen grunna manglande kompetanse eller ressurs, då var avstanden negativ og ein hemmande faktor i samhandlinga.

«Av og til har me pasientar som burde blitt lagt inn i sjukehus som ikkje blir det, det er enklare å legge dei inn i kommunen.»

Alle fire intervjupersonane opplevde effekt med å jobbe i læringsnettverk, når ein fekk jobba saman.

Intervju i kommunegruppe B

Ein intervjuperson sa at det vart antaking, men at geografi truleg ikkje hadde noko å sei for samhandlinga, og at kommunar med større avstand ikkje hadde noko anna samhandling med spesialisthelsetenesta. Forventninga til kommunar som låg nært sjukehuset kunne derimot vera annleis, at pasientar vart raskare meldt utskrivingsklare til ein kommune som var nær enn ein kommune som var fjern, der pasienten hadde lengre reiseveg for å komme til sjukehuset.

To av intervjupersonane sa at det vart veldig enkelt å samhandla når ein var tett på sjukehuset, når ein var nærme kunne ein berre stikke innom, og dei trudde det hemma samhandlinga for kommunar som var lengre vekk frå sjukehuset.

Ein intervjuerperson fortalte at læringsnettverket var med å spreie kompetanse og auka kvaliteten på tenestene.

«Eg har eksempel på forbetningsarbeid, me har hatt eit stort «trøkk» på at IPLOS ikkje er fullverdig før kommentarfeltet er utfyllt. Me passar på kvarandre om me har gløymt noko.....det er veldig fint tenkjer eg.»

To av informantane sa at det dei synest dei har fått mest ut av i læringsnettverket var kvalitetsforbetring i eigen organisasjon, både i det daglege arbeidet og samhandling innad i eigen organisasjon. Det var svært positivt at ein fekk eit kritisk blick på eige arbeid i eigen organisasjon.

6.3.1 Oppsummering av funna om hemmande og fremjande faktorar i samhandling

Funna frå studien viser at intervjuerpersonar frå spesialisthelsetenesta opplevde at det som fremja samarbeidet var faste møteplassar mellom kommune og spesialisthelsetenesta, at ein viste kva den andre trengte av informasjon. Hospitering vart opplevd som eit viktig tiltak for å fremja samarbeid, og det som vart opplevd å hemma samarbeidet var at mykje skjedde på toppnivå, og det var vanskelig å implementere arbeidet i organisasjonen. Vidare sa informantane at tidsfaktoren og travle dagar, overbelegg og turnover i personalgruppa hemma samhandlinga. Koronapandemien hadde også gjort det særleg vanskelig å samhandle. Geografisk avstand vart av intervjuerpersonane i stor grad opplevd som ein faktor som hemma samarbeidet. Informantane rapporterte at kommunar med lang avstand i mindre grad hadde utskrivingsklare pasientar liggande i sjukehuset og det var færre reinnleggingar. Vidare sa informantane at mindre kommunane med lang avstand til sjukehuset kunne slite med kompetansekravjande oppgåver og ein kanskje måtte ha ein lengre opplæringsprosess, men det skapte ikkje samarbeidsvanskar i den noko grad. Elles informerte informantane at spørsmål om pasientar som var innlagt i sjukehus kom like ofte frå kommunar som var nære som frå kommunar som var langt vekk frå sjukehuset.

Intervjuerpersonar frå kommunegruppe «A» som hadde lang avstand til sitt sjukehus sa at dei opplevde at det fremja samhandlinga å ha faste møter og møtepunkt og føle seg som likeverdige partar i nettverket. Intervjuerpersonane frå sjukehuset sine erfaringar og historier er i samsvar med kommunar i gruppe «A».

Felles for alle informantane var at det vart opplevd som viktig for samhandlinga at ein fekk møtast i læringsnettverk, ein fekk utarbeide gode verktøy for samhandling, både av det som kommunane og spesialisthelsetenesta meldte inn vart integrert i verktøya.

Alle intervjupersonar sa at hospitering kunne ha styrka samhandlinga, men vart i liten grad gjennomført og at det aldri skjedde at representantar frå spesialisthelsetenesta hospiterte i kommunen. Hospitering kunne hjelpt partane å læra av kvarandre. Intervjuperson frå sjukehus sa at ovanfor pasientane måtte spesialisthelsetenesta og kommune framsnakka kvarandre, det vart opplevd at det ville trygge pasienten i pasientforløpet.

Ein informant frå kommune sa det hemma samarbeidet at kommunen hadde for mykje respekt for spesialisthelsetenesta, og at ein ikkje var tydelige nok på kva ein trengte frå sjukehuset. Ein annan intervjuperson fortalte at manglande «felles språk» og rutinar for utskrivning i sjukehus som ikkje samsvara med kommunen sine behov, hemma samhandlinga. Det vart opplevd at ein ikkje hadde nok opplysingar og at sjukehuset ikkje har samordna seg. Når pasienten kom tilbake til kommunen den eine dagen for så å måtte reise tilbake neste dag for ein annan ting, hemma det samhandlinga og pasientforløpet. Når spesialisthelsetenesta ikkje kjente kommunen sitt kompetanseområde hemma det samarbeidet. Det hemma også samarbeidet når sjukehuset hadde forventningar om utføring av krevjande prosedyrar som tilsette i kommunen ikkje skal utføre, for så neste gang ikkje tru at dei kunne nokon ting.

Alle intervjupersonane fortalte at dei opplevde at arbeidet i læringsnettverket var forankra på toppen i organisasjonen, men at ein i for liten grad har fått med seg «dei på golvet» dei som «kjener kvar skoen trykker» og dei som er tettast på pasientane. Forankring ned i organisasjonen vart opplevd som mangelfull, og ein klarte ikkje å få intergrering av forbetningsarbeidet ut i heile organisasjonen.

Det var likevel felles for åtte av ni intervjupersonane at dei opplevde læringsnettverk kunne ha god effekt, og vera ein god metode for å få på plass rutinar for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta, både internt i eigen organisasjon og mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Ein kommune hadde fokus på forbetring innad i eigen organisasjon og jobba med overgang mellom korttids plass og heimen. Funna viser at hypotese om at geografisk avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandlinga og at læringsnettverk som koordinerande verktøy kan vera bidra til betre samhandling på tross av avstand.

7. DRØFTING

7.0 Innleiing

I dette kapittelet skal eg drøfte dei empiriske funna eg har presentert i kapittel fem og seks sett i lys av teori, kunnskapsstatus og mi eiga forståing. Hensikta er å sjå på korleis læringsnettverk kan vera eit koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Eg vil dele kapittelet i to hovuddelar, i første hovuddel vil eg samanfatte teori, kunnskapsstatus og empiri opp mot dei enkelte forskingsspørsmåla, og drøfte dei opp mot problemstillinga. Funna vert diskutert i fem tema slik dei vart presentert i empirikapittelet. Eg skal av den grunn her sjå nærare på korleis mine funn står i høve til dei antakingane som låg til grunn for introduksjonen av læringsnettverket for gode pasientforløp.

I andre hovuddel drøftar eg bakgrunn og dei problema som låg til grunn for at læringsnettverk vart lansert og etablert. Eg vil drøfta om læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera eit eigna koordineringsverktøy for samhandling. Eg vil drøfta om læringsnettverk kan bidra til å løyse samhandlingsutfordringane som er bakgrunn for samhandlingsreforma. Reforma peikar på at betre samhandling bør vera eit av helse- og omsorgssektoren sine viktigaste områder framover. Det vert og peika på betydinga av å få eit betre og meir heilskapleg helsetilbod og å gi pasientane heilskapelege og koordinerte helse- og omsorgstenester (St. meld. nr. 47, s. 13-14).

Funna viser at deltakarane i studien har hatt leiande roller i nettverka, dei gir uttrykk for å vera engasjerte og dedikerte. Eg tolkar at det kan ha medverka til at dei var så positive og takka ja til å la seg intervjuje.

Kunnskapssenteret sin definisjon på læringsnettverk er: læringsnettverk er eit pedagogisk rammeverk for å spreie god praksis på tvers av profesjonar, einingar og organisasjonar (Folkehelseinstituttet, 2019).

Oppgåva si problemstillinga:

«Korleis opplevde nettverksdeltakarane i ulike kommunar og i spesialisthelsetenesta læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling?»

7.1 Teori, og empiri i lys av forskningsspørsmål og problemstilling

7.1.1 Organisering

Under det første forskningsspørsmålet - *Korleis vert læringsnettverk organisert i kommunar og spesialisthelsetenesta, og kven er aktørar?*- var det teoretiske utgangspunktet at trekk ved organisering av nettverket truleg har betydning for samhandling mellom aktørar.

Forskingsspørsmålet er empirisk orientert, og ved hjelp av teori skal eg belyse betydninga av organisering. Eg vil drøfta observasjonane som er gjort blant deltakarar i læringsnettverk og korleis dei opplevde at læringsnettverk er organisert. Kven som deltok i læringsnettverka og kven som ikkje var med, og kva roller dei hadde verte gjort greie for og drøfta. Vidare ser eg på agenda og tema for møta i læringsnettverket og om det vart oppfatta å ha betydning for organiseringa. Eg drøftar også funna om korleis omgrepet læringsnettverk vert oppfatta. Funna vert drøfta opp mot problemstillinga.

Hovudfunnet når det gjeld dette spørsmålet, er at det er ein klar tendens til at korleis læringsnettverka vart organisert hadde betydning for at dei skulle oppfattast å vera eit koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta. I fortsetjinga skal eg forklare og greie ut om dette hovudfunnet. Eg byrjar med å trekke fram korleis informantane oppfatta og definerte fenomenet 'læringsnettverk' i eigen kontekst, før eg ser på ulike trekk ved organiseringa av dei.

Informantane sine oppfatningar av kva eit 'læringsnettverk' er eller skal (bør) vere, var gjennomgåande i samsvar med Folkehelseinstituttet sin definisjon av omgrepet, som definerte det som eit «...pedagogisk rammeverk for å spreie god praksis på tvers av profesjonar, einingar og organisasjonar.» (Folkehelseinstituttet, 2018). Informantane skildrar læringsnettverk som eit fellesområde ein vil forbetra, der ein samlast regelmessig, har fellesskap og idear, stiller spørsmål, får inspirasjon, deler erfaringar og lærer av kvarandre.

Folkehelseinstituttet beskriv korleis kommunar og helseføretak har arbeida saman for å utvikle gode pasientforløp for å styrka brukaren si oppleving av meistring og involvering i eige pasientforløp. Læringsnettverka skulle bidra med metodar og verktøy for å forbetra dagens praksis. Alle informantane fortalte at dei vart *førespurt* om å delta i læringsnettverk for gode pasientforløp. Fleire hadde også delteke i læringsnettverk før, men det var nytt for mine

informantar at både kommune og spesialisthelsetenesta var saman i eit læringsnettverk. Sjølv om intervjupersonane hadde erfaring frå deltaking i tidlegare læringsnettverk, og at dei uttrykte ei forståing av *formålet* til læringsnettverk for gode pasientforløp i samsvar med Folkehelseinstituttet sin intensjon, er det trekk ved organiseringa som kan ha påverk nettverka si betyding.

Når det gjeld organisering, ser eg på trekk ved rekruttering til nettverka og kva ressursar som vart nytta, og kva betyding dette har for korleis dei fungerer. Det første eg fokuserer på, er korleis informantane vart rekruttert inn i nettverka, og kva som kjenneteiknar desse deltakarane. Det skil lite mellom deltakarar frå spesialisthelsetenesta og kommunane, og ikkje i det heile mellom dei to kommunegruppene. Felles for dei alle er at dei vart «førespurt» eller «peika på» for å delta; dei vart ikkje pålagt av overordna å delta i nettverket. Informantane sjølve la vekt på at bakgrunnen for førespurnaden var at dei anten hadde delteke i andre typar nettverk tidlegare, eller at dei vart oppfatta som særleg «dedikerte» i arbeidet og som «jammenneske», eller gjerne begge deler.

Desse observasjonane kan koplast til Axelsson og Axelsson (2006), som definerer nettverk som eit meir eller mindre frivillig samarbeid eller samskaping innan eller mellom organisasjonar (Axelsson og Axelsson, 2006, s. 79). Opprettinga av nettverka var basert på ei anbefaling frå staten, men kravet til å samhandla om pasientforløp er ikkje basert på frivilligheit. Medlemane i nettverka vart stilt fritt til å delta eller ikkje.

Også ei anna side ved rekrutteringa kom tydeleg fram i undersøkinga, funna her er at samansettinga av nettverka i liten grad var kjenneteikna av å rekruttere «dei på golvet», som mange informantar uttrykte det. Funna mine viser at deltakinga frå både kommunar og sjukehus i stor grad var representert av leiarar og mellomleiarar. I nokre kommunar var også andre førespurt, men dei takka nei då dei gjerne var redde for å ta på seg ansvar ut over det som låg i stillinga deira. Dei tilsettgruppene som arbeida tett på pasientane vart altså i langt mindre grad rekruttert og representert i nettverka. Informantar peikte på at organiseringa av læringsnettverk var prega av å vere «topptunge». Det var ei klar oppfatning at dette var uheldig for nettverka at deltakarar som var tett på desse pasientane, dei som «kjende kvar skoen trykkjer» ikkje var representert. Denne sida ved organiseringa vart oppfatta å vere lite heldig med omsyn til å «forankre» og implementere varige og gjennomgripande endringar i heile organisasjonen. (Sjå avsnitt 7.1.3.)

Eit anna trekk ved organiseringa, er dei ressursane som vart tilført nettverket utover dei personalressursane deltakarane sjølve representerte. Heller ikkje her skil det nemneverdig mellom dei ulike informant-gruppene. Det vart stilt til rådvelde frå arbeidsgjevarane noko midlar til den praktiske gjennomføringa av møte- og reiseverksemda i nettverka, men viktigast var det at deltakarane ikkje vart «frikjøpt» til denne deltakinga. Dette betydde at arbeidet i nettverket kom i tillegg til det arbeidet som frå før var lagt til stillingane som deltakarane sto i.

I tolkinga av desse funna kan det tyde på at frivilligheit var grunn for utveljing av deltakarane til nettverket, desse hadde ein særlig dedikasjon til arbeidet, og beskriv seg sjølv slik; «dei brenn for arbeidet» og vil «noko meir» enn andre tilsette. Arbeidet kunne bli oppfatta som at deltakinga fekk eit visst «dugnads»-preg. Dette trekket er moglegvis viktigare enn det ser ut til ved første augekast. Det betyr nemleg også at nettverksdeltakinga til medlemmene i liten grad er formalisert internt i eigen organisasjon; det at det ikkje følgjer med ekstra personalressursar, endra stillingsinstruksar og liknande, er eit klart teikn på at den interne organiseringa ikkje har vorte tilpassa læringsnettverka der ein må koordinerast på nye måtar grunna ei ny arbeidsdeling mellom stat og kommune (jamfør Samhandlingsreforma).

Eg tek her utgangspunkt i Jacobsen (2014), som viser til at det er store og komplekse oppgåver som skal løysast i velferdsstaten, og at organisering av tenestene har som utfordring at dei enkelte delane er sterkt avhengig av kvarandre for at tenestene skal bli heilskaplege. Komplekse oppgåver vert delt i mindre deloppgåver for at dei skal vera mogleg å handtere. Slik spesialisering er knytt til auka effektivitet. Men slik organisering krev i sin tur samordning, om spesialiseringa skal medverke til auka mål-oppnåelse. Jacobsen viser vidare til at slik organisering kan medføre koordineringsproblem. Dette kan igjen føre til dobbeltarbeid og gråsoner som oppstår når arbeidsdelinga vert så kompleks at den vert uoversiktleg og uklar. Funna mine tyder på at læringsnettverk for gode pasientforløp vart oppfatta av deltakarane å vere ein arena der deltakarane i nettverka diskuterte og definerte arbeidsdelinga mellom partane, og at dette medverka til at arbeidsdelinga vart meir avklara og grenseoppangar og gråsoner vart reduserte.

I denne samanheng er det også relevant å trekke inn Røyseland og Vabo (2016), som viser til at tillit og motivasjon til endring- og forbetningsressursar er avhengig av at deltakarane har positive opplevingar med samarbeid og relasjonar som vert bygd opp over tid (Røyseland og Vabo, 2016, s. 80). Eit tydeleg mønster i informantane si oppfatningar om effektar av

nettverksdeltakinga, var at det bygde ned barrierar for å ha og ta kontakt med, og forståing for den andre parten sin situasjon. Dette var oppfatta som avgjerande for at to ulike organisasjonar skulle kunne samordna seg. Dette tolkar eg som eit sentralt trekk ved organiseringa, og som avgjerande for betre samhandling, samordning og koordinering. Funna frå studien vier til at læringsnettverket kan vera ein arena for å etablere relasjonar, bli kjend, få auka tillit til kvarandre og jobbe saman med verktøy som kan skapa betre samhandling og gode pasientforløp. Det er likevel viktig å understreke at dette i høg grad vart oppfatta å vere på det individuelle plan, og at dei tillitsrelasjonane som vart utvikla, hadde meir *personleg karakter* mellom dei som var deltakarar i nettverket. Betydinga av dette kjem eg attande til. Dette hovudfunnet vil eg vurdere i lys av dei funna som andre har gjort, og som er relevant i denne samanheng. Her vil eg særleg trekke fram funna som er gjort av Valaker (2014).

Som vist over tyder det på at det hadde betydning korleis læringsnettverka vart organisert for at det skulle vera eit koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Valaker (2014) har sett på ulik organisering av pasientforløp for hjartepasientar i ein liten og ein stor by. Ho studerte korleis pasientforløpa føregjekk på tvers av organisasjonane, og kva konsekvensar det fekk for kvaliteten. Eit av funna var at det hadde betydning for samhandlinga korleis pasientforløpa var organisert. Storbyen hadde organisert sine tenester med stor grad av hospitering, samlokalisering og teamarbeid. I småbyen derimot, viste funna at dei fleste aktørane hadde fokus på dei oppgåvene dei var sett til å gjera ut frå sin kompetanse og sitt funksjonsområde. Studien konkluderer med at organiseringa i storbyen skapte betre samhandling enn i småbyen (Valaker i Bukve og Kvåle, 2014, s. 98-116). Funna frå min studie viser at det truleg ikkje er størrelsen på kommunen som avgjerande for om ein lykkast med gode pasientforløp, det som er avgjerande er korleis ein har organisert pasientforløpa. Mine funn viser mellom anna at ein stor kommune med kort avstand til sjukehuset opplevde eit utfordrande samarbeid med sjukehuset. Kommunen hadde organisert pasientforløpa med stor grad av heimetenester og ein hadde ikkje oppgradert tilstrekkelig med sjukeheimsplassar til å ta imot dei dårlegaste pasientane. Funna frå studiet viser at hospitering vart løfta fram som eit tiltak som kunne forbetra samhandling og pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta, som støttar opp om Valaker (2014) sitt studie der ho finn at kommunen med høg grad av hospitering lykkast med gode pasientforløp i større grad enn kommunar der ein ikkje hadde gode ordningar for hospitering (Valaker i Bukve og Kvåle, 2014, s. 98-116). Funn frå min studie viser at fastlegen ikkje deltok i læringsnettverket. Også i Valakar (2014) sin studie kom det fram at allmennlegane i liten grad samhandla med

fagprofesjonane for å følgje opp pasientar etter hjarteinfarkt (Valaker i Bukve og Kvåle, 2014, s. 98-116).

Funna frå min studie støttar opp om Valaker (2014) sin studie, det hadde stor betydning for samhandlinga korleis læringsnettverka vart organisert og kven som deltok. Funna frå studien viser vidare at når ein kunne samlast «rundt bordet», bli kjend, dela erfaringar og læra av kvarandre, vart læringsnettverket ein arena for samhandling der kommunar og spesialisthelsetenesta kunne utvikla gode og saumlause pasientforløp.

7.1.2 Samhandling

Under det andre forskingsspørsmålet - *Korleis vert det oppfatta at ein samhandlar i læringsnettverk og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta for å leggje til rette for gode pasientforløp?*- er det teoretiske utgangspunktet at samhandling truleg har betydning for gode pasientforløp. Eg vil her drøfta funna som er gjort blant deltakarane i læringsnettverk når det gjeld korleis dei opplevde samhandling i læringsnettverk kring pasientforløp.

Hovudfunnet under dette forskingsspørsmålet er at informantane oppfatta at det å samhandla i læringsnettverk for gode pasientforløp påverka den daglege samhandlinga. Røyseland og Vabo (2016) beskriv nettverk der personar og grupper samlast på tvers for å utveksla kunnskap kring spesielle fenomen (Røyseland og Vabo 2016, s. 25). Funna frå studien tyder på at læringsnettverket vart ein arena der ein kunne skape gode verktøy for samhandling og gode pasientforløp mellom tenestenivåa, eit koordineringsverktøy for samhandling.

I denne undersøkinga er det samhandling i læringsnettverk for gode pasientforløp mellom kommune og spesialisthelseteneste som er caset eller fenomenet, men det er ikkje i læringsnettverket samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta skal skje.

Observasjonar frå studie var at spesialisthelsetenesta opplevde at tidsfaktoren var ein systemfaktor som påverka samhandlingsprosessane. Det skulle samhandlast kring svært sjuke pasientar, og sjukepleiar på post hadde stort fokus på prosedyrar og behandling føre kommunikasjon med kommunen. Det var også plassmangel og overbelegg og ein ikkje fekk pasientar ut av sjukehuset. Det var stor turnover i sjukehuset, det var heile tida nye tilsette, noko som vart opplevd å påverka samhandlinga. Dei ulike kommunikasjonssystema vart opplevd å jobba mot samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Deltakarane frå

spesialisthelsetenesta opplevde derimot at samarbeidet hadde endra seg etter læringsnettverket vart etablert, at ein fekk auka innsikt og forståelse begge vegar.

Deltakarane frå kommunane opplevde at faste møter haldt ved like samarbeid, at det forplikta og dreiv arbeidet og prosessar framover. Å få sett av tid til å delta vart prioritert i kommunane, det kom fram at dei lokale nettverka der ein delte erfaringar, vart kjend og jobba med samhandling hadde stor verdi både for kommune og spesialisthelsetenesta.

Eit funn er at det påverka samhandlinga når sjukehuset opplevde at dei var ekspertar og at forståelsen for det kommunale systemet ikkje var tilstade. Deltakar frå kommune opplevde at sjukehuset skreiv pasientar ut frå sjukehuset etter kort tid, og at kommunen ikkje hadde oppgradert nok til å ta imot dei dårlegaste pasientane. Felles for alle intervjupersonane var opplevinga av at det påverka samhandlinga når ein ikkje fekk den informasjonen ein trengte i dei elektroniske meldingane. Informantane uttrykte at elektroniske meldingar ofte var eit hinder for samarbeid, og dei opplevde at viktige rapportar om funksjonsskildringar var manglande. Datasystemet som ikkje «snakkar saman» stoppa samhandlinga. St. meld. nr. 7 (2020 – 2023) (Nasjonal helse- og sykehusplan) legg føringar for at ein skal ha felles IKT-system som understøttar samhandlinga.

Jacobsen og Thorsvik (2016) beskriv organisasjonskultur som påverkar åtferda mellom medlemmar i organisasjonen, kultur skaper oppleving av å høyre saman, fellesskap og tillit mellom dei som er i same organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 127 – 128). I lys av dette så kan ein forstå at to ulike organisasjonar som kommunar og spesialisthelsetenesta faktisk representerer, og som er sett til å samhandla om krevjande pasientforløp, vil møte utfordringar. Jacobsen (2014) viser til at velferdsstaten er prega av at det er store og komplekse oppgåver som skal løysast, og dei ulike delane er sterkt avhengig av kvarandre for å skape ei heilskapleg teneste, dette vart beskrive i del 7.1.1 (Jacobsen, 2004, s. 75-76). Funn frå studien viser at det hemmar samhandlinga når dei som jobbar i kommunen har for stor respekt for spesialisthelsetenesta og at dei opplevde at kompetansen som er i kommunen vert undervurdert. Eit funn viser at deltakarar frå kommunegruppe «A» oppfatta at det fremma samarbeidet om det vart gjort synleg at både kommune og spesialisthelsetenesta var like viktige, at det var openheit og respekt i forhold til den andre part sitt ansvar og arbeidsområde.

Jacobsen (2014) viser til at det kan vera eit «gi-og-ta tilhøve» der det ikkje alltid er balanse mellom det ein gir og det ein får tilbake, som kan føre til konflikt mellom partane (Jacobsen 2004, s. 82- 83).

Intervjupersonane fortalte at dei opplevde at faste møter heldt ved like samarbeidet både i læringsnettverk internt og mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Dei sa vidare at dei opplevde at den største utfordringa var manglande kommunikasjon og at ein måtte jobbe med strukturen for kommunikasjon begge vegar. Intervjupersonane fortalte at dei opplevde at samarbeidet har endra seg etter læringsnettverket, og at det vert opplevd ei auka forståing og innsikt og at ein har fleire rutinar rundt pasientforløp. Fleire informantar fortalte at det er ein tydelig forskjell når ein treffest og når ein ikkje får treffast i læringsnettverk, og at det å ikkje kunne treffast påverkar samhandlinga internt og utanfor organisasjonen

Funna frå studien viser at hospitering truleg kunne bidratt til å styrka samhandlinga, og at hospitering burde vera ein likeverdig og gjensidig praksis der representantar frå spesialisthelsetenesta hospiterte i kommunen og omvendt. Funna viser at hospitering kunne hjelpt partane å læra av kvarandre, og lære kvarandre å kjenne.

Som nemnd i teori kapitelet beskriv Rittel og Webber (1973) «wicked problem» som problem som er vanskelige å avgrensa og som har fleire årsaker og ikkje nødvendigvis objektive kriterier for kva som er den beste, eller rette løysinga. Utfordringar i samhandlinga mellom kommune og sjukehus har slik eg tolkar det mange element av uregjerlige problem i seg, som ein ikkje klarer å løyse ein gang for alle. Problema vert påverka av mange forhold, løysningane kan vera midlertidige, dei vert ikkje løyst ein gang for alle. Pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta vert opplevd som eit uregjerleg problem, som krev koordinering, samordning, samhandling og samarbeide, og me treng ein felles forståing av problemet og ein arena for gjensidig læring (Vabo, 2014, s. 14-20). Funna i studien viser at det ulike forhold på systemnivå som påverkar samhandlinga. I spesialisthelsetenesta er bemanning, turnover, og travle dagar og tidspress sytemfaktorar som påverkar samhandlinga. Overbelegg i sjukehusavdelingane der det skal samhandlast om svært sjuke pasientar påverkar og samhandling og pasientforløpa. To ulike kommunikasjonssystem er systemforhold som vert opplevd å påverka samhandling og pasientforløp og vert slik til uregjerlege problem. På den andre sida, hadde ein tilført nok økonomiske ressursar kunne ein truleg løyst nokre av dei problema som eg tolkar som uregjerlege. Tidspress handlar til dømes i stor grad om

personalressursar. Turnover vert av informantar frå sjukehusa oppfatta til å påverke samhandlinga, det var heile tida nye tilsette vart opplevd å påverka samhandlinga, dette tolkar eg som eit uregjerleg problem då helsetenestene alltid vil ha behov for nye tilsette som må lærast opp. Dette er slik eg ser det noko av forklaringa på at det er utfordrande å få til ei god samhandling mellom partane.

Ein observasjon frå studien er at når spesialisthelsetenesta opplevde å vera ekspertar og ikkje forstår det kommunale systemet, oppstår det samarbeidsvanskar. Hospitering vert lyfta fram som eit tiltak for å jobba med samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Dei eg har intervjuar frå kommunen viste til at spesialisthelsetenesta vert opplevd å ikkje ha kjennskap til kompetanseområda i kommunen, noko som påverkar samhandling og pasientforløp. Eg tolkar at ut frå spesialisthelsetenesta sin ståstad er det eit dilemma at dei har mange kommunar dei skal samhandla med, og at det kan vera utfordrande å kjenne kompetanseområda i kvar av desse kommunane. Det er mange sjukeheimar og avdelingar som sjukehusa skal samhandla med, og det kan vera ulikt korleis kommunar har valt å organisere seg og kva kompetanse dei har. Kommunane har eit eller to sjukehus dei skal forholde seg til, og det er enklare å ha oversikt og kjennskap mot sjukehuset. Det vert såleis asymmetri i grunnlaget for å forstå kvarandre. Mi forforståing var at i læringsnettverket for gode pasientforløp fekk oss til å samlast «rundt bordet» og at det i så måte vart eit koordineringsverktøy for å samhandling og til å læra kvarandre å kjenne.

Jacobsen og Thorsvik (2016) beskriv organisasjonskultur som påverkar åtferda mellom medlemar i organisasjonen og at kultur skaper oppleving av å høyre saman, og at ein oppnår fellesskap og tillit mellom dei som er i same organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 127-128). I lys av dette så kan ein forstå at to ulike organisasjonar som kommunar og spesialisthelsetenesta representerer og som skal samhandla, vil møte utfordringar. To informantar frå gruppe «A» sa at avstand til sjukehuset påverka samhandlinga og at dei lett kunne «stikke oppom» når dei hadde kun fem minutt i bil til sjukehuset, så vart det opplevd at ein var privilegert som var så nært plassert sjukehuset.

Faste møter vert opplevd som viktig for å halde ved like samarbeid både internt i organisasjonen, mellom sjukehus og kommunar og i læringsnettverk for gode pasientforløp. Dei overordna samarbeidsavtalane er lite kjend ute i organisasjonen både i spesialisthelsetenesta og i kommunane «A» og «B». Hovudmåla med avtalane er å sikra pasienten samordning (Helsefonna, 2020).

Observasjonar frå studien viser at «kva er viktig for deg» samtalen var eit viktig fokus i læringsnettverk både i kommunar og spesialisthelsetenesta. I denne samtalen flyttar ein merksemda frå «kva er i vegen med deg» til «kva er viktig for deg» for å styrke brukarrolla og bidra til likeverd og eigenmeistring hos brukar/pasient (Folkehelseinstituttet, 2019).

Funna frå studien viser at det er mange faktorar som påverkar samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta og at læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera ein arena for å utvikle og skape verktøy for samhandling og gode pasientforløp. Dette hovudfunnet vil eg vurdere i lys av dei funna som andre har gjort, og som er relevant i denne samanheng. Her vil eg særleg trekke fram funna som er gjort av Strandos (2014) og Flateland, T.M. Nesheim, A-B. Riiser og U. Söderhamn (2015).

I Strandos (2014) sin studie ser ein på to sjukeheimar i to ulike kommunar som samhandlar med same sjukehus. Eit hovudfunn i studien var at det var manglande dokumentasjon og då særskilt ved akutte innleggingar i sjukehus. Sjukeheimane sende i liten grad med opplysningar som omhandla pasienten sitt funksjonsnivå. Funna viste vidare at årsaken til manglande informasjonsflyt kunne vera knapp tid, mangel på rutinar og standard skjema. Studien konkluderer med at samhandling må basera seg på at partane har kunnskap om sin eigen og andre sin plass i systemet. Vidare konkluderte studien med at aktørane måtte sjå seg sjølve som ein del av ei heilskapeleg helseteneste, der pasientar skulle sikrast eit heilskapeleg tenestetilbod (Strandos, M, 2014, s. 142- 149).

Funna frå min studie tyder på at samhandlinga mellom kommune og sjukehus vart prega av at organisasjonane hadde ulike kulturar, manglande informasjonsdeling og manglande tid til samhandling. I kommunane fekk ein ikkje dei opplysningane ein trengte frå sjukehuset og det vart førespegla eit høgare omsorgsnivå enn kommunen vurderte som naudsynt. Mine funn viste vidare at informantane frå spesialisthelsetenesta opplevde at dokumentasjon frå kommunen var mangelfull, kommunen sørga for å dokumentere her og no status, men dokumentasjon om normalstatus var mangelfull. Funna frå min studie viser at IPLOS-registrering førte til utfordringar for spesialisthelsetenesta som ikkje nytta IPLOS. Funna viste at i kommunar var det utarbeida sjekklister og rutinar for å komme med utfyllande kommentarar til IPLOS-registreringa når pasient vart innlagt i sjukehus (Iplos er beskrive i 1.5).

Hjelmeland (2019) sin studie om nettverk i ei radiologisk avdeling viste at deltakarane opplevde at det var lettare å ta kontakt når ein kjende kvarandre, og at ein fekk ei auka forståing for korleis andre jobba. I desse nettverka som er prega av tillit og gode relasjonar tolkar eg det ligg til rette for å jobba med kvalitetsforbetring som kan gi varige endringar i organisasjonar.

Flateland, T.M. Nesheim, A-B. Riiser og U. Söderhamn (2015) har i sin bachelor i sjukepleie forska på sjukepleiarstudentar sine erfaringar knytt til overføring av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunale helsetenester. Samhandlinga vart opplevd som mangelfunn og studien viser til at det vert opplevd at koordinering mellom spesialist- og kommunehelseteneste trengte større fokus (S. Flateland, T.M. Nesheim, A-B. Riiser og U. Söderhamn, 2015). Også mine funn tyder på at samhandling og koordinering mellom kommune og spesialisthelsetenesta treng større fokus, og at årsaken til samhandlingsproblema ligg hos begge partar. Læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera ein eigna arena for å få på plass gode rutinar og verktøy i samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Læringsnettverket i seg sjølv er for ein avgrensa periode, men om ein etablerer samhandlingsrutinar som vert forankra og vidareført, kan ein sjå på læringsnettverk som ein suksessfaktor i samhandlinga.

7.1.3 Likeverd

Under det tredje forskingsspørsmålet - *I kva grad opplevde deltakarane i nettverket seg som likeverdige partar, og kva påverkar likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta?* – er det teoretiske utgangspunktet at oppleving av likeverd kan ha betydning for samhandling om pasientforløp mellom kommune og sjukehus. Eg vil drøfta funna som er gjort blant deltakarar i læringsnettverka og i kva grad dei opplevde seg som likeverdige partar, og kva dei opplevde påverkar likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Hovudfunnet under dette forskingsspørsmålet er at informantane oppfattar det å samhandle i læringsnettverk for gode pasientforløp som ein måte å bygge relasjonar og tillit mellom deltakarar frå kommune og sjukehus. Det å «verte kjend» med kvarandre vert oppfatta som ein avgjerande faktor for at deltakarane lettare kan ta kontakt og snakke med kvarandre, og å ta opp det som ikkje fungerer i samhandlinga. Det er likevel svært viktig å nyansere dette

funnet: Eit vesentleg trekk ved relasjonane vert oppfatta ulikt mellom informantgruppene, dette gjeld korleis dei oppfattar om relasjonane er prega av likeverd.

Eit utgangspunkt er Martinsen (2012), som seier at eit balansert forhold mellom det ein investerer og det ein får att er viktig når ein skal samhandle og samarbeide (Martinsen, 2012, s. 219). Eit funn i studien var at oppfatningar om god samhandling gjekk «hand i hand» med likeverd mellom partane, og at ein hadde respekt for kvarandre sine roller. Funna frå studien viser at det kjem fram at deltakarane opplevde at det var likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta innan læringsnettverket, men likevel slik at ein i det daglege samarbeidet opplevde likeverdet ulikt mellom dei ulike informantgruppene.

På den eine sida vart det frå informantane i spesialisthelsetenesta rapportert at dei i større grad opplevde at ein var likeverdige partar enn det som kom fram frå informantane frå kommunane. Ein informant frå kommune uttrykte:

«Eg synest ikkje me nødvendigvis er likeverdige partar i det daglege. Eg opplevde at det har mindre status å jobbe i kommunen kontra spesialisthelsetenesta. Me vert undervurdert i forhold til kva me kan, me opplevde det ganske ofte.»

Indset et al (2012) beskriv at når ein skal sjå på den reelle graden av likeverd i partnerskap mellom stat og kommune, må ein sjå på i kva grad deltaking i nettverk i partnerskapet er frivillig og om begge partar opplevde at dei står i eit gjensidig avhengigheitsforhold, og at ein-sided maktbruk ikkje vert utøvd (Indset et al, 2012, s. 64). Likeverd i partnerskap vert definert som samhandling prega av gjensidig respekt for kvarandre sine roller (Indset et al, 2012, s. 72).

Eit sentralt funn i denne studien er i så måte at intervjupersonane frå begge kommunegruppene opplevde manglande likeverd mellom kommune og sjukehuset, og at desse oppfatningane kom av at tilsette på sjukehuset vart oppfatta som ekspertar med fagleg autoritet. Ein illustrasjon på dette var at ein informant som uttrykte at sperra for likeverd kunne vera at dei som jobbar i kommunen har meir respekt for dei som «går i kvitefrakkar». Det er eit trekk i funna at dei kommunetilsette i undersøkinga uttrykte at dei sto i eit underordna tilhøve til dei sjukehusstilsette, og at grunnlaget for denne underordninga var det dei opplevde som dei sjukehusstilsette sin faglege dominans og autoritet.

På den andre sida er det eit interessant funn at informantar tilsett på sjukehusa gjennomgåande opplevde at kommune og spesialisthelsetenesta var likeverdige partar då kommunen hadde

rett til å leggje inn pasient i sjukehus, og sjukehuset hadde rett til å skrive ut pasient til kommunen. Desse informantane var, i motsetnad til deltakarar frå kommunar, ikkje opptekne av korleis ulikskap i fagleg grunnlag kunne hemma opplevinga av likeverd i desse relasjonane. Deltakarane frå spesialisthelsetenesta fokuserte på lovpålagte rettar og plikter i samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, og oppfatta desse å vere likt fordelt, og dermed danne grunnlag for likeverd mellom partane.

Jacobsen (2004) peikar på at ein i denne typen samhandling må ha ulike profesjonar som utfører arbeidsoppgåver innanfor dei ulike fagfelta, dvs. dei som er spesialistar innan sitt fag (Jacobsen, 2004, s. 78). Funna frå studien viser såleis at deltakarar frå kommunane opplevde at det påverka samhandlinga negativt at sjukehuset vart opplevd som å ha meir makt, og at kommunetilsette hadde meir respekt for dei som gjekk i «kvite frakkar». Det vart også rapportert frå dei kommunetilsett at det vart oppfatta som å gje mindre status å jobbe i kommunale helsetenester, noko eg tolkar påverkar opplevinga av likeverd deltakarane frå kommunane har i forhold til spesialisthelsetenesta.

Eg vil vidare drøfta funna i lys av andre relevante studie om tema, beskrive i kapitel 2. Eg ser til funna som er gjort av Danielsen og Fjær (2010), Brun Pedersen (2008) og Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014). Funna frå studiet mitt ei viste ei markant ulik oppleving av likeverd i kommune og sjukehuset, der deltakane frå kommunar i større grad opplevde at sjukehuset var ekspertar og at kommunar i så måte var underlegne. På den andre sida opplevde sjukehuset at ein var likeverdige partar. Danielsen og Fjær (2010) har forska på erfaringar som kommunar og sjukehus har med å overføre sjuke eldre pasientar frå sjukehus til kommune. Funna viser at utfordringar for samhandling er knytt til administrative, verdimesige og faglige dimensjonar som er viktige for å forstå kjelder til trygg overgang for sjuke eldre pasientar frå sjukehus til kommunen. Likeverd og respekt mellom partane som skal samhandla om pasientforløp er avgjerande for å lykkast med gode pasientforløp (Danielsen, B og Fjær, S, 2010, s. 34).

Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014) si forskning på konsekvensar av samhandlingsreforma viste til at når ein bevisst satsa på å bygge relasjonar mellom kommune og sjukehuset, opplevde ein seg som meir likeverdige partar (Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen, 2014, s. 64).

Brun Pedersen (2008) har studert læringsnettverk som kvalitetsforbetring i allmennpraksis. Funna frå studiet viser at det var ein føresetnad for å lykkast med arbeidet at ein var

likeverdige partar i læringsnettverket. Eg finn ut frå funna frå min studie at læringsnettverk som koordineringsverktøy vart opplevd å fremma likeverd mellom partane i nettverket, men at det i mindre grad påverka opplevd likeverd i den daglege samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Mi tolking er at det kan ha samanheng med at ein ikkje i stor nok grad lykkast med å implementere forbetningsarbeidet med læringsnettverka ut i heile organisasjonen, og at læringsnettverket var noko ein jobba med «på sida» av den daglege drifta.

7.1.4 Forankring

Under det fjerde forskingsspørsmålet - *Korleis opplevde deltakarane i nettverket at arbeidet er forankra i organisasjonen?* –var det teoretiske utgangspunktet at korleis læringsnettverka var forankra i dei deltakande organisasjonane kan ha betydning for korleis nettverket fungerer og dermed for forbetningsarbeidet i læringsnettverket.

Funna i undersøkinga tyder på at det er trekk ved korleis nettverka vart forankra fekk betydning for i kva grad og på kva måte læringsnettverka fungerte som koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelseteneste. Dette hovudfunnet skal utdjupast og forklarast i fortsetjinga. Eg gjorde i del 7.1.1 greie for korleis det vart rekruttert deltakarar til nettverka. Dette har vesentlege konsekvensar for korleis informantane oppfatta at nettverka vart forankra i eigne organisasjonar. Vidare hadde det betydning for om aktiviteten i desse nettverka førte til varige endringar i eigen organisasjon når det gjaldt samordning med den andre parten, kommune eller spesialisthelsetenesta. Som vist i del 7.1.1, var det eit funn at måten rekruttering til nettverka føregjekk på, var basert på frivilligheit frå enkelt deltakarane si side. Dette førte til at det var særleg dedikerte tilsette, som gjerne hadde erfaring frå nettverkarbeid frå tidlegare, som vart rekruttert. I tillegg var det ein tydelig overrepresentasjon av tilsette i leiarstillingar frå både kommunane og spesialisthelsetenesta i læringsnettverka.

Eg ser denne samansetjinga av læringsnettverka i lys av Offerdal (2014) sitt perspektiv på to hovudtilnærmingar for organisering og leing, der det eine perspektivet er ovanfrå-og-ned, og det andre er nedanfrå-og-opp. Styrken i fokuset på nedanfrå-og-opp tilnærming er at det gir «folket på golvet» eit stemme og eit handlingsrom, og at det vert eit samspel mellom leing og dei som står tettast på problemstillingane i pasientforløpa. I staden for einvegsprosessar vert

endringar som oppstår når begge to prosessane saman utviklar seg over tid framheva (Offerdal 2014, s. 226- 230). Det er også interessant å sjå desse trekka i samband med Vabø (2014) sin utlegging av samarbeid. Velfungerande samarbeid, skriv ho, forutset ei felles forståing av problem og ei fasiliterande leiing som legg til rette for at partane lyttar til kvarandre. Det gjeld å skapa rammer for gjensidig læring (Vabø 2014, s. 19).

Når det gjeld rekrutteringa av deltakarane i nettverka, som skal medverke til endringar i organisasjonane der deltakarane er tilsett, var som nemnd denne prega av å vere dominert av deltakarar med leiarstillingar. Ein kan såleis sei at funna syner at læringsnettverka var godt forankra i leiinga i begge dei to organisasjonstypene. Den andre sida ved dette funnet, er at ei slik «topptung» organisering av nettverka også inneber at ein rekke andre aktørar ikkje vert involvert. Som nemnd i del 7.1.1 peika informantane på at få av deltakarane var «tett på pasientane», og som kjende «kvar skoen trykka». I sjukehus og i kommunale helsetenester vil det typisk vere assistentar, helsefagarbeidarar og sjukepleiarar som har slike stillingar der ein er «tett på pasientane», i tillegg til spesialistlegane i sjukehusa og fastlegane i kommunane. Desse gruppene var i liten grad involvert i nettverka, og eit funn er såleis også at nettverka i liten grad var forankra i desse delane av organisasjonane.

Det var særleg fastlegen som det vart peika på burde vore ein del av nettverket, men som i liten grad var det. Funna viser at informantane både i kommunegruppe «A» og «B» opplevde at fastlegen si rolle ikkje var forankra i læringsnettverket for gode pasientforløp. Det vart rett nok rapportert om at det vart gjennomført forbetringstiltak i kommunane for å få fastlegen med i dette arbeidet, som i sjekklister der fastlegen skulle kontaktast etter utskrivning for å bestille time til konsultasjon. Fastlegen har ei viktig rolle og skal ivareta ei medisinsk fagleg koordineringsrolle og samarbeida med andre relevante tenesteytarar (Jmf. forskrift om fastlegeordning i kommunane jmf. § 19). Når fastlegen skal være pasienten sitt faste kontaktpunkt gjennom heile pasientforløpet, er det klart at deltaking i nettverket for gode pasientforløp er ei føresetnad for oppfatningar om nettverka si forankring i organisasjonen. Informantane frå kommunane etterlyste fastlegen si deltaking i nettverka, og det var opplevd at dette fråværet gjorde at nettverket ikkje vart forankra i ein heilt sentral del av organiseringa.

Tolkar ein desse observasjonane i lys av Offerdal (2014) sine to perspektiv, er det to hovudmønster eg vil framheve. For det første er organiseringa i liten grad prega av to prosessar, ein nedanfrå og ein ovanfrå som må spele saman. Det er heller ikkje ein nedanfrå-og-opp prosess, då læringsnettverka er sett i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Det ligg

nærast å forstå dette som ein ovanfrå-og-ned prosess, då det frå sentrale styremakter er vedtatt at slike nettverk skal opprettast, og der dei lokale leiarane som deltek i nettverka skal utforme strukturar og prosessar mellom kommunane og spesialisthelsetenesta for «gode pasientforløp». Dei som er «tett på» desse pasientane, anten det er fastlegar eller helsearbeidarar, er ikkje involverte eller i beste fall meir perifere deltakarar.

I lys av Offerdal (2014) sitt perspektiv, kan ein sjå kva betyding denne forankringa av nettverket har. Læringsnettverka skal etter intensjonen medverke til å endre samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, og styrke koordineringa mellom dei, særleg med fokus på «gode pasientforløp». Deltakarane i nettverka skal i jobben sin på arbeidsplassen også *implementere* endringar som skal føre til betre samhandling, og koordinering. Det er truleg for tidleg å sei noko om kva endringar desse nettverka har hatt for deltakande kommunar og spesialisthelseteneste, men det er likevel grunn til å reise spørsmål om vilkåra er til stades for varige og gjennomgripande endringar når forankringa i organisasjonane er så sterkt orientert mot leiinga, og ikkje mot dei gruppene som er direkte involvert i pasientane, og som også i første rekke er dei gruppene som skal endre eigen yrkespraksis i tråd med vedtekne og føreslåtte forbetringstiltak.

Mi tolking er at læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera eit eigna koordineringsverktøy for samhandling. Samstundes meiner eg funna peiker på at ei slik tolking må nyanseras, og at visse vilkår må vere oppfylt for at den skal vere gyldig. Generelt uttrykte informantane at dei oppfatta nettverka å vere nyttige i å fremma samhandling og koordinering mellom partane, men at måten det var forankra i organisasjonane kunne føra til at arbeidet med samhandling og koordinering lett kunne opphøyra når sjølvne nettverka vart avslutta. I så tilfelle ville ikkje nettverka ha sett varige spor og endringar, og samhandlinga og koordineringa mellom kommunane og spesialisthelsetenesta ville kunne falle attende i dei gamle spora. Ei kortfatta tolking kan såleis vere at ein i mykje større grad må ha fokus på å forankre og implementere arbeidet i *heile* organisasjonen.

Desse funna vil eg sjå i lys av andre sine funn som er relevante. Eg ser til funn som er gjort av Raastad Basmo (2010) og Grimsmo et al (2014).

Som vist over tyder funna frå studiet at forankring i heile organisasjonen er avgjerande for å lykkast med gode pasientforløp, og særleg at arbeidet må vera forankra hos fastlegen om ein skal ein lykkast med gode pasientforløp. Raastad Basmo (2010) sin studie om forankring i

leiing viser til at leiarforankring i samarbeidsprosjekt på tvers av organisasjonar er krevjande. Manglande forankring innskrenkar handlingsrommet og reduserer muligheita for konkret effekt av ulike nettverk. For å løyse utfordringar kan det vera ein fare for at ein «lagar eit nettverk», dei er ofte dårleg beskrive og lir under å vera mangelfult leia som nettverk. Erfaringar viser at leiing av prosessar på tvers av organisasjonar er vanskelig, og ein vesentleg årsak er at leiarane er hierarkisk forankra i den enkelte organisasjon (Raastad, 2010). Funna i min studie tyder på at læringsnettverka var godt forankra i leiing, men det kjem fram at nettverka sto relativt fritt i arbeidet. Det kom ikkje fram at det var ei klar bestilling frå leiinga, og klart beskrive og avklart kva forbetningsområde læringsnettverket skulle ha fokus på i dei ulike organisasjonane. Det kan også vera ei forklaring på at forbetningsarbeidet var vanskelig å implementere og forankre i heile organisasjonen. Grimsmo et al (2014) viser og til at der ein lykkast med heilskapelege pasientforløp hadde ein med seg fagfolk både i sjukehus og kommune med ein nedanfrå-og-opp strategi i motsetting til der ein berre hadde med seg rådmenn frå kommunane

Funna frå studien min viser at i ein kommune hadde ordføraren begynte å bruke uttrykket «kva er viktig for deg?», dette var oppfatta som eit signal om at arbeidet var forankra i organisasjonen. I spesialisthelsetenesta viste det og at ved utskifting i leiing hemma det implementering i organisasjonen. Brun Pedersen (2008) har forska på læringsnettverk som kvalitetsforbetring i allmennpraksis og funna viser at for å lykkast med forbetningsarbeidet måtte ein ha ei aktiv leiing. I beskriving av Helsefelleskapa (beskrive i del 1.5) kjem det klart fram at fastlegen må meir inn i helsefelleskapa og at fastegen må vera tettare på arbeidet med gode pasientforløp (St. meld. 7, s. 10). Funna mine viser også at læringsnettverka var lite forankra hos legane. Skal læringsnettverk vera eit eigna koordineringsverktøy for samhandling så oppfattar eg det som avgjerande at samhandlinga med fastlegen er forankra i arbeidet med læringsnettverk for gode pasientforløp. Meir generelt er likevel hovudfunnet at det er avgjerande å forankre arbeidet med læringsnettverk i *heile* organisasjonen skal ein lykkast med forbetningsarbeidet.

7.1.5 Hemmande og fremjande faktor for samhandling

Under det femte forskingsspørsmålet - *Kva hemmar og fremjar samhandlinga, og kva er opplevd effekt med læringsnettverk for gode pasientforløp?* - var det teoretiske utgangspunktet

at det kan vera faktorar som hemmar og fremjar samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta.

Funna i undersøkinga tyder på at det er mange ulike faktorar som påverkar samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta, og at hemmande faktorar ved samhandlinga også fekk negative konsekvensar for pasientforløp. Eit viktig funn er også at reiseavstand mellom kommune og sjukehus synest å påverke samhandlinga. I studiet hadde eg ei hypotese om at geografisk avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandlinga. Eg vil drøfta funna som er gjort blant deltakarar i læringsnettverka om kva dei opplevde hemma og fremja samhandlinga, og kva som var opplevd effekt av læringsnettverk for gode pasientforløp.

Funna viser at det fremja samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta å ha faste møter og møtepunkt, og det fremja samhandlinga når ein hadde dialog og følte at ein var likeverdige partar. Indset et al. (2012) beskriv likeverd i partnerskap som samhandling prega av gjensidig respekt for kvarandre sine roller (Indset et al, 2012, s. 72).

Funna viser at deltakarane opplevde at faste møteplassar ville bidra til å fremje samarbeidet. Informantar frå kommunar i gruppe «A», var særlig opptatt av faste møtepunkt då lang reiseveg til spesialisthelsetenesta førte til at dei nytta spesialisthelsetenesta i langt mindre grad enn kommunar med kort reiseavstand. Funna viste at det fremja samarbeidet å ha faste møtepunkt og møteplassar.

Vidare viser funna at det vart opplevd å hemma samarbeidet at mykje skjedde på toppnivå. Det vart vanskelig å implementere arbeidet i heile organisasjonen. Vidare sa informantane at tidsfaktoren og travle dagar, overbelegg og turnover i personalgruppa hemma samhandlinga. Koronapandemien hadde gjort det særlig vanskelig å samhandle, dette kjem eg tilbake til seinare.

Bolman og Deal (2014) viser til teoretiske omgrep som vertikal samordning med ei klar styring, og horisontal samordning som er meir prega av samarbeida mellom partar. Samordning er naudsynt for at organisasjonane skal nå måla sine. Horisontal samordning fungerer best der det er komplekse oppgåver som skal løysast i turbulente og raskt skiftande omgjevnader (Bolman og Deal, 2014, s.78-80). Læringsnettverk kan i denne samanheng sjåast på både som vertikal og horisontal samordning. Me er pålagt og samarbeide gjennom

samhandlingsreforma med styring og kontroll, på same tid som deltakarane i læringsnettverk får jobba i dialog ansikt til ansikt. Eg tolkar at den horisontale samordninga fremjar oppleving av likeverd og at ein vert kjend med kvarandre og kvarandre sine roller.

Samhandlingsreforma viser til at avstand til næraste sjukehus krev at ein finn lokale tilpassingar i samhandlinga (St. meld. nr 47. s. 57), og St. meld. nr 7, (2019- 2020) (Nasjonal helse og sykehusplan), viser til situasjonar der pasient treng spesialisert behandling i heimen for å redusere polikliniske konsultasjonar, så forutset dette at pasienten bur i forsvarlig reiseavstand (St. meld. nr. 7, s. 49). Funna viser at informantane frå spesialisthelsetenesta opplevde at geografisk avstand påverka samhandlinga med kommunar, men at kommunar med lang reiseavstand hadde i *mindre grad* utskrivingsklare pasientar liggande i sjukehus, og færre reinnleggingar. Kommunar med kort reiseavstand vart opplevd å lettare legge inn pasientar i sjukehus, og at store kommunar i større grad baserte sitt tenestetilbod på heimesjukepleie. Funna viser vidare at mindre kommunane med lang avstand til sjukehuset kunne slite med kompetansekreivjande oppgåver, som kunne trenge lengre opplæringsprosessar. Funna viser på den andre side at deltakarar frå kommunar med kort reiseveg («B») ikkje opplevde at avstand til sjukehuset betydde noko for samhandlinga. Eg tolkar at eit viktig mål med arbeidet med gode pasientforløp er mellom anna å unngå at ferdigbehandla pasientar vert liggande i sjukehus, det er ikkje bra for pasient eller for samfunnsøkonomien. Ein informant frå sjukehus sa at første sjukehusdøgn kostar kr 40.000.- med minimum av behandling, då er det avgjerande å lykkast med betre samhandling og betre pasientforløp

Læringsnettverket har i følge intervjupersonane fremja at ein har knytt kontaktar og fått betre dialog mellom kommune og spesialisthelsetenesta på overordna nivå. Dette er i tråd med St. meld. nr. 7 (2019- 2020) (Nasjonal helse- og sykehusplan), der ein i partnerskapsmøter mellom den øvste leiinga i kommunen og sjukehus skal møtast. Ein intervjuperson fortalte at ein fremjande faktor er hospitering der ein kan ein få auka kompetanse og kjenne seg trygg. Funna viser at hospitering vert opplevd å bidra til å styrka samhandlinga, men vart i liten grad gjennomført og at det «aldri» skjedde at representantar frå spesialisthelsetenesta hospiterte i kommunen. Intervjupersonane sa at hospitering kunne hjelpt dei å læra av kvarandre. Intervjuperson frå sjukehus sa at ovanfor pasientane måtte spesialisthelsetenesta og kommune framsnakke kvarandre, det vart opplevd at dette ville trygge pasienten i pasientforløpet.

Intervjupersonar frå spesialisthelsetenesta opplevde også at hospitering ikkje var eit tiltak som vart nytta i stor nok grad for å styrke samhandlinga.

Informantane frå kommunane opplevde at det hemma samarbeidet at kommunen hadde for mykje respekt for spesialisthelsetenesta, og ikkje var tydelige nok på kva ein trengte frå sjukehuset. Andre fortalte at manglande «felles språk» og rutinar for utskriving som ikkje samsvara med kommunen sine behov, hemma samhandlinga. Det vart opplevd at ein ikkje hadde nok opplysingar og at sjukehuset ikkje var samordna internt. Når pasienten kom tilbake til kommunen den eine dagen for så å måtte reise tilbake til sjukehuset neste dag for ein annan ting, hemma det samhandlinga og det vart opplevd å hemma pasientforløp.

Funna viser at tilsette i kommunane ofte opplever at spesialisthelsetenesta har høgare status og meir innflytelse på pasientforløp. Jacobsen og Thorsvik (2016) beskriv makt i organisasjonar der ein aktør har evne til å overvinne motstand for å oppnå eit resultat eller eit mål. Mine funn viser at informantar frå kommunar ikkje opplevde direkte maktmisbruk, men det å oppleve seg underdanige, og ha for stor respekt for spesialisthelsetenesta er tett knytt opp mot teori om makt slik eg ser det. Bolman og Deal (2014) skriv at makt kan vera konstruktivt for å skape nødvendige muligheiter (Bolman og Deal, 2014, s. 228-230). Eg tolkar ut frå teorien at det ligg til spesialisthelsetenesta si rolle at dei i kraft av si spesialiserte kompetanse skal bidra til at pasientforløp vert faglig forsvarlig, og bidra med kompetanse og opplæring ute i kommunane. Læringsnettverket kan vera ein arena for å bli kjend med kvarandre sine kompetanseområde og ved leggje til rette for gjensidig respekt og likeverd.

Funna frå studien viser at informantane frå spesialisthelsetenesta opplevde hemmande faktorar for samhandling som gjekk på at mykje av forbetningsarbeidet skjedde på toppnivå og det var vanskelig å implementere arbeidet elles i organisasjonen. Tidsfaktoren og travle dagar, overbelegg og at tilsette sluttar og nye begynner (turnover) hemma og samhandlinga med kommunen.

Funna viste at åtte av ni av intervjupersonane generelt opplevde at læringsnettverk hadde god effekt på samhandling og pasientforløp og at læringsnettverka var ein god metode å få på plass gode rutinar for samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta, både internt i eigen organisasjon, og mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Torjesen og Vabo (2014) skriv at nettverk er som «olje i maskineriet» og utfyller dei andre koordineringsverkemidla, men at det kan vera ressurskrevjande og at det kan vera vanskelig å trekke seg ut når ein først

har satt i gang (Torjesen og Vabo 2014, s 156-157). Eg synest dette med «olje i maskineriet» er eit godt bilde på eit vellykka læringsnettverk. Eit utsegn frå kommunedeltakar understøttar dette:

«Eg trur at læringsnettverk er eit godt verktøy for å spreie kompetanse og auka kvalitet, men nokon må få lov å gjere det og spreie kompetanse og jobbe med internundervising. Me må finne gode måtar å jobba smartare på.»

Det var faktorar som var avgjerande for at læringsnettverk vart eit koordineringsverktøy for samhandling. Slik eg tolkar funna opplevde deltakarane i læringsnettverk for gode pasientforløp at læringsnettverk fremja samhandlinga, men at ein måtte jobbe med forankring i heile organisasjonen for at læringsnettverk skulle vera eit eigna koordineringsverktøy for samhandling. Funna frå studien viser at læringsnettverk i seg sjølv truleg ikkje løyser samhandlingsutfordringar, men at det kan vera eit bidrag til å koordinera samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Endringsarbeid tek tid og ein lyt ha eit kontinuerleg fokus på samhandlinga skal ein lykkast.

Funn som hemma og fremja samhandlinga vil eg vidare drøfte og vurdere i lys av anna relevant forskning, eg ser særlig på funna som er gjort av Grismo et al (2014) og Valaker (2014).

Grimsmo et al (2014) sin studie om gjennomføring av heilskapleg pasientforløp i primærhelsetenesta viser til to ulike tilfelle der kommunar og spesialisthelsetenesta har forsøkt å utvikla heilskapelege forløp, eit var diagnosespesifikt («vest») og eit diagnoseuavhengig («øst»). Resultata viste at det var nokre av dei diagnoseuavhengige forløpa som vart vellykka implementert, dei diagnosespesifikke forløpa vart i liten grad implementert. Der ein lykkast hadde ein fagfolk frå både kommune og spesialisthelsetenesta med i prosjektgruppa og ein meir nedanfrå-og-opp strategi, i motsetning til i «øst» der halvparten av prosjektgruppa besto av rådmenn frå kommunane (Grimsmo et al, 2014, s. 78 - 79). Funna frå studiet mitt viser at arbeidet i læringsnettverka var forankra på toppen i organisasjonen, men at ein i for liten grad har fått med seg «dei på golvet» som kjenner «kvar skoen trykker» som er tettast på pasientane. Forankring ned i organisasjonen vert opplevd som mangelfull. Ein klarte ikkje å få til intergrering av forbetreringsarbeidet i heile organisasjonen. Kunnskapssenteret (2018) skriv at for å lykkes med forbetringstiltak er det viktig å ha leiarane med, men eg tenkjer at eit av mine viktigaste funn er at det som hemma samhandlinga var at læringsnettverka i stor grad var forankra i «toppen» og i for liten grad hadde med seg fagfolk frå kommunetenestene og spesialisthelsetenesta. Grismo et al (2014)

viser og til at ein lykkas i større grad med dei diagnose uavhengige pasientforløpa, læringsnettverk for gode pasientforløp er ikkje retta mot spesifikke diagnosar og har då i tråd med Grimsmo et al (2014) si forskning eit potensiale for suksess.

Funna frå min studie viser at det særleg var forhold på systemnivå som påverkar samhandlinga mellom sjukehus og kommunar i det som vart oppfatta i negativ retning.

Spesialisthelsetenesta sine informantar fortalte om bemanning, turnover, og travle dagar som faktorar som påverka samhandlinga og pasientforløp. Det var overbelegg i sjukehusavdelingane og det skulle samhandlast om svært sjuke pasientar. Ulike kommunikasjonssystem var også forhold som vart opplevd å påverka samhandlinga negativt. Kommune-deltakarane opplevde at spesialisthelsetenesta ikkje hadde kjennskap til kompetanseområda i kommunen, noko som også påverkar samhandling og pasientforløp.

I den før nemnde studien til Valaker (2014) konkluderte ho med at dei i storbyen skapte betre samhandling, og at hemmande faktorar i organiseringa i småbyen var ulike kulturar, manglande informasjonskontinuitet og manglande tid til samhandling. Danielsen og Fjær (2010) har forska på overføring av sjuke eldre pasientar frå sjukehus til kommune, og konkluderer med at samhandling prega av respekt og tillit fremjar samarbeid. Dette er i tråd med funna i min studie, det intervjupersonane peikte på at det er avgjerande å ha respekt for kvarandre og oppleve tillit skal ein lykkast med samhandlinga. Det ligg og forventingar til dei nye helsefelleskapa om at det skal bidra til auka likeverd og at kommune og spesialisthelsetenesta skal vera saman om å skapa gode helsetenester uavhengig om ein er på sjukehuset eller i kommunen. Som vist i 7.1.3 var opplevinga av likeverd ulikt forstått og opplevd i kommune og spesialisthelsetenesta, dette oppfattar eg også som ein viktig hemmande faktor for samhandling.

Funna frå min studie tyder på at hypotesen om at reiseavstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandlinga i den daglege samhandlinga mellom helsetenestene stemmer. Kommunar med lang reiseveg løyste mange situasjonar innan helsetenestene i kommunen, der det kan tyde på at kommunar tett på sjukehuset lettare la pasientane inn i sjukehus. Funna tyder på at geografisk avstand påverkar pasientforløpa og at det kunne vera vanskelig å laga gode planar for samarbeid når det var mange behandlarar. Pasientar med komplekse helseutfordringar med behov for tenester både i kommunehelsetenesta og i sjukehuset og med lang reiseveg opplevde oftare brot i pasientforløp enn pasientar med kort reiseveg. Eit funn var og at ein kommune som hadde

kort reiseveg til sjukehuset opplevde at pasientar vart raskare meldt utskrivne til ein kommune som var nær sjukehuset enn til ein kommune som hadde lengre avstand til sjukehuset. Eg oppfattar at læringsnettverk for gode pasientforløp er ein eigna arena for å utvikle gode metodar og verktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta, fordi dette kan redusere den *sosiale* avstanden mellom desse to organisasjonane.

Som eg konkluderte med over så viser funna frå studiet at læringsnettverk i seg sjølv truleg ikkje løyser samhandlingsutfordringar, men at det kan vera eit bidrag til å koordinera samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

7.2. Læringsnettverk for gode pasientforløp: Føresetnadar og realitetar

Samhandlingsreforma er sentral i prosjektet mitt, reforma var tufta på ei forståing av utviklingstrekk i det norske samfunnet, og kva denne utviklinga vil bety for dei framtidige helsetenestene. Ei av løysingane på dei definerte utfordringane, var ei omorganisering og ei ny arbeidsdeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, der kommunane sine primærhelsetenester vart gjeve ei meir omfattande rolle. Denne nye strukturen som skulle løyse hovudutfordringane som er vist til i samhandlingsreforma, kunne vera med på å skape nye problem, som ein også måtte finne løysingar på. Den nye strukturen ville krevje ei meir samordna spesialist- og primærhelseteneste, noko som var ei utfordring ein ikkje kunne ta utgangspunkt i ville løyse seg sjølv.

Introduksjonen av læringsnettverk i sektoren vart er føreslått som ei løysing på desse utfordringane. Læringsnettverka skulle motverke moglege systemproblem som kunne eller ville oppstå med den nye strukturen i helsevesenet. Eg skal her sjå nærare på korleis mine funn står i høve til dei antakingane som låg til grunn for introduksjonen av læringsnettverket for gode pasientforløp. Det vil komme fram at slike antakingar ikkje alltid held mål, og at mine funn om læringsnettverka kan avvike frå slike antakingar, som gjerne ikkje var empirisk undersøkte på førehand. På ein kortfatta måte drøftar eg dette i lys av mine empiriske funn, tematisk framstilt som tidlegare i prosjektet.

Når det gjeld *organisering* av læringsnettverka vart dei etablert av Helsedirektoratet og KS i 2014, for å samarbeida om å gjennomføra nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Målet var å støtta kommunane og spesialisthelsetenesta i å utvikla gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke (Danielsen, Nilsen og Fredwall, 2017, s. 35). Kunnskapssenteret hadde

utarbeida ein rapport i 2011 om læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbetring. I rapporten var det ein føresetnad om at læringsnettverket skulle vera organisert på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon, og at det var viktig at både kommune og spesialisthelsetenesta deltok. Det måtte utviklast ein «vi- følelse» der ein jobba saman i fellesskap med å dela idear, stilla spørsmål, inspirera og læra av kvarandre. Det var og ein føresetnad at læringsnettverket fungerte over ein lengre periode viss det skulle skje varige endringar i organisasjonane. Om ikkje alle desse elementa var på plass, var det fare for eit avgrensa resultat, ifølgje Helsedirektoratet (2018).

Mine funn viser at det har hatt betydning korleis læringsnettverk vart organisert i kommunar og i spesialisthelsetenesta. Funna frå studien viser at læringsnettverka i stor grad var organisert med leiarar og at ein i liten grad lykkast med å inkludere deltakarar som jobba «tett på pasient og brukar». Nettverka vart dominert av leiarar frå både kommune og spesialisthelseteneste. Dette førte til at det var vanskeleg å oppnå varige og gjennomgripande organisatoriske endringar i kommune og spesialisthelseteneste. Dette funnet vert styrka med ein annan observasjon i studien: At samarbeidsavtalane mellom helseføretaka og kommunane, som skal sikra pasientar samordning og kontinuitet, er lite kjend blant dei tilsette i kommune- og spesialisthelsetenestene. Dette er også stadfesta i sluttrapporten «Råd for vegen vidare» (Regjeringa, 2015). Eit funn er også at rolla til fastlegen i liten grad vart trekt inn i nettverka, noko som vert oppfatta som avgjerande for å lykkast. Folkehelseinstituttet (2019) skriv om heilskapleg pasientforløp i heimen og la til grunn at skulle ein lykkast med gode pasientforløp, var det viktig å ha eit strukturert samarbeid om pasientforløp med fastlegen. Mine funn viser formålet for etableringa av læringsnettverka understreka fastlegen si sentrale rolle, men at når det skulle implementerast, klarte ein ikkje å få fastlegen med.

Ut frå føresetnadene elles som låg til grunn for at ein skulle få det som var oppfatta som ei vellukka organisering av læringsnettverk, har ein ikkje i stor nok grad lykkast med læringsnettverk som arena for samhandling og kvalitetsforbetring. Det er også ein fare for at ein kan få eit «avgrensa resultat» då læringsnettverket vart gjennomført i ein avgrensa periode, og at det i liten grad er satsa på å vidareføre læringsnettverka i organisasjonane. Fleire intervjupersonar uttrykte ein stor motivasjon for vidareføring av læringsnettverk for gode pasientforløp. For at læringsnettverk skal fungere som eit koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta tyder mine funn på at arbeidet må vera forankra i heile organisasjonen, det må vera faste møte med ein klar agenda, og fastlegen

si rolle må inkluderas i arbeidet. Funna viser vidare at endringsarbeid tek tid og at dette er prosessar ein må ha fokus på over ein relativt lang periode dersom det skal setje varige spor tid, kort sagt; føre til endring i organisasjonane. Funna viser såleis vesentlege avvik frå føresetnadane om organisering som låg til grunn for etableringa av desse læringsnettverka.

Med omsyn til *samhandling*, viste Helsedirektoratet (2018) til at det var viktig at både spesialisthelsetenesta og kommunar deltok i læringsnettverket, og at arbeidet vart forankra i heile organisasjonen skulle gje ein «vi- følelse»; dvs. at tilsette i kommune og spesialisthelseteneste opplevde samhandlinga som eit fellesskap, orientert mot same mål. Folkehelseinstituttet (2019) føresette også at brukarinvolvering låg til grunn i arbeidet med Gode pasientforløp. Satsinga vert beskrive som ei retningsendring der ein spør kva som er viktig for den enkelte og ikkje kva som er «i veggen med deg».

Mot desse føresetnadane viser funna mine at det er mange faktorar som påverkar samhandlinga i læringsnettverk, og i den daglege samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Noko som kom tydeleg fram i mine funn, faktorar som tidspress, plassmangel og overbelegg i sjukehusa, medverka til at samhandlinga vart opplevd som utfordrande. I tillegg var det stor turnover, og nye tilsette som heile tida skulle lærast opp. Funna viste vidare at det var eit skilje der kommunar med langreiseveg i større grad løyste situasjonar i kommunen og hadde færre reinnleggingar enn kommunar med kort reiseveg. Kommunar med kort reiseveg hadde derimot i større grad organisert helsetenestene med heimetenester, der det er vanskeleg å ta hand om dei sjukaste pasientane. Alle deltakarane opplevde å få sett av tid til å delta i læringsnettverket, men ingen hadde frikjøpt tid. Funna tyder på at arbeidet er prega av personleg engasjement meir enn det er forankra i heile organisasjonen. Funna viser likevel at deltakarane opplevde at samarbeida endra seg i positiv retning etter at ein jobba saman i læringsnettverk for gode pasientforløp. Åtte av ni deltakarar i studiet rapporterte å ha gode erfaring med å samhandla i lokale nettverk mellom kommune og spesialisthelseteneste, og at ein her fekk utarbeida metodar og verktøy som fekk betyding for gode pasientforløp. Men dette må sjåast i samband med eit anna funn frå studien: Det hemmar samhandlinga at læringsnettverket ikkje i stor nok grad er implementert i kommune- og spesialisthelseorganisasjonane utover deltakinga til dei som vart som vart rekruttert inn i nettverket.

Når det gjeld kva føresetnader om *likeverd* mellom deltakarane, ligg det mellom anna til grunn i St. meld. nr.7, (2020 – 2023) (Nasjonal helse- og sykehusplan) at det skal vera likeverd mellom partane i samhandlinga mellom kommune og spesialisthelseteneste, og at likeverdstanden må vera utgangspunktet for samarbeid på alle nivå. Det same vart understreka då nettverka vart etablert.

Funna frå studiet viser at likeverd mellom partane vert oppfatta av informantane som avgjerande for at ein skulle oppleve ei god samhandlinga. Deltaking i læringsnettverk vart opplevd å medverke til byggja relasjonar og tillit mellom kommune og spesialisthelsetenesta, og forståing for den andre parten sin situasjon. Men utover dette er funna meir tvetydige. På den eine sida viser funna at deltakarane frå kommunane ikkje opplevde likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta i den daglege samhandlinga, men at dei sto i ein underordna rolle i høve spesialisthelsetenesta. På den andre sida opplevde informantane frå spesialisthelsetenesta i større grad at partane var likeverdige. Funna tyder på at læringsnettverk der partane møtast og vert kjend med kvarandre kan bygge ned førestillingar om «den andre», og der ein «møtes rundt same bord» er eit verktøy for samhandling og koordinering. Samstundes viser funna at likeverd er eit trekk som vanskeleg kan «vedtakast» eller takast for gitt, og særleg i eit profesjonssystem som helsevesenet der det er mange prosessar som kan skape over- og underordning.

Når det gjeld *forankring*, la Folkehelseinstituttet (2018) til grunn at læringsnettverket skulle vera både leiar- og medarbeidarforankra, og at heile organisasjonskulturen skulle fremma forbetningsarbeidet. Folkehelseinstituttet (2019) viser også til at det er naudsynt å få tilgang til brukaren sitt perspektiv for å skapa ein god relasjon mellom helsepersonell, brukar og pasient. St. meld. nr. 7, (2020 – 2023) (Nasjonal helse- og sykehusplan) la opp til å styrke brukaren si rolle i eit heilskapleg og samanhengande helse- og omsorgssteneste, og det skulle etablerast ein aktiv samhandlingskultur. Saman med brukarar og fastlegar skulle det utviklast og planleggast tenester til sårbare pasientgrupper med behov for tenester både frå kommune og spesialisthelsetenesta (St. meld. nr. 7, s. 12). Dette var ei viktig presisering om dei nye Helsefellesskapa som skal bidra til å i større grad implementere brukarperspektivet i læringsnettverk og andre forbetningsprosessar i utvikling av helsetenestene.

Funna frå studiet tyder på at det var avgjerande at læringsnettverket var forankra i heile organisasjonen, men at det i stor grad var leiarar som deltok i læringsnettverka og berre i

mindre grad dei som jobba «tett på» brukar og pasient. Funna viser vidare at ein ikkje har forankra arbeidet med læringsnettverk for gode pasientforløp hos fastlegane, og brukarrepresentantar var i liten grad involvert i læringsnettverka. Dei sistnemnde deltok i dei regionale samlingane, men ikkje i dei lokale nettverka. I følgje samhandlingsreforma må samhandlingspremissane gjennomførast saman med brukar (St. meld. nr.47, s. 36). Ut frå funna i studien min, tolkar eg at læringsnettverk for gode pasientforløp kan vera eit eigna koordineringsverktøy for samhandling, men at det forutset at ein forankrar læringsnettverket i heile organisasjonen, mellom anna med at fastlegane og andre i stillingstypar «på golvet» med direkte kontakt med pasientar og pårørande, samt brukarrepresentantar vert invitert til å delta inn i læringsnettverka. Funna mine er i tråd med føresetnadane for læringsnettverka, men ikkje med måten dei i praksis har blitt implementert.

Når det gjeld andre *hemmande og fremjande faktorar* for samhandling enn det som allereie er nemnd, har Helsedirektoratet vore særleg oppteken av erfaringar helseføretak, kommunar og brukarorganisasjonar har med samhandling kring læring og meistringsarbeid, og har lagt vekt på at samhandlinga fungerer dårleg når det er stor geografisk avstand mellom sjukehus og kommune, og at kort avstand mellom desse var ein faktor som vart vist til som avgjerande for å fremje samhandlinga (Helsedirektoratet, 2021, s. 22).

Mine funn viser også at det er mange faktorar som påverkar samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta, og at geografisk avstand mellom kommune og spesialisthelsetenesta er ein faktor som påverkar samhandlinga. Minne funn viser likevel noko anna enn det Helsedirektoratet legg til grunn: Det var i kommunar med lang reiseavstand det i større grad vart løyst krevjande og komplekse pasientsituasjonar i kommunen. Funna viste at kommunar med kort reiseveg ikkje var «rigga» til å ta hand om dei sjukaste pasientane, då dei kommunale helsetenestene i stor grad var organisert som heimebaserte tenester. Funna frå studiet mitt tyder på at læringsnettverk for gode pasientforløp hadde effekt og var ein metode for å få på plass rutinar for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta, både internt i eigen organisasjon og mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Funna viser vidare at når kommunar og spesialisthelsetenesta arbeida systematisk saman med forbetringstiltak, bidrog det til at læringsnettverk for gode pasientforløp vart eit eigna koordineringsverktøy for samhandling, og at ein ved det kunne leggje betre til rette for gode pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Koronapandemien

I mars 2020 stengte Noreg ned og mange av dei fysiske møtepunkta mellom menneske vart fråverande. Dette skapte ein ny situasjon for heile samfunnet og for samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Dette kom tydelig fram i mine funn frå samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Alle intervjupersonane fortalte at Koronapandemien har påverka samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta i stor grad. På same tid hadde ein no ein ny arena for å møtast som ein ikkje hadde nytta før pandemien, informantane peika på at det var viktig at ikkje dei digitale møta skulle erstatta fysiske møter, men det var eit svært positivt supplement.

Koronasituasjonen har påverka mitt masterprosjekt, studiesamlingar og rettleiingar har føregått digitalt. Eg har ikkje kunna gjennomføre alle intervju fysisk slik eg hadde planlagt. Eg opplevde likevel at intervju på Teams har gått veldig bra, eg har ikkje opplevd tekniske utfordringar i intervjusituasjonen, truleg så har det samanheng med at både eg og dei som vart intervjuet var blitt trygg i handteringa av dei digitale møteplattformane.

Det har i tillegg til eit krevjande studie vært ein ekstremt krevjande periode som leiar av helsetenester der Koronapandemien har prega all aktivitet i tenestene sidan mars 2020 og fram til innlevering av masterprosjektet mitt.

Det har utfordra, men også skapt muligheiter, og eg har fått gjennomført prosjektet mitt på tross av strenge restriksjonar. Det er avklart med NSD at gjennomføring av intervju på Teams men lydopptak av samtalen er ei godkjent intervjuform.

8. KONKLUSJON OG VEGEN VIDARE

Det er jamfør Samhandlingsreforma store krav til samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta, det er også juridisk bindande samarbeidsavtalar samt ei rekke lover, forskrifter og sentrale styringsdokument som skal styre, regulere og koordinere denne samhandlinga. Denne studien har vært retta mot å studere læringsnettverk for gode pasientforløp som koordineringsverktøy for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Dei som vart intervjuar har alle deltatt i det regionale læringsnettverket for Gode pasientforløp i regi av KS og Folkehelseinstituttet, oppretta i 2014. Studien viser til dei utfordringane som ligg i samhandlinga, og i kva grad deltakarane i studien opplevde at læringsnettverk for gode pasientforløp var ein eigna arena, og eit koordineringsverktøy for samhandling.

Konklusjonen i studien er knytt opp mot dei fem forskingsspørsmåla om organisering, samhandling, likeverd, forankring og hemmande og fremjande faktorar i samhandlinga. Læringsnettverka for gode pasientforløp er sentralt initiert frå regjeringa, og i følgje ny Nasjonal helse- og sykehusplan (2019 -2020) skal partane eller partnarane i kommunar og sjukehus jobba saman i dei nye helsefellesskapa (beskrive i 1.5) med konkrete prosedyrar og pasientforløp. Læringsnettverk for gode pasientforløp er heilt i tråd med dei nye helsefellesskapa. Målet er å forbetra overgangar i pasientforløp både internt i kommunane og sjukehusa, og mellom sjukehus og kommunar. Analysen viser at læringsnettverka var hierarkisk organisert med ei overvekt av leiarar, læringsnettverka var godt forankra i leiinga i begge dei to organisasjonstypene. Ein hadde derimot ikkje med seg dei som var «tett på pasientane», og som kjende «kvar skoen trykka, og såleis var det fare for at nettverka fekk redusert effekt og at det tiltak for å forbetra pasientforløp var vanskelig å implementere i heile organisasjonen.

Vidare vart det oppfatta frå sjukehusa si side at det samhandlinga vart påverka av mangel på tid, ferdigbehandla pasientar som ein ikkje fekk skrive ut til kommunane, og at det kontinuerleg var nye tilsette som skulle lærast opp. I kommunane vart samhandlinga påverka av ei oppfatning av at dei på sjukehuset ikkje hadde forståing for det kommunale systemet. Kommunikasjonen mellom kommunane og spesialisthelsetenesta var frå begge sider av helsetenestene prega av at viktig informasjon om pasientane ikkje vart vidareformidla.

Opplevinga av at ein var likeverdige partar vart opplevd ulikt i kommunar og sjukehus, deltakarane frå kommunen opplevde at dei sto i eit underordna tilhøve til dei sjukehusstilsette, medan deltakarane frå sjukehusa opplevde at dei var likeverdige partar heimla i lovpålagte rettar og pliktar, der kommunen hadde rett til å leggje inn og sjukehuset hadde rett til å skrive ut pasientar. Geografisk avstand til sjukehuset påverka samarbeidet, men i motsetning til det eg hadde tenkt på førehand hadde kommunar med lang reiseavstand til sjukehuset innretta tenestene sine til å ta hand om dei sjukaste pasientane i kommunen, og der det var færrest ferdigbehandla pasientar liggande i sjukehusa. Lang reiseavstand påverka likevel samhandlinga og pasientforløpa då pasientar kunne bli sendt fram og tilbake mellom kommune og sjukehus då det var mange behandlarar som skulle koordinere seg med dei kommunale tenestene. Det fremja samhandlinga når ein kunne møtast i læringsnettverka som likeverdige partar, der ein kunne bli kjend med kvarandre og kvarandre sine roller. Hospitering vart i liten grad nytta, og de vart av alle deltakarar peika på at hopsitering ville ha fremja samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

Analysen viser at deltakarane sine erfaringar frå læringsnettverk for gode pasientforløp var gode, og det var indikasjonar på at læringsnettverket har medverka til ei retningsending med auka merksemd på å gi tenester ut frå det som er viktig for pasienten. Det er på sametid komme fram i analysen at ein i mykje større grad må ha fokus på å forankre og implementere arbeidet i *heile* organisasjonen om læringsnettverka skal føra til varige endringar i eigen organisasjon når det gjaldt samordning med den andre parten. Eg har gjennom heile masterprosjektet hatt med meg eit enkelt sitat som illustrer kor viktig det er at me lykkast med samhandling og gode pasientforløp; «*pasienten har mest å vinne på godt samarbeid og mest å tape på dårleg samarbeid.*» (ukjent).

Eg finn ut frå min studie at det er eit behov på meir forskning på feltet om samhandling mellom partar i kommunar og spesialisthelsetenesta, det som kjem fram i min studie er at me må ha auka kunnskap om brukarinvolveringa si betydning for å lykkast med gode pasientforløp. Det er også behov for meir kunnskap om korleis me skal lykkast med å forankre forbetningsarbeid i heile organisasjonen og korleis ein kan forankre arbeidet hos dei som jobbar ute i helsetenestene «på golvet» og som veit kvar «skoen trykker», for å lykkast med gode pasientforløp. Det er også eit behov for vidare forskning på digital kommunikasjon mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Kva konsekvensar har bruken av den digitale samhandlingskulturen for kvaliteten på samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Eit viktig funn frå min studie er at fastlegen ikkje var representert i

læringsnettver for gode pasientforløp, eg vurderer at det er eit behov å forske vidare på korleis ein kan leggje til rette for at fastlegen si rolle vert tydelig i samhandlinga kring pasientforløp.

Gjennom studien har eg som masterstudent erfart ei bratt læringskurve både når det gjeld metode og dei faglege tema. Desse kunnskapsfunna kan og vera relevant og overførbare til samhandling, endringsarbeid og kvalitetsutvikling i andre tenester i kommunen.

KJELDER

Abelsen, B., Gask, M., Nødland, S.I. og Stephansen, A: (2014) *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Henta frå:

<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2631346>

Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. I *International Journal of Health Planning and Management*, 21: 75 – 78.

Bakke, T et al (2011) *Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring – en oppsummering av forskning og erfaring*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Henta frå: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_23_laringsnettverk.pdf

Basmo, R, H (2010) *Forankring i ledelsen*. Helsebiblioteket.no Henta frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/anbefalte-metoder-og-verktoy/forankring-i-ledelsen>

Bolman, L.G & Deal, T.E (2014). *Nytt perspektiv på ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gylendal. Oslo

Brun, P, O (2008) *Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis*. Tidsskriftet den norske legeforening. Henta frå: <https://tidsskriftet.no/2008/05/originalartikkel/laeringsnettverk-betere-kvalitet-i-allmennpraksis>

Bukve, O og Kvåle, G. (2014) i Bukve, O og Kvåle, G. (red) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar. Eit lokalt helse- og velferdssystem under press*. Universitetsforlaget. Oslo

Bukve, O (2016) *Forstå Forklare Forandre. Om design og samfunnsviskapelege forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget. Oslo

Danielsen, B og Fjær, S (2010) *Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune*. Henta frå: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/342952.pdf>

Danielsen, K. K, Nilsen E. R og Fredwall, T. E. (2017) *En oppsummering av kunnskap Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom*. Omsorgsbiblioteket. Henta frå: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2499035/Danielsen_Nilsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Flateland, S, Nesheim, T.M, Riiser, A-B og Söderhamn, U (2015) *Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste*. Henta frå: https://www.idunn.no/file/pdf/66819619/sykepleiestudenters_erfaringer_knyttet_til_ov_erfoering_av_pa.pdf

Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (2018)- (FOR-2006-02-17-204) Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204>

Kunnskapssenter (2011) *Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring*. Henta frå: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_23_laringsnettverk.pdf

Folkehelseinstituttet (2016) *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke: en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015. Notat om kvalitetsutvikling nr. 4*. Henta frå: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2016/gode-pasientforlop-eldre-og-kroniske-syke.pdf>

Folkehelseinstituttet (2019) *Gode pasientforløp*. Henta frå: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

Folkehelseinstituttet (2019) *Helhetlig pasientforløp i hjemmet* Henta frå: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet-og-hva-er-viktig-for-deg/>

Folkehelseinstituttet (2019) «*Hva er et læringsnettverk?*» Henta frå: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-et-laringsnettverk/>

Folkehelseinstituttet (2019) *Hva er viktig for deg? - En retningsendring* Henta frå: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>

Forskrift om fastlegeordning i kommunane. *Forskrift om fastlegeordning i kommunane*. (2012) FOR-2012-08-29-842. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, (2011) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*. FOR-2011-11-18-1115. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

Grimsmo, A, Lohre, A, Rosstad, T, Gjerde, I, Heiberg, I og Steinsbekk, A (2016). *Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetenesten*. Tidsskrift for omsorgsforskning. Henta frå: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2581403/1390025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helsedirektoratet (2021) *Samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet – Erfaringer fra helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner Forprosjekt 2020*. Henta frå: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandling-mellom-helseforetak-og-kommuner-om-laerings-og-mestringsvirksomhet/resultater/hva-fungerer-godt-i-samhandlingen-mellom-helseforetak-og-kommunen>

Helsedirektoratet (2019) *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* Henta frå: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop#hva-er-helhetlige-pasientforlop>

Helsedirektoratet (2018) *Læringsnettverk bør benyttes som metode for tjenesteutvikling*. Henta frå: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/laeringsnettverk-bor-benytted-som-metode-for-tjenesteutvikling>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2020-06-19-78) henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsefonna (2019) *Samarbeidsavtaler*. Henta frå: <https://helse-fonna.no/samarbeidsavtaler>

Hjelmeland, E.H (2019) *Standariering som verktøy for kvalitetsforbetring – ein studie av eit fagleg nettverk i billediagnostikk*. Fakultetet for økonomi og samfunnsvitenskap, Institutt for samfunnsvitenskap. Henta frå: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2630910>

Indset, M, Klausen, JE, Møller, G, Smith, E og Zeiner, H (2012) *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. NIBR/Telemarskforskning, Henta frå:

[https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/5500/Samarbeidsrapport%20NI
BR-Telema.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/5500/Samarbeidsrapport%20NI%20BR-Telema.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Institute for healthcare improvement (IHI) *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Henta frå:

[http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativ
eModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx)

Jacobsen, D. I. (2004) I Repstad, P. (red). *Hvorfor er samarbeid så vanskelig i Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. (s. 75-114)

Jacobsen, D. I og Thorsvik, J. (2016) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen. Fagbokforlaget

KS (2018) *Helhetlig pasientforløp i hjemmet* Henta frå: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet/>

KS (2020) *Gode pasientforløp* Henta frå: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/>

Kvale, S og Brinkmann, S. (2019) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal

Larsen, Ø. (2003) *Har helsevesenet sin egen historie?* Tidsskriftet Norsk Lægeforening. Henta frå: <https://tidsskriftet.no/2003/06/medisinsk-historie/har-helsevesenet-sin-egen-historie>

Martinsen, L. Ø. (2012) i Martinsen, L. Ø (red) *Perspektiver på ledelse*. Oslo. Gyldendal

Mogård, B. (2019) *Tverrfaglig samarbeid ga bedre legemiddelbehandling*. Sykepleien. Fagutvikling. Henta frå: <https://sykepleien.no/forskning/2019/05/tverrfaglig-samarbeid-ga-bedre-legemiddelbehandling>

Moland, L. E, Lien, L, Nygård L og Hofstad T (2013) *Læringsnettverk og innovasjon i kommunene*. Fafo Henta frå: <https://www.fafo.no/images/pub/2013/20342.pdf>

Norsk Helsenett (2021) *Veilder for elektronisk meldingsutveksling. Elektronisk meldingsutveksling*. Henta frå: <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk->

meldingsutveksling/del-1-elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling/#kap-plo-meldinger

Norsk senter for forskingsdata (NSD) (2020) Henta frå:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html

Offerdal, A. (2014) i Baldersheim, H og Lawrence, E, R. (red) *Det kommunale laboratorium, Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering 3 utgave. Iverksettingsteori – resultatene blir sjeldan som planlagt, og det kan være en fordel?* Fagboklaget. Bergen

Pasient- og brukerrettighetsloven, (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* (LOV-1999-07-02-63) Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighet>

Regjeringa (2015) *Råd for vegen vidare.* Henta frå:

https://www.regjeringen.no/contentassets/83a1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrapport_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf

Regjeringa (2019) *Avtale mellom regjeringen og KS: etablerer 19 helsefelleskap.* Henta frå:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pressekonferanse-helsefelleskap/id2674190/>

Røyseland, A., & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samsstyring: governance på norsk.* Bergen; Fagbokforlaget.

Statsforvalteren (2015) *IPLoS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*

Henta frå:

<https://www.statsforvalteren.no/contentassets/fd6464094f4c45138ea8d00848667a92/iplos-veileder.pdf>

Spesialisthelsetjenesteloven, (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

(Spesialisthelsetjenesteloven) LOV-1999-07-02-61 henta frå:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

St. meld. nr 7 (2019- 2020) Nasjonal helse- og sjukehusplan 2020- 2023. *Helse og omsorgsdepartementet*, Henta frå:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

St.meld. nr 15 (2017-2018) *Leve heile livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

St. meld. 26 (2014-2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

St.meld.nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Strandos, M. i O. Bukve & G. Kvåle (red) (2014) *Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar*. Universitetsforlaget Oslo

Regjeringa (2000) *Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m.* Henta frå:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/e683123127ec414ca71b73a776a8f532/fastlegeforskrift.pdf>

Regjeringa (2019) *Avtale mellom regjeringen og KS: etablerer 19 helsefelleskap*. Henta frå:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-etablerer-19-helsefelleskap/id2674825/>

Røyseland, A og Vabo, S.I. *Styring og samstyring – governance på norsk 2 utg.* Fagboklaget Bergen

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2. opplag. 2019. Bergen. Fagboklaget

Thorjesen, D.O og Vabo, S.I. (2014) *Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering*. I Vabø og Vabo (red) *Velferdens organisering*. Oslo. Universitetsforlaget

Vabø, M. (2014) i Vabø, M og Vabo, S. I. (red.) *Velferdens organisering*. Oslo. Universitetsforlaget

Valaker, I. (2014) i Bukve, O og Kvåle, G. (red) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar. Et helhetlig behandlingsforløp- om samhandling rundt pasienter*. Oslo Universitetsforlaget.

Frå eksamen i ME6-50 (forskingsdesign og metode) vår (2020) har eg nytta tekst frå emne ME6-50- 2020. Teksten er henta frå bakgrunn og kontekst for studien, frå kapitel om kunnskapsstatus der eg har gjort systematiske funn. Kapitel om teoretisk perspektiv og kapitel om metode bygger og vidare på tekst frå ME6-50.

VEDLEGG 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Læringsnettverk - ein arena for samhandling

Problemstilling:

Korleis opplevde nettverksdeltakarar i ulike kommunar og i spesialisthelsetenesta læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling?

For å hjelpe meg å svare på problemstillinga mi har eg også nytta meg av følgjande forskingsspørsmål:

- 6. Korleis vert læringsnettverket organisert i kommunar og spesialisthelsetenesta, og kven er aktørar?*
- 7. Korleis vert det oppfatta at ein samhandlar i læringsnettverk og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta for å legge til rette for gode pasientforløp?*
- 8. I kva grad opplevde deltakarane i nettverket seg som likeverdige partar, og kva faktorar vert opplevd å påverka likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta?*
- 9. Korleis opplevde deltakarane i nettverket at arbeidet er forankra i organisasjonen?*
- 10. Kva hemmar og fremjar samhandlinga, og kva er opplevd effekt med læringsnettverk for gode pasientforløp?*

Bakgrunn:

- Kan du beskrive kva utdanningsbakgrunn du har?
 - Kva teneste innan rehabilitering helse og omsorg representerer du i læringsnettverket?
 - Kva særtrekk har helsetenestene i din kommune?
 - Kva jobbar du med til dagleg?
 - Kor lenge har du deltatt i læringsnettverket
 - Korleis fortonar ein typisk arbeidsdag seg for deg ?
- 1 Korleis vert læringsnettverket organisert i kommunar og spesialisthelsetenesta, og kven er aktørar?*

- Kven deltek i nettverket
- Korleis er nettopp desse deltakarane valdt ut til å delta?
- Kan du beskrive di rolle i nettverket?
- Kva rolle har dei andre deltakarane i nettverket ?
- Er det nokon som burde vore med i nettverket som ikkje er med i dag?
- I kva grad opplevde du at deltakarane i læringsnettverket får avsett tid til å delta?
- Kan du beskrive korleis du oppfattar omgrepet læringsnettverk?

Agenda og tema for møta:

- Korleis set de agenda for møta i nettverka?
- Er det faste innkallingar til møta i læringsnettverket?
- Er det sett sakliste før møta i læringsnettverket?
- Kan du beskrive tema som vert tatt opp i læringsnettverksmøta?

Samarbeid, koordinering og samhandling

2. *Korleis vert det oppfatta at ein samhandlar i læringsnettverk og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta for å legge til rette for gode pasientforløp?*

- Kva systemnivå i din organisasjon påverkar samhandlingsprosessar mellom kommune og spesialisthelsetjenesta?
- Kva forhold tenkjer du det er som påverkar samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetenesta?
- Kan du beskriva kva samarbeids og samhandlingsvanskar de opplevde mellom kommune og spesialisthelsetenesta?
- Kan du beskriva korleis du opplevde samarbeidet er mellom tenestene du representerer og spesialisthelsetenesta/ kommunen?
- I kva grad opplevde du at samarbeidet har endra seg etter at de starta i læringsnettverket?
- Korleis organiserer de møta og møtefrekvensen i læringsnettverket?
- I kva grad opplevde du at faste møter aukar sjansen for at de held ved like samarbeide?
- I kva grad opplevde du at avstand til sjukehuset/kommunen påverkar samhandlinga?

- I kva grad opplevde du at overordna samarbeidsavtalar og tenesteavtalar mellom kommune og spesialisthelsetenesta vert følgt og er gjort kjend i organisasjonen?
- I kva grad opplevde du at læringsnettverk påverkar gode pasientforløp mellom kommune og sjukehuset der de samarbeidar?
- I kva grad jobbar de meir systematisk kring gode pasientforløp?
- I kva grad opplevde du at helsepersonell endrar arbeidsform ved å samhandle i læringsnettverk?
- I kva grad tenkjer du at deltakarane i læringsnettverket kan læra av kvarandre?

Likeverd mellom partane

3. *I kva grad opplevde deltakarane i nettverket seg som likeverdige partar, og kva faktorar vert opplevd å påverka likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta?*

- Korleis opplevde du likeverd mellom partane i nettverk mellom kommune og spesialisthelsetenesta?
- Korleis opplevde du likeverd mellom kommune og spesialisthelsetenesta i den daglege samhandlinga?
- Kva meiner du påverkar likeverd mellom partane i nettverket?

Leiarforankring, organisering og leiing

4. *Korleis opplevde deltakarane i nettverket at arbeidet er forankra i organisasjonen?*

- I kva grad opplevde du at læringsnettverket er forankra i overordna leiing?
- Er læringsnettverk etablert no knytt til satsinga frå KS og helsedirektoratet, eller har de hatt nettverk før den tid?
- Korleis opplevde du at arbeidet i læringsnettverket vert rapportert vidare i organisasjonen?
- I kva grad opplevde du at fastlegen er aktiv i samarbeidet om gode pasientforløp mellom kommune og spesialisthelsetenesta?
- I kva grad opplevde du at læringsnettverket er med på å spreie kompetanse og betre kvalitet i tenestene?

Hemmande og fremmande faktorar for samhandling

5. *Kva hemmar og fremjar samhandlinga i læringsnettverket, og kva er opplevd effekt med læringsnettverk for gode pasientforløp?*
 - Kan du beskriva kva du opplevde som fremjar samarbeidet?
 - Kan du beskriva kva du opplevde hemmar samarbeidet?
 - I kva grad opplevde du at geografisk avstand mellom kommune og sjukehus på påvirkar samhandlinga.
 - Kva forbetringstiltak har læringsnettverket du deltek i hatt fokus på?
 - Har du eksemplar på resultat etter arbeidet med læringsnettverket?

6. Er det noko du tenkjer er viktig for meg å kjenne til som ikkje er komme fram i spørsmåla mine?

7. Spørsmål til leiar i nettverket:
 - Kan du beskriva di rolle som leiar i nettverket?
 - Kan du beskrive korleis du opplevde at læringsnettverket for gode pasientforløp er forankra i organisasjonen?
 - Kan du beskriva kva rutinar de har for å rapportere aktivitet og resultat av arbeidet i læringsnettverket?

VEDLEGG 2: Løyve frå NSD

Prosjekttittel

«Læringsnettverk, ein arena for samhandling?»

Referansenummer

125079

Registrert

07.10.2020 av Kristin Steinsland - 229571@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Olina Kollbotn , Olina.Kollbotn@hvl.no, tlf: 4757676138

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristin Steinsland , kristin.steinsland@stord.kommune.no, tlf: 41694266

Prosjektperiode

01.11.2020 - 30.06.2021

Status

03.12.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

03.12.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 25.11.2020. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.12.2020. Behandlingen kan fortsette. Utvalget er blitt endret til å omfatte 2 deltakere fra spesialisthelsetjeneste. Informasjonsskriv og intervjuguide er oppdatert. HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for

å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!
Kontaktperson hos NSD: Mirza Hodzic Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

29.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. Vi forutsetter at spørsmålene under intervjuet stilles på en slik måte at dere ikke samler inn informasjon som vil direkte eller indirekte identifisere tredjepersoner.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 3: Informasjonsskriv

Vil du delta i masterprosjektet

«Læringsnettverk - ein arena for samhandling»

Dette er spørsmål til deg om å delta i eit masterprosjekt der formålet er å beskrive læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling. Eg ynskjer å få auka kunnskap om læringsnettverk mellom kommune og spesialisthelsetenesta bidrar til betre samhandling og betre pasientforløp.

I dette skrivet gir eg deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking inneber for deg.

Formål

Masteroppgåva har 30 studiepoeng og er avslutting i studien master i organisasjon og leiing – helseleiing. Ved å studerer læringsnettverk for gode pasientforløp håpar eg å finne ny kunnskap om læringsnettverk mellom kommune og spesialisthelsetenesta påverkar samhandlinga og om me ved det bidrar til gode pasientforløp.

Med dette som bakgrunn har eg formulert følgjande problemstilling:

Korleis opplevde nettverksdeltakarar i ulike kommunar og i spesialisthelsetenesta læringsnettverk som koordineringsverktøy for samhandling?

Ansvarleg for prosjektet.

Prosjektet er knytt til master i organisasjons og leiing – helseleiing ved Høgskulen på Vestlandet, eg jobbar med prosjektet aleine, men i samråd med rettleiar.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Dei som vert spurt om å delta i prosjektet mitt har alle deltatt i læringsnettverk for gode pasientforløp i regi av KS og helsedirektoratet, læringsnettverka har som mål å støtta

kommunar og helseføretak i å betra overgangane i pasientforløpa og sikre brukaren sine behov for heilskapelege, trygge og koordinerte tenester.

I studien vil eg intervjuje to representantar i ein kommunar som har lang avstand til sitt sjukehus, og to representantar frå ein kommunar som er nært geografisk plassert til sjukehuset. Eg vil og intervjuje to representantar frå læringsnettverk i spesialisthelsetenesta.

For å finne intervjupersonar har eg vore i kontakt med KS og FOSAM som har oversikt over kommunar som har delteke i dei regionale læringsnettverka for gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke, i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Eg har sjølv kontakta intervjupersonar gjennom kontaktinformasjon eg har fått frå KS og FOUSAM.

Kva inneber det for deg å delta?

Deltaking krev at du set av 1 til 1 ½ time til intervju. Eg tek lydopptak av intervjuet. Som intervjuperson godkjenner du at dei data eg innhentar vil kunne bli brukt i mitt forskingsarbeid og at dei vert publisert i masteroppgåva. Informasjon som kjem fram i intervjuet vert anonymisert.

Frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekkje samtykket ditt tilbake. Alle opplysningar vert sletta.

Personvern

Eg brukar kunn opplysingar slik eg har oppgitt i dette brevet. Opplysingar vert behandla og oppebevart konfidensielt og i tråd med Høgskulen på Vestlandet sitt personvernrelement og på Høgskulen sin forskingssserver. Det er berre eg som forskar og rettleiaren min som har tilgang til personopplysningar.

Ved offentleggjing av masteroppgåva vert alle personopplysningar og alt datamateriale anonymisert. Prosjektet skal etter planen avsluttast i juni 2021. Når masteroppgåva er publisert, vil lydopptak og personopplysningar bli sletta og makulert.

Kva rettar har du?

Om du kan identifiserast i datamaterialet har du rett til å:

1. få innsyn i kva personopplysningar som er registeret om deg,
2. få retta personopplysningar om deg,
3. få sletta personopplysningar om deg,
4. få kopi av dine personopplysningar,
5. sende klage til personvernombodet eller Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Rett til å behandla personopplysningar

Eg behandlar opplysningar om deg basert på at du har gitt ditt samtykke. NSD- Norsk senter for forskingsdata AS har vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette masterprosjektet er i tråd med personregelverket.

Ønskjer du meir informasjon?

Har du behov for meir informasjon om studiet, eller vil nytte deg av dine rettar så tek du kontakt med:

Kristin Steinsland e-post: kristin.steinsland@stord.kommune.no

Personvernombod i HVL: [Trine Anikken Larsen personvernombod@hvl.no](mailto:Trine.Anikken.Larsen@hvl.no)

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, e-post: nsd@nsd.no Telefon: +47 55 58 21 17

Samtykkeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet «Læringsnettverk, ein arena for samhandling?» eg samtykker med dette til:

[] å delta i individuelt forskingsintervju

Eg samtykker til at opplysningane mine kan behandlast fram til masterprosjektet er avslutta i juni 2021.

.....

(Signert av intervjujuperson, dato)