

Kristine Susort Aurdal

**Samhandlingsutfordringer mellom
kommuner og sykehus som kan påvirke
re-innleggelser**

Masteroppgave i Styring og ledelse

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsvitenskap

Oslo 2016

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en meningsfull «reise» gjennom litteratur, søk i databaser, intervjuer og samtaler med personer med interesse for problemstillinger om samhandling og re-innleggelser. Min motivasjon for arbeidet med temaet har sin bakgrunn i at jeg har jobbet innen norsk helsevesen i over 30 år. Av disse årene har jeg vært 12 år i primærhelsetjenesten og over 20 år på sykehus. Jeg har i tillegg erfaring som kommunepolitiker både før og etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Dette gjør at jeg har sett samarbeidsutfordringene både fra spesialisthelsetjenesten sin side og fra kommunen sin side. Masteroppgaven har dermed vært en prosess som har preget både mitt arbeid og den politiske virksomheten jeg har fått lov til å delta i.

Det er flere personer som fortjener en takk. Først vil jeg takke samhandlingssjefen i Helse Fonna, Kari Ugland, som lot meg få være prosjektleder for samhandlingsprosjektet om «Oppfølging av pasienter med behov for samansette tenester med fokus på re-innleggingar». Det ga meg inspirasjon til å skrive masteroppgaven som en del av prosjektarbeidet. I tillegg vil jeg gjerne få takke alle som har stilt opp til intervju både en og to ganger. Uten deres innspill hadde jeg ikke hatt data til oppgaven.

Min veileder Sissel Hovik fortjener en stor takk for verdifulle råd, oppmuntring og konstruktive innspill gjennom hele prosessen. Det har vært til stor nytte og helt nødvendig for å komme i mål med oppgaven.

Familien min fortjener også takk for positiv veiledning, praktisk hjelp og oppmuntring underveis!

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Den store økningen i antall eldre som lever lenger med funksjonsnedsettelse, gir utfordringer for velferdsstaten. Problemstillingen er hvordan samhandlingsutfordringer knyttet til informasjonsflyt, kultur og tillit kan påvirke re-innleggelser og om statens virkemidler kan styrke disse relasjonelle forholdene. Teoretisk rammeverk er samstyring, virkemidler i samhandlingsreformen og teori knyttet til informasjonsutveksling, kultur og tillit.

Metode: Kvalitativt design er brukt for å belyse oppgavens problemstilling. Oppgaven er en case studie. Fokusgruppeintervjuer er brukt for å få frem mest mulig informasjon om samhandlingsutfordringer. Tre fokusgruppeintervjuer, alle tre tverrfaglig sammensatt av fagpersoner fra kommuner og sykehus og et intervju med en brukerrepresentant, har vært med å gi svar på problemstillingene.

Resultat: Studien viser at det er samhandlingsutfordringer knyttet til informasjonsflyten ved utskrivning og innleggelse. Ulike virkelighetsoppfatninger og kartleggingsmetoder ved beskrivelse av pasientens funksjon i kommunene og på sykehus viser kulturforskjeller. Informantene fra kommunene har uttrykt mistillit til sykehusets vurdering av de utskrivningsklare pasientene og sykehuset mangler tillit til kommunenes kompetanse til spesialiserte oppgaver. Studien viser at de nettverksbaserte virkemidlene som nettverksmøter og gjensidig hospitering vil ha positiv betydning for informasjonsflyt, kultur og tillit som er viktig for å styrke samhandlingen. Bedre planlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunen og mer utnyttelse av øyeblikkelig-hjelp sengene kan vise seg å ha god påvirkning på re-innleggelser. En felles samhandlingssjef for kommuner og helseforetak med styringsrett, kunne gi mulighet for å gjennomføre raskere og mer helhetlige løsninger på samhandlingsutfordringene.

Konklusjon: Samarbeidsavtalene har hatt betydning for samhandlingen. Samhandlingsreformen har fremtiden for seg, men det må skapes enda bedre måter å samhandle på for å redusere omfanget av re-innleggelser.

Abstract

Background and Objectives: The large increase in elderly who are living longer with impairments provides serious challenges to the welfare state. The question is how challenges in cooperation related to the flow of information, differences in institutional culture, as well as mutual trust are influencing re-admissions, and if the tools of government are able to strengthen these relational conditions. The theoretical framework is related to governance and the effect of the National Cooperation Reform, as well as cultural factors and trust issues.

Method: A qualitative design was used in this study. The subject is a case study. Group interviews were performed to obtain the maximum amount of information concerning the challenges related to communication. Three interviews were performed with interdisciplinary personnel working in the community and working in the hospital. One patient who had been involved in both systems were also given an opportunity to discuss the problems and challenges experienced.

Results: The study shows that there are many challenges related to the flow of information concerning hospital admission and discharge. Difference in perception of patient's conditions, functional levels and mapping methods between communities and hospitals shows relevant differences in culture between these two organizations. The care team working in the community had a lack of confidence in the ability of the specialist hospital team to assess the suitability of a patient to be discharged. The specialist team in the hospital had a lack of confidence in the ability of the community care team to perform skills and tasks required. The study demonstrates that improving network-based strategies, such as network meetings and mutual job-shadowing, could have a positive impact on improved exchange of information, cultural understanding and trust, thereby enhancing overall cooperation. Better community health care planning and the use of emergency beds can also have a positive influence on re-admissions. A coordination consultant with powers to act on behalf of both the specialists in the hospital and the employees in the community health care team could result in a more effective solution to mutual challenges concerning the best interests of the patient.

Conclusion: Agreements to effectuate collaboration have shown a positive effect on inter-departmental co-operation. To promote greater effect of The National cooperation reform better ways of cooperation is essential, in order to reduce re-admissions.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsvitenskap

Oslo 2016

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
1.0 INNLEDNING	7
1.1 PROBLEMSTILLING.....	8
1.2 FORMÅL OG BAKGRUNN FOR OPPGAVEN	8
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	8
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR	9
1.5 TIDLIGERE STUDIER SOM VISER HVA SOM KAN HA INNVIRKNING PÅ RE-INNLEGGELSER	9
2.0 LITTERATURGJENNOMGANG OG TEORETISK RAMMEVERK	10
2.1 SAMSTYRING OG SAMHANDLING.....	10
2.2 RELASJONELLE FORHOLD	11
2.2.1 Informasjonsutveksling	12
2.2.2 Kulturbegrepet i en samarbeidsrelasjon	12
2.2.3 Tillit.....	13
2.3. KLASSIFISERING AV STYRINGSVERKTØY	14
2.4 FORMELLE STYRINGSINSTRUMENTER	15
2.4.1 Hierarkiske styringsinstrumenter	16
2.4.2 Markedsinspirerte styringsinstrumenter.....	16
2.4.3 Nettverksbaserte styringsinstrumenter.....	17
2.5 STRUKTURELLE VIRKEMIDLER FOR KOORDINERING	18
2.5.1 Hierarkiske virkemidler.....	18
2.5.2 Markedsinspirerte virkemidler	18
2.5.3 Nettverksinspirerte virkemidler.....	19
3.0 METODE	21
3.1. DESIGN	21
3.2 PROSEDYRE FOR INNSAMLING AV DATAMATERIALE.....	21
3.3 UTVELGELSE.....	22
3.4 ANALYSE AV DATAINNSAMLINGEN.....	25
3.5 STYRKER OG SVAKHETER VED FORSKNINGSDESIGNET.....	25
4.0 FUNN	28
4.1 RELASJONELLE FORHOLD	28
4.1.1 Informasjonsutveksling	28
4.1.2 Kulturforskjeller.....	32
4.1.3 Tillit mellom kommuner og sykehus.....	33
4.2 FORMELLE STYRINGSINSTRUMENTER	35
4.3 STRUKTURELLE VIRKEMIDLER.....	38
5.0 DRØFTING AV FUNNENE	41
5.1 RELASJONELLE FORHOLD	41
5.1.1 Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelse i forhold til informasjonsutveksling?	41
5.1.2 Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelse i forhold til kultur?.....	43
5.1.3 Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelse i forhold til tillit?	44
5.2 VIRKEMIDLER	45
5.2.1 Har de formelle styringsinstrumentene bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit?	45
5.2.2 Har de strukturelle virkemidlene bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit?	48

6.0 KONKLUSJON	52
7.0 LITTERATURLISTE	54
8.0 VEDLEGG	56

1.0 Innledning

I dagens samfunn står vi overfor store utfordringer med tanke på den økende andelen eldre i befolkningen. I følge stortingsmelding nr.13, Helse og velferd¹ vil det i 2025 være en kvart million mennesker over 80 år. Ettersom flere eldre lever lenger med mange lidelser og funksjonsnedsettelse, vil behovet for velferdstjenester øke. Samhandlingsreformen gav uttrykk for at velferdsstatens mål kan nås gjennom bedre styring og organisering (Vabø 2014, s.11). Bedre samhandling handler både om å få de ulike helsenivåene til å samhandle bedre og å bedre koordineringen på tvers av tjenestefelt og mellom tjenesteapparat og befolkningen (ibid). Formålene med samhandlingsreformen var derfor å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre til det beste for befolkningen og pasientene. I tillegg skulle reformen gi en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom kommuner og sykehus. Gjennom samhandlingsreformen skulle utgiftene til sykehusene bremses og kommunene ble pålagt et større ansvar for behandling og oppfølging av pasientene (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

Til tross for at det er utarbeidet samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, har det i følge kvalitetsrapporten om re-innleggelser fra Folkehelseinstituttet 2015² vært gjennomsnittlig 15,5 prosent re-innleggelser ved norske sykehus. Re-innleggelse defineres som «enhver etterfølgende akutt innlegging som skjer mellom 8 timer og 30 dager etter utskrivning». Re-innleggelser vil ofte være en belastning for pasientene og det er ressurskrevende. Sannsynligheten for at eldre pasienter blir re-innlagt i norske sykehus har økt i femårsperioden fra 2011 til 2015. Til tross for dette var det fra 2014 til 2015 likevel en signifikant nedgang i sannsynligheten for å bli lagt inn igjen, totalt sett. Dette viser at noen av statens virkemidler i samhandlingsreformen kan ha begynt å fungere. Kommunene i Helse Fonna Helseforetak HF som undersøkes i denne oppgaven, er blant de som har ligget høyt på antall re-innleggelser i forhold til andre helseforetak ut fra rapporten om resultater om re-innleggelser fra kommuner og sykehus i 2014³. Det er derfor grunn til å se nærmere på hva årsakene til det kan være.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/sec1>

² <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.resultater-for-sykehus-og-kommuner-2015>

³ <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.resultater-for-sykehus-og-kommuner-2014>

1.1 Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er følgende:

-Hvorfor og på hvilken måte kan samhandlingsutfordringer mellom kommuner og sykehus påvirke omfanget av re-innleggelser i sykehus etter innføring av samhandlingsreformen?

Ut fra problemstillingen vil følgende forskningsspørsmål bli undersøkt:

-Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelser i forhold til informasjonsutveksling, kultur og tillit?

-Har virkemidlene i samhandlingsreformen bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit?

1.2 Formål og bakgrunn for oppgaven

På bakgrunn av de høye tallene for re-innleggelser i Helse Fonna i 2014 ble det søkt om samhandlingsmidler fra Helse Vest til et prosjekt for å undersøke mulige årsaker til de høye tallene. Våren 2015 fikk jeg ansvar for prosjektet med tittelen: «Oppfølging av pasientar med behov for samansette tenester med fokus på re-innleggingar». Prosjektarbeidet har omfattet søk i 25 pasientjournaler for å vurdere funn som kan indikere årsaker til re-innleggelser. I tillegg har prosjektet omfattet forslag til tiltak for å redusere antall re-innleggelser blant de eldste pasientene basert på funnene i journalsøkene. En pilot med forslag til tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av re-innleggelser er allerede i ferd med å utprøves i Helse Fonna fra 01.11.16.

En del av prosjektet mitt i Helse Fonna var også å identifisere samhandlingsutfordringer knyttet til re-innleggelser. Det er grunn til å anta at re-innleggelser kunne forklares med forhold i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, samt i samhandlingen mellom de ulike forvaltningsnivåene. Tall for re-innleggelser kan i følge Folkehelseinstituttet (2014) således brukes som en samhandlingsindikator. Denne kvalitative studien om samhandlingsutfordringer vil dermed å gi svar på deler av problemstillingen i prosjektet mitt i Helse Fonna.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg har valgt å vurdere samhandlingsutfordringer knyttet til re-innleggelser i forhold til de relasjonelle forholdene knyttet til informasjonsutveksling, kultur og tillit, samt om de statlige

virkemidlene i samhandlingsreformen kan styrke de relasjonelle forholdene. Kommunenes ressurser, organisering og maktperspektivet i forhold til samhandlingsutfordringer som kan påvirke re-innleggelser, vil ikke bli omhandlet i studien.

1.4 Oppgavens struktur

Etter det innledende kapittel en vil jeg i kapittel to gjøre rede for relevant litteratur og rammeverk som underbygger problemstillingen og som utgjør en nødvendig bakgrunnskilde for å sikre forståelse av oppgaven. Videre gir kapittel tre informasjon om studiens metodiske utforming. Hvilken metode som er brukt, datamaterialet og gjennomføringen av undersøkelsen er beskrevet. Deretter drøftes forhold ved materialet og metoden som har betydning for resultatenes reliabilitet og validitet. I kapittel fire vil funnene fra intervjuene i studien bli presentert. I kapittel fem diskuteres resultatene som har kommet frem i lys av relevant litteratur og empiri. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og veien videre.

1.5 Tidligere studier som viser hva som kan ha innvirkning på re-innleggelser

I følge rapporten til Lindman, Damsgaard, Tjomsland og Helgeland (2012) kan re-innleggelser skyldes tidlig utskrivning og mangelfull oppfølging etter utskrivning fra sykehus. Studier av Burke, Guo, Prochazka og Misky (2014) viser at det som har hatt best effekt på å redusere antall re-innleggelser, er sammensatte tiltak til å følge opp pasientens symptomer etter utskrivning. I tillegg er effekten av å kartlegge pasienten sitt hjelpebehov etter utskrivning og å undervise pasienten i å mestre sykdommen sin, ansett som gode tiltak (ibid). Rapporten fra Folkehelseinstituttet om re-innleggelser i norske sykehus (Folkehelseinstituttet 2016) viser at re-innleggelser kan være avhengig av tilgangen på kommunale tjenester, kvaliteten på de kommunale tjenestene og samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene.

2.0 Litteraturgjennomgang og teoretisk rammeverk

Problemstillingen i denne oppgaven er hvorfor og på hvilken måte samhandlingsutfordringer mellom kommuner og sykehus kan påvirke re-innleggelses. Det teoretiske rammeverket er hentet fra organisasjonsteori om samstyring slik det beskrives i Røiseland & Vabo (2012). Det teoretiske bakgrunnsstoffet er knyttet til informasjonsutveksling, tillit og kultur. Jeg vil deretter ta utgangspunkt i hvordan virkemidler for koordinering i samhandlingsreformen er fremstilt i Velferdens organisering (Terjesen & Vabo 2015) ut fra de grunnleggende prinsippene for styring gjennom hierarki, marked og nettverk som fremstilles hos Bouckaerts, Peters & Vorhoest (2010). Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 og det er dermed begrenset med studier og undersøkelser knyttet til reformen i forhold til re-innleggelses.

2.1 Samstyring og samhandling

Etter annen verdenskrig har det i samfunnsstyringen av Norge skjedd en endring i takt med utviklingen ellers i verden. Offentlig administrasjon eller byråkratiet er den klassiske styringsformen som har preget samfunnsstyringen i hele etterkrigstiden frem til 1980-årene. Ifølge Røiseland & Vabo (2015) var det ved innføring av byråkratiet en sterk tro på at offentlige myndigheter skulle løse samfunnsproblemer i velferdsstaten. Styring gjennom lover og regler ble vektlagt og det var en klar grense mellom det offentlige og det private.

Byråkratiet fikk etterhvert en konkurrent ved utviklingen av høyrebølgen i vestlige land på slutten av 1970-tallet. Margaret Thatcher og Ronald Reagan kom til makten i henholdsvis Storbritannia og USA og det var starten på det som kalles Ny offentlig styring eller New Public Management, NPM. Dette styringsregimet holdt seg utover i 1980- og 1990-tallet og førte til et oppbrudd fra det klassiske byråkratiet. Den avgjørende ideen til NPM er at offentlig sektor ikke representerer noe grunnleggende annerledes enn privat sektor i og med at organisering, styring og ledelse er prosesser som er vanlige i alle former for styring. Det er politikerne som setter de overordnede målene og de ulike offentlige virksomhetene er ansvarlige for å nå målene gjennom gitte ressursrammer (ibid. 2015).

Fra 1990-årene får vi et nytt styringsregime som et supplement til byråkratiet og Ny offentlig styring. Ifølge Røiseland & Vabo (2015) kalles denne styringsformen på norsk for samstyring. Grunnen til at denne styringsformen vokste frem var at produksjon av tjenester og

iverksetting av politikk var blitt mer og mer komplekst. Det er et stort behov for horisontal koordinering mellom styringsnivåene, eller helhetlig styring. Med horisontal koordinering menes at likestilte organisasjoner samhandler på tvers for å finne gode løsninger på felles utfordringer. Det er blitt nødvendig å løse oppgavene i fellesskap. Røiseland & Vabo (2015, s. 21) definerer samstyring som «den ikke –hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening». De ulike aktørene innen samstyring er mer eller mindre likeverdige og gjensidig avhengige av hverandre. De kan imidlertid oppleve at det låser seg i konfliktfylte situasjoner og ingen har overordnet makt til å gripe inn. Dette viser at samstyring ikke alltid er effektivt til å løse kompliserte kollektive problemer. En kan ikke tvinge den andre parten til å foreta beslutninger som det ikke er felles enighet om. Samhandlingsreformen er et eksempel på samstyring ifølge Røiseland & Vabo (2015, s.22). «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell måte» (St.meld. nr. 47, (2008-2009).

Utfordringene knyttet til samarbeidet mellom de som jobber med pasienter, «human service organizations», handler om at organisasjoner som behandler mennesker har noen fellestrekk som gjør dem særegne (Vabø, 2014, s. 14). De har til hensikt «å gjøre noe med» mennesker – ikke levere noe til. Dessuten forholder de seg til mangesidige og uregjerlige problemer, såkalte «wicked problems» som overskrider ulike kompetansefelt. De skal ut fra idealene i politikken ikke bare levere et stykke praktisk arbeid men bidra til å vedlikeholde eller bedre menneskers helse og velferd og sørge for at eldre føler seg trygge (ibid, s.15). Dette aspektet er også med på å gjøre samhandling mellom ulike enheter innad i kommuner og sykehus og mellom kommuner og sykehus ekstra utfordrende.

2.2 Relasjonelle forhold

Hvorvidt en har lyktes med samhandlingen i forhold til re-innleggelser vil påvirkes av ulike forhold. Jeg har valgt å trekke frem tre forhold som kan påvirke relasjonene mellom partene i samhandlingsreformen: informasjonsflyt, kultur og tillit.

2.2.1 Informasjonsutveksling

En god informasjonsflyt er vesentlig for å oppnå koordinerte tjenester gjennom frivillig samarbeid. Brattheim, Hellesø & Melby (2016) trekker fram i sin artikkel at hovedhensikten med elektronisk kommunikasjon er å bidra til en mer effektiv og sikker samhandling om pasienter som forflyttes mellom sykehus og kommune. På bakgrunn av informasjon fra Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) påpeker Guri Snøfugl, Anders Grimsmo, Vigdis Heimly, Line Melby og Bård Paulsen (2006) at det bør utvikles bedre elektroniske løsninger for effektiv informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter fra sykehus. Informasjonsbehovet til kommunehelsetjenesten bør stå i fokus. Gjennom det nasjonale programmet: «*Meldingsløft for elektronisk samhandling*»⁴ er det identifisert et stort behov for koordinering av meldingsutvekslingen mellom virksomhetene. Det er tydeliggjort at meldingsutveksling gir avhengighet til andre som skal motta eller sende meldinger, for enkelte av oppgavene lar seg ikke løse av den enkelte virksomhet alene. I følge stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) er utgangspunktet for teknologiske samhandlingsløsninger basert på hvordan pasientbehandling kan understøttes best mulig gjennom tilgang til informasjon som grunnlag for god diagnostikk, pasientbehandling og pleie.

2.2.2 Kulturbegrepet i en samarbeidsrelasjon

Kulturbegrepet vokste fram på 1970 tallet etter at en så nærmere på hvorfor noen bedrifter overlever mens andre bukker under i samme bransje (Bang, 2013). Hva er det som gjør at medarbeidere i en organisasjon samhandler med hverandre og omgivelsene og skaper gode resultater mens andre ikke får dette til? Hvilke krefter er det som spiller inn? I følge Bang (2013, s.21) er det flere måter å definere kulturbegrepet på. Det kan omhandle både *kognitive (tankemessige) systemer* som en kultur som delte ideer, verdier og virkelighetsoppfatninger eller kultur som observerbare objekter og hendelser i en gruppe, interaksjonsmønstre eller *overførte adferdsmønstre*. Kultur har en tendens til å skape samhold innen gruppen og skape avstand til andre fellesskap. Bang (2013) påpeker at kultur gir seg utslag i felles språk, prosedyrer og symbolbruk. Gode kodeverk og klassifikasjoner er nødvendige forutsetninger for å utvikle et felles språk for kommunikasjon om helse og helsetjenester mellom fagfolk,

⁴<http://legeforeningen.no/yf/Leger-i-samfunnsmedisinsk-arbeid/Nyheter/meldingsloftet-for-elektronisk-samhandling/>

forvaltning og befolkningen. Ifølge Bouckaert, Peters & Verhoest (2010, s.64) står de menneskelige ressursene sentralt når en skal koordinere en felles kultur og felles kunnskap og kompetanse mellom ulike organisasjoner. På samme måte fremhever Torjesen & Vabo (2014, s.146) at det er viktig å etablere felles arenaer for utvikling av kunnskapsvisjoner, verdier og normer mellom organisasjoner, for på den måten å fremme samarbeid og samhandling.

2.2.3 Tillit

For å få til en god koordinering påpeker Tone Alm Andreassen i Velferdens organisering (2014) at en er avhengig både av styring fra toppen og en forankring av tillitsbånd som er bygget opp lokalt. Styring ovenfra kan dermed ikke bidra til koordinering med mindre det skapes rom for å utvikle tillitsbaserte samarbeidsrelasjoner.

Å styre gjennom tillit og verdier vil derfor være den billigste og beste måten å påvirke på belyser Røiseland og Vabo (2012, s.59). Dersom sykehus og kommuner kan lykkes i å skape møteplasser der en kan bygge tillit til hverandre og utvikle felles verdier kan det være med å motivere til bedre samhandling. Utfordringen er at tillit er avhengig av en god relasjon og det å opprettholde felles verdier krever at en samarbeider med hverandre om felles saker. Å bygge tillit er avhengig av at partene møtes for tillit skapes over tid. Når en styrer ved hjelp av tillit og verdier kan en påvirke adferden til hverandre gjennom å samarbeide på de ulike samhandlingsarenaene (Røiseland og Vabo 2012, *ibid*).

Litteraturen viser at det er flere perspektiver på tillit innenfor organisatorisk styring. Inge Hermandrud (2016, s. 121-122) belyser at de to viktigste er det tynne og det tykke institusjonelle perspektivet. Det tynne institusjonelle perspektivet ser på tillit som et produkt av rasjonell adferd, og legger til grunn at den enkelte er motivert til å ta rasjonelle valg som maksimerer nytte og minimerer tap. Kritikken mot dette perspektivet er at det overvurderer den enkeltes evne til å vurdere og beregne om man skal ha tillit eller ikke ha tillit til den andre. Det tykke institusjonelle perspektivet understreker at tillit, sett som resultater av rasjonell adferd, overser hvordan sosialisering danner grunnlag for tillit. Barber (1983, s.9) ser tillit som et sett av sosialt lærte og sosialt bekreftede forventninger som folk har til hverandre, fremfor rasjonelle overveielser. Barber (1983) sier videre at tillit har å gjøre med å forplikte seg og vise ansvar.

I generell psykologi og i litteraturen skilles det mellom affektiv og kognitiv basert tillit. Om du stoler på de rådene en kollega gir deg, betyr at du har kognitiv tillit til vedkommende. Affektiv tillit handler om at man er villig til å dele sine kunnskaper med andre (Hermandrud 2016, s.123). Det sentrale i et praksisperspektiv er at tillit bygges opp gjennom samhandling. Gjennom å arbeide sammen får kolleger tillit eller mistillit til hverandres kunnskap og kompetanse. Studier viser at det er utfordrende å bli kjent med hverandre gjennom kommunikasjonsteknologi. Samtidig kan nettverksmøter som foregår på en digital arena bidra til at tillit utvikles gjennom kjennskap og samarbeid til hverandre (ibid, s.124-130).

I følge Ferguson og Stoutland (1999) er det viktig å ha et fundament for et samarbeid og hvilke forventninger en kan ha til samarbeidspartnerens oppførsel i det fremtidige samarbeidet. De mener det må stilles noen grunnleggende spørsmål for å vurdere om det er grunnlag for tillit mellom partene i et samarbeid. Hva er motivene for den nåværende og fremtidige samhandlingen? Er samarbeidspartnerne kompetente? Har de kunnskaper og egenskaper til å gjøre jobben som partene ønsker av dem? Forstår de saken? Og hvis ikke, er de villige til, og i stand til å lære (ibid)?

2.3. Klassifisering av styringsverktøy

I den internasjonale faglitteraturen om styringsverktøy finnes en rekke typologier over styringsinstrumenter (Røiseland & Vabo, 2012, s.60). Vedung (1998) har klassifisert styringsverktøyene som *gulrot*, *pisk* og *preken*. *Pisken* kommer til uttrykk ved regler, ordrer og direktiver. Trussel om straff vil sikre at reguleringene følges opp. *Gulroten* kjennetegnes ved at en ikke er tvunget til handling, men incentivene kan gjøre enkelte handlinger mer eller mindre attraktive. *Preken* omfatter informasjon og dekker forsøk på å oppnå innflytelse gjennom kunnskap og argumentasjon.

Den andre mest brukte klassifiseringen er fremstilt av Christoffer Hoods & Helen Margetts (2007). Her er inndelingen etter det såkalte NATO skjemaet som på norsk kan betegnes som nodalitet, autoritet, finanser og organisasjon. Nodalitet betyr knutepunktet. Samhandlingsreformen er initiert av regjeringen (nodalitet) med vedtak for gjennomføring i Stortinget (2011), som i siste instans er ansvarlige for reformen. Stortinget har autoritet til å sette makt bak reformen (authority) ved innføring av nye lover og forskrifter for å regulere samhandlingen. Finanser (treasure) omfatter de økonomiske virkemidlene som økte rammer til kommunehelsetjenesten og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. I tillegg til de

økonomiske virkemidlene skal organisasjonen utvikles gjennom nettverksbygging som er et virkemiddel for å bedre koordineringen i samhandlingsreformen (Vabø og Vabo 2014). Styringsverktøyene kan også klassifiseres i *myke* og *harde* virkemidler ut fra graden av tvangsmakt eller autoritet (Vedung1998). Graden av autoritet spesielt aktuelt i tilknytning til styring ved samstyring ut fra Røiseland & Vabo (2015, s.62). Det ligger et paradoks i at bruk av makt reduserer mulighetene for å nå målene, siden bruk av makt vil kunne ødelegge samarbeidet. Styring av samstyring bør derfor ha en mindre autorativ form for styring, enn styring innenfor et organisert hierarki. De mykeste virkemidlene og en myk bruk av de hardeste virkemidlene egner seg derfor best ved samstyring (ibid, s. 64). Et grunnleggende paradoks ved samstyring er at det forutsetter frivillighet og at en organiserer seg på egenhånd. Det er ikke mulig å tvinge partene til å samarbeide godt (Vabø 2014, s.20). Ved utveksling av kunnskap, tid og ressurser må partene forplikte seg på en helhetstenkning. Når myndighetene benytter seg av nettverks- koordinering som en form for styring, baserer de seg i stor grad på «myke styringsmidler» som overtalelse, konsultasjoner og samarbeidsløsninger gjennom gjensidig inngåtte samarbeidsavtaler. Selv om det offentlige legger vekk sin formelle autoritet, får de en rolle med å utpeke retningen for partnerskapet. I tillegg vil de gjennom sin lovgivermyndighet ha en pisk eller ris bak speilet. Dersom frivilligheten ikke gir resultater kan staten vedta nye og strengere forpliktelser, overvåking og sanksjoner (ibid). I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen har kommuner og sykehus iverksatt ulike styringsinstrumenter. Disse vil bli beskrevet i neste kapittel.

2.4 Formelle styringsinstrumenter

Et av målene med samhandlingsreformen var å forbedre koordineringen mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten. Koordinerte pasientforløp blir definert som «den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov» (St.meld. nr. 47, 2008-2009). I følge Ouchi (1980) kan koordinering skje både gjennom hierarki, marked og nettverk. For å bedre koordineringen i samhandlingsreformen ble det iverksatt ulike styringsinstrumenter og strukturelle virkemidler som både er inspirert av hierarki, marked og nettverk.

2.4.1 Hierarkiske styringsinstrumenter

Grunnlaget for koordinering i et hierarki er autoritet hvor samordning påvirkes eller styres gjennom å pålegge, overtale eller oppmuntre til samarbeid i en såkalt « top-down» eller linjebasert styring som er bevisst planlagt for å oppnå bestemte mål (Bouchaert m.fl.2010, s.35). I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen har staten pålagt kommunene og helseforetakene å samarbeide om tjenester gjennom en avtalefestet samhandling, (Torjesen & Vabo 2014, s.140). Pålegget som er hierarkisk fra statens side trenger ikke være hardt eller autoritært i betydningen tvangsbasert. Det er mulig å påvirke uten å tvinge ved at styringsobjektene styrer seg selv i tråd med hva staten ønsker. I det norske styringssystemet er et påtvunget partnerskap en nyskaping som kommer i tillegg til tradisjonell styring gjennom særlover og forskrifter. Et annet aktuelt hierarkisk styringsinstrument er tradisjonelle inputorienterte finansielle styringssystemer som øremerkede tilskudd fra helsedirektoratet til opprettelse av øyeblikkelig hjelp – funksjoner i kommunene (ibid, s.140-141).

2.4.2 Markedsinspirerte styringsinstrumenter

De markedsinspirerte styringsinstrumentene dreier seg om å skape incentiver for å bedre organisasjonene sine ytelser i en ønsket retning ved konkurranse og utbytte for å skape umiddelbare resultater (Bouchaert m.fl.2010, s.35). Kommunal medfinansiering av sykehusopphold for innbyggere hjemmehørende i kommunen er et incentiv ved at kommunene belønnes dersom de unngår eller reduserer bruk av sykehustjenester (Torjesen & Vabo, 2014, s.145). Dette styringsinstrumentet falt imidlertid bort i 2015 da det ikke svarte til forventningene. Kommunal betaling eller dagbøter for utskrivningsklare pasienter er også et eksempel på et resultatorientert finansielt styringssystem. Dersom kommunene ikke har kapasitet til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus fra dag, inntreter et betalingskrav på ca. kr 4000, pr. døgn. Et annet markedsinspirert styringsinstrument er Helsedirektoratets styringsdata for kommune, IPLOS, som brukes i kommune- stat rapportering, KOSTRA ⁵ (ibid).

⁵ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenesterhttps>

2.4.3 Nettverksbaserte styringsinstrumenter

Nettverk kjennetegnes ved samarbeid og solidaritet med bevisste formål eller samarbeid som kan medføre spontane resultater (Bouchaert m.fl.2010, s.35). Samhandlingsprosjekter mellom kommuner og helseforetak med støtte fra det offentlige er eksempel på et nettverksbasert styringsinstrument. Samhandlingsprosjektet vedrørende reinnleggelser som jeg er prosjektleder for, har fått samhandlingsmidler, og er dermed et eksempel på et verktøy for å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Et annet viktig styringsinstrument for koordinering kan organiseres gjennom ulike former for opplæring og jobbrotasjon (Torjesen & Vabo, 2014). Eksempler på regionale/lokale koordineringstiltak er interkommunale fagnettverk innen for eksempel kreftomsorg, rehabilitering og kronikergrupper som diabetes og kols, gjerne i samarbeid med fagpersoner i fra sykehusene. Enkelte sykehus har også prøvd ut kombinasjonsstillinger der sykepleiere deler arbeidstiden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste for å fremme samarbeid og forståelse for hverandres utfordringer. Gjensidige hospiteringsordninger er også et eksempel på tiltak som kan styrke opplæringen (ibid).

Nettverksstyring skal være med å styrke samhandlingen og forståelsen av hverandres utfordringer i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Målet med nettverk er å få en felles forståelse av problemene og en ledelse som legger til rette for at partene lytter til hverandre. Det handler om å skape betingelser for gjensidig læring slik det fremstilles i Vabø (2014, s.19). Et annet viktig styringsinstrument for koordinering er de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak (Torjesen & Vabo 2014, s.141). Hensikten med samarbeidsavtalene er i følge helse- og omsorgstjenesteloven er å få til en best mulig informasjonsflyt mellom primærhelsetjenesten og sykehusene (Helse- & omsorgsdepartementet, 2011). I samarbeidsavtalene skulle også pasient - og brukererfaringer inngå som en del av vurderingsgrunnlaget (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Om samarbeidsavtalene er en form for hierarkisk styring eller nettverksstyring avhenger av styrken i pålegget. I denne studien vil det bli brukt både som et hierarkisk og et nettverkslignende styringsverktøy, men med mest vekt på nettverksbetydningen.

2.5 Strukturelle virkemidler for koordinering

2.5.1 Hierarkiske virkemidler

Et hierarkisk strukturelt virkemiddel som staten bruker som koordineringsvirkemiddel er å reorganisere ansvaret ved å flytte øyeblikkelig hjelp funksjonene fra sykehuset til kommunene (Torjesen & Vabo 2014, s.142). Et annet eksempel på reorganisering av kommando linjer, er etableringen av spesifikke koordineringsfunksjoner eller enheter som vedtakskontor og koordinerende enheter i kommunene. I de statlige helseforetakene har en opprettet samhandlingssjef som bistår kommunene med etablering av øyeblikkelig hjelp funksjoner og etablering av lokalmedisinske tjenester. Samhandlingssjefen har i mange tilfeller sekretariatsfunksjoner for samhandlingsutvalget mellom helseforetak og kommuner (ibid, s.148).

2.5.2 Markedsinspirerte virkemidler

Den økonomiske tankegangen i markedsinspirerte virkemidler har vært i bruk som et koordineringsvirkemiddel i samhandlingsreformen (Torjesen & Vabo, 2014, s.142). Markedet kan gjenkjennes ved bestiller-utfører modellen som er et kjerneelement i «New Public management» (Rasmusen & Vabø 2014, s.102). For å forstå utviklingen av modellen slik den fremstår i kommunene må en se tilbake på hvordan hjemmetjenesten startet i kommunen og hvordan den har utviklet seg frem til i dag. Hjemmetjenesten i kommunene har vært en sentral del av hjelpetilbudet for de skrøpelige eldre over 80 år. Fra starten i 1960-årene har hjemmetjenesten vært organisert som en praktisk og sosial hjelpetjeneste. Først på 1980 tallet fikk tjenesten preg av å være et profesjonelt organisert arbeid i og med at kommunene fikk et samlet ansvar for tjenestetilbudet til eldre. Med innføring av rammefinansieringen fikk kommunene ansvaret for å prioritere mellom ulike tjenesteformer og sørge for at ressursene ble utnyttet best mulig. De kostnadskrevene institusjonsplassene ble erstattet med at omsorgsansvaret ble flyttet til den hjemmebaserte tjenesten og plass på sykehjem ble reservert til de mest pleietrengende (ibid). Tidlig på 1990 tallet var den gruppeorganiserte hjemmetjenesten organisert i en hierarkisk organisasjonsstruktur med pleie- og omsorgstjenesten som den øverste lederen både for de hjemmebaserte og de institusjonsbaserte tjenestene. Ansvaret for det daglige arbeidet var lagt til styrene på sykehjemmene og sonelederne i hjemmetjenesten. Sonelederen kunne også delta i praktiske

oppgaver og fungerte dermed både som en støtte, veileder og som en tilrettelegger av arbeidet for medarbeiderne (ibid). Den fleksible og selvstyrte arbeidsformen kom imidlertid under sterkt press ovenfra for å begrense ressursbruken og nedenfra fra brukere og pårørende som opplevde nedskjæringer og som lurte på hva de hadde krav på. Borgernes rettssikkerhet og kommunenes kostnadskontroll forutsatte mer kontroll over tjenestene. Med en ny bestemmelse i Lov om sosiale tjenester skulle tildeling av sosiale tjenester regnes som enkeltvedtak (§8-1) og kan påklages til fylkesmannen (§8-6)⁶. Med denne bestemmelsen måtte hjemmetjenesten gjøre sine behovsvurderinger eksplisitte og tydelige gjennom skriftlige vedtak. De nye kravene om mer styring og synliggjøring av hjemmetjenesten overfor befolkningen og politikerne utgjorde et viktig bakteppe for innføring av nye organisasjonsformer som er inspirert av Ny offentlig styring (NPM). Både innføring av resultatenheter og bestiller - utførermodellen i form av vedtakskontor er kjerneelementer i NPM. Tanken er at forvaltningen *bestiller* tjenesten og at både private og offentlige i prinsippet kan *utføre* tjenestene. I kommunene skulle et eget vedtakskontor med uavhengige fagpersoner gjøre en uholdt vurdering slik at eldre mennesker med samme funksjonsnivå og samme behov skulle få tjenester av samme omfang. Saksbehandlerne skulle drilles i bestiller kompetanse dvs. å vurdere hva som skal utføres og kontrollere hva som er utført. Et annet viktig argument for modellen var å avgrense omfanget av kommunale tjenester gjennom skriftlige vedtak. Vedtakskontoret får *bestillingen*, og på grunnlag av opplysningene i pleie- og omsorgsmeldingene skal de inneha kompetanse til å vurdere hvilken hjelp kommunen kan gi for å *utføre* oppgavene (Rasmussen & Vabø 2014, s.102). De påpeker at modellen kan fremstå som ryddig på papiret, men i praksis kan den skape problem for den er ofte utført på for svakt grunnlag. Ikke minst gjelder det når vurderingen av hjelpebehovet er utført på sykehuset der pasientens helse- og mestringsevne fortøner seg annerledes enn hjemme (ibid. s.103).

2.5.3 Nettverksinspirerte virkemidler

Opprettelsen av et kompetansesenter for IT i helsesektoren for å ha system for informasjonsutveksling er et annet eksempel på statlig bruk av et nettverksinspirert koordineringsvirkemiddel. Koordinator i sykehus for pasienter med kompliserte og langvarige koordinerte tjenester er også et strukturelt nettverksinspirert virkemiddel for koordinering.

⁶[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=Lov om sosiale tjenester](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=Lov%20om%20sosiale%20tjenester)

Koordinatorerne vil også ha ansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Torjesen & Vabo 2014, s.142).

3.0 Metode

Da jeg skulle velge forskningsstrategi, var det naturlig å velge en metode som var tilpasset samfunnsvitenskaplig materie der menneskers handlinger står sentralt (Ringdal (2012, s.103). Kvantitativ forskning er gjerne teoristyrte eller deduktiv ved at forskeren stiller spørsmål og avleder hypoteser fra et eller flere teoretiske perspektiver. I kvalitativ forskning derimot setter forskeren seg nøye inn i informantenes situasjon gjennom for eksempel et samtale intervju, en såkalt induktiv metode. På bakgrunn av intervjuene vil forskeren finne nøkkelbegreper som kan benyttes til å forstå informantenes situasjon og handlinger. Et annet kjennetegn ved kvalitativ forskning er nærhet til det som studeres, der en bruker tekstdata og uformelle analyseteknikker (ibid).

Jeg valgte en kvalitativ metode fordi jeg ønsket å fokusere på mangfoldige erfaringer og nyansert kunnskap fra sentrale personer i stedet for mer overfladisk kunnskap fra mange. De relasjonelle forhold, ikke minst når det gjelder kultur og tillit kan være sterkt personavhengig. Den kvalitative metoden henter frem disse sidene på en bedre måte enn en kvantitativ metode.

3.1. Design

Studien vil være en casestudie. I følge Johannessen, Christoffersen og Tuft (2011, s.90) kan et case være godt egnet til å brukes innen organisasjonsforskning. Det er to kjennetegn ved en case: *oppmerksomheten* avgrenses til den spesielle casen og det blir gjort en *inngående* beskrivelse av casen. Det handler om å samle inn så mye informasjon som mulig om et avgrenset fenomen. I denne oppgaven vil «caset» eller problemstillingen være å se på *hvordan og på hvilken måte* samhandlingsutfordringer kan påvirke re-innleggelser i sykehus.

3.2 Prosedyre for innsamling av datamateriale

Studien startet med å søke og få godkjenning av studien til NSD (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste). (Vedlegg 1).

I studien ønsket jeg å få frem ulike synspunkter på samhandlingsutfordringer knyttet til reinnleggelser. I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan fokusgrupper brukes når en ønsker å få frem flere synspunkter på et emne. Metoden er velegnet til utforskende undersøkelser på et nytt område. Den kollektive ordvekslingen kan bringe frem flere spontane og emosjonelle

synspunkter enn når det brukes individuelle og mer kognitive intervjuer. Samhandlingsreformen er en fersk reform og utfordringer i samarbeidet mellom kommuner og sykehus er et aktuelt tema. Det å få frem synspunkter på hva informantene tenker og føler i forhold til samhandlingsutfordringer knyttet til reinnleggelser, gir gruppeintervjuene gode muligheter til.

Intervju er den mest vanlige måten å samle inn kvalitative data på. I et gruppeintervju er strukturen noe løsere og forskeren er mer en moderator enn en intervjuer. En fordel med gruppesamtaler er muligheten til å observere samhandlingen i en gruppe rundt et emne i løpet av relativ kort tid, halvannen til to timer. (Johannessen m.fl. 2011). For å få opplysninger om problemstillingen har jeg brukt et delvis strukturert intervju for å finne en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet (ibid 2011). Det er brukt den samme strukturen med omtrent samme tema og spørsmål i intervjuguiden til informantene på sjukehuset, i kommunene og i de sammensatte gruppene. Gruppestørrelsen har vært på seks informanter i de to første gruppene. Disse intervjuene ble foretatt på et møterom på egen arbeidsplass. I den sammensatte gruppen var det 11 personer med på intervjuet. Dette intervjuet ble foretatt på et møterom på et annet sykehus. Intervjuene varte i en til halvannen time og ble tatt opp på bånd i perioden 29.01.16-11.03.16. I tillegg til de tre fokusgruppeintervjuene er det foretatt et individuelt intervju med en brukerrepresentant for å få frem synspunkter fra pasientens og brukerens perspektiv. Dette var det første intervjuet. (Vedlegg 2).

3.3 Utvelgelse

Ifølge Johannesen m.fl. (2011, s.109) vil en måtte ta en avgjørelse på sammensetningen av deltakerne, størrelsen på gruppene og antall grupper. Deltakerne må være både like og ulike (Rieper 1993). Gruppen bør ifølge Krueger (1988) være både homogen og samtidig ha tilstrekkelig variasjon for å få frem ulike oppfatninger. Utvelgelsen av informantene ble foretatt ut fra hva som var hensiktsmessig for å få svar på forskningsspørsmålene (Johannesen m.fl.2011, s.111). Jeg ønsket å få frem opplysninger om temaet fra de som daglig erfarer utfordringer med re-innleggelser. For å få et bredest mulig informasjonsgrunnlag om informantenes erfaringer med samhandlingsutfordringer og hvordan de kan påvirke re-innleggelser, tok jeg en avgjørelse om å ha med ulike faggrupper i alle gruppene. For å få variasjon i gruppene har både leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter vært informanter. Gruppene var homogene ved at informantene har god kjennskap til problemstillingen og alle er helsearbeidere. Ulikheten kommer frem ved at informantene fra kommunene kommer fra legetjenesten, hjemmetjenesten, vedtakskontoret,

sykehjem og fra fysio- og ergoterapiavdelingen. Sykehusene er representert med de samme faggruppene fra ulike kliniske avdelinger som har erfaring med reinnleggelser. Ingen av informantene tilhører det øverste ledernivået for informantene er enten seksjonsledere, funksjonsledere eller informanter uten lederfunksjon.

Jeg startet med å informere lederne for de ulike faggruppene i kommuner og sykehus om studien og om de hadde forslag til aktuelle kandidater til fokusgruppene. Utvelgelsen startet med at jeg først tok kontakt med flere fastleger. Tidligere erfaring har vist at det kan være vanskelig å få dem med på grunn av arbeidssituasjonen deres. Jeg kontaktet flere fastleger fra kommunene uten å få dem med. De skyldte på at det ikke var avsatt tid i deres arbeidsavtaler til å delta på samarbeidsarenaer mellom kommuner og helseforetak. Til slutt fikk jeg med en kommuneoverlege. Vedkommende har jobbet både som fastlege og tilsynslege på sykehjem. Jeg mente det var viktig å få med en representant fra sykehjemmene og jeg tok derfor kontakt med lederen for et av sykehjemmene i en av kommunene. Vedkommende var villig til å delta, men deltok kun i den sammensatte gruppen på grunn av andre avtaler i den foreslåtte tiden. Jeg tok også kontakt med aktuelle kandidater fra hjemmetjenesten og fra fysio- og ergoterapitjenesten i kommunene ut fra anbefalingene til deres ledere. Informanten fra hjemmetjenesten var funksjonsleder og informanten for fysio- ergoterapeutene i kommunen var avdelingsleder. Avdelingslederen valgte selv å delta siden det ikke var mulig å få med andre ergo eller fysioterapeuter. Jeg tok også kontakt med vedtakskontoret i en av kommunene og fikk med lederen av kontoret og en saksbehandler som begge var sykepleiere med erfaring fra hjemmetjenesten. Jeg foretok selv utvelgelsen av alle deltakerne ut fra forslag fra deres overordnede. En ergoterapeut ble utvalgt av en av seksjonslederne i kommunen. Det var positivt for gruppen at informanten var ergoterapeut siden ergoterapeutene ellers ikke var representerte i fokusgruppene.

Fra sykehuset ønsket jeg å få med de samme faggruppene som fra kommunene, med deltakere som representanter både fag- og mellomledernivå. Jeg tok kontakt med flere leger uten å lykkes i første omgang. Til slutt fikk jeg med en overlege som har erfaring med reinnleggelser. I tillegg kontaktet jeg sykepleiere, en seksjonsleder og to funksjonsledere fra ulike avdelinger med erfaringer med reinnleggelser. Jeg tok også kontakt med en fysioterapeut fra hver av de to sykehusene som er med i studien. De representerte ulike kliniske avdelinger som ha med erfaringer med reinnleggelser. Jeg fikk dermed stort sett den variasjonen jeg ønsket å ha i gruppene selv om utvalget av leger kunne vært større.

Tabell 1: Informanter fra kommunene- seks deltakere

Ledernivå	Seksjonsleder nivå 3	Seksjonsleder nivå 4	Ingen lederfunksjon
Faggruppe	Kommuneoverlege Sykepleier- leder for sykehjem (deltok i den sammensatte gruppen) Fysioterapeut-avd. leder	Sykepleier- funksjonsleder hjemmetjenesten Sykepleier-leder av vedtakskontor	Ergoterapeut Sykepleier -saksbehandler vedtakskontoret

Tabell 2: Informanter fra sykehus- seks deltakere

Ledernivå	Seksjonsleder nivå 3	Funksjonsleder nivå 4	Ingen lederfunksjon
Faggrupper	Sykepleier-seksjonsleder-	Sykepleier-funksjonsleder Sykepleier-funksjonsleder	Overlege Fysioterapeuter(to)

Tabell 3: Informanter fra begge gruppene-11 deltakere

Ledernivå	Seksjonsleder nivå 3	Funksjonsleder nivå 4	Ingen lederfunksjon
Kommuner	Kommuneoverlege Sykepleier- leder av sykehjem (ny)	Sykepleier-funksjonsleder Sykepleier-leder av vedtakskontor Fysioterapeut-avd. leder	Fysioterapeut
Sykehus	Sykepleier- seksjonsleder	Sykepleier- funksjonsleder Sykepleier-funksjonsleder Fysioterapeut-funksjonsleder (ny)	Fysioterapeut

Fokusgruppe tre var sammensatt av personer fra fokusgruppen fra kommunene og sykehusene. Alle deltakerne fra begge gruppene ble invitert til å delta. Noen var forhindret fra å delta og andre takket ja. I tillegg kom det inn en ny deltaker fra sykehus og en ny deltaker fra kommunen. Det ble tilslutt en tverrfaglig gruppe sammensatt av 11 representanter både fra sykehus og kommuner. Det har vært et mål at utfordringer knyttet til samhandling skal kunne belyses godt i alle intervjuene.

Fjerde intervju var med en brukerrepresentant. Vedkommende representerte brukerens erfaringer både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Brukerrepresentanten representerte også flere brukerorganisasjoner og kunne dermed få frem ulike synspunkt på samhandlingsutfordringer ved re-innleggelser. Vedkommende sitter også i samhandlingsutvalget som består av deltakere både fra kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Jeg tok kontakt med alle deltakerne på telefon for å avtale om de ønsket å delta i gruppene. Deltakerne har underskrevet et samtykkeskjema til deltakelse i intervjuet og fått informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet/intervjuet. (Vedlegg 3).

3.4 Analyse av datainnsamlingen

Intervjuene er tatt opp på lydbånd og transkribert ord for ord og danner grunnlag for funnene. Samhandlingsutfordringer som kan påvirke reinnleggelser er blitt forsøkt identifisert. Ut fra materialet er det laget tema ved å redusere, systematisere og ordne datamaterialet. Det er trukket ut sitater som er meningsbærende (kondensering) og for å få frem essensen i informantens utsagn på en tydelig måte. Til slutt er materialet blitt sammenfattet og utformet med ulike tema til drøfting under hvert avsnitt. I drøftingen er temaene vurdert i forhold til betydningen av informasjonsflyt, kultur og tillit som kan påvirke reinnleggelser i en samhandlingsrelasjon og om virkemidlene i samhandlingsreformen styrker informasjon, kultur og tillit (Johannessen m.fl. 2011).

De transkriberte intervjuene ligger tilgjengelig i dokumenter og lydfiler til 31.12.16.

3.5 Styrker og svakheter ved forskningsdesignet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er om en kan stole på funnene i oppgaven. På forskningspråket snakkes det om forskningens reliabilitet. Reliabilitet kan oversettes med pålitelighet. Det knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, måten dataene samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen m.fl., 2011). Ifølge Kvale og Brinkman (2015) handler reliabilitet om hvor konsistente og troverdige forskningsresultatene er. Kan forskningsresultatene reproduseres av andre på andre tidspunkt? Jeg mener at dette kunne vært utført av andre på et annet tidspunkt. Intervjuene er utført på sykehusene i Helse Fonna. Det var veldig praktisk å forta intervjuene på sykehusene. Det var lettere å få med informantene fra sykehuset da intervjuene var lokalisert nær deres arbeidssted. Imidlertid kan informantene fra kommunene føle seg mer fremmede i et sykehus. Det kan ha bidratt til at informantene fra kommunene har følt seg underlegne i forhold til informantene fra sykehuset i den sammensatte gruppen. Ved utvelgelsen har jeg som nevnt fått forslag til kandidater og noen av kandidatene har jeg valgt ut selv. Når forskeren selv har vært med å velge ut informanten kan det være både en svakhet og en styrke. Styrken er at forskeren ønsker å ha med informanter som en vet kan gi nyttig informasjon til prosjektet. Samtidig kan det å velge ut enkelte av informantene selv være en måte å styre den informasjonen som blir

gitt i intervjuene. For meg ble utvelgelsen foretatt ut fra behovet for tverrfaglighet og at ulike avdelinger og enheter skulle være representert, samt å ha med informanter fra ulike nivå i organisasjonene, unntatt toppledernivå. Lederne som har kommet med forslag til informanter har foreslått deltakere som de mente kunne bidra med nyttig informasjon til prosjektet. Dersom lederne valgte ut informantene for å få frem spesielle aspekter ved samhandlingen, kunne det medført at informasjonen ble styrt i en bestemt retning. Det å få med informanter fra vedtakskontoret har gitt nyttig informasjon til studien. I utgangspunktet hadde jeg ikke planlagt å ha med deltakere derfra. I følge kommunalråden i kommunen ønsket saksbehandlerne selv å delta i studien, for de mente de hadde nyttig informasjon å bidra med. Dersom jeg hadde hatt med andre informanter, kunne svarene blitt annerledes. Jeg mener likevel at mine informanter gir en representativ fremstilling av samhandlingsutfordringene mellom kommuner og sykehus i Helse Fonna.

I forskningslitteraturen brukes validitet i betydningen gyldighet (Johannessen m.fl. 2011). Validitet kan ifølge Kvale og Brinkman (2015) også defineres som sannhet, riktighet og styrke. I en bred fortolkning har validitet å gjøre med om metoden som blir brukt er egnet til å undersøke det som den er ment å undersøke. Dersom den er det, kan den gi gyldig vitenskapelig kunnskap. Jeg har fått frem en mengde informasjon fra informantene i alle gruppene. Tydelige og frimodige utsagn fra informanten mener jeg viser at en kan stole på troverdigheten i intervjuene. Det har vært rom for å få frem tydelige samarbeidsutfordringer og utsagnene kan tyde på at informasjonen som er kommet frem i intervjuene er gyldig. For å sikre at intervjuene er sitert rett, er de transkriberte intervjuene sendt til alle informantene i fokusgruppene for sitatsjekk. Ingen av informantene har gitt tilbakemelding om at dataene ikke stemmer med intervjuene.

Det er en styrke at forskeren kjenner organisasjonen og saksområdet. Svakheten med at dette skjer på egen arbeidsplass er at jeg som forsker har en forforståelse av hvordan det står til med samarbeidsutfordringene i forhold til re-innleggelser. Dette kan ha vært med å prege spørsmålene og hvordan jeg har tolket svarene jeg har fått. Samtidig er det positivt å ha noe kjennskap til problemstillingen for å kunne stille de riktige spørsmålene. Forskeren er seksjonsleder for fysio- og ergoterapeutene, kliniske ernæringsfysiologer, sosionomer og prester i Helse Fonna, Haugesund sjukehus. Jeg står dermed litt fjernere fra arbeidssituasjonen i en klinisk avdeling der en opplever re-innleggelser. Flere av faggruppene i min seksjon har erfaring med re-innleggelser fra sin arbeidshverdag, men som leder har jeg ikke daglig

erfaring med fenomenet. Det kan være en styrke å ha litt distanse til problemstillingen for å kunne se utfordringene litt fra utsiden.

4.0 Funn

I dette kapitlet vil problemstillingen, sammen med forskningsspørsmålene som er beskrevet i kapittel 1.1 bli besvart.

For at budskapet skal komme best mulig frem vil de direkte sitatene til informantene i teksten bli gjengitt på informantenes dialekt og språkform.

Funnene vil knyttes til de aktuelle tjenesteavtalene som er inngått mellom kommunene og sykehusene i Helse Fonna⁷.

4.1 Relasjonelle forhold

Det er ulike samhandlingsutfordringer som kan påvirke omfanget av re-innleggelser i sykehus. Jeg har valgt å fokusere på samhandlingsutfordringer knyttet til informasjonsutveksling, kultur og tillit.

4.1.1 Informasjonsutveksling

Ansvarer som er pålagt kommuner og helseforetak i forbindelse med utvekslingen av informasjon om pasientene ved inn - og utskrivning, beskrives i tjenesteavtale tre og fem.

I tjenesteavtale tre om ansvarsforholdene ved innskrivning av pasienter beskrives oppgavene som er pålagt kommunehelsetjenesten i forhold til utveksling av informasjon i pkt. 4.1.1: «Innleggende lege skal undersøke pasienten og sende med innleggelsesskriv som klart gjør rede for problemstillingene som krever innlegging, funn ved undersøking, liste over faste medisiner, oversyn over medikament som er gitt før innleggingen». Det står også i avtalen at dersom pasienten har helse- og omsorgstjenester skal denne sende med pleierapport/ fagrapport som bør inneholde pasienten sin funksjonsstatus.

I forbindelse med innlegging av pasienter i sykehus sier informanten fra hjemmetjenesten at vi «kunne vært flinkere til å melde inn opplysninger» om pasientene ved innleggelse i sykehus. Informanten fra kommunene sier at de har problemer både med å beskrive hvordan pasientene fungerer og hvilke legemidler pasientene bruker. Videre sier han «når vi ikke

⁷ <https://helse-fonna.no/samhandling/samhandlingsavtaler>

klarer å håndtera legemiddel arkene» så ligger «*vi tynt an i forhold til funksjonen*».

Informanten fra sykehuset sier at de har «*utrolig mange avvik*» på manglende opplysninger om pasientene ved innleggelse uten at dette blir fulgt opp med å skrive avvik. Informanten på sykehuset sier at legevaktslegen i større grad burde vært på hjemmebesøk og «*hatt fysisk tilsyn til pasienten i staden for å leggja inn usett*». Informanten fra kommunen sier at det kan være en «*tilfeldig lege*» som legger inn pasienten. Legevaktslegen kjenner ikke alltid til pasienten og dermed kan det være sparsomt med opplysninger som kommer inn til sykehuset. Informantene fra kommunen og sykehuset problematiserer også at «*legevaktslegen må lage eit brev ut fra opplysningane dei har og det dei veit om pasienten*», og «*bestillinga går ikkje via sykepleierne*». I tillegg til manglende informasjon om pasienten ved innleggelse er den informasjonen sykehuset får ikke alltid like lett å forstå. De sier at «*vi må etterspørre informasjon*» og at de bruker mye tid på å få tak i medisinalisten gjennom ringerunder. I forhold til kommunenes bruk av IPLOS sier informantene fra sykehuset at de har «*ikkje begrep*» om hvordan de skal tolke informasjonen de får fra kommunen og «*da blir kommunikasjonen vanskelig*». Informanten fra sykehuset sier at det kan gå 10-15 meldinger om en pasient i forbindelse med inn – og utskriving. Han uttaler videre at «*me får aldri tilbakemelding om ka de har gjort når pasienten blir lagt inn igjen*» og at «*sykehuset er avhengig av å få rett informasjon inn for å få det rett ut igjen*». Informantene gir uttrykk for at «*informasjonen henger ikke sammen*». Informanten fra kommunen sier videre at det største problemet er at «*pasientene blir kasteballer for de feiler så mange ting*». Informantene fra sykehuset gir uttrykk for at de ikke får nok informasjon om pasientene som legges inn og at de ofte må etterspørre informasjon. De får heller ikke opplysninger om hva som er blitt gjort med pasienten i kommunen. Dermed blir ikke behandlingen helhetlig nok, for alle problemene blir ikke avdekket.

Når en pasient blir innlagt i sykehus har helseforetaket ifølge tjenesteavtale tre ansvar for «å greie ut og følge opp funn som vert gjort, og som må gjøres i spesialisthelsetjenesten». Videre står det «at det skal foreligge et klart standpunkt for diagnos(er), samt plan for videre oppfølging av pasienten. Pasienten sitt samlede funksjonsnivå, endring før innleggelsen og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert ».

I forhold til videre oppfølging av pasientene sier informantene fra kommunene at på sykehuset blir pasientene kartlagt for risiko for fall, sår og ernæring, men «*vi får ingen oppfølgingsplan*». Samtidig seier informantene fra sykehuset at planene må gå begge veier for

«vi på sykehuset får inn pasienter som ikke har planar når dei kjem inn». Det kommer frem at sykehuset sender prosedyrer om sårbehandling til kommunene via pleie- og omsorgsmeldingene, men det snakkes lite om prosedyrene blir brukt i kommunene ifølge informanten fra sykehuset. Informantene i kommunen etterlyser også planer på oppfølging og behandling fra sykehuset. Informantene er enige om at planer må gå begge veier.

Tjenesteavtale fem sier at sykehuset innen 24 timer etter innleggelse skal vurdere om det er behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Videre skal kommunen sette i gang nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten. Videre står det at når pasienten er definert som utskrivningsklar, skal kommunen innen to timer gi tilbakemelding om de kan ta imot pasienten.

En av informantene fra kommunen som jobbet før samhandlingsreformen opplevde at en tidligere hadde en uke til å planlegge og til å forberede pasientens hjemkomst, mens «*nå er det to timer og da er pasienten utskrivningsklar*». De gir uttrykk for at det er liten tid til å få ting på plass. Videre gir han uttrykk for at det kan bli et langt tidsrom fra pasienten kommer hjem til vedkommende får oppfølging. Informanten fra en av kommunene mener at det ofte kan være «*tilfeldige løsninger i hjemmet*» når pasienten blir utskrevet. Pasientene må for eksempel ofte vente lenge på fysioterapi. I tillegg sier informantene at det tar over en uke før epikrisen er hos fastlegen og det kan gå opptil en uke før det er inntaksmøter. I forhold til tilrettelegging mener en av informantene at det viktigste er «*å ha en god dialog*» ved at de ulike partene som samarbeider om pasientene må snakke sammen. Informantene både fra sykehuset og kommunene gir uttrykk for at «*tidligere hadde vi nettverksmøter - ikke tid til det nå lenger*». Informanten fra kommunen gir uttrykk for at «*vi trenger dette kontaktpunktet der kommuner, sykehus og pårørende setter seg i lag*» og at det er viktig å dra nytte av nettverksmøtene. Enkelte av informantene mener til og med at nettverksmøter kunne vært mer nyttig enn all meldingsutvekslingen som foregår og at det må bli mer fokus på nettverksmøter igjen. De savner et møtepunkt der kommunen og sykehuset kunne planlegge utskrivningen sammen med pasienten.

Tjenesteavtale seks om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling sier i pkt. 6 at «*når felles arbeid med organisatorisk og teknisk tilrettelegging er gjennomført skal all slik meldingsutveksling skje elektronisk*».

Informantene fra sykepleierne på sykehuset sier at det er en utstrakt bruk av de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene (PLO) som er blitt bedre og mer utfyllende. Begge parter er enige om at de *«får meir informasjon enn tidligare»*. Likevel må de sende oppdaterte beskrivelser og ta kontakt på telefon i tillegg. I følge informantene skaper dette *«mye stress»*. For kommunene er det viktig at informasjonen er skriftlig. Samtidig opplever informantene at det er bedre dialog ved kontakt på telefon, men nå skal alt gå via pleie- og omsorgsmeldingene. Informantene fra kommunene mener imidlertid at gjennom elektroniske meldinger får de ikke alltid den informasjonen de har behov for å få. I kommunene ønsker de mer bruk av telefon og videre sier at *«det går på kommunikasjon heile tida og forstå kvarandres behov, og det er me ikkje flinke til»*. For å få bedre funksjonsbeskrivelser sier informantene fra sykehuset at de klipper og limer fra fysio- og ergoterapirapportene for de *«gir ei god funksjonsvurdering»*. I en kommune sier informanten at de får færre fagrapporter enn tidligere fra fysio- og ergoterapeutene på sykehuset. I forhold til å nå ut med informasjon til fastlegene sier informanten fra hjemmetjenesten at *«eg trur gjerne at fastlegane skulle fått desse elektroniske meldingane - ein link derfra og ut til fastlegane»*. Informantene fra hjemmetjenesten problematiserer informasjonsutvekslingen ved at *«nå skal alt gå til inntakskontoret»*. Informantene fra sykehuset opplever at de må svare på ting som saksbehandlerne sender til dem hele veien *«det er små tulleting dei kan spørre om av og til»*. Informantene gir uttrykk for at det er mer kontakt mellom kommuner og sykehus med de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene. Samtidig får de ikke alltid den nødvendige informasjonen og savner det å kunne ta en telefon for å oppklare ting.

I følge tjenesteavtale tre, pkt. 6.1.1 står det at en skal *«sikre at pårørende får nødvendig informasjon»*, *«helseforetaket er ansvarlig for kommunikasjonen med pasient og pårørende så lenge han/hun er innlagt i sykehus / er sykehuset sitt ansvar. Kommunen er ansvarlig for kommunikasjonen med pasient og pårørende fra han/hun oppholder seg i eget hjem / er innlagt i kommunal institusjon»*.

I forhold til informasjon til pårørende sier informanten fra kommunen at *«dersom en hopper bukk over pårørende så er det ei synd av dimensjonar»*. Han sier at sykehuset også kan glemme pårørende som ikke vet at *«sine»* kommer hjem engang. Ofte er det slik at pårørende vil hjelpe sine egne, men *«vi er redde for å spørre dem»*. Det kommer frem at pårørende ikke blir informert i stor nok grad og heller ikke forespurt om å bidra i forhold til omsorgsoppgaver i hjemmet. Informantene mener at pårørende ofte er en ressurs som ikke blir kontaktet.

Tema til drøfting:

- Manglende informasjon om pasientene ved innleggelse.
- Mangel på planer for behandling og oppfølging både ved innleggelse og utskrivning.
- Liten tid til planlegging av pasientens hjemkomst.
- Elektroniske meldinger gir mye informasjon, men ikke alltid det en har behov for å vite.
- Pårørende blir ikke informert når pasientene blir innlagt og utskrevet.

4.1.2 Kulturforskjeller

Kulturforskjeller kan vise seg ved at kommuner og sykehus bruker ulike kartleggingsmetoder for å beskrive pasientens funksjon ved inn- og utskrivning. Kommunene er pålagt å bruke IPLOS, et kartleggingsverktøy som også kan brukes for å kartlegge pasientens funksjon ved søknad om helsetjenester. Informanten fra sykehuset sier at IPLOS gir ingen tydelig bestilling til sykehuset. Det er informasjon om pasienten «*men ikke noko om kva dei vil sjukehuset skal gjera*». I tillegg sier informanten fra sykehuset at turnuslegene forstår «*ingenting av denna henvisningen*» og at de må hente inn informasjon om pasienten og hvilke hjelpemidler pasienten bruker hjemme i pleierapporten. Informanten fra kommunene sier at de sender inn kartlegging av pasienten i IPLOS, men de på sykehuset forstår ikke funksjonsbeskrivelsen fra kommunen. Informantene fra sykehuset gir tydelig uttrykk for at de trenger et «*felles vurderingsgrunnlag*». Informanten fra sykehuset sier videre at en må ha like redskaper for å vurdere pasientens funksjon i sykehuset og i kommunene. Det trengs en felles plattform for vurdering og «*kommunene må bruke de samme parametrene for å måle pasienten klinisk som de bruker på sykehuset*». På spørsmålet om en trenger samme informasjon i kommuner og sykehus sier informanten fra sykehuset at de trenger en beskrivelse av hvordan pasienten fungerer og hva slags hjelp de har i kommunen. Vedtakskontoret trenger en beskrivelse av hvordan pasientene fungerer for å kunne fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester, «*så det er egentlig det samme vi trenger*». Videre sier informanten fra kommunen at det kan bli misoppfattet hvilket funksjonsnivå pasienten har dersom en ikke har en oppskrift på hvordan en skal lese de meldingene en får. Informantene gir uttrykk for at det trengs et felles skjema på sykehuset og i kommunene for å vurdere pasientens funksjon.

En av informantene fra kommunene opplever at det er en annen virkelighetsoppfatning på sykehuset enn i kommunen. Informanten fra kommunen kan oppleve at pasientene på

sykehuset «*blir fremstilt dårligere enn de er*». Videre sier han at når pasienten får høre at de skal få oppfølging i kommunen, så er det ulike oppfatninger av hva tilbudet går ut på. På sykehuset kan de gi uttrykk for at pasienten vil trenge en plass på et sykehjem, mens i kommunene kan pasientene bli tilbudt hjemmesykepleie og rehabilitering i hjemmet. Han sier videre at i «*kommunene har de sin oppfatning av sykehuset og sykehuset tror mye om oss, men det stemmer ikke alltid*». Fra informanten fra kommunen blir det sagt at det er viktig å vite hva kommunene strever med og hva sykehuset strever med. Pasientene er de samme om de er på sykehuset eller i kommunene. Det må ikke handle om «*de og oss*» for kommuner og sykehus behandler samme pasienten og har et felles ansvar.

Informanten fra sykehuset gir uttrykk for at sykehuset er opptatt av å følge prosedyrer og at kommunene verken har ressurser eller kunnskap til å utarbeide behandlingsprosedyrer. Videre sier informanten at på sykehuset er det stor variasjon i pasientgruppene med spesialiserte avdelinger og det ville blitt et stort arbeid for kommunene å utarbeide prosedyrer på alt dette. Samtidig vil kommunen ha behov for prosedyrer for behandling for de får utskrevet mer kompliserte pasienter enn før.

Tema til drøfting:

- Behov for felles kartleggingsskjema i kommuner og sykehus for å beskrive pasientens funksjon.
- Ulike virkelighetsoppfatninger om hvordan pasienten fungerer i kommuner og sykehus.
- Sykehuset har mer prosedyrer for behandling av pasientene enn kommunene, men kommunene vil også trenge prosedyrer på behandling av kompliserte pasienter.

4.1.3 Tillit mellom kommuner og sykehus

I samarbeidsavtale fem står det at en pasient er utskrivningsklar «når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten».

Informanten fra kommunen sier følgende om tilliten til sykehuset i forhold til de utskrivningsklare pasientene «... *har følelsen av at pasientene er ustabile og ikke ferdigbehandla og da har en mindre tillit til spesialisthelsetjenesten*». Kommunens informant har en følelse av at pasientene blir «*raskt definerte som utskrivningsklare*». Informantene fra kommunene mener at mange pasienter som tidligere fikk ligge på sykehuset, blir nå utskrevet

til hjemmet. Målet er ikke at pasienten skal være ferdigbehandlet, for det å få pasienten fort ut av sykehuset er *«ei drivkraft for heile systemet og for pasientane og»*. Noen av informantene gir uttrykk for manglende tillit til sykehuset når pasientene blir tidligere og tidligere definert som utskrivningsklare. De sier at tilliten til sykehuset blir mindre når pasienten blir utskrevet til korttidsplass i ustabil tilstand og ikke er ferdigbehandlet. Videre sier en informanten at *«det er dette usikkerhetsmomentet sykehuset stadig flytter på når de legger observasjonar og oppfølging til kommunane»*. Han mener at pasienter som tidligere har vært re-innlagt for samme diagnose, burde fått en til to dager ekstra før det ble konkludert med utskrivning. Fra kommunens side opplever de et press i alle ender og pasienten blir glemt. Etter hvert som kommunene har klart å etablere flere plasser *«så er forventningane til kva kommunane kan klara å ta imot enda større»*. Det kommer frem at kommunene mangler tillit til sykehusets vurdering av de utskrivningsklare pasienten, men samtidig er det blitt større og større forventninger til kommunen selv om pasientene ikke er ferdigbehandlet ved utskrivning.

En informant opplever at pasienter og pårørende kan ha høye forventninger om det de kan få i kommunen, men at pasientens forventninger om helse- og omsorgstjenester ikke trenger å ha rot i virkeligheten. Tilliten pasientene har til helse – og omsorgstjenestene i kommunene stemmer ikke alltid med hva de får tilbudt. Fra sykehusets side har informantene manglende tillit til kompetansen i kommunene til å ta seg av dårlige pasienter. Informanten mener at kommunene må ta imot en gruppe pasienter *«som dei ikkje har erfaring med»* og *«dei har ikkje fått tid til å få opp kompetansen»*. Videre sier informanten at kommunene har ikke fått nødvendig opplæring og de har heller ikke utstyr og kompetanse til å ta seg av behandling av for eksempel sår og ernæringsvikt. Han sier også at det er skremmende dersom kommunen ikke kan ivareta pasienter med kroniske lungeproblemer for *«dei kan ha angst, utrygghet og låg mestringsevne»*. Brukerrepresentanten opplevde at som pårørende visste hun mer om behandlingen av en kronisk lungepasient enn hjemmetjenesten i kommunen. Ifølge informantene skaper manglende kompetanse i hjemmetjenesten utrygghet for pasientene og pårørende. Informanten fra kommunen innrømmer at *«kompetansen i hjemmetjenesten har det vært mindre fokus på og den er litt mer sårbar»*. Informantene sier at ressursene blir mer skjøvet over til hjemmetjenesten fra sykehjem. Det er ekstra viktig å få opp kompetansen i hjemmetjenesten for det er mange av de eldste pasientene som blir sendt hjem fra sykehuset med behov for hjemmetjenester. Informantene fra sykehuset sier at de har ingen mistanke om at kommunene ikke vil gjøre alt de kan for å unngå re-innleggelser, men det står på manglende ressurser til å ta seg av dårligere pasienter.

Informanten i kommunen sier at pasienten av og til blir innlagt for å få en diagnose og få avklart at det ikke er noe galt. Pasienten legges inn fordi kommunen mangler metoder for å undersøke vedkommende. Informanten fra kommunene sier videre at på sykehuset «*så spør de koffer me legge inn dette «vraket» –kunne fått ligge heima*». Informanten fra sykehuset mener at pasienten burde få fred og hjelp i kommunen og «*ikkje bruke siste døgnnet sitt på å bli transportert til sjukehuset*». Informanten fra sykehuset opplever at eldre og dårlige pasienter «*skal få gå ut av verda i fred og ro uten at dei skal vera på akuttmedisin*». Fra informantene på sykehuset blir det uttrykt manglende tillit til kommunenes vurdering av dårlige pasienter som blir innlagt i svært dårlig tilstand.

Veiledningsplikten sykehuset har i forhold til kommunene blir trukket frem som positivt fra informantene i kommunen. Når ambulansetjenesten kan komme med utstyr for å få ting til å fungere i hjemmetjenesten viser det et godt eksempel på samhandling og det fungerer i praksis i følge informantene fra kommunene. Veiledningen er med å gi både pasienter og de ansatte trygghet og tillit både til kommuner og sykehus.

Tema til drøfting:

- Kommunene har mindre tillit til sykehuset når pasientene blir tidligere og tidligere definert som utskrivningsklare.
- Sykehuset mangler tillit til at kommunene har kompetanse og ressurser til å ta seg av dårligere pasienter.
- Sykehuset har manglende tillit til kommunens vurdering av dårlige pasienter.
- Veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene skaper trygghet og tillit for pasienter, pårørende og for helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

4.2 Formelle styringsinstrumenter

Som tidligere nevnt vil de pålagte samarbeidsavtalene som er pålagt gjennom nytt lovverk kunne fungere både som et hierarkisk og et nettverksbasert styringsredskap. Om de virker hierarkisk avhenger av styrken i pålegget.

I forhold til samarbeidsavtalene sier en av informantene fra kommunene at tjenesteavtalene ligger der som et grunnlag og at «*de virker jo*» for de beskriver hvilket ansvar som ligger på

kommunene og hvilket ansvar som ligger på sykehusene. Informantene uttrykker at avtalene ligger der som et «rammeverk». De mener imidlertid at det trengs en gjennomgang av avtalene slik at en kan få en sikker forståelse av innholdet. Informanten fra kommunen poengterer at avtalene og lovene ligger der om vi bare er villige til å bruke dem. Han mener det er godt gjort at de fungerer så godt som de gjør, med tanke på «den farten dei fekk inn i systemet». Samarbeidsavtalen har vært nødvendig for å få til et tettere samarbeid mellom kommuner og sykehus for å løse felles oppgaver.

En av samhandlingsutfordringene er knyttet til hvem som skal definere hvilken oppfølging pasientene skal ha i kommunene. Det står i tjenesteavtale fem pkt. 6.2.2 at det er kommunen som skal bestemme hva kommunen skal tilby av tjenester ut fra kommunen sitt tjenestetilbud, krav til hva som er forsvarlig og egen vurdering.

Informanten fra kommunene har opplevd at spesialistene vil bestemme dette. Informanten fra kommunene sier at det «har skjedd ein oppdragelse ved at kommunen skal definera sjøl ka kommunen kan tilby». Informanten fra sykehuset sier at det er opptil kommunen hva de kan tilby og sykehuset kan ikke kreve noe eller love pasienten for eksempel en sykehjemsplass. Fra kommunens side kommer det likevel frem at det kan virke som at det er «sykehuset som har definisjonsmakten» og «kva kommunen skal gjera». Sykehuset har sitt fortrinn på noen områder sier informanten fra kommunen for «sjukehuset er knallgode på diagnoser og behandling». Denne informanten opplever imidlertid at sykehuset vil bestemme både hvilke tilbud og hva slags oppfølging pasienten trenger i kommunen. Informanten sier at vi lever fortsatt i den tradisjonen at det er «spesialistane som sitte på fasiten» og skal fortelle kommunene hva som er det beste. Informanten fra kommunene gir dermed uttrykk for at kommunene føler seg underlegne og det er på tide at kommuner og sykehus «i større grad kanskje likestille seg». Når kommunene føler seg overkjørt av spesialistene skaper det utfordringer i samhandlingen. Det kan tyde på at det trengs et felles styringsorgan for kommuner og sykehus som kan raskt gripe inn når det oppstår uenighet i forståelsen av tjenesteavtalene. Informanten fra en av sykepleierne på sykehuset fremhever at sykehuset og kommunene er nødt til å ha et samarbeid og at begge parter vil si at den andre parten ikke er god nok til å samarbeide.

Et av de instrumentene staten har brukt for styring i samhandlingsreformen er det øremerkede statlige tilskuddet til opprettelsen av øyeblikkelig-hjelp (ø-hjelp) funksjonene i kommunene. Informantene fra en av kommunene gir uttrykk for at kommunen enda ikke har opprettet

sengene, men at kommunen er i gang med oppbyggingen av tilbudet. Det viser at uten øremerkede tilskudd ville ikke kommunene ha opprettet akutte ø-hjelpssenger.

Betalingsplikten fra dag en, er basert på markedsprinsipper. Informanten fra kommunen sier at de tenker ikke på økonomien, men tilstreber å ta imot pasientene. Videre sier de at «*vi strekker strikken i forhold til det vi mener er forsvarlig, men vi ønsker ikke å ha uforsvarlige tjenester*». I forhold til om de økonomiske virkemidler har hatt effekt, sier informanten fra sykehuset at «*det jobbes hardare med å få fleire korttids plasser og sykehjemsplasser i kommunane*». Informantene opplever at det er blitt flere plasser og kortere ventetid på sykehjem. Samtidig sier informanten fra kommunene at «*den symbolske summen som kommunane må betale er billigare enn ein sykehjemsplass*». Informantene opplever at pasientene er blitt «*kasteballer*» mellom kommunene og sykehus for ingen vil ta ansvaret for de ressurskrevende pasientene. Det blir uttrykt fra en av informantene fra kommunene at samhandlingsreformen ikke har vært til det beste for pasienten. Pasienten blir glemt for en «*har meir fokus på økonomien*». Fra kommunens side sier en av informantene at det er ikke så mye fokus på økonomi for personalet som jobber med pasientene «*har ikke økonomisk ansvar og de har mer fokus på avtalene*». En av informantene mener at både kommuner og sykehus har stramme ressurser. Når pasientene er utskrivningsklare så ønsker sykehuset «*å få pasienten ut av sitt økonomiske system*». Betalingsplikten har medført at kommunene jobber mer for å få opprettet flere korttids plasser i kommunene. Informantenes utsagn kan også tyde på at betalingsplikten kan medføre et strategisk spill der ansvaret for de dårligste pasientene blir skjøvet over på den andre parten. Det kommer frem at både kommunen og sykehuset er opptatt av sine egne økonomiske interesser.

Eksempler på nettverksbaserte styringsinstrumenter er opprettelsen av ulike fagnettverk, gjensidig hospitering og tjenesteavtalene. Informanten fra sykehuset sier det er faglige nettverk på gang mellom sykehus og kommunene og at det er etablert «*nettverk innan lindrande behandling*». Informantene tror at det vil komme flere nettverk innen flere fagområder i etter hvert. I forhold til hospitering sier informanten fra sykehuset at de er «*forundret over at ikkje fleire fra kommunene hospiterer på sykehuset*» siden det er hjemmetjenesten og sykehjemmene som skal håndtere de kompliserte pasientene etter utskrivning fra sykehuset. Samtidig sier informanten fra kommunene at flere fra sykehuset burde hospitere i kommunene for å bli kjent med kompetansen der. Det viser at den gjensidige hospiteringsordningen kan utnyttes enda bedre.

Selv om samarbeidsavtalene også er et hierarkisk styringsinstrument vil de fungere best som et koordineringsverktøy for nettverksbygging. Avtalene har lagt retningslinjer for informasjonsutvekslingen mellom kommuner og sykehus ved inn- og utskrivning. Avtalene gir tydelige føringer for felles tiltak og funksjoner som kan styrke samhandlingen. Det kommer også tydelig frem fra en av informantene på sykehuset som sier at *«alt som kan bedre samarbeidet er bra og tjenesteavtalene fungerer best for de kompliserte pasientane»*. Samtidig er informantene enige om at det er etterlevelsen av avtalene som er den store utfordringen. Det kommer også frem at *«det holde ikkje med avtalar dersom ikkje holdningen er å ha pasientens beste i fokus»*. Tjenesteavtalene har stor betydning i forhold til å styrke og utvikle samarbeidet og de gir gode muligheter for å bygge felles samarbeidsarenaer mellom kommuner og sykehus.

Tema til drøfting:

- Samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene virker.
- Felles styringsorgan for kommuner og sykehus.
- Ø-hjelp sengene hadde ikke blitt opprettet uten øremerkede tilskudd.
- Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter kan medføre et strategisk spill.
- Hospiteringsordningen og faglige nettverk kan utnyttes bedre.
- Tjenesteavtalene har bidratt til mer samarbeid, men er ikke fullt utnyttet enda.

4.3 Strukturelle virkemidler

Staten har også iverksatt strukturelle virkemidler ved innføring av samhandlingsreformen. Et av virkemidlene er kommunens sin plikt til å etablere tilbud om døgnopphold for akutte øyeblikkelig hjelp senger.⁸

Informanten fra kommunen opplever at ø-hjelp sengene i kommunene *«fort blir omgjort til mottaksenger for dei pasientane som ikkje kan komme heim»* og som det mangler korttids plasser til. Videre sier informanten om ø-hjelp sengene at *« hvis de får ein infeksjon så er det ikkje sikkert de trengje å leggas inn på sjukehuset, men på øyeblikkelig hjelp sengene»*. Informanten fra sykehuset sier at pasientene ofte blir innlagt på sykehuset med lungebetennelse. Da er det ikke fokus på å følge avtalene, men på *«infeksjonar som ikkje er*

⁸ [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse og omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse%20og%20omsorgstjenesteloven)

under kontroll». Det viser at ø-hjelp sengene kunne vært mer i bruk til behandling av pasienter med infeksjoner og som ikke nødvendigvis trenger behandling i sykehus.

Vedtakskontorene i kommunene fatter et vedtak om kommunale tjenester til pasientene ut fra de funksjonsvurderingene som blir gjort av pasientene på sykehuset. Den såkalte bestiller – utfører modellen er inspirert av markedsprinsipper. Saksbehandlerne gir uttrykk for at de trenger fylldige funksjonsbeskrivelser av pasientene. Når mange skriver veldig korte funksjonsbeskrivelser er det *«lite å bygge på for å begrunne det vi gjør»* vedrørende tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Utfordringene ifølge informantene er at funksjonsvurderingen av pasienten blir gjort på sykehuset og pasientene blir fremstilt *«meir passiv på sjukehuset»* enn de er hjemme. Dessuten sier informantene fra vedtakskontoret at de *«ikkje har tid til å foreta kartleggingsbesøk»* hjemme hos pasienten. På grunn av korte liggetider er det heller ikke tid til nettverksmøter der representanter fra kommune og sykehus sammen kan drøfte behovet for helse- og omsorgstjenester sammen med pasient og pårørende. Hjemmetjenesten må også sende sine forespørsler om pasientene via meldinger til vedtakskontoret *«som ikkje kjenner pasientene»* og saksbehandlerne på vedtakskontoret må formidle ting videre. Informanten fra hjemmetjenesten mener at dersom sykepleierne på sykehuset hadde hatt direkte kontakt med hjemmetjenesten når en pasient blir utskrevet, kunne det gitt mer trygghet for pasientene og *«det hadde vært et problem mindre»*. Hjemmetjenesten opplever at både de og vedtakskontoret må vurdere og følge opp pasientene og dette oppleves tungvint. I følge informanten i kommunen kan dette ha noe å si for reinnleggelse. Informanten fra hjemmetjenesten problematiserer samarbeidet med vedtakskontoret, men sier samtidig at de ønsker å ha denne funksjonen. Ifølge informanten fra hjemmetjenestene kommer det frem at *«dersom det blir bedt om en dusj så er det den dusjen dei får»*. De sier videre at de burde hatt en dialog om at *«dusjen er en del av behandlingen»* og at de observasjonene de gjør av pasienten i hjemmet også må få betydning for det videre arbeidet. Det er nødvendig med et helhetlig syn på pasienten. Når *«de er inne hos pasientene i 20 minutter»* så er det begrenset hva de får med seg. Vedtakskontoret kan derfor ofte ha et litt for svakt grunnlag for å tildele hjemmetjenester, siden informasjonen de får om pasienten ikke gir et godt nok grunnlag for å begrunne vedtakene de gjør om helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Opprettelsen av et kompetansesenter for IT i helsesektoren for å ha et system for informasjonsutvekslingen mellom kommuner og sykehus, er et viktig virkemiddel for bedre

informasjonsflyt og nettverksbygging. Informantene fra fysio- og ergoterapi tjenesten både i kommuner og sykehus gir uttrykk for at de «savner det elektroniske». Det vil si å kunne utveksle meldinger elektronisk med hverandre. Informasjonen går fremdeles via post og telefon for disse faggruppene. Det viser at det er behov for å videreutvikle det elektroniske meldingssystemet i Helse Fonna for alle faggruppene som samhandler, for å få en bedre koordinert informasjonsflyt mellom kommuner og sykehus. Elektroniske meldinger er tidligere behandlet under 4.1.1 informasjonsutveksling.

Koordinatorfunksjonen i kommuner og sykehus er også et nettverksbasert virkemiddel. I tjenesteavtale to under pkt. fem om rehabilitering for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester står det at helseforetaket har ansvar for å henvise til tverrfaglige team og sende melding til koordinerende enhet i kommunen. I tillegg har helseforetaket ansvar for at det opprettes koordinator i spesialisthelsetjenesten som skal samhandle med koordinator i kommunen, kalle inn til nettverksmøte og informere om retten til individuell plan. Informantene fra en avdeling på sykehuset gir uttrykk for at «*de pasientene som det er utarbeidet en individuell plan for blir sjelden innlagt på sykehus*». Det viser at gode planer sammen med kommunene er positivt med tanke på å unngå re-innleggelser. Samtidig gir informantene fra sykehuset uttrykk for at det ikke er mulig å lage individuelle planer (IP) på de eldste pasientene med kroniske sykdommer som utgjør størstedelen av pasientene som blir re-innlagt. Ifølge informanten fra sykehuset kommer oppfølging av de eldste pasientene i kommunene kun frem «*i epikrisen til fastlegen og via pleie- og omsorgsmeldingene*». Dermed blir det ingen bruk av koordinatorene verken på sykehuset eller i kommunene for de pasientene som har flest reinnleggelser. Koordinatorene som er i funksjon og som det er knyttet positive erfaringer til fra informantene både i sykehus og kommuner, er kreftkoordinatorene.

Tema til drøfting:

- Ø-hjelp sengene kan utnyttes bedre for å unngå reinnleggelser i sykehus
- Vedtakskontorene kan ha et for svakt grunnlag for å fordele helse- og omsorgstjenester i kommunen
- Elektroniske meldinger må koordineres bedre ved at det utvikles for flere faggrupper
- IP og koordinatorene benyttes ikke til de eldste pasientene som er mest re-innlagt

5.0 Drøfting av funnene

I dette kapitlet vil funnene i kapittel fire bli drøftet opp mot forskningsspørsmålet og underspørsmålene i kapittel 1.1.

Problemstillingen: -Hvorfor og på hvilken måte kan samhandlingsutfordringer mellom kommuner og sykehus påvirke omfanget av re-innleggelser i sykehus etter innføring av samhandlingsreformen?

Ut fra problemstillingen vil følgende forskningsspørsmål bli undersøkt:

-Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelser i forhold til informasjonsutveksling, kultur og tillit?

-Har virkemidlene i samhandlingsreformen bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit?

5.1 Relasjonelle forhold

5.1.1 Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelser i forhold til informasjonsutveksling?

For tidlig utskrivning kan ifølge Lindman m.fl.(2014) føre til flere re-innleggelser. Samtidig ser jeg ut fra tidligere studier og fra informantene at det ikke nødvendigvis er tidligere utskrivning i seg selv som fører til flere re-innleggelser, men det handler også om hvordan pasientens hjemkomst blir planlagt og hvilke tilbud pasienten får i kommunen etter utskrivning.

Informasjonen som utveksles om pasientene i epikriser, rapporter og innleggingsskriv er grunnlaget for diagnostisering, behandling og oppfølging både i kommunene og i sykehuset. Flyten i informasjonen og innholdet i epikriser og fagrapporter må derfor ikke undervurderes. Funnene viser at det ofte mangler fyldig og god informasjon om pasientene ved innleggelse og utskrivning fra sykehus. Mye tid og krefter brukes til å etterspørre informasjon.

Informantene gir uttrykk for at det utveksles mye informasjon, men det er ikke alltid de får den informasjonen de har bruk for. Det trengs å samarbeide om hvilken informasjon som skal sendes i pleie- og omsorgsmeldingene, epikriser og fagrapporter. Det kan virke som om det mangler felles retningslinjer for hvilken informasjon som skal gå i begge retninger. Det vil være behov for mer styring via retningslinjer og felles prosedyrer (Bouckaert m.fl. 2010) som

kan utvikles i fellesskap gjennom de faglige nettverkene. Det kan virke som det er behov for mer hierarkiske virkemidler gjennom prosedyrer og retningslinjer.

I tillegg mangler det planer for pasientene for behandling og oppfølging både ved innleggelse og utskrivning. Bestillingene inn til sykehuset og ut fra sykehuset er ikke tydelige nok. Gode fremdriftsplaner mangler og det kan medføre at pasientene ikke blir fulgt opp på rett måte. Viktig kunnskap fra helsepersonell når ikke ut til dem som skal utføre tjenestene. Kvaliteten på tjenestene kan bli redusert og det kan medføre økt fare for re-innleggelse.

Korte liggetider medfører mindre tid til å kartlegge pasientens hjemmeforhold sier informantene. Kartlegging av pasienten hjelpebehov kan ha betydning for re-innleggelser (Bruke m.fl., 2014). Nettverksmøter kunne gitt mer informasjon om pasienten og om behovet for tjenester i kommunen etter utskrivning. Bedre tid til å planlegge pasientens hjemkomst vil gi bedre standard på tjenestene og legge grunnlaget for en raskere rehabilitering.

Informantene forteller at de har store problem med å forstå hverandres meldinger. Et felles og koordinert elektronisk system er viktige både for de som sender og de som mottar meldingene for oppgavene skal løses i fellesskap. Rapporten fra Norsk senter for elektronisk pasientjournal (2006) trekker spesielt frem at informasjonsbehovet til kommunene må være i fokus. Elektroniske meldinger gir mye informasjon, men ikke alltid den informasjonen som trengs. I dag er det kun pleie- og omsorgsmeldingene som går elektronisk til hjemmetjenesten. Epikrisen fra legen går til fastlegen og det bør arbeides for at epikrisen kan gå til vedtakskontoret og hjemmetjenesten. Fagrapportene fra de faggruppene som samhandler med kommunene må kunne sendes elektronisk. I dag er det altfor liten koordinering av informasjonen.

Et av målene med samhandlingsreformen var å styrke brukervedvirkningen. Informantene forteller at pårørende ofte kan bli glemt. Med færre nettverksmøter vil pasientens og pårørendes medvirkning i behandling og oppfølging av pasienten reduseres. Det å gi informasjon til pårørende om at en av deres er innlagt eller skrevet ut av sykehuset kan bidra til at pasienten blir fulgt tettere opp hjemme like etter hjemkomst (Bruke 2014). Mye tyder på at brukervedvirkningen er blitt dårligere etter innføring av samhandlingsreformen.

5.1.2 Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelser i forhold til kultur?

Informantene fra sykehuset sier at i kommuner og sykehus brukes ulike kartleggings skjema for å beskrive pasientens funksjon ved innlegging og utskrivning. Det medfører mye unødvendig tidsbruk til å etterspørre informasjon. Når partene ikke forstår hverandres «bestilling» og «språk» kan oppfatningen av pasientene bli veldig ulik. Felles språk og prosedyrer er et kulturuttrykk i følge Bang (2011). En felles kartleggingsmetode ville kunne sikre at en får et felles grunnlag for å vurdere pasientens sykdomstilstand, noe som er grunnlaget for behandling og oppfølging av pasienten. Det vil i neste omgang ha betydning for omfanget av re-innleggelser.

På sykehus blir pasientene ofte henvist til en seng. Informantene fra kommunene sier at pasientene ofte blir passive på sykehuset, men at de klarer mer hjemme. Forventningen på sykehuset er ofte at pasientene vil trenge mye hjelp hjemme. Etter hjemkomsten kan pasientens mestringssevne være både større eller mindre enn forventet. Ulike virkelighetsoppfatninger kan i følge Bang (2011) skape avstand til andre kulturer, men styrke samholdet innen egen kultur. Det å skape like oppfatninger av hvordan pasienten fungerer vil derfor være viktig for å forstå hvilke hjelpebehov pasienten har. I følge Bouckaert mfl. (2010) er det de menneskelige ressursene som er viktigst for å utvikle en felles kultur. Det å møtes er ofte den beste måten å utvikle forståelse for hva den andre er opptatt av. Informantene sier at kommuner og sykehus ikke forstår hverandres behov. Da holder det ikke med felles kartleggingsmetoder. Partene må møtes og snakke sammen og samarbeide om felles utfordringer for å kunne skape felles verdier og virkelighetsoppfatninger (Torjesen & Vabo (2012). Utvikling av ulike former for nettverk er en forutsetning for å utvikle en felles kultur og utvikle forståelsen for hverandres situasjon i kommuner og sykehus.

Informantene fra sykehuset har fortalt at det benyttes prosedyrer for mange ulike behandlingsmetoder på alle spesialavdelingene. Det er imidlertid ikke lett å utarbeide prosedyrer på alle diagnoser som det kan være behov for i kommunene. I kommunene etterspør de imidlertid behandlingsprosedyrer når de får flere pasienter som trenger spesialisert behandling og oppfølging. Flere prosedyrer og standardiserte retningslinjer tyder på et behov for mer hierarkisk styring (Bouckaert 2010). Det vil være behov for mer prosedyrer i kommune når de får ansvar for oppfølging av kompliserte pasienter.

5.1.3 Hva kan tenkes å påvirke re-innleggelser i forhold til tillit?

Når kommunene opplever at pasienten blir utskrevet tidligere og tidligere, oppleves det utfordrende for tilliten til sykehuset, ifølge informantene. Alm Andreassen (2014) sier det må skapes rom for å utvikle tillitsbasert samarbeidsrelasjoner for at koordineringen skal fungere. I følge Hermandrud (2016) bygger det på tillit om den enkelte skal være motivert for handlinger som maksimerer nytte og minimerer tap. Dersom kommunene sier at de ikke kan ta imot pasienten, kan det være fordi betalingsplikten per døgn for utskrivningsklare pasienter er billigere enn å opprette en sykehjemsplass i kommunene. Da kan resultatet bli at nytten er større for kommunene ved at pasienten blir liggende i spesialisthelsetjenesten. Når begge parter mistenker hverandre for «å drive butikk» og ikke helse- og omsorgstjenester, spres mistillit. Gjennom samhandling og felles forståelse kan det bygges opp tillitsforhold (Hermandrud 2016). Det er viktig at begge parter utvikler et felles ansvar for pasienten slik at det blir et helhetlig behandlingsopplegg.

På sykehuset gir informantene uttrykk for at de kan mangle tillit til at kommunens tilbud om helse- og omsorgstjenester alltid er forsvarlig for pasientene. Kvalitet på de kommunale tjenestene kan ha betydning for om pasienten blir re-innlagt ifølge Folkehelseinstituttet (2014). I tillegg kan det være manglende tillit fra sykehusets side til kompetansen i kommunen til å ta seg av dårligere pasienter. Gjennom samhandling kan en få tillit eller mistillit til hverandres kompetanse (Hermandrud 2016). For at sykehuset skal få tillit til kommunene må de vite at kommunehelsetjenesten har nødvendig kompetanse til å utføre spesialiserte oppgaver og at de er villige til å lære noe nytt (Ferguson og Stoutland, 1999). Denne tilliten er helt nødvendig for å utvikle et godt samarbeidsklima mellom kommuner og sykehus. Det nytter ikke med styring gjennom avtaler og lovverk, dersom det ikke er utviklet tillitsbaserte samarbeidsrelasjoner (Andressen 2014). Begge parter er nødt til å ha affektiv tillit som betyr villighet til å dele kunnskap med andre i en samhandlingsprosess (Hermandrud, 2016). Sykehuset må være villig til å dele kunnskap med kommunene. Informantene i kommunene uttrykker seg svært positiv til sykehusets veiledning overfor kommunen. Samtidig er det viktig at kommunene ikke bare får veiledning fra helseforetaket, men kan bli i stand til å utføre oppgavene selv. I følge helse- og omsorgstjenesteloven har begge parter ansvar for å sørge for at den andre parten har den nødvendige kunnskapen til å løse oppgavene de er pålagt. Tillit har også med å forplikte seg og vise ansvar (Barber 1983) og dette ansvaret medfører å legge best mulig til rette for at pasientene blir godt ivaretatt på sykehuset og får så god behandling og oppfølging i kommunene at det ikke er behov for å bli

lagt inn igjen på sykehuset. Dette avhenger av at kommunen og sykehuset samarbeider godt om pasientenes behandling og oppfølging da re-innleggelser viser seg å være en samhandlingsindikator. En viss likeverdighet i forholdet er avgjørende for om en er villig til å ta imot kunnskap og informasjon. Det å utvikle tillit til hverandres kompetanse kan bidra til større likeverdighet mellom partene. Det er viktig å få opp kompetansen i kommunene. Noe av mistilliten til kommunene kan være berettiget. Kommunen har en vei å gå for å bli i stand til å utføre de oppgavene som samhandlingsreformen legger føringer for.

Ifølge informantene har sykehuset manglende tillit til kommunenes vurdering av dårlige pasienter. Det kan skyldes at fastlegene skulle vært mer inne i bildet for å følge opp pasientene. I stedet faller ansvaret på tilfeldige legevaksleger som ikke kjenner pasientene.. Informantene gir uttrykk for at mange pasienter kan bli re-innlagt uten at legevakslegen ser til pasienten. En sterkere tilknytning til fastlegen og bedre kontakt mellom hjemmetjenesten og fastlegen kunne hindret re-innleggelser. Konsekvensen kan bli at flere får dø i fred hjemme.

Når det gjelder veiledningsplikten blir dette fremhevet som positivt av informantene fra kommunen. De sier at det er god samhandling og det viser at det er vilje fra kommunens side til å øke kompetansen via sykehuset. Dette skaper tillit begge veier.

5.2 Virkemidler

Om de formelle styringsinstrumentene og de strukturelle virkemidlene har bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit vil bli drøftet i dette avsnittet.

5.2.1 Har de formelle styringsinstrumentene bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit?

Ved innføring av samhandlingsreformen påla staten kommunene og helseforetakene å samarbeide om tjenester gjennom en avtalefestet samhandling gjennom å pålegge, overtale eller oppmuntre til samarbeid (Torjesen og Vabo (2014)). Informantene både fra kommuner og sykehus gir uttrykk for at det er mer samarbeid og kommunikasjon mellom kommuner og sykehusene nå enn før innføringen av samhandlingsreformen. Tjenesteavtalene har bidratt til å styrke informasjonsutvekslingen, men det mangler fremdeles en del på å få flyt i informasjonen mellom kommuner og sykehus. Det har vært nødvendig med en myk bruk av

pisk i form av juridiske virkemidler for å kunne gjennomføre reformen (Vedung 1998). Innen samstyring er det offentlige et sentralt knutepunkt som kan sende ut og motta informasjon og som med autoritet kan tvinge gjennom beslutninger som samhandlingsreformen ut fra klassifiseringen i NATO skjemaet (Hood og Margretts 2007). I tillegg har de økonomiske belønningene og tilskudd virket. Samstyringen har delvis fungert .

Reformen ble gjennomført som en «top-down» reform (Bouchaert m.fl., 2010). De som jobber nær pasientene har ifølge informantene ikke vært med på utarbeidelsen av tjenesteavtalene og har dermed ikke noe eierskap til reformen. For at det skal være grunnlag for tillit mellom partene vil en være enige om motivene for samhandlingen ifølge Ferguson og Stoutland(1998). Dersom det ikke er en forståelse i kommunene og i sykehusene for at reformen vil bedre forholdene for pasientene, kan det være vanskelig å finne en mening med den. Det virker derfor som om en myk bruk av harde virkemidler er helt nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å få gjennomført samarbeidsavtalene. Det synes å oppstå usikkerhet mellom kommuner og sykehus om hvem som skal bestemme hvilke helse- og omsorgstjenester de utskrivningsklare pasientene har behov i kommunen. Det står klart i tjenesteavtale fem pkt. 6.2.2 at det er kommunene som skal avgjøre hvilke tjenester pasienten skal ha. Samtidig opplever kommunene at sykehuset ønsker å bestemme hvilke tilbud de mener pasientene trenger ut fra den behandlingen pasienten har fått på sykehuset. Det synes som om samstyring ikke er egnet til å løse alle slike utfordringer. I et samarbeid må de ulike partene gi og ta og når partene ikke kan bli enige ved forhandlinger eller samarbeid blir det konflikter (Røiseland og Vabo 2012). På sykehuset opplever informantene at når eldre og skrøpelige pasienter blir definerte som utskrivningsklare og sykehuset ikke er fornøyd med tilbudet pasienten får i kommunen, kan det oppstå uenigheter. Dersom sykehuset mener at tilbudet i kommunen er uforsvarlig kan de beholde pasienten. Da slipper kommunene å betale for den utskrivningsklare pasienten og en dårlig pasient i kommunen kunne fort å ha blitt re-innlagt. Sykehuset blir taperen og får økte ventelister. Pasienten kan bli vinneren ved å få flere dagers opphold på sykehus dersom det er bedre enn det tilbudet vedkommende ville fått i kommunen. Tjenesteavtalen blir i dette tilfellet ikke fulgt og betalingsplikten i form av «gulrot» har ingen betydning. Dette kan påvirke tilliten til hverandre. En felles samhandlingssjef for kommuner og helseforetak med styringsrett vil kunne hatt mulighet for å gjennomføre en raskere løsning på slike samhandlingsutfordringer. Et felles pålagt organ som en felles samhandlingssjef ville vært et «hardere» bruk av de harde juridiske virkemidler (Vedung 1998). Dette samsvarer ikke helt med samstyring der en skal oppnå enighet ved

forhandlinger. En felles samhandlingssjef kunne imidlertid bidratt til å bide ulike kulturer sammen. I samhandlingsreformen er en avhengig av at partene styrer sammen ved selvorganisering og frivillighet (Vabø 2014). Dersom frivillighet ikke fungerer kan staten bli nødt til å bruke styringsmekanismene på en hardere måte enn det som har blitt gjort hittil.

Informanten fra en av kommunene sier at ø-hjelp sengene ikke er oppretter der, men at de skal stå klar når fristen er ute. Dette viser at tilskuddet fungerer etter hensikten og dette tyder på at økonomiske virkemidler har hatt betydning. Ø-hjelp sengene vil ved rett bruk ha stor betydning for å redusere omfanget av innleggelser og re-innleggelser i sykehus, men har foreløpig ikke bidratt til å skape den nødvendige tilliten mellom partene.

I forhold til betalingsplikten sier en av informantene fra kommunen at det er billigere å la pasienten ligge på sykehus enn å opprette en sykehjemsplass i kommunen. Kommunens betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er et virkemiddel for å få pasientene fortere ut av sykehuset (Torjesen & Vabo, 2014). Betalingsplikten fungerer ifølge klassifiseringen til Vedung (1998) som en *gulrot* for sykehuset som får pasientene utskrevet når de er utskrivningsklare. For kommunene er det viktig å kunne ta imot pasientene for å unngå betalingsplikten. Samtidig kan betalingsplikten ha bi-effekter ved at ansvaret for de dårligste pasientene blir skjøvet over på den andre parten. Det blir et strategisk spill uten tanke for hva som er best på pasienten. Betalingsplikten har imidlertid medført at kommunene i følge informantene jobber hardere for å skaffe korttidsplasser og tilbud om sykehjem i kommunene i tillegg til å ha utvidet tilbudet om hjemmetjenester. Det kan imidlertid virke som om betalingsplikten ikke har styrket tilliten mellom partene til å fordele oppgavene på en rett måte, noe som er et av målene med samhandlingsreformen. Markedsmekanismen har her ikke hatt den forventede effekten på tillitsforholdet, snarere tvert imot.

Informantene fra sykehuset uttrykker at kommunene trenger økt kompetanse for at sykehuset kan ha tillit til at kommunene kan klare å utføre nye oppgaver (Ferguson og Stoutland 1998). Et viktig styringsredskap for koordinering i samhandlingsreformen er å ha arenaer for opplæring og gjensidig hospitering (Torjesen og Vabo 2014). Informantene fra sykehuset har god tro på at hospitering kan benyttes for å utvikle kompetansen i kommunene. Samtidig opplever informantene i kommunen at det er få fagpersoner fra sykehuset som hospiterer i kommunene. Det gir utfordringer i samarbeidet når den gjensidige hospiteringen ikke fungerer. Gjensidig hospitering er et viktig redskap for å lære av hverandre og forstå

hverandres utfordringer (Vabø 2014). Mangel på gjensidig hospitering gjør at det blir færre felles møteplasser for å utvikle tillit.

Informantene har kun kjennskap til det faglige nettverk om lindrende behandling, men sier samtidig at det er flere fagnettverk på gang. Å møtes i faglige nettverk gir en mulighet for å bli bedre kjent og bygge felles kompetanse og lære av hverandre (Vabø 2014). Deltakelse i faglige nettverk krever mye tid i en travel hverdag både for ansatte i kommuner og sykehus for de må ut av sin daglige arbeidssituasjon. Nettverksmøter er også viktige møteplasser mellom pasienter, pårørende og fagpersoner fra kommuner og sykehus for å utveksle informasjon. Dette møtet kan ha stor betydning for å sikre at pasientene får tilpassede helse- og omsorgstjenester som kan bidra til å hindre re-innleggelser i sykehus. Det å benytte seg av telefon eller digitale samarbeids-løsninger i stedet for å møtes fysisk kan erstatte nettverksmøtene i en travel hverdag med korte liggetider for pasientene. Bedre utnyttelse av digitale nettverksmøter, faglige nettverk og gjensidig hospitering er virkemidler som kan bidra til å sørge for at en når ut med kunnskap og informasjon til hverandre. I tillegg vil det kunne bidra til å bygge tillit til hverandre noe som er den beste og enkleste måten å påvirke på ifølge Røiseland & Vabo, (2012).

Informanten gir uttrykk for at tjenesteavtalene fungerer og har ført til mer samarbeid mellom partene. I det daglige samarbeidet er mellom kommuner og sykehus er partene helt avhengig av at tjenesteavtalene blir brukt for å få til best mulig samhandling. Informantene sier at det er etterlevelsen av avtalene som er vanskelig å få til. I det minste må samarbeidspartnerne gjøre seg kjent med innholdet i avtalene for å kunne utnytte dem optimalt.

5.2.2 Har de strukturelle virkemidlene bidratt til å styrke informasjonsflyt, kultur og tillit?

Informantene opplever at ø-hjelp sengene i kommunen blir brukt til mottaksenger når pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Ø-hjelp sengene skulle imidlertid hjelpe kommunen til å gi akutt hjelp til de pasientene som trenger utredning eller behandling. Ø- hjelp sengene skulle bidra til at pasienten fikk nære og trygge helsetjenester i kommunene. Det gjelder for de pasientene som har avklarte og kjente problemstillinger i følge tjenesteavtale fire. Informantene både fra kommuner og sykehus mener at mange pasienter med kroniske lidelser blir re-innlagt på grunn av infeksjoner. Disse pasientene kunne med fordel ha blitt behandlet i de akutte ø-hjelpsengene i kommunene. Sengene blir imidlertid ikke benyttet i tilstrekkelig

grad i kommunene i dag. Informantene sier at legen må lage en behandlingsplan for pasientene ved henvisning til ø-hjelp sengene. Det kreves tid til å utarbeide en plan for pasienten og utarbeiding av planer ser ut til å bli nedprioritert. Fastlegen og leger i vakt kan også mangle tillit til at behandlingen i ø-hjelp sengene er like god som på sykehuset (Ferguson og Stoutland 1999). Ø-hjelp sengene har derfor hittil i liten grad bidratt til å redusere omfanget av re-innleggelser. Samtidig kommer det frem i den siste rapporten fra folkehelseinstituttet at re-innleggelser som skyldes infeksjoner gikk ned fra 2014-2015 og at re-innleggelser som skyldes infeksjoner sannsynligvis vil reduseres i fremtiden. Infeksjoner er den diagnosen som kanskje egner seg best til å bli behandlet i akutt sengene og dette er også noe som informantene fra sykehuset trekker frem som en gunstig bruk av ø-hjelp sengene. Dersom en overkommer samhandlingsutfordringene knyttet til ø-hjelp sengene, ville tilbudet kunne bidratt positivt til å redusere omfanget av re-innleggelser. Det er avhengig av at det blir utviklet en felles kultur og forståelse for betydningen av bruken av de akutte ø-hjelp sengene i kommunene. Samhandlingssjefen i helseforetaket har ansvar for oppfølging og utnyttelsen av ø-hjelp sengene i kommunene. Dersom samhandlingssjefen hadde hatt en felles funksjon for sykehus og kommuner kunne det muligens ha bidratt til å styrke bruken av kommunenes ø-hjelp senger.

Opprettelsen av vedtakskontorer i kommunene henger sammen med at tildelingen av kommunale tjenester skal skje ved vedtak ut fra tjenesteavtale fem pkt. 6.2.2. I den forbindelse har de fleste kommuner opprettet vedtakskontorer gjerne i sammenheng med koordinerende enhet i kommunen. Informantene opplever at nå skal alt gå gjennom vedtakskontoret. Helse- og omsorgstjenestene blir gitt i form av enkeltvedtak. Informanten fra hjemmetjenesten sier at dersom det er bestilt en dusj så er det en dusj pasienten får. Hjemmetjenesten prøver å ta et helhetlig ansvar for pasienten, men det er ikke lett å gjøre i løpet av 20 minutter. Mange av de eldre som har behov for kommunale tjenester har sammensatte problemstillinger og opptil flere kroniske diagnoser. Hjemmetjenesten som jobber direkte med pasientene i kommunene skal ta seg av sammensatte og uregjerlige problemer som heller ikke er blitt løst på sykehuset (Rasmussen og Vabø 2014). Samtidig har ikke hjemmetjenesten mulighet til å gi annen hjelp enn det som det er gjort vedtak om. Da må en eventuelt søke om et nytt hjelpetilbud. Det kan derfor være et spørsmål om enkeltvedtak egner seg til å utføre hjelp til de eldste pasientene med sammensatte problemstillinger. Bestiller – utfører modellen (Vabo, 2014) med enkeltvedtak gir lite rom for tilpasninger og fleksibilitet i hjelpetilbudet. Formålet med at det ble opprettet vedtakskontorer var at det

skulle gi mer rettferdige og likeverdige tjenester i kommunene (Vabo, 2014). Rettferdige og likeverdige tjenester er viktig, men det må være enda viktigere at tjenestene er tilpasset pasientenes behov. Saksbehandlerne ser ikke pasientene og er heller ikke på hjemmebesøk eller på nettverksmøter. De er derfor avhengige av god informasjon om pasientene via pleie og omsorgsmeldingene som ofte mangler den nødvendige informasjonen de trenger for å begrunne sine vedtak. Vedtakene om helse- og omsorgstjenester kan derfor være gjort på et svakt grunnlag. Informantene fra hjemmetjenesten opplever vedtakskontorene som et ekstra ledd som ikke har kontakt med pasientene som de fatter vedtak for. Ifølge rapporten fra Folkehelseinstituttet (2014) kan re-innleggelser være avhengig av tilgangen på kommunale tjenester. Kravet om vedtak må ikke stå i veien for en rask endring i tildeling av helse- og omsorgstjenester dersom det er nødvendig. I følge Burke mfl. (2014) er det å følge opp pasientens symptomer etter utskrivning et av de beste tiltakene for å redusere re-innleggelser. For å kunne følge opp pasientens symptomer kan behovet for tjenester endre seg raskt for de eldste og skrøpeligste pasientene. Det kan medføre at pasienter og pårørende får mindre tillit til at den hjelpen som er tilbudt er tilstrekkelig for å skape den nødvendige tryggheten i hjemmesituasjonen. Den markedsinspirerte bestiller-utfører modellen egner seg best til å styre de økonomiske ressursene i kommunen og i mindre grad egnet til å fordele helse- og omsorgstjenester. Modellen bidrar til at kommunen gjennom sitt resultatområde kan ha bedre kontroll over ressursene og bedre styring av behandlingstilbudet som gis i kommunen. Ut fra informantene i kommunen kan vedtakskontorene oppleves som en flaskehals i stedet for å ha en koordinerende funksjon i forhold til informasjonsflyten mellom sykehuset og kommunene. Modellen har heller ikke styrket tilliten til at enkeltvedtak alltid gir de rette tjenestene til pasientene.

Opprettelsen av et eget kompetansesenter for IT i helsesektoren har vært et viktig virkemiddel for koordineringen av informasjon om pasientene som flyttes mellom kommuner og sykehus (Torjesen & Vabo, 2014) Informantene gir uttrykk for at fysio- og ergoterapeutene savner det å kunne utveksle elektroniske meldinger. Systemet er imidlertid ikke utviklet i tilstrekkelig grad for alle faggruppene. Sykehuset trenger rask og riktig informasjon om pasientene for å kunne diagnostisere og gi pasientene den rette behandlingen. Men også kommunene trenger rask og riktig informasjon om den videre behandlingen. Både informasjonsflyten og innholdet i rapportene er viktig for å kunne gi rett behandling til rett tid og rett sted (St.meld.nr.47, 2008-2009). Foreløpig har ikke det elektroniske meldingssystemet styrket informasjonsflyten selv om sykepleierne samhandler gjennom de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene.

Koordinatorfunksjonen for pasienter med langvarige og koordinerte tjenester både på sykehuset og i kommunene ifølge tjenesteavtale to, er i svært liten grad benyttet for pasienter som omtales i denne studien. Ifølge informantene fra sykehuset er de pasientene som er mest re-innlagt som oftest eldre mennesker med flere ulike diagnoser på kroniske sykdommer. Informasjonen som utveksles om disse pasientene med kommunene formidles i legens epikrise og i pleie- og omsorgsmeldingene, ifølge informantene. Det kan tyde på at andre faggrupper er lite inne i bildet. Det er ikke blitt en kultur på sykehuset for å opprette koordinatorene på denne type pasienter, selv om de har kompliserte og sammensatte behov. Mange av de eldste pasientene blir ikke definert som komplekse pasienter selv om de har et omfattende hjelpebehov. En koordinator har i oppgave å koordinere informasjonen om hjelpebehovet til pasienten fra sykehuset til koordinatoren i kommunen. Dersom denne funksjonen hadde fungert, ville informasjonsflyten ha sikret pasientene en tett oppfølging i kommunene. Ifølge informantene er det kreftkoordinatoren i kommuner og sykehus som fungerer best. Kreftforeningen startet med å gi økonomisk bidrag til opprettelse av kreftkoordinatorene og etter hvert har både kommunene og sykehusene videreført koordinatorfunksjonen flere steder. Koordinatorfunksjonen bidrar til å skape mer tillit til helse- og omsorgstjenesten sett fra pasienten og pårørendes perspektiv og bidrar til å skape trygghet for at pasienten blir sikret en god oppfølging både i sykehus og i kommunen. I forhold til de eldste pasientene med kroniske plager og som har størst risiko for å bli re-innlagt, blir ikke koordinatorfunksjonen benyttet. Informantene gir uttrykk for at pasientene mangler planer for hva som skal gjøres både ved innleggelse og utskrivning. Ifølge tjenesteavtale to er det koordinatoren som har ansvar for å følge opp arbeidet med individuell plan i kommunen. En av informantene fra sykehuset hadde opplevd at de pasientene som det var opprettet en individuell behandlingsplan (IP) på, ble sjeldnere innlagt på sykehus. Det viser at når det er utarbeidet tydelige planer for pasientene er det lettere å vite hva de skal behandles for på sykehuset. Samtidig kommer det frem fra informantene på sykehuset at det ikke blir utarbeidet individuelle planer på de eldste pasientene med kroniske lidelser. Det å bruke litt mer tid på å utarbeide retningslinjer og planer på sykehuset, kunne gitt bedre behandling og oppfølging i kommunene. I samstyring er det viktig at partene selv tar initiativ til å møtes for å utvikle felles prosedyrer og planer. Partene i samarbeidet er forpliktet på å tenke helhetlig og da må pasientens behov være utgangspunktet for samarbeidet.

6.0 Konklusjon

Samhandlingsreformen skulle bidra til mer koordinerte pasientforløp. Det var nødvendig med pålagte samarbeidsavtaler for å bedre koordineringen av tjenestene og samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. En må likevel spørre om dette har vært nok for å få realisert målene med reformen. I min studie har jeg sett på hvordan samhandlingsutfordringer knyttet til informasjonsutveksling, kultur og tillit kan påvirke omfanget av re-innleggelser - og om de statlige virkemidlene har styrket disse relasjonelle forholdene.

Studien har vist at informasjonsutvekslingen både ved innleggelse og utskrivning fra sykehus til kommunene har stort forbedringspotensiale. Ulike kartleggingsmetoder, manglende prosedyrer samt forskjellige virkelighetsoppfatninger skaper utfordringer i samarbeidet. Dette kan igjen medvirke til at pasienten ikke får den rette behandling på rett sted og til rett tid, noe som igjen kan medvirke til re-innleggelser. Mer spesialisert kompetanse i kommunene vil styrke sykehusets tillit til kommunene.

Statlige virkemidler har vært nødvendige, men har vist seg å ha varierende effekt. Akutte ø-hjelp senger kan bidra til å hindre re-innleggelser, men er foreløpig ikke fullt utnyttet. Økonomiske insentiv har vært nødvendige, men kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter kan også åpne for «et strategisk spill» og mistillit mellom partene. Slik bestiller – utfører modellen fungerer i dag, med store mangler i informasjonsflyten, tvinges den til å fatte vedtak på svakt grunnlag. I tillegg er modellen lite fleksibel for pasienter med sammensatte problemstillinger. Faglige nettverk og gjensidige hospiteringsordninger kan vise seg å være de mest nyttige virkemidlene for å styrke informasjonsflyten, utvikling av gjensidig tillit og felles kultur. Det elektroniske meldingssystemet har i dag store svakheter og må utvikles bedre for å styrke informasjonsflyten. Koordinator funksjonen og individuelle planer har vært lite benyttet.

Samstyring viser seg vanskelig når det oppstår uenighet mellom kommuner og sykehus. Sterkere bruk av de harde virkemidlene kan derfor vurderes å benyttes. En felles samhandlingssjef mellom kommuner og helseforetak kunne styrket samhandlingen og bygd bro mellom ulike kulturer. Samhandlingsreformen er historisk sett i en tidlig fase. Ennå sliter den med mange «barnesykdommer». Jeg har imidlertid tro på at samhandlingsreformen har

fremtiden for seg, men mye bør utvikles videre. Det bør skapes enda bedre måter å samhandle på for å redusere omfanget av re-innleggelser.

Dersom jeg skulle gått videre for å få andre perspektiver på samhandlingsutfordringer, kunne toppledere i kommuner og sykehus blitt intervjuet i tillegg til pasienter og pårørende.

7.0 Litteraturliste

- Alm Andreassen, Tone (2014). *Å overbygge organisatoriske ansvarsgrenser*. I Mia Vabø & Signe Irene Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s.11- 28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bang, Henning. (2011). *Organisasjonskultur*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barber, B. (1983). *The logic and limits of trust (Vol. 96)*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Bouckaert, G., Peters B.G & Verhoest K.(2010). *The Coordination of Public Sector Organizations. Shifting Patterns of Public Administration*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Brattheim, Berit.J, Hellesø, Ragnhild & Melby, Line (2016). *Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune*. Sykepleien Forskning, Issue 1 (26-33).
- Burke RE, Guo R, Prochazka AV & Misky GJ (2014). *Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework*. *BMC Health Serv* Vol. 14:423.
- Ferguson, Ronald F & Sara E. Stoutland. "Reconceiving the community development field." *Urban problems and community development* (1999): 33-75.
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers innleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2015*. Seksjon for kvalitetsmåling i kunnskapssenteret, Oslo.
- Granovetter, M. (1985). *Economic action and social structure: the problem of embeddedness*. *American journal of sociology*, 481-510.
- Helse-, & Omsorgsdepartementet. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven*. Norge: Lastet ned fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse og omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse%20og%20omsorgstjenesteloven)
- Hermanrud, Inge (2016). *Tillit i det digitale arbeidslivet- praksiser som fremmer tillit og mistillit*. I Høyer, Hans Christian, Kasa, Sjur, Tranøy, Bent Sofus (red.) *I tillit styring og kontroll* (s.120- 130), Oslo: Universitetsforlaget.
- Hood, Christopher C. & Helen Z. Margretts (2007). *The tools of government in the Digital age*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Johannesen, Asbjørn, Christoffersen, Line & Tufte Per Arne (2011), *Forskningsmetode for økonomisk –administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Krueger, Richard A. (1988). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park: Sage.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd : samspill i praksis* (Vol. 13(2011-2012)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Kvale, Steinar & Svend Brinkman. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju 3.utgave* , Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lindman, AS, Kristoffersen, DT, Hassani, S, Tomic O & Helgeland, J.(2015) *30-dagers reinnleggelse av eldre 2011-2013. Resultater for sykehus og kommuner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Ouchi, W.G. (1980). Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly*, 25(1):129-141.
- Rasmussen, Bente & Vabø, Mia (2014). I Mia Vabø & Signe Irene Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s.11- 28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rieper, Olaf (1993). *Gruppeintervju i praksis: Brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning*. København: AKF- forlaget.
- Ringdal, Kristen (2013) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode, 3.utgave*. Bergen: Fagbokforlaget
- Røiseland, Asbjørn & Vabo, Signe Irene. (2015). *Styring og samstyring- governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Snøfugl, Guri, Grimsmo, Anders, Heimly, Vigdis, Melby, Line & Paulsen, Bård (2006). *Elektronisk samhandling mellom foretakene og kommunene. Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP), NTNU Trondheim*.
- St.meld. nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Torjesen, Dag Olaf & Vabo, Signe Irene (2014). *Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering*. I Mia Vabø & Signe Irene Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 138-157). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, Mia. (2014). *Dilemmaer i velferdens organisering*. I Mia Vabø & Signe Irene Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s.11- 28). Oslo: Universitetsforlaget
- Vedung, Evert (1998). Policy Instruments: Typologies and Theories. I: Marie- Louise Bemelmans-Videc, Ray. C. Rist & Evert Vedung (red.): *Carrtos, Sticks & Sermons. Policy instruments & Their Evaluation*. New Brunswick/ London: Transaction Publishers.

8.0 Vedlegg

1. Godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste
2. Intervjuguide for brukerrepresentanten
3. Samtykkeskjema til fokusgruppeintervju



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

Kristine Aurdal
Haugesund sjukehus
Postboks 2170
5528 HAUGESUND

Vår dato: 29.10.2015

Vår ref: 45302 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45302 *Hvilke samhandlingsutfordringer har kommuner og spesialisthelsetjenesten i forhold til å redusere antall re-innleggelser på sykehus? Hvordan kan disse utfordringene løses?*

Behandlingsansvarlig Helse Fonna HF, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Kristine Aurdal

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg: Prosjektvurdering



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45302

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Helse Fonna HF sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 2

Intervjuguide for bruker representanten

De overordnede spørsmålene i intervjuet:

1. Hva tror du er den viktigste årsaken til re-innleggelser på sykehus?
2. Hvordan opplever du samarbeidet mellom kommuner og sykehus?
3. I forhold til tillit. Hvordan har du opplevd tilliten mellom kommuner og sykehus?
4. I forhold til informasjonsutveksling ved innlegging og utskrivning. Hvordan føler du at det fungerer? Får pasientene den informasjonen de trenger når de blir innlagt og utskrevet fra sykehuset?
5. Hvordan fungerer de elektroniske meldingene?
6. Hvordan er det med kommunene? Når pasienter blir innlagt - sender de med informasjon om pasienten?
7. Hvilke faktorer er med og kompliserer utskrivningsprosessen?
8. Hvilke tiltak kan vi sette i verk for å hindre re-innleggelser?
9. Hvordan kunne de akutte ø-hjelp sengen ha bidratt til færre re-innleggelser?
10. I forhold til epikriser og rapporter. Er det noe du mener er spesielt viktig å få med i epikriser og rapporter?
11. Hvilken betydning tror du tverrfaglige rapporter kan ha?
12. Hvilken betydning tror du ambulante team, innsatsteam og koordinatorene kan ha for samhandlingen for å hindre re-innleggelser?
13. Er det noe annet du ønsker å få frem?

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i prosjekt

Oppfølging av pasienter med behov for sammensatte tjenester med fokus på re-innleggelser.

Bakgrunn og formål

Målet med Samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud med koordinerte pasientforløp. Brukermedvirkningen fra pasientene er viktig å få med som en del av et helhetlig helsetilbud. Juridiske forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak er benyttet som verktøy for å kunne gi nære og trygge helsetjenester. De gjør rede for ansvars- og oppgave fordeling ved inn- og utskriving og oppfølging av pasienter med behov for sammensatte tjenester.

Helse Fonna ligger høyt på kvalitetsindikatoren re-innlegging¹. Re-innlegging er definert som enhver etterfølgende akutt innlegging som skjer innenfor 30 dager etter utskriving.

Forskning i forbindelse med samhandlingsreformen viser at re-innleggelser er hyppigst i aldersgruppen 80 + og har vært økende for denne aldersgruppen fra 2012 da Samhandlingsreformen tok til å virke.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Mandater for en del av prosjektet er at prosjektleder vil etablere en eller flere fokusgrupper med ansatte fra helse- og omsorgssektoren i to kommuner og ansatte i helseforetak. Gruppene skal være tverrfaglig sammensatt. Spørsmålene i fokusgruppene er knyttet til årsaker til re-innleggelser og samhandlingsutfordringer i forhold til re-innleggelser på sjukehus for personer over 65 år. Du blir herved invitert til å delta i et gruppeintervju som vil ta ca 2 timer.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Deltakere i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

¹ <https://helsenorge.no/Kvalitesindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskriving>

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2016. Datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Om du ikke ønsker å delta i studien eller trekker deg fra studien vil det ikke ha noen innvirkning på ditt forhold til behandlere eller andre.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av deltaker i fokusgruppeintervju, dato)

- Jeg samtykker til å delta i fokusgruppeintervju***
- Jeg samtykker til at lengre sitater av meg kan gjengis i rapport/oppgave***