

Bærekraftige behandlingskjeder
– Samhandling mellom kommune og
sykehus

Kari-Bente Skråstad

Master of Public Health

MPH 2014:36



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Bærekraftige behandlingskjeder. – Samhandling mellom kommune og sykehus

© Nordic School of Public Health NHV

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-982282-1-2



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Bærekraftige behandlingskjder. – Samhandling mellom kommune og sykehus				
Författare Kari-Bente B. Ø. Skråstad				
Författarens befattning och adress Avdelingsleder, Avdeling Rus og psykisk helse, Eidsvoll kommune Rådhusgaten 1, 2080 Eidsvoll				
Datum då examensarbetet godkändes 12.11.2014			Handledare NHV/Extern Professor Bengt Åhgren	
Antal sidor 55	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/ Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-982282-1-2

Sammanfattning

Bakgrunn: Det er avdekket at pasienter med komplekse behov og kroniske lidelser har behov for mer integrerte helsetjenester en de har fått. Samhandlingsreformen fremmer at dagens helsevesen må desentraliseres for å gi integrerte tjenester til denne pasientgruppen.

Hensikt: Formålet med denne studien var å avdekke hva som er avgjørende for en bærekraftig behandlingskjede til personer med komplekse og langvarige lidelser.

Metode: Forskningen er et multiple case study med to case; diagnosegruppene Schizofreni og KOLS. Undersøkelsen ble gjennomført i to middels store norske kommuner og deres respektive regionale sykehus. Det ble gjennomført 10 semi-strukturerte intervju med påfølgende innholdsanalyse. Funn fra intervjuene og dokumentanalysen ble triangulert.

Resultat: Avgjørende for bærekraftige behandlingskjder er: *Organisasjonsstruktur:* Inter-organisatorisk behandlingskjede, med minimum nivå av lenket interaksjon, fundamentert på samarbeidsavtale. Interaksjonsnivået og bruk av IP var høyest innen for psykisk helse sektoren. Ingen av behandlingskjedene har multidisiplinære team som har myndighet til situasjonstilpasning av tjenestene; *Organisasjonskultur:* Det var ett multidisiplinært grenseoverskridende team, som var uten lederstøtte relatert til felles målsetninger og felles styrende idéer og løsning på samhandlingsutfordringer eller fokus på utvikling av helhetlige behandlingskjder, spesielt fellesoppgavene; *Utviklingsmulighet* gjennom støttende nasjonal policy og statlige virkemidler; og *Utviklingsfokus* Det manglet avklaring på lederansvar for utvikling av behandlingskjder og prioritering av ressurser til utvikling i form av personell, økonomi og tid.

Konklusjon: Studien viser at det er avgjørende med adekvat organisasjonsstruktur med samhandlingssoner for både multidisiplinære grenseoverskridende team med tilstrekkelig interaksjon og myndighet til å gi situasjonstilpassede tjenester, og et ledernivå med fokus på lederstøtte for de multidisiplinære teamene. En altruistisk holdning i lederskapet kan bidra til støttende strukturer som felles styrende ideer og målsetninger. Det er nødvendig med et tydelig fokus på utvikling av tjenester der det er tjenestetomme rom, og spesielt på fellesoppgaver og løsning av samhandlingsutfordringer,. Det er også viktig for behandlingskjedens bærekraft at ledere prioriterer tilstrekkelig ressurser til utviklingen av behandlingskjder og bruker mulighetene gjennom de statlige virkemidlene. En integrert helsetjeneste er ennå ikke et faktum i de undersøkte behandlingskjedene, men viktige steg er tatt i retning av å oppfylle Samarbeidsreformens målsetning.

Nyckelord

integrtet helsetjeneste, synergieffekt, funksjonelle og interaksjonelle determinanter, multiple case study



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Sustainable chains of care. Interaction between municipalities and regional hospitals.				
Author Kari-Bente B. Ø. Skråstad				
Author's position and address Leader, Department for mental health and addiction, Eidsvoll council Rådhusgata 1, 2080 Eidsvoll				
Date of approval 12.11.2014		Supervisor NHV/External Professor Bengt Ahgren		
No. of pages 55	Language – thesis Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-982282-1-2

Abstract

Background: Evidence shows that patients with complex and chronic illnesses need greater coordination of their healthcare services. The Coordination Reform claims that health care services must be decentralized to give integrated care to these patients.

Purpose: This study aimed to determine the crucial factors for sustainable chains of care for persons with complex and chronic diseases.

Method: This study was organized as a multiple case study involving two diagnosis groups for schizophrenia and chronic obstructive pulmonary disease. Research was conducted in two mid-sized Norwegian municipalities, each connected to separate regional hospitals. It was conducted 10 semi-structured interviews. Findings from interviews and document analysis were triangulated.

Result: Integrated chains of care depend on four factors. *Organizational structure* needed organizational chains of treatment with a minimum level of linked interaction, based on contracts. The level of interaction was higher, and the use of Individual Plans was more common within the mental health sector. In our study, neither chain of care had a mandate to adjust services according to changing needs. In *organizational culture*, we identified one inter-organizational team, which lacked necessary leadership support to identify common goals, and lacked governing ideas or leadership to solve the challenges or focus on developing integrated chains of care. Supporting policies and governmental incentives enabled *development opportunities*. Finally, we identified a lack of *development focus* (i.e., appointed responsibility for the development of integrated health care and the allocation and management of resources for personnel, time, and economy).

Conclusion: We determined that an adequate organizational structure for interaction is crucial to creating zones of interaction for multi-disciplinary teams with adequate interaction and authority to adjust health services according to need. We also determined a need for leadership to focus on supporting multidisciplinary teams. Leadership with altruistic attitudes may inspire and strengthen supporting structures such as common governing ideas and goals. When voids exist in the chain of care, clearly focused service development and problem solving is crucial, especially for inter-organizational treatment. Sustainability of the chain of care requires leaders prioritize development regarding the allocation of adequate resources, using the possibilities within the national regulations and incentives. An integrated chain of care was not yet in place for the cases studied here, but important steps have been taken towards fulfilling the goals of the Norwegian Coordination reform.

Key words

integrated health care, collaboration synergy, functional and interactional determinants, multiple case study

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0.	INNLEDNING.....	5
2.0.	BAKGRUNN	6
2.1.	Samhandlingsreformen	6
2.2.	Nordisk perspektiv.....	6
2.3.	Folkehelseperspektivet.....	7
3.0.	TEORETISK RAMME	9
3.1.	Integrasjons synergier.....	9
3.2.	Determinanter for utvikling av integrerte helsetjenester	11
4.0.	FORSKNINGSSPØRSMÅL	17
4.1.	Formål.....	17
4.2.	Forskningsspørsmål	17
4.3.	Hypoteser	17
5.0.	METODE.....	18
5.1.	Forskningsdesign	18
5.2.	Målgruppe	19
5.3.	Datainnsamling.....	20
5.4.	Analyse	21
5.5.	Validitet og reliabilitet	21
5.6.	Forfatterens egen forståelse.....	22
5.7.	Etiske overveielser.....	22
6.0.	RESULTAT	24
6.1.	Organisasjonelle forhold.....	24
6.2.	Utviklingsforhold	27
7.0.	DISKUSJON.....	31
7.1.	Hypotese-diskusjon	31
7.2.	Metodediskusjon.....	43
8.0.	KONKLUSION	46
9.0.	REFERANSER	48
10.0.	VEDLEGG.....	51
10.1.	Perspektiv	51
10.2.	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	53
10.3.	Intervjuguide	55

1.0. INNLEDNING

Gjennom flere år har det vært en økende uro for utfordringene innenfor helsevesenet i Norge. Det siste tiår er det gjort flere grep for å endre dette. I 2002 ble ansvar for sykehusadministrasjon flyttet fra de 19 fylkene til fem helseforetak, som i dag er redusert til fire. Endringen var også en dreining mot en mer markedsorientert modell for ledelse av helsevesenet, hvor helseforetakenene bestiller helsetjenester og sykehusene leverer tjenestene. Den neste betydningsfulle reformen er Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 (Stortingsmelding no. 47, 2009). Denne reformen er en omfattende reform hvor en gir økt ansvar for utredning og behandling til kommunale helsetjenester og sykehusets desentraliserte tjenester. Denne endringen er et svar på de tre hovedutfordringene som utgjør bakgrunnen for reformen: pasienters behov for koordinerte tjenester ble ikke møtt godt nok i det eksisterende helsevesenet, de tjenestene som ble gitt, var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom og den demografiske utvikling og endring i sykdomsbilde i befolkningen. Summen av disse utfordringene ble antatt å kunne komme til å true samfunnets økonomiske bæreevne (Stortingsmelding no. 47, 2009).

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester fremstår helsevesenet fragmentert. Ahgren (2010 a) tar opp at pasientene forsvinner inn i et ” Bermudatriangel”, noe som får alvorlige konsekvenser for denne gruppen av pasienter. Det er tre utviklingstrender som utgjør ’sidene’ i triangelet og fører til det fragmenterte helsevesenet: desentralisering av helsevesenet, en økende spesialisering og økende profesjonalisering. Når pasientene ’forsvinner’, er behandlingsforløpet så oppstykket at han ikke opplever en helhetlig behandling. Ahgren (2010a) hevder at det er faktorene av både strukturell, kulturell og klinisk art som bidrar til fragmenteringen. For å løse opp triangelet mener han at det må fokuseres på helhetlige helsetjenester (integrated healthcare) i betydningen helhetlige behandlingsforløp og helhetlige strategier for helsetjenestene. Det viktigste er sluttresultatet: et bedre behandlingsresultat for pasientene.

Denne oppgaven har som formål å se nærmere på samhandlingen, i hvilken grad helsetjenestene gir helhetlige behandlingsforløp og har helhetlige strategier etter at Samhandlingsreformen har trådd i kraft.

2.0. BAKGRUNN

2.1. Samhandlingsreformen

Intensjonen for Samhandlingsreformen er å være et retningsgivende kompass for rett behandling, på rett sted til rett tid. For å oppfylle intensjonen, ble det foretatt fem strukturendringer:

En klarere pasientrolle med større fokus på pasientforløp.

Utvidelse av kommunens rolle: På bakgrunn av den forventede demografiske utviklingen kreves det at løsningene må fines innenfor primærhelsetjenesten.

Kommunen får derved en ny rolle, hvor behovet for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling, oppfølging, habilitering og rehabilitering blir sentralt. Dette er forsøkt uttrykt i begrepet BEON – beste effektive omsorgsnivå. I praksis betyr det at flere av oppgavene til helseregionene/spesialisthelsetjenesten blir overført til kommunen. I Norge er alle primærhelsetjenesteoppgavene lagt til kommunen.

Etablere økonomiske insitamenter; Insitamentene skal støtte kommunenes ansvar for pasientene og de helhetlige behandlingsforløpene mellom kommunen og sykehusene.

Utvikle spesialisthelsetjenesten til å øke kompetanse og levere spesialiserte tjenester av høy kvalitet.

Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer: Utvikling av mer systematikk i helsevesenets prioriteringer jfr. Helsedirektoratets prioriteringsveileder (Helsedirektoratet, 2008a).

Samtidig med innføringen av Samhandlingsreformen ble to nye lover innført som støtter reformen. Dette er Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven. Både kommunene og helseforetakene blir utfordret til å endre hvordan de organiserer og strukturerer sine tjenester, som medfører behov for ny organisering i og mellom organisasjonene for å gi helhetlige behandlingsforløp.

2.2. Nordisk perspektiv

I resten av Skandinavia har det også vært nødvendig å endre helsetjenestene. Helsetjenestene i Sverige og Danmark har måttet gjennomgå store endringer for å møte kravene til bedre effektivitet og kvalitet. Alle de skandinaviske landene har helsesystem som er finansiert gjennom skatter og avgifter (Ahgren, 2014). De ulike landene har valgt ulike modeller og strategier.

Danmark har innført “Struktur reformen”, som legger vekt på at kommunene og helseregionene må samhandle for å lage sammenhengende behandlingsforløp for pasientene. Den danske strukturereformens mål var å fremme samhandling mellom helseprofesjonene for å avhjelpe problemene med den fragmenterte helsetjenesten. De politiske målene for inter-sektoriell samhandling var å gjøre det obligatorisk å lage felles avtaler mellom helseregionene og kommunene. De lokale avtalene må godkjennes av det Nasjonale helsedepartementet (Stougaard, 2011). Initiativene for avtalene er et

resultat av implementeringen av de politiske ambisjonene på et administrativt nivå (Wademan et al., 2009).

I Sverige har det gjennom en lang tid fungert slik at frivillige avtaler om behandlingsforløp med koordinerte tjenester inngås lokalt mellom dem som skal yte helsetjenestene til pasienten. Ideen om et behandlingsforløp ble i Sverige lansert på begynnelsen av 1990-tallet. Utviklingsarbeidet er lokalt initiert, og i noen tilfeller nedfelt i nasjonale retningslinjer for spesielle pasientgrupper. Det er mange lokale variasjoner innenfor utviklingsarbeidet, og mange utviklede pasientkjeder på fylkesnivå (Ahgren, 2003). I 2003 innførte det nasjonale helsedirektoratet (Socialstyrelsen, 2003) et integrert lokalt helsesystem som både inneholder primær- og sekundærhelsetjeneste (Øvretveit *et al.*, 2010). Formålet med den lokale helsetjenesten er å skape et desentralisert spekter av helsetjenester som er lokalt tilpasset. En standardisert lokal helsetjenestemodell er ikke ønskelig (Ahgren, 2010b). Til forskjell fra de andre skandinaviske landene er det i Sverige ingen nasjonale lover eller avtaler som pålegger utvikling av behandlingskjeder. Utviklingen av helhetlige helsetjenester er *frivillig* og er ofte drevet frem av initiativ på fylkesnivå.

Samhandlingsreformen i Norge indikerer med sitt navn at pasienter skal oppleve behandlingsforløp som er preget av *samhandling* mellom tjenesteyterne og helsetjenestene. Her blir det *pålagt* å lage samhandlingsavtaler om helhetlige pasientforløp mellom Helseforetaket og politisk ledelse i kommunen. Avtalene skal så godkjennes av Helsedirektoratet. I tillegg til at behandlingsforløp sikres gjennom overordnede avtaler mellom helseforetak og kommunen, har det i Norge fra 1999 blitt utviklet Individuelle planer (IP) for pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Denne rettigheten ble lovfestet i Pasientrettighetsloven (Helse- og omsorg departementet, 1999). Samhandlingsreformen kommer som en forlengelse av kliniske behandlingsforløp ved bruk av individuelle behandlingsplaner.

I internasjonal litteratur er dette kalt “case coordination”, som er beskrevet som en metode for å hjelpe enkeltpasienter gjennom en fragmentert helsetjeneste. I tillegg utnevner man også ofte en IP koordinator (‘case coordinator’) (Andersson *et al.* 2011). Men det ser ikke ut til at IP-tiltaket har hatt den ønskede effekten i retning av mindre fragmentering. Selv med støtte av nasjonale reformer og lovgivning har det hatt liten betydning for interorganisasjonell integrasjon og interprofesjonell samhandling innenfor norsk helsevesen (Bjerkan et al., 2011; Holum, 2012).

De nasjonale strategiene for å implementere helhetlige helsetjenester i Skandinavia strekker seg fra frivillig inngåtte avtaler i en ende til lovpålagte i andre enden, for å minimere fragmenteringen av helsetjenestene.

2.3. Folkehelseperspektivet

Målet for folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller (St. meld. 47, 2009). Dette er sammenfallende med The Ottawa Charter (WHO, 1986), hvor en la grunnlaget for moderne helsefremmende arbeid. Utgangspunktet er et utvidet helsebegrep, med vekt på økonomiske, politiske og sosiale determinanter for helsen. På linje med dette, defineres helsefremmende arbeid som ”den

prosess som gjør det mulig for individer og samfunnet å øke kontrollen over helsens determinanter og dermed forbedre sin helse.” Det peker på at forutsetningen og muligheten for helsefremmende arbeid ikke kan sikres av helsesektoren alene. Med dette utgangspunktet blir interprofesjonell og intersektoriell samhandling svært relevant. Selv om det ligger innenfor helsevesenets sin oppgave å holde befolkningen frisk, forutsetter dette koordinerte tjenester fra alle involverte: statlig og kommunal sektor, helse, sosial- og økonomisk sektor, ikke- statlige og frivillige organisasjoner, industri og media. Videre står det i Ottawa Charter (WHO, 1986) at helsesektoren må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, ut over det ansvaret en har for å gi klinisk og kurative tjenester. I mange land har mangelen på intersektoriell samhandling ledet til ulike effektivitets- og kvalitetsproblemer i folkehelsearbeidet. Huxham og Vangen (2005) hevder at det er bare én måte å løse de store problemstillingene en har i folkehelsearbeidet, nemlig ved å samhandle. Videre fremmer de at samhandling er essensielt dersom det skal være et håp om endring.

I denne oppgaven er valgt behandlingskjedene til to diagnosegrupper som kan få frem flere aspekter av samhandling i integrerte helsetjenester. KOLS ble valgt ut i fra at det er en av de store folkehelseutfordringene, og inngår i folkehelsesatsningen i Norge. Norge har forpliktet seg til å følge opp WHO sitt mål om 25 prosent global reduksjon i for tidlig død av ikke- smittsomme sykdommer, avgrenset til hjerte- og kar sykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer og diabetes, innen 2025. En stor andel av disse sykdommenes utbredelse kan forebygges med kostnadseffektive tiltak (Helsedirektoratet, 2012). KOLS har med sin økende forekomst i Norge, som i resten av verden, blitt beskrevet som et folkehelseproblem som er en av de hyppigste årsakene til tidlig død, etter hjerte- og karsykdommer og kreft. Trolig er det 250 000 – 300 000 personer med KOLS i Norge.

Den andre diagnosegruppen er fra psykisk helsearbeid. Valget ble diagnosegruppen Schizofreni, som er regnet som den mest alvorligste psykoselidelsen. En har regnet med at livstidsrisikoen for utvikling av schizofreni ligger på ca. 1 % av befolkningen i hele verden.

Begge diagnosegruppene blir regnet som rettighetspasienter til behandling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008a; 2008b). Tidlig-innsatser for både KOLS og Schizofreni vil kunne hindre en sykdomsutvikling, men for den sistnevnte diagnose kan det i tillegg ha stor innvirkning på sykdommens tilfriskningsprosess (Helsedirektoratet, 2012; 2013).

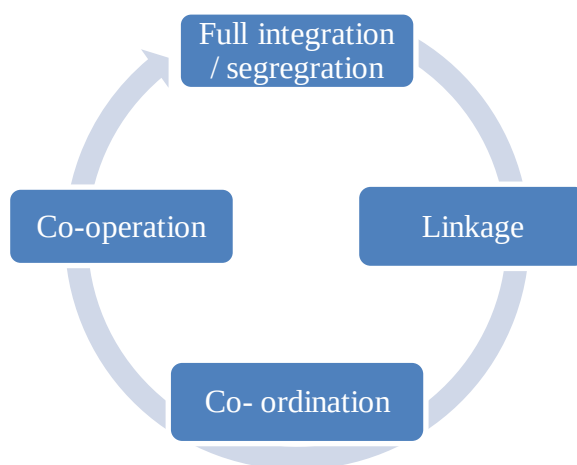
3.0. TEORETISK RAMME

Dette kapittelet belyser den teoretiske rammen med viktige begrep og teorier relatert til helhetlige behandlingsforløp (chain of care): De funksjonelle forutsetningene som gir optimal mulighet for at samhandlingen skal få gode interaksjonelle forutsetninger. Som resulterer i best mulig behandlingsresultat for pasientene.

3.1. Integrasjons synergi

Bærekraftige integrerte helsetjenester forutsetter at helsetjenesten er organisert slik at en får optimal synergieffekt ut av interaksjonen mellom organisasjonene. Sluttresultatet for pasientene blir bedre enn om de ulike organisasjonene arbeider hver for seg. En forutsetning for synergieffekt fra samhandling er at både funksjonelle og interaksjonelle forutsetninger er å tilstede på et optimalt nivå (Ahgren, 2012). Det optimale nivået må utvikles i en samhandlingsprosess mellom de som samhandler og behovet til pasientene (Ahgren, 2012).

Funksjonelle forutsetninger for samhandling beskrives som at samhandling mellom helsetjenester er i faser i et kontinuum av integrasjon. Den første fasen er at de ulike tjenestene har full 'segregasjon', med påfølgende fase som er 'linkage', deretter 'co-ordination', 'co-operation', og ender opp med 'full integration' (Ahgren and Axelsson, 2005). Dersom det er full segregasjon mellom helsetjenestene betyr det ikke det samme som når det er en fragmentering mellom dem, men at det er forskjellige helsetjenester en gir, som ikke trenger integrering for å gi en helhetlig helsetjeneste. Her henviser en pasientene mellom tjenestene. Ahgren (2008) hevder at full segregasjon kan i mange tilfeller være den beste praksisen og den beste bruken av helsetjenester, når alle behovene for en bestemt pasientgruppe kan dekkes på denne måten. Da kan en også beskrive den samme fasen som full integrasjon i tjenestetilbudet som blir gitt. Dette er beskrevet nedenfor med at full segregasjon mellom helsetjenestene og full integrasjon er i samme posisjon, se Figur 1.



Figur 1. Nivå/faser av interorganisasjonell integrasjon i et kontinuum (Fra Ahgren, 2012)

Ved full integrasjon vil ressursene til organisasjonene være samordnet til å forme en ny organisasjon. Et eksempel på dette er samhandlingsteam som ACT team innenfor psykisk helsearbeid, hvor både kommunen og helseforetaket gir midler og skaper en ny organisasjon.

Det er ingen fase som er bedre enn den andre, men for å få synergieffekt, må en finne den optimale fasen. Den optimale fasen vil variere i forhold til de ulike behandlingsforløpene en skal samhandle om (Ahgren, 2012). Det gjør at man må vurdere behandlingsforløpene for hver diagnosegruppe for å se hvilke behov en har for integrering. I noen tilfeller kan det være nødvendig med sammenslåing og i noen tilfeller bare uformelle kontakter mellom helsearbeidere. De ulike nivåene av samhandling kan en skille fra hverandre ved å se på henvisninger av pasientene. Nasjonale veiledere/ kliniske retningslinjer for en spesifikk pasientgruppe beskriver hva som skal bli gjort, av hvem og når. Dette er igjen en beskrivelse av et behandlingsforløp. Kjedet nivå (Linkage) er regnet som den enkleste interaksjonsformen, hvor samhandling om behandlingsforløp ofte er regulert gjennom skriftlige avtaler mellom organisasjonene. Samhandlingen fremstår i etapper og helsetjenesten utfører sin del av behandlingsforløpet. Når en kommer til koordineringsnivået (Co-ordination), overfører en pasienter ut fra kliniske retningslinjer mellom ulike helsetjenester, men skiller seg fra kjedet nivå ved at en arbeider gjennom et klinisk nettverksarbeid, siden pasienten trenger sammensatt behandling fra ulike helsetjenester på samme tid. Det er vanligvis ikke utpekt en nettverksleder. Dersom det er utpekt en nettverksleder, vil en få et høyere nivå av integrasjon, som er kjennetegnet for kooperasjon (Co-operation) (Ahgren og Axelsson, 2005). Ett eksempel på kooperasjonsnivået er at en på pasientnivå bruker Individuelle behandlingsplaner (IP) som gir 'case koordinering' og en 'case manager'.

Det optimale samhandlingsnivået forutsetter at de funksjonelle forutsetningene er tilstede, som grunnlag for interaksjons- forutsetninger som har gjensidig samhandling med interaksjonssynergier som sluttresultat (Lasker et.al., 2001). Utgangspunktet for gjensidighet i samhandling mellom helsetjenester er at deres resultatmål er sammenfallende og at de ser samhandlingsfordelene. Dersom dette mangler, er det bedre å bruke ressursene på sine kjerneaktiviteter (Huxham and Vangen, 2005). Mangel på, eller skulte samhandlingsfordeler kan være ødeleggende for en behandlingskjede, siden helsepersonell har en tendens til å forsvare sine territorier på en kontraproduktiv måte dersom de opplever at de er truet utenfra (Glendinning, 2003). De ulike helsetjenestene kan på denne måten utvikle en samhandlingstilstand som er preget av motarbeidelse. Denne tilstanden er beskrevet ved at interaksjon mellom helsetjenestene gir et sluttresultat som er mindre enn summen av tjenestene uten interaksjonen. Den motsatte tilstanden er gjensidighet, som beskrives ved at begge helsetjenestene får ønskede fordeler. Gjensidighet og motarbeidelse er motsatser i et kontinuum av symbiotiske effekter. Det fins også en tilstand mellom disse motsetningene som beskrives som kommensialisme. Denne tilstanden kan beskrives ved

at bare den ene av organisasjonene har fått økt verdi ut av samhandlingen, og ikke den andre. På lang sikt kan dette resultere i at parten som ikke har fordeler av samarbeidet, blir illojal til samhandlingen. Dette kan lede til en tilstand av motarbeidelse (Ahgren, 2010) som tar fokuset bort fra kjerneoppgavene til helsetjenesten og blir kontraproduktivt fordi man verner om egen virksomhet. Resultatet er dårligere kvalitet på tjenestene enn gitt hver for seg.

Optimal integrasjonssynergi, hevder Ahgren (2012), utvikles i en samhandlingsprosess, se Figur 2.



Figur 2. Prosessen for utvikling av optimal integrert helsetjeneste (etter Ahgren, 2012).

Denne samhandlingsprosessen starter ved en bevegelse mot det optimale nivået av integrasjon, hvor de funksjonelle determinantene er tilstede, som igjen gir forutsetningen for at de interaksjonelle determinantene utvikler gjensidighet i samhandlingen. Dermed er også forutsetningene tilstede for å oppnå et best mulig sluttresultat takket være synergieffekter av den integrerte helsetjenesten (Ahgren, 2012).

3.2. Determinanter for utvikling av integrerte helsetjenester

For å kunne bruke teorigrunnlaget basert på Ahgren, ble tradisjonelle inter-organisasjonsteori brukt for å tydeliggjøre hva som er de funksjonelle determinantene og interaksjonelle determinantene som Ahgren (2012) henviser til, og som har dannet bakgrunnen for intervju spørsmålene i denne undersøkelsen.

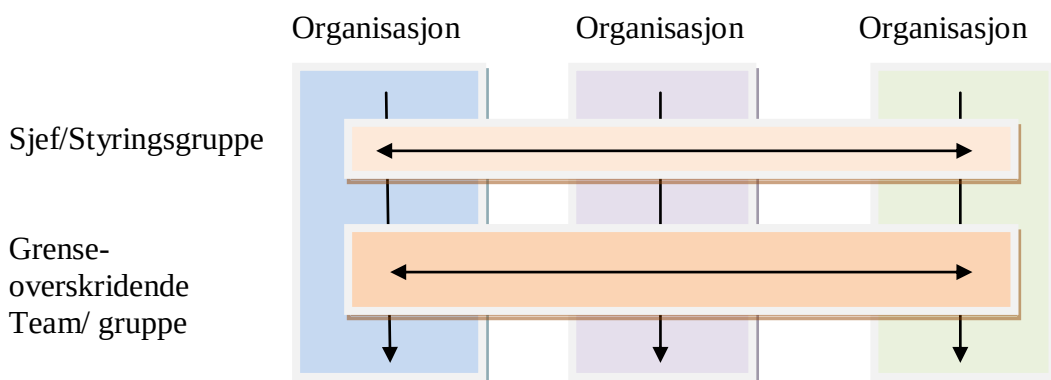
Utgangspunktet er Ahgren og Axelsson (2007) sin studie, som viser hvilke determinanter som er av avgjørende betydning for en vellykket behandlingskjede. Denne nasjonale studien av integrerte helsetjenester i Sverige har funnet viktige betingelser for utviklingen av integrerte helsetjenester. De deler betingelsene inn i to grupper som belyser de organisasjonelle forholdene og utviklingsforutsetningene. De organisasjonelle forholdene gjelder organisasjonens struktur og kultur. Utviklingsforutsetningene gjelder utviklingsfokus og utviklingsmulighet i organisasjonen.

3.2.1. Organisasjonelle forhold

Når en tar opp organisasjonelle forhold ser en på determinantene organisasjonsstruktur og organisasjonskultur.

Organisasjonsstruktur

Samhandlingsreformen er tydelig på at det skal skapes helhetlige behandlingsforløp. Det forutsetter en funksjonell struktur for samhandlingen. Ahgren (2012) har i kontinuumet beskrevet samhandlingsstrukturer som nivåer fra full integrasjon/ full segregasjon, kjedet, koordinering og kooperasjon. Selve samhandlingen kan strekke seg fra den enkleste formen med regelmessige møter mellom de samhandlende organisasjonene for kontakt, informasjonsutveksling og felles planlegging av grense-overskridende aktiviteter. De kan være mer eller mindre frekvente, systematiske, formelle eller uformelle, avhengig av vanskelighetsgraden i samhandlingen (Axelsson og Axelsson, 2007). Den enkleste behandlingsskjeden (Chain of care) med et kjedet nivå har ikke samme behovet for organisering som de mer ambisiøse nivåene med koordinasjon og kooperasjon. I de to sistnevnte fasene inngår de berørte organisasjonene formelle overenskomster om kliniske og andre retningslinjer, behandlingsprogram eller kjedede aktiviteter som strekker seg over de organisatoriske grensene. Avtaler gir en formell ramme som innebærer samordning av samarbeid mellom organisasjonene, også kalt en matriseorganisasjon. Ahgren (2003) og Axelsson og Axelsson (2007) fremstiller matrise-organisasjonen som en komplisert organisasjonsform hvor deltagerne styres både horisontalt av sine team eller arbeidsgrupper og vertikalt av sine representative organisasjoner som kan gi deltagerne lojalitetskonflikter dersom det ikke er tydelige overenskomster mellom organisasjonene. Matriseorganisasjoner anses som de mest konfliktfylte på et interorganisatorisk nivå ved at de består av flere ulike myndigheter og organisasjoner. Figur 3 viser en modell på matriseorganisasjon.



Figur 3. Matriseorganisasjon for samhandling (Etter Axelsson og Axelsson, 2007)

Flere og flere lovpålagte oppgaver må løses gjennom matriseorganisasjoner, som gir samarbeids- og koordineringsutfordringer, siden helsetjenesten er fragmentert, desentralisert og er mer og mer profesjonalisert. De innarbeidede styringsmodellene en

har i dag legger ikke til rette for både vertikal ledelse og horisontal profesjonsintegrasjon (Axelsson og Axelsson, 2007). Arbeid i nettverks konstellasjoner er så krevende at det kun bør gjøres når det er nødvendig for å løse oppgaven (Huxham og Vangens, 2005).

Etter samhandlingsreformen er det behov for å utvikle nye samarbeidsmønstre siden det er snakk om en desentralisering og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og mange av pasientene er i behov av integrerte helsetjenester som ofte skal utføres på samme tid av både fastleger, flere ulike kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Organisasjonskultur

Siden Samhandlingsreformen gir tydelige forventninger til at det skal utvikles helhetlige behandlingsforløp, er det ikke bare behov for en fungerende organisasjonsstruktur, men også en passende organisasjonskultur med flere aspekter som vil være avgjørende for utvikling av integrerte helsetjenester. De aspekter som blir tatt frem i oppgaven er eksisterende normer og verdier, inkludert ledelsesstil i organisasjonen (Johnson et al. 2003). Et annet er omfanget av tillit som eksisterer mellom de som deltar i utviklingen (Huxham og Vangen, 2005). Andre aspekter er de profesjonelle subkulturene og påvirkningen de ulike profesjonelle gruppene har, og effekten av samarbeidet mellom organisasjonene.

Ledelse: Ledelseskunnskap i samhandling har blitt viktigere enn tidligere, siden velferds- tjenester har blitt mer spesialiserte med behov for profesjonell kompetanse og organisering i ulike tjenester, noe som har medført fragmentering eller oppsplitting av virksomhetene. For å motvirke dette er det behov for samarbeid for å integrere tjenestene overfor den enkelte pasient og bruker. Erfaringene i dag er at de vanlige løsningene med samorganisering og - lokalisering, viser seg ikke som effektive løsninger i seg selv, men kunnskap om ledelse i samhandling er avgjørende (Willumsen, 2009). Det er også mer krevende å være en god leder i et helsevesen i endring. En leder må kunne fokusere på både det strukturelle og på prosesser, så vel som på deltagerne, siden ledelse er å få deltagerne til å føre samarbeidet fremover (Huxham og Vangen, 2005). Å lykkes med ledelse avhenger av kvaliteten på samarbeidet og at det finnes forskjellige måter å samhandle på når en skal koordinere handlinger (Eriksen, 2000). En god leder har krav på seg til å kunne lede samhandling gjennom ”kommunikativ ledelse” eller et annet ledelsesbegrep, ”governance”, som handler om å inkludere et utvidet mønster av involverte samhandlingsrelasjoner (Yukl, 2002). Kooiman (2003) skiller mellom tre typer ’governance’; *Selfgovernance*, den enkeltes kapasitet til å lede seg selv, *Co-governance*, den måten aktørene sammen styrer samhandling på, en slags sam-ledelse. Denne type ledelse kan knyttes til horisontal styring hvor aktører på samme nivå kommuniserer og samhandler uten en sentral leder. *Hierarchical governance*, hierarkisk styring som karakteriseres av en mer autoritær og ovenfra-og-ned-ledelse. Den handler om formalisert interaksjon og implementering, ofte knyttet til sanksjoner. Det er mange ulike organisatoriske design og forskjellige samarbeidsstrukturer. For å være en god leder i dag må en også operere i tverrprofesjonelle- og tverretatlige miljøer i og utenfor sine virksomheter for å oppnå endring (Hunter, 2004). Utøvelsen av ledelse vil være viktig i forhold til forutsetninger

for samhandling og den friheten de har til å kunne ta beslutninger i samhandlingsprosessen.

Normer og verdier: Dette kan knyttes til styringsideer eller ”governing images” (Kooiman, 2003). Alle typer indre og ytre data kan være del av styringsideer; visjoner, erfaringer, kunnskap, fakta, vurderinger, ønsker, metaforer etc. Styringsideer er alltid tilstede, og blir skapt og forandret. Måten de er formet på, har viktig og avgjørende innvirkning på den styringsprosessen som utvikler seg (Kooiman, 2003). Styringsideer kan ses som en strategi som ledere bruker for å gi samhandlingsprosessene retning og for å sikre sammenheng og helhet.

Tillit: Samhandling er fundamentert på risiko og sårbarhet. I samhandling er de forventningene en har til organisasjonene og de fremtidige handlingene de gjør for å møte disse forventningene viktige for å bygge tillit (Gulati, 1995). Tillit er antagelsen av at en vil få noe tilbake for det en legger inn i samhandlingen. Derfor er det nødvendig å forme forventningene i begynnelsen av samhandlingen og at man har en felles forståelse av disse forventningene. Enten må de være basert på felles gode erfaringer, partenes gode renommé eller være skrevet ned i formelle avtaler og kontrakter. Ledere prøver å skape en atmosfære av tillit for å oppmuntre til samarbeid og deltagelse ved å få aktørene til å føle seg komfortable og villige til å samhandle og derved legge til rette for positive erfaringer fra samhandlingen og forbli åpne for forandring (Willumsen og Severinsson, 2005). Lederens jobb er ikke å pålegge, men å transformere både seg selv og andre gjennom argumenter og anbefalinger, jf. Kommunikativ ledelse. Dette betyr at ledere må være i stand til å generere enighet og handle på basis av legitimt oppnådd konsensus. Samtidig ekskluderer ikke dette lederens bruk av makt og sanksjoner, jf. hierarkisk styring (eller hierarchical governance). Men fokus for ledelse er primært å håndtere interne og ekstern aktiviteter ved å mobilisere kollektivt engasjement gjennom samhandling og tillit. Ledere oppnår tillit fra sine ansatte gjennom å begrunne sine beslutninger overfor de berørte parter (Eriksen 2000). I kjølvannet av Samhandlingsreformen er det viktig at ledere har fokus på tillit og legger til rette for at deltagerne i egen organisasjon kan gi tillit og bygge et renommé i forhold til sin samhandlende organisasjon, for å få til endringsprosesser.

Profesjonelle og organisatoriske revirer: Den økte spesialiseringen og profesjonaliseringen har ført til en fragmentering som krever samordning av de ulike helsetjenestene, noe som krever grenseoverskridende samhandling. Forskning har identifisert strukturelle hindringer i form av eksisterende lovreguleringer, regler/retningslinjer og administrative grenseoppganger, samt kulturelle hindringer mellom ulike profesjoner og organisasjoner når det kommer til samhandling. En av barrierene for grenseoverskridende samarbeid er revir og revirtenkning. Dette er veldig vanlig i de fleste organisasjoner, spesielt hos ledere som har ansvar for et avgrenset virksomhetsområde. Samarbeidet mellom organisasjonene utfordrer avgrensingene og kan medføre at ledere bruker krefter på å forsvare sitt revir fremfor å samarbeide (Bate, 2000). De ulike profesjonelle gruppene gjør også dette ved å forsvare sine yrkesroller, kunnskaper og tilnærminger overfor hverandre, noe som vanskeliggjør samhandling (Abbott, 1988). Profesjonelt revir er knyttet til ulike yrkesgrupper og deres virksomhetsområder. For noen yrkesgrupper kan en bare få legitimitet til å utøve yrket

gjennom utdanningen, og somme profesjonelle yrkesutøvere har også et juridisk ansvar for sin virksomhet (Macdonald, 1995). Eksempler på dette er profesjoner som leger, advokater og prester. I følge Abbott(1998) strever alle profesjonene med å oppnå 'jurisdiksjon' over sitt virksomhetsområde. Dette innebærer en dominans over andre profesjoner på området. Dersom grenseoppgangene er utydelige eller de blir stilt spørsmål ved, kan dette føre til stridigheter mellom profesjonelle grupper (Bate, 2000). I følge Berwick (1997) viser det seg at leger spesielt har en tendens til å stille spørsmål ved nye ideer.

Et organisatorisk revir henger sammen med den strenge oppdelingen i nivåer og enheter som fremfor alt kjennetegner en byråkratisk organisasjonsstruktur (Pugh og Hickson, 1976). Siden det nå er endringer med desentraliseringen og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, kan dette aspektet ha innvirkning på revirtenkning blant profesjonsgruppene, ledere og den organisatoriske revirtenkningen.

Primæroppgaver og fellesoppgaver: Fra et organisasjonsperspektiv er det relevant å skille mellom primæroppgaver og fellesoppgaver. En avklaring av primær- og fellesoppgaver vil synliggjøre grenseoppganger og overlappinger for å kunne dra nytte av hverandres bidrag, med tanke på den enkelte brukers behov. Det gjør deltagerne lettere i stand til å se hverandres bidrag i prosessen og hvordan de kan dra nytte av hverandres kompetanse. Det vil kunne gjøre det enklere å anerkjenne forskjeller og synliggjøre forutsetningene for et dynamisk samarbeid (Willumsen, 2009). De ulike tjenesters primæroppgaver er ofte nedfelt i målsetninger og gir rammer for virksomheten. *Primæroppgaver* er de oppgavene som *skiller* tjenestene fra hverandre. *Fellesoppgaver* er de områdene hvor flere tjenester har et ansvar, avhengig av brukernes problem og ressurser. Prosessen med å balansere ulike bidrag danner en grunnleggende dynamikk i samarbeidet som gjelder integrering av de profesjonelles kompetanse og tjenester. Her ligger muligheter for løsninger, men også konflikter. Samhandling mellom tjenester er viktig på grunn av at pasienter får individuelt tilpassede, koordinerte og tilgjengelige tjenester med rom for medvirkning (Willumsen, 2009).

3.3.2. Utviklingsforutsetninger

Når en ser nærmere på utviklingsforutsetningene, ser en på utviklingsfokuset og utviklingsmuligheten for helsetjenesten.

Utviklingsfokus

Uansett bakgrunnen for samhandlingen, enten den er lovpålagt, på grunn av strategi, policy eller en invitasjon fra en annen organisasjon, kan en oppnå samhandlingsfordeler som: *Økt tilgang til ressurser*; dette kan både være økonomiske eller personalressurser, og er i mange tilfeller snakk om teknisk bistand eller konkret ekspertise. *Delt risiko*; her er det et samarbeid fordi konsekvensen av en feil er større enn hva én organisasjon kan ta alene f. eks. ved høye kostnader eller ikke tilstrekkelig kompetanse til å fullføre oppgaven alene. *Effektivitet* er ofte hovedmålet for behandlingsskjeder, men når det kommer til offentlige og statlige tjenester, er det ofte fokus på å unngå dublering av tjenesteutøvelse som gir best kostnadsreduksjon. *Koordinering og sømløshet*; At tjenestene oppleves helhetlige for tjenestemottakerne, har vært et hovedfokus for mange

statlige organ de siste årene. Koordinering er ikke alltid det samme som sømløse tjenester. Det er mange ”feller” man kan gå i hvis man mangler koordinering mellom organisasjoner som tilbyr helsetjenester, som dublering av tjenester, uteblivelser, sprikende aktiviteter, kontra- produktivt arbeid og overlapping når organisasjonene ikke har kontakt med hverandre. Dette i motsetning til organisasjoner som fremmer samhandling. *Læring*: Dette perspektivet er ofte overvurdert. Læring fra partnerorganisasjoner er ofte uklare i sine strategiske begrunnelser. Læring kan ikke erstatte langsiktige allianser. *Moralsk imperativ*; – den moralske forpliktelsen er et hovedargumentet for samhandling, som bygger på tanken om at én organisasjon alene ikke kan løse de store problemstillingene som fattigdom, kriminalitet, rusmiddelavhengighet, konflikter, helsefremmende arbeid, økonomisk utvikling osv. Eric Trist (1983) argumenterte for at disse spørsmålene eksisterer i den inter-organisasjonelle sfære. Samhandling er essensielt hvis det skal være håp om å redusere disse utfordringene (Huxham og Vangen, 2005). Dersom den ene eller begge av de samhandlende organisasjonene ikke har utviklingsfokus, er det som tidligere beskrevet i litteraturen, tydelige anbefalinger om å ikke samhandle mellom helsetjenestene dersom det ikke er tydelige samhandlingsfordeler (Ahgren, 2010b; Willumsen, 2009; Axelsson, 2007; Hukshamn og Vangen, 2005).

Utviklingsmulighet

Siden samhandling for å gi helhetlige helsetilbud er utfordrende, er det viktig for utviklingsmuligheten at den støttes av offentlige retningslinjer (Mur-Veeman et al., 1999). Uten denne støtten vil det være mindre muligheter for utvikling og ofte satt av mindre ressurser for utviklingsarbeidet. Erfaring viser at det er behov for mye tid og menneskelige ressurser for å utvikle et integrert helsetilbud. I følge Leutz (1999): ”Integrering koster før en får uttelling”. Det er anbefalt å tilsette kompetente prosjektledere og dedikerte entreprenører i utviklingsarbeidet (Page, 2003; Pieper, 2004). Hindrende faktorer kan være; *Strukturelle hinder* hvor det er forskjell i lover, regler, mål og oppdrag, og at disse ikke støtter samhandlingen. Som nevnt tidligere kan også *hinder i arbeidsprosessen* være kulturelle skiller, bristende kunnskap og tillit til hverandre, revir-tenkende og upassende lederskap. Av *støttende strukturer* kan nevnes: tydelige målgrupper, at de relevante aktørene er med i samhandlingen, sterk ledelsesforankring, tilstrekkelig med ressurser og insitament for samhandlingen. *Fremmede prosess- faktorer* er: standardisering og formalisering, felles utdanning og arbeidssett, kontinuerlig og åpen kommunikasjon og støttende lederskap, og ikke minst, tilstrekkelig med ressurser og tid. Dersom utviklingsmulighetene er støttende for samhandlingen, vil dette gi godt fundament for samhandlingsprosesser.

4.0. FORSKNINGSSPØRSMÅL

4.1. Formål

En av hovedgrunnene for innføringen av samhandlingsreformen var at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke ble møtt godt nok i helsevesenet. Det var ikke tilstrekkelig forebyggende innsats og med de kommende demografiske utfordringene ville de økende utfordringer true samfunnets økonomiske bæreevne. Samhandlingsreformen skulle gi en løsning på dette. Formålet med oppgaven er å avdekke om det er noe som er avgjørende for at behandlingskjedene er bærekraftige, med utgangspunkt i helhetlige behandlingsforløp for KOLS og Schizofreni. Det er ønskelig at eventuelle funn kan belyse videre arbeid for utvikling av helhetlige behandlingsforløp.

4.2. Forskningsspørsmål

Hva er avgjørende for en bærekraftig behandlingskjede?

4.3. Hypoteser

1. Det er en *organisasjonsstruktur* som gir helhetlig behandlingskjede for diagnosegruppene Schizofreni og KOLS.
2. Det er etablert *adekvate behandlingskjeder* for diagnosegruppene.
3. Det er *lederstøtte* for utvikling av helhetlige behandlingskjeder.
4. De ulike profesjonsgruppene og samhandlende organisasjoner *legitimerer samhandlingen* i behandlingskjeden.
5. *Utviklingsmulighet* er tilstede for bærekraftige behandlingskjeder.
6. De ulike organisasjonene har et tydelig *fokus på utvikling* av helhetlige behandlingskjeder.

5.0. METODE

I denne undersøkelsen er det ønsket å finne ut hva som er avgjørende for bærekraftige behandlingskjeder. Interorganisatorisk teori om integrert helsetjeneste gir teorigrunnlaget og bakgrunn for spørsmålene i undersøkelsen. Funnene fra spørsmålene ble analysert ved bruk av innholdsanalyse, og på denne måten er studiet en deskriptiv innholdsanalyse. Metode valget ble gjort i forhold til formålet og spørsmålsstillingen for undersøkelsen. Den valgte metoden, 'multiple case study', gir mulighet til bruk av flere kilder for informasjon som kan sammenholdes/ trianguleres og på denne måten gi ytterligere validitet til oppgaven. Denne metoden er ofte brukt for å få en dybdeforståelse av komplekse og mangesidige prosesser, slik som utviklingen av en integrert helsetjeneste er (Ahgren og Axelsson, 2007). Studiet baserer seg på to case. Casene som ble valgt, er behandlingskjeden til Schizofreni og KOLS. Som tidligere beskrevet, ble de valgt ut i fra at for begge behandlingskjedene har primærforebygging og tidlig intervensjon en stor betydning og på denne måten kan man få frem flere sider ved en helhetlig behandlingskjede. Det var også ønskelig å få inn flere aspekt ved samhandlingen fra to forskjellige helsesektorer, hvor ett case var fra somatikken og ett fra psykisk helse. Ved å velge Schizofreni og KOLS sikret en diagnosegrupper fra to sektorer som begge gir rett til helsehjelp både i kommunene og sykehusene.

5.1. Forskningsdesign

Ut i fra ønsket forskningsspørsmål og metode, ble Yins (2009) anbefalinger om å lage hypoteser fulgt, for å lettere kunne holde "den røde tråden" gjennom forskningen og dokumenteringen. Hypotesene er basert på teorigjennomgangen og var en hjelp til å komme raskt inn i kjernen av tematikken, som er utgangspunkt for datainnsamlingen og spørsmålene i intervjuene (Yin, 2009).

Case study metodikk er en metode som baserer seg på triangulering av data som er samlet. En styrker funnene i forskningen ved å bruke data fra ulike kilder. Dersom en ikke bruker multiple kilder er fordelene ved metodevalget gått tapt (Yin, 2009). Dette er styrken i case study. De ulike kildene gir utgangspunkt for å tilnærme seg et bredt spekter av bevis. Gjennom triangulering øker validiteten av funnene (Denzin, 1978; Robinson, 2002). Denzin (1978) hevder at ved å triangulere kan en redusere sjansen for metodefeil knyttet til bruken av en enkelt metode. Dokumentgranskingen har til hensikt å gi informasjon som kan utdype og bekrefte data fra intervjuene. Intervjuene har til hensikt å innhente kunnskap og gi dypere forståelse av forskningsspørsmålene.

Den viktigste fordelen i triangulering, at man oppnår sammenfallende linjer i bevisføringen, fra forskjellige utgangspunkt. Ved å gjøre dette øker reliabiliteten av informasjonen i et case study. En må skille mellom to forhold; upper portion – når du har multiple kilder som del av det samme studiet, men adresserer forskjellige fakta (lower portion). Prinsippet er at en kan følge retningen av bevisene fra de første forskningsspørsmålene til den endelige konklusjonen. Leseren skal kunne følge sporene i begge retninger, til konklusjonen og tilbake til spørsmålene (Yin, 2009).

5.2. Målgruppe

Målgruppe for analyse er ikke diagnosegruppene KOLS og Schizofreni, men de er valgte case som viser målgruppen, nemlig samhandlingen på organisasjonsnivå. Målgruppen er altså en abstrakt konstruksjon, *samhandlingen som skjer i behandlingskjeden til disse diagnosegruppene*. De ulike kildene belyser samhandlingen på organisasjonsnivå. Bakgrunnen for at det ble valgt et organisasjonsperspektiv, var for å få frem informasjon fra lederne om hvordan de ut fra sine posisjoner la til rette for funksjonelle- og interaksjonelle forutsetninger.

Spørsmålene ble stilt på ledernivå, om samhandling som skjer på behandlingsnivå i to separate behandlingsforløp i to ulike kommuner, ved to ulike sykehus og hvordan de to kommunene og sykehusene samhandler. Ved å bruke denne metoden har det vært ønskelig å få frem informasjon fra en enhet (unit) av analyse på et annet nivå enn den enheten (unit) som en samler data fra (Yin, 2009). Dokumentasjonen for resultatene er hentet fra ulike kilder som vist i tabell 1.

Tabell 1. Analysens oppbygning

Analysens oppbygning:					
Utviklingsmuligheter			Organisatoriske omstendigheter		
Utviklings fokus		Utv. Muligheter	Org. struktur		Org. kultur
Policy dokumenter	Inter-vju		Service erklæringer	Inter-vju	Inter-vju
Nasjonale retningslinjer		Inter-vju	Avtaler		
Prioriteringsveileder			Kommunale org. dok.		
Samhandlingsreformen			Fastlegeordningen		

Studien er gjennomført i to fylker i Norge. Det er valgt to middels store kommuner med tilnærmet samme folketall (+/- 2500). For å få frem variasjon og øke reliabilitet og validitet, var det viktig at det var data fra to forskjellige kommuner med to forskjellige tilhørende sykehus. De to kommunene har begge dårlige utfall på levekårsundersøkelser, stort antall ungdommer med 'drop out' fra videregående skole, lav utdanning, sammenfallende rusproblematikk og en stor andel av befolkningen på sosialhjelp. Det ble til sammen gjennomført ti intervju av sju kvinner og tre menn. Deres gjennomsnittsalder var på 52 år. Av utdanning var én vernepleier, to spesialister i allmennmedisin og sju sykepleiere, alle med videreutdanning innenfor fag og ledelse. Det fremkom ikke informasjon om at de intervjuede hadde videreutdanning i ledelse av komplekse systemer.

Tabell 2. Beskriver intervjuedes roller, antall og ansvar for utvikling av behandlingsforløp

Rolle	Antall	Delegert ansvar for behandlingsforløpet
Virksomhetsleder/ enhetsleder i kommune	4	Nei
Enhetsleder Distriktpoliklinisk Senter DPS	2	Nei
Seksjonsleder Lungemedisin	1	Ja
Avdelingsleder Medisinsk poliklinikk	1	Nei
Kommuneoverlege	2	Nei

5.3. Datainnsamling

Dokumentgransking: Yin (2009) hevder at selv om datainnsamlingen støtter seg tungt til resultater fra intervjuer, kan dette ikke alene være kilden til informasjon. Det ble derfor gjort dokumentgranskinger. Dokumentgransking er som regel retrospektivt materiale som ofte er produsert for annet formål enn forskning (Malterud, 2004). Dokumentanalysen i studiet benyttes i kombinasjon med intervjuene, som i seg selv er skriftlige rapporter og dokumenter. De granskede dokumentene er: Nasjonale retningslinjer for KOLS og Schizofreni, Specialisthelsetjenestens prioriteringsveileder, Samhandlingsreformen, Samhandlingsavtaler mellom sykehus og kommunene og Fastlegeordningen. Den deskriptive analysen av dokumentene bidro sammen med intervjuene til å gi et mer utfyllende resultat.

Intervju: Yin (2009) mener at intervju er den viktigste informasjonskilden i et case study fordi de fleste studier er om menneskelige forhold eller handlinger. Det ble utformet en semi- strukturert intervjuguide (vedlegg 10.3.). Intervjuet var en ledet samtale (Yin, 2009). Den som gjennomfører intervjuet har to oppgaver. Den ene oppgaven er å følge opp linjen av spørsmål i det semi-strukturerte spørreskjemaet, og den andre er å spørre spørsmål på en 'unbiased' måte, uten å være ledende eller forutinntatt. I denne studien ble det brukt fokus intervju. Personene ble intervjuet en gang og intervjuene varte fra 55 min til 1,5 time. Intervjuene var åpne og samtalepregede, men fulgte det semi-strukturerte spørreskjemaet. Et hovedpoeng med denne typen intervju er å utdype visse fakta som en alt tror er avklart. I en slik situasjon må spørsmålene være forsiktig utformet for å ikke fremstå som naive om temaet, men samtidig åpne opp for den som blir intervjuet til å komme med nye kommentarer. Denne type study følger både utvelgelsesprosedyrer, intervju og analysemetode som andre kvalitative studier. Forskjellen er resultatets rolle i forhold til andre bevis (Yin, 2009). I et case study skal intervjuet alltid vurderes som en verbal rapport og intervjuene blir sammenstilt med informasjon fra andre kilder. Det ble brukt opptak etter personlig preferanse, for å gi en mer nøyaktig gjengivelse av intervjuene. Alle de intervjuede samtykket til dette, men i to tilfeller ble det på grunn av tekniske problemer ikke gjort opptak. For disse to ble de verbale rapportene basert på informasjonen som fremkom under intervjuet, notatene som ble gjort under intervjuet og at rapporten fra intervjuene ble nedskrevet umiddelbart etter intervjuet. Yin (2009) hevder at i et case

study er et opptak ikke et substitutt for å ”lytte” nøye gjennom hele intervjuet. Intervjuene ble gjennomført på valgt sted av den intervjuede og ble i alle tilfeller med unntak av 2 stykker gjennomført på kontoret til den intervjuede. I de to andre tilfellene ble et intervju gjennomført på et undersøkelsesrom på sykehuset og et spiserom.

5.4. Analyse

Analysen består av flere steg. Det første steget er en bokstavelig gjengivelse av de to forløpene som er funnet gjennom intervjuene, og deretter er det gjennomført en analyse av de innsamlede dataene ved å kode informasjonen deduktivt (Bowling 2002). Ideen med dette er å bevege seg fra rå-teksten til forsknings- tematikk som en stegvis bygger opp, slik at en annen forsker kan følge funnene steg for steg. Dette ble gjort i henhold til anbefalingene fra Auerbach og Silversten (2003) ved at: 1) Intervjuene ble skrevet ned (rapport), 2) deretter ble ikke relevant tekst kuttet ut av intervjuene. 3) Så ble gjentagende tekst gruppert sammen, 4) Deretter ble de gjentagende temaene organisert inn i kategorier, 5) Deretter utviklet teoretiske konstruksjoner ved å gruppere dem inn til abstrakte konsept som sammenfaller med den teoretiske rammen og tilslutt 6) kunne gjengi dette som resultatene som gjengis i funn/ indikatorer fra innholdsanalysen fra intervjuene og dokumentanalysen, hvor funnene danner mønster belyst i forhold til den teoretiske rammen (Yin, 2009). Det er her i prosessen at funnene blir triangulert. Tilsammen har tabellen 21 indikatorer som er basert på den teoretiske rammen og dreier seg om hovedtemaene organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, utviklingsmulighet og utviklingsfokus. Markeringen for disse indikatorene fremstår som et mønster. I denne analysen sammenligner en et empirisk basert mønster med en prediktor (Nasjonale retningslinjer). Dette kalles for Pattern Matching, som Yin (2009) mener er den mest ønskelige teknikken. Disse mønstrene er brukt for å komme frem til konklusjonen om hva som er avgjørende for bærekraftige behandlingskjeder. Dersom mønstrene sammenfaller, vil resultatene hjelpe et case study med å styrke sin interne validitet. Siden denne forskningen er en beskrivende studie, vil mønster matchingen være relevant, så lenge som det predikerte mønsteret av spesifikke variabler er definert før en gjennomfører en datainnsamling (Yin, 2009).

5.5. Validitet og reliabilitet

Validiteten i en kvalitativ studie er knyttet til gyldigheten og troverdigheten. Det avhenger av om studien undersøker det som den er ment å gjøre. Videre knytter Malterud (2004) de to begrepene relevans og refleksivitet til validitetsspørsmålet. Dette er spørsmål en må ha med seg gjennom hele forskningsprosessen. Spørsmålet om relevans følger en helt fra forskningsspørsmålet til resultat og skriveprosessen. En gjennomgående refleksivitet i studien dreier seg om forskerens evne til å stille spørsmål ved fremgangsmåter og konklusjoner. Dette har fokus gjennom hele prosessen. Triangulering er en del av måten å analysere dataene på. Når en triangulerer, reduserer en bias, som igjen styrker validiteten på oppgaven (Robson, 2002). Reliabilitet handler om i hvilken grad en klarer å unngå feil som forstyrrer tolkning og resultat. Dette handler om i hvilken grad en kan vedkjenne seg eget ståsted og ta høyde

for det gjennom hele forskningsprosessen, samtidig som en samler data etter valgt metode. Det må være en bevissthet på spørsmål og ordvalg når en intervjuer, samtidig som liten erfaring som intervjuer kan påvirke svarene. Samtidig fremmer Yin (2009) at studenten kan dra nytte av sin egen før-forståelse. Det er en styrke dersom studenten kan demonstrere bevissthet om oppdatert kunnskap og aktuell akademisk debatt om temaet.

Case study database: Det er laget en Case study database som er forskjellig fra den endelige sammenstillingen. Her er intervjuene og annet innsamlet data. Dette for at andre personer som ønsker innsyn i forskningen kan få innsyn i rå-data som er brukt for å komme frem til konklusjonen (Yin, 2009).

5.6. Forfatterens egen forståelse

Forfatterens egen mangeårige erfaring som sykepleier innen både sykehus og kommune, samt ledererfaring, har preget før-forståelsen og hva en vurderer som relevant i den teoretiske rammen, forskningsspørsmålet, hva en velger å stille av spørsmål og valg av relevante dokumenter for trianguleringen. Samtidig er det ønskelig å være reflektert og bevisst på innvirkningen og sporene en setter i prosessen. Men når en velger å studere et felt en kjenner godt, kan det også være mye en tar for gitt. Man bør også reflektere på ”feltblindhet”, som kan medføre at en ser det en er vant med å se. I intervjuene var forfatteren bevisst på kjennskapet til noen av de intervjuede og farene dette kunne medføre ved manglende objektivitet. Gjennom analysearbeidet er det viktig at det stilles krav til en systematisk og kritisk refleksjon (Malterud, 2004). Det ble jobbet aktivt med å kjenne egen rolle godt nok og se hvilken innflytelse en har.

5.7. Etske overveielser

I gjennomføringen av studiet var det ønskelig at resultatene ikke bare skulle ha vitenskapelig verdi, så studenten fremmet overfor en av kommunene om det var ønskelig med en fordypning av en tematikk innenfor Folkehelse. Tilbakemelding fra kommunens administrasjon ble da et ønske som gjenspeiles i oppgavens forskningsspørsmål. Videre har dette vært en vanskelig overveielse, siden den samme kommunen har ønsket å være en del av forskningen, og biasen dette medførte, at forfatteren har kjennskap til noen av intervjuobjektene i denne kommunen. Forfatterens vurdering at verdien av å få en studie som går ut over den vitenskapelige verdien når ressurser har blitt stilt til rådighet for gjennomføring, gjør at man kan velge å se noe pragmatisk på de etiske utfordringene og samtidig beholde en bevisst holdning til dette.

Formålet med studie og metode som er valgt, innebærer at det blir samlet inn opplysninger som omhandler hvordan de ulike personene reflekterer, tenker og ser på sin organisasjon. Selv om det ikke blir samlet inn sensitive opplysninger, vurderer studenten at opplysningene skal behandles med respekt og varsomhet. Konsekvenser av intervjusituasjonen for deltagerne og opplysninger som fremkommer, er vurdert. I skrivingen av oppgaven er konfidensialitets- hensyn blitt tatt. Det er spesielt viktig siden

det er ledere som er intervjuet og det kan være fare for at personene som har deltatt er gjenkjennelige ut i fra sine roller og opplysninger som er gjort tilgjengelige. Deltagerne har blitt informert om at det blir lagt vekt på anonymisering i den utstrekning som det er mulig, og at opplysningene skal brukes i den sammenheng som de har fått informasjon om på forhånd (Malterud, 2004). Skriftlig samtykke ble utarbeidet og innhentet fra deltagerne. Det er også et etisk spørsmål hvor dypt og kritisk intervjuene skal analyseres (Malterud, 2004).

Studien oppbevarer ikke sensitive personopplysninger som tilsier at en må søke Etisk regional komité. Studien er meldt til Datatilsynet, siden datamaterialet fra intervjuene blir oppbevart for fremtidig eventuell granskning. Siden utdanningsinstitusjonen ligger i Sverige, skal den ikke meldes til Norsk samfunnsfaglige datatjeneste (NSD).

6.0. RESULTAT

I dette kapitlet blir resultatene presentert i to deler. I kapittel 6.1. fremstilles resultatene som gjelder organisasjonelle forhold og i det påfølgende kapitlet 6.2. fremstilles resultatene vedrørende utviklingsforhold. Funnene i forhold til organisasjonsstruktur og utviklingsmulighet er triangulert med funn fra litteraturanalysen. Resultatene fra innholdsanalysen av intervjuene og litteraturanalysen blir fremstilt i tabellene 3, 4, 5 og 6. Tabellene er bygd på 21 indikatorer som viser mønstre av forskjellene i både organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, utviklingsmuligheter og utviklingsfokus til organisasjonene knyttet til de fire behandlingskjedene.

6.1.Organisasjonelle forhold

Her vises resultatene i forhold til organisasjonenes forhold ved å belyse funnene innen organisasjonsstruktur og organisasjonskultur.

6.1.1. Organisasjonsstruktur

De valgte kommunene var middels store kommuner i Norge og de hadde bygget opp en lignende organisasjonsstruktur. Kommunehelsetjeneste innbefatter en Forvalterenhet som forvalter alle søknader, også de som kommer direkte fra pasient, andre kommunale tjenester, fastleger eller spesialisthelsetjeneten.

Sykehusene er organisert i egne helseforetak som ligger under samme regionale helseforetak. Dette regionale helseforetaket er ett av fire i Norge, og har eieransvaret for de underliggende helseforetakene som organiserer tjenestetilbudene på spesialistnivå i sitt sykehusområde. De to underliggende Helseforetakene som var en del av undersøkelsen hadde en samsvarende struktur. Sykehusets desentraliserte tjenester innbefatter for psykisk helse: poliklinikker med ambulante team (akutt team og psykoseteam), døgnposter i psykisk helse og brukerstyrte senger. For somatisk helse: medisinsk poliklinikk og ambulante team (bare i sykehus 1, behandlende lungeteam og sykepleiefaglig opplærings team).

Forskjellen i behandlingsforløpene for de to aktuelle diagnosegruppene viser at forskjellen i organisasjonsstrukturen ikke er geografisk, men sektoriell, ved at det er større forskjeller mellom samhandling når det gjelder somatisk helse og psykisk helse enn det er mellom de to geografisk avgrensede distriktene (Tabell 3).

Tabell 3. Presentasjon av indikator resultatene i forhold til organisasjonsstruktur

INDIKATORER I RELASJON TIL DEN KONSEPTUELLE RAMMEN	Case 1			Case 1			Case 2			Case 2		
	K 1 og S1			K2 og S2			K1 og S1			K2 og S2		
ORGANISASJONS- STRUKTUR	K	F	S	K	F	S	K	F	S	K	F	S
Adekvat organisasjonsstruktur for helhetlige behandlingsforløp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nivå av interorganisasjonell integrasjon												
- Linkage	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- Co-ordination	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Co-operation	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
- Full integration/ segregasjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Situasjonstilpassings- perspektiv												
- Behandlingsforløp	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- IP/ case koordinator	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
Grenseoverskridende team												
- Individ- nivå	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
- Gruppe- nivå	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Ledelse/ organisasjonsnivå	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-	X

Merknad: Case 1= behandlingsskjede Schizofreni, Case 2= behandlingsskjede KOLS, K1 og K2 = kommune 1 og 2, S1 og S2 = Sykehus 1 og 2, K = Kommunehelsetjenesten, F= Fastleger, S = spesialisthelsetjeneste og X= indikator for resultatet er tilstede.

De integrerte behandlingsskjedene er basert på *lenket samhandling*, laveste nivå av samhandling, noe som ikke gir tilstrekkelig koordinering i henhold til nasjonale veiledere. Alle organisasjonene har overordnede avtaler og del-avtaler om pasientforløp, retningslinjer og tekniske IT løsninger for å støtte dette samhandlingsnivået (under implementering).

Det var sektorielle forskjeller ved at for Schizofreni har begge kommunene høy bruk av IP og ansvarsgrupper for koordinering av tjenester, noe som er på et nivå av *kooperasjon*. For KOLS er det ikke brukt IP og ansvarsgruppe mellom organisasjonene. Innen psykisk helse er det utviklet samhandlingssoner som er fundert i egne avtaler. I kommune 2 er det utviklet frivillige samarbeidsavtaler som gir optimal samhandling for behandlingsskjeden basert på en lenket nivå. Her møtes ledere mellom organisasjonene og tar opp samhandlingsutfordringer og reviderer avtalene flere ganger om året. Det er en opplevelse av *gjensidighet* i interaksjonen mellom organisasjonene. Dette er den eneste behandlingsskjeden som har en samhandlingssone mellom ledere som har beslutningsmyndighet og kan løse samhandlingsutfordringene.

For kommune 1 og sykehus 1 har en Samhandling/ ICM prosjektet. For pasientene som var tatt inn i prosjektet og som var definert som fellesoppgave, var samhandlingen på nivå med *koordinasjon*. Interaksjonen kan beskrives av *kommensialisme*, hvor bare

kommunen opplever samhandlingsfordeler. For behandlingskjeden for KOLS er samhandlingen etter hva som er nedfelt i overordnet avtale og delavtale om pasientforløp, noe som er minimum av det som kan beskrives som behandlingskjede og på det laveste mulige nivået med lenket samhandling. Her samhandler ikke tjenesteyterne, men koordinering går gjennom kommunens Forvaltningsenhet. Ingen av behandlingskjedene har multidisiplinære team som kan gi *situasjonstilpasning* av behandlingen, men gjennom ICM prosjektet kan en situasjons tilpasse innenfor de tjenestene som alt er tildelt, slik som en også kan gjøre gjennom IP og ansvarsgruppene.

6.1.2. Organisasjonskultur

Skillet mellom behandlingskjedene Schizofreni og KOLS er ikke så tydelig når det kommer til organisasjonskultur (Tabell 4).

Tabell 4. Presentasjon av indikator resultatene i forhold til organisasjonskultur

INDIKATORER I RELASJON TIL DEN KONSEPTUELLE RAMMEN ORGANISASJONSKULTUR	Case 1			Case 1			Case 2			Case 2		
	K 1 og S1			K2 og S2			K1 og S1			K2 og S2		
	K	F	S	K	F	S	K	F	S	K	F	S
Integrert helsetilbud; -Samsvar mellom eksisterende normer/ verdier -Samhandling som del av strategi for å sikre helhet -Samhandling moralsk imperativ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Leder stil: -Er opptatt av samhandling utenfor egen virksomhet -Kvalitet på samhandling: i)kommunikativ ledelse ii)Governance; -Self governance -Co-governance -Hierarchical governance	-	-	-	X	X	-	-	-	-	X	X	-
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	-	X	X	-	X	-	-	X	-	-	X
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	X	X	-	-	X	-	-
Tillit/ troverdighet: - Tillit internt i organisasjonen - Tillit mellom organisasjonene - Avklarte forventninger	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-
	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-

Inter- org. samhandling:												
- Ikke problemstillinger relatert til:												
i)Profesjons revirtenkning	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ii)Organisatorisk revirtenkning	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Samhandlingsfordeler mellom kommune og sykehus:												
i) Motarbeidelse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ii) Kommensialisme	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
iii) Gjensidig	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-
-Avklarte:												
i)primæroppgaver	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ii)fellesoppgaver	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-

Merknad: Case 1= behandlingsskjede Schizofreni, Case 2= behandlingsskjede KOLS, K1 og K2 = kommune 1 og 2, S1 og S2 = Sykehus 1 og 2, K = Kommunehelsetjenesten, F= Fastleger, S = spesialisthelsetjeneste og X= indikator for resultatet er tilstede.

Innenfor psykisk helse beskriver kommunene en avhengighet av sykehusene for å jobbe med pasienter som er fellesoppgaver siden de mangler profesjoner som psykologer og psykiatere, noe som kan gi en kompetansebrist i forhold til forsvarlig utredning og behandling. I tillegg opplever kommunen at sykehusene regner at når pasientene er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, er de ikke lengre fellespasienter. Spesielt får det utslag for pasienter som er forbundet med risikoatferd mot seg selv eller andre, når kommunen ikke har gjeldende lovverk til å kunne gi forsvarlige helsetjenester, siden dette er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjeneste. Sykehusene har da større fokus på sine primæroppgaver og spesialisering av disse, enn å fokusere på fellesoppgavene mellom organisasjonene.

Det var et tydelig skille mellom sykehusene og kommunene ved at bare kommune 2 hadde en klar og tydelig uttalt *styringsidé*, som var begrenset til de kommunale behandlingsskjedene. Dette gav også en leder stil hvor disse kommunale lederne hadde et altruistisk helhetssyn.

Det kom ikke frem profesjonsrevir-tenkning, men det kom frem tydelig *organisatorisk revirtenkning* både fra kommunene og fra sykehusene.

Primær og fellesoppgave (se kapittel 6.2.2.)

6.2. Utviklingsforhold

Her vises resultatene vedrørende utviklingsforhold, representert ved funnene fra spørsmål om utviklingsmuligheter og utviklingsfokus.

6.2.1. Utviklingsmulighet

Det er noen funn som er viktige for at en behandlingsskjede skal kunne være bærekraftig, relatert til utviklingsmulighet (Tabell 5).

Tabell 5. Presentasjon av indikator resultatene i forhold til utviklingsmulighet

INDIKATORER	Case 1 K 1 og S 1			Case 1 K 2 og S 2			Case 2 K 1 og S 1			Case 2 K 2 og S 2		
	K	F	S	K	F	S	K	F	S	K	F	S
UTVIKLINGS MULIGHETER												
Støttende policy enviroment	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Støttende teknisk tilrettelegging:	X	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-	X
- Norsk helsenett (NHN)	X		X	X		X	X		X	X		X
- IT kvalitet og avvikssystem												
Tilstrekkelige ressurser:	X		X	X		X	-		X	-		X
- Budsjett												
- Personale	-		X	X		X	-		X	-		X
- Kompetanse for ledelse av komplekse nettverk	X	-	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-
- Planer for økt kompetanse av komplekse nettverk	X	-	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-
- Prosjektleder for helhetlige pasientforløp	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Engasjerte hovedaktører	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Merknad: Case 1= behandlingsskjede Schizofreni, Case 2= behandlingsskjede KOLS, K1 og K2 = kommune 1 og 2, S1 og S2 = Sykehus 1 og 2, K = Kommunehelsetjenesten, F= Fastleger, S = spesialisthelsetjeneste og X= indikator for resultatet er tilstede.

Fra nasjonalt hold er det tydelig at det ligger til rette for utvikling av integrerte og helhetlige behandlingsskjeder for både Schizofreni og KOLS gjennom Samhandlingsreformen, nasjonale veiledere, policyer, prioriteringsveiledere og statistikk for at organisasjonene kan ta strategiske valg og benytte seg av statlige virkemidler. De statlige virkemidlene er ment å være støttende for utviklingen av helse- og omsorgstjenester, fremme samhandling mellom partene ved konkretisering av oppgave- og ansvars plasseringen av sentrale samhandlingsområder. Som virkemidler regnes her de forpliktende samarbeidsavtaler og de økonomiske virkemidlene, blant annet tilskuddsordninger. De nye avtalene skal tilpasses de lokale forutsetningene til kommunen og inneholde beskrivelse av hvordan de desentraliserte sykehustjenestene skal koordineres i lokalbaserte tjenester. De forpliktende samhandlingsavtalene er lovpålagt både for kommunen gjennom Helse- og Omsorgstjenesteloven § 6-1 (LOV, 2011) og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 (LOV 2009), og skal være på plass innen utgangen av 2015. De økonomiske virkemidlene skal stimulere kommunen til å gjøre mer av behandling og oppfølging av pasienter i kommunen og bistå til redusert bruk av sykehussenger. Tilskuddsmidler skal stimulere kommunen til å utvikle helsetjenestene i ønsket retning. De samhandlende organisasjonene er tjent med å være åpne for både egne og samhandlende prosjekter, basert på tilskuddsmidler.

Det er *IT støtte* for helhetlige behandlingsforløp ved at kommunene og sykehusene er koblet opp til Norsk helsenett, noe som gir mulighet for krypterte meldinger mellom kommuner, fastleger og sykehusene. Dette er under utbygging og implementering. Gjennom økt fokus på utvikling av behandlingsskjeder, får en både en effektivisering og et kvalitetssikringsverktøy. Hverken kommunene eller sykehusene har definert ansvarsfordeling eller satt av økonomiske eller personalmessige ressurser til utvikling og drift av integrerte helhetlige behandlingsskjeder.

Det er gjennom ICM prosjektet gjennomført utdanning i ledelse av komplekse nettverk, noe som også personer i hjemmesykepleien i kommunen har deltatt i.

6.2.2. Utviklingsfokus

For at en behandlingsskjede skal være bærekraftig, har utviklingsfokuset i organisasjonene en betydning (Tabell 6).

Tabell 6. Presentasjon av indikator resultatene i forhold til utviklingsfokus

INDIKATORER	Case 1 K 1 og S 1			Case 1 K 2 og S 2			Case 2 K 1 og S 1			Case 2 K 2 og S 2		
	K	F	S	K	F	S	K	F	S	K	F	S
UTVIKLINGSFOKUS												
Utvikling av tjenestetilbud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Økt tilgang på ressurser	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Delt risiko	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bedring av effektivitet	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sømløse behandlingsforløp												
Felles finansiering av helsetjeneste	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-

Merknad: Case 1= behandlingsskjede Schizofreni, Case 2= behandlingsskjede KOLS, K1 og K2 = kommune 1 og 2, S1 og S2 = Sykehus 1 og 2, K = Kommunehelsetjenesten, F= Fastleger, S = spesialisthelsetjeneste og X= indikator for resultatet er tilstede.

Utviklingsfokuset mangler en altruistisk helhetstanke for integrerte behandlingsskjeder, både hos kommunene og sykehusene. Sykehusene fokuserer på spesialisering av primæroppgaver, og kommunene får i henhold til samhandlingsreformen økt ansvar for utredning og behandling, også for pasienter som klart må være fellespasienter, siden kommunene ikke har ressurser, kompetanse eller lovverk til å gi forsvarlige helsetjenester til dem.

Grenseoverskridende samhandlingssone på ledernivå: Bare én av behandlingsskjedene, for Schizofreni kommune 2 og tilhørende sykehus, har en samhandlingssone med beslutningsmyndighet som kan løse samhandlingsutfordringer. De intervjuede i denne kjeden ser at det er samhandlingsfordeler, men det er ikke lederstøtte for samhandlingssone med ansvar og fokus på utvikling av integrerte behandlingsskjeder. Det er heller ikke avsatt lederressurs, økonomisk ressurs eller tid til å arbeide med dette.

Det er heller ikke fokus på den tydelige organisatoriske revirtenkningen som fremstår som en hindring for samhandling, eller å jobbe med å bygge ned årsakene til dette. Det er heller ikke samhandlingssone hvor en kan jobbe for at de samhandlende parter kan utvikle strategier basert på tilgjengelig statistikk eller forskning, eller utvikle felles resultatmål. Ingen av organisasjonene henviste til de nasjonale veilederne for å avdekke tjenestetomme rommene hadde avklart ansvar for å utvikle tjenester som ikke var tilstede innenfor de eksisterende tjenestetilbudene.

Grenseoverskridende samhandlingssone med multidisiplinære team, på gruppenivå:

Det var en integrert behandlingsskjede for Schizofreni mellom kommune 1 og sykehus 1 i ICM prosjektet, som hadde samhandlingssone for schizofrene fellespasienter.

Gjennom prosjektet hadde de et grenseoverskridende team med bottom-up samhandling, men begrenset myndighet for situasjonstilpasning av tjenester. Teamet kunne situasjons tilpasse innenfor de tildelte tjenestene, men kunne ikke gi nye tjenester eller endre omsorgsnivå innenfor egen organisasjon. Således skilte tilbudet seg ikke nevneverdig fra muligheter innen for IP og ansvarsgrupper.

Kommunen har gjennom utvikling av Forvaltningsenheten økt effektiviteten og kvaliteten ved å sikre at forvaltningen gjøres i henhold til gjeldende regelverk og med likhet i saksbehandling og tildeling av tjenester.

Det fremkom ikke at de intervjuede hadde kunnskap om mulighetene for å øke effektivitet og kvalitet på tjenestetilbudene ved å fokusere på utvikling av integrerte behandlingsskleder.

7.0. DISKUSJON

I dette kapittelet blir resultatene og den teoretiske rammen for studiet presentert og diskutert ut i fra forskningens seks hypoteser. I kapittel 7.2. blir metoden for gjennomføringen av oppgaven diskutert.

7.1. Hypotese-diskusjon

Hypotese 1. Det er en organisasjonsstruktur som gir helhetlig behandlingskjede for diagnosegruppene Schizofreni og KOLS.

En behandlingskjede defineres som samordnede aktiviteter for en spesifikk pasientgruppe som er knyttet sammen for å oppnå et kvalitativt godt sluttresultat for pasienten. En behandlingskjede inkluderer alle helsearbeiderne som gir tjenester til en spesiell pasientgruppe innenfor et geografisk område. Pasienter som tilhører en spesiell behandlingskjede er karakterisert ved å ha samme sykdom eller symptomer, og behandlingen gitt er basert på retningslinjer som det er enighet om (Ahgren, 2007) (eng. integrated care pathway).

I det norske språket blir begrepene *behandlingskjeder* og *pasientforløp* ofte brukt synonymt, men et pasientforløp skiller seg fra ovennevnte definisjon av behandlingskjede ved at det beskriver én eller flere pasienters kontakt med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode (eng. patient career, episode of care). Det ene begrepet, behandlingskjede, har et behandler- og tjenestefokus, mens det andre, pasientforløp, er et begrep som utgår fra pasientens ståsted.

Samhandlingen mellom de fire organisasjonene er basert på overordnede samarbeidsavtaler og delavtale om pasientforløp mellom organisasjonene. Kommunen har ansvar for allmennlegetjenester for innbyggerne og har fastlegene organisert inn i kommunehelsetjenesten etter utarbeidet lovverk og retningslinjer (Helse og omsorgstjeneteloven, 2012). Fastlegene har ansvar for den medisinskfaglige oppfølgingen og koordineringen i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Resultatene viste også at begge kommunene hadde en organisasjon som tilsier at de strukturelle forutsetningene for integrering av fastlegeordningen er tilstede. Dette er viktig for at fastleger blir regnet fra sykehuset som det Laveste Effektive Omsorgs Nivået (LEON prinsippet), og med dette sykehuset nærmeste samarbeidspartner. Fastlegen er den som mottar pasientinformasjonen om spesialisthelsetjenestens behandling og forslag på videre oppfølging gjennom epikriser. Ved at fastlegene er selvstendige næringsdrivende og knyttet til kommunehelsetjenesten gjennom avtaler, medfører dette en risiko ved at informasjonsflyten innad i kommunehelsetjenesten kan være avhengig av den enkeltes fastleges vurdering av hva som er relevant informasjon å dele med andre tjenesteutøvere i kommunen og fastlegens kapasitet til å gjøre dette. Dette gir en sårbarhet i samhandlingen, hvor tilgjengelighet til fastlegen og den vurderingen som blir gjort av fastlegen, er avgjørende. Hvis de andre tjenesteutøverne ikke får informasjonene fra fastlegen, er det en risiko for at pasienten ikke får behandlingen, eller får en annen behandling enn den som sykehuset har anbefalt.

Gjennom intervjuene kommer det frem at de samhandlende organisasjonene prioriterer begge diagnosegruppene, noe som også kommer frem gjennom Prioriteringsveilederne for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008 a; 2008 b) som blir bruk ved planlagte inntak av pasienter. I tillegg til planlagte innleggelser blir pasienter med Schizofreni og KOLS ofte innlagt gjennom akutte innleggelser, øyeblikkelig hjelp innleggelser og tvungen psykisk helsevern for schizofrene pasienter. For diagnosegruppen Schizofreni, kan mange førstegangsinnleggelser være gjennom tvungen psykisk helsevern. Det er gjennom de siste årene lagt stor vekt på effektivisering og koordinering av pasientflyten mellom sykehusene og kommunen, hvor kommunenes koordinerende enheter/ forvaltningsenheter sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.

Pasientforløpene beskrevet i overordnet avtale og del-avtaler er også støttet av IT løsninger som er under implementering i kommunene og hos fastlegene. Det er forventet at IT støtten også kan bidra til å bedre informasjonsflyten internt i kommunehelsetjenesten.

Avtalene og pasientforløpene skiller seg ved definisjon fra behandlingskjeder, men blir av Ahgren (2012) regnet som det laveste nivået av en behandlingskjede. På denne måten finner en at *hypotesen blir opprettholdt*. Selv om en finner det nødvendig å tilføye at når organisasjonene lager avtaler basert på pasientforløp og forløpskoordinering på det laveste nivået av behandlingskjeder, frasier organisasjonene seg mulighetene til å lage et fundament for samhandling på et høyere nivå, som vil gi mulighet for å få ut synergieffekter for samhandlende organisasjoner med et best mulig behandlingsresultat for pasientene. Med mindre en sikrer dette for pasienter med behov for alvorlige og langvarige lidelser i egne delavtaler eller retningslinjer.

Hypotese 2. Det er etablert adekvate behandlingskjeder for diagnosegruppene.

Etter Ahgren (2012), må noen funksjonelle determinanter være tilstede for å ha en integrert helsetjeneste med helhetlige behandlingsforløp. I teoribakgrunnen beskrives de funksjonelle determinantene ved at de kan sees som nivåer som er organisert i et kontinuum. Han hevder at lenket samhandling er den enkleste fasen for et behandlingsforløp. Et minimum for et lenket behandlingsforløp er: formaliserte avtaler som gir rammer for samhandling. Kommunenes og sykehusenes overordnede avtaler og delavtale om pasientforløp skiller seg ikke nevneverdig fra hverandre, og alle behandlingsforløpene etter dagens avtaleverk kan kategoriseres som lenket samhandling på lavest mulig nivå for å kunne kalles behandlingskjeder. Men funnene viser allikevel fire forskjellige behandlingskjeder.

I Ahgrens (2012) artikkel kan en finne teoretiske forklaringer på forskjellene i behandlingskjedene. Hvor *behandlingskjeden for KOLS* holdes sammen av delavtalen om pasientforløp og koordineres gjennom kommunens Forvaltningsenhet og IT samarbeid i begge kommunene med tilhørende sykehus. Fastlegene har tidligere vært alene om oppfølgingen av KOLS pasientene, frem til behovet for pleie og omsorg. Samhandlingen har da vært gjennom henvisninger og epikriser mellom fastlegen og sykehusene. Etter nasjonale veiledere (Helsedirektoratet, 2012; 2013) og føringene fra Samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47, 2009), er det krav til kommunene om

forebyggende tjenester, mestringskurs for pasienter, økende rehabiliteringskrav, innsatser for å forebygge sykehusinnleggelser, øyeblikkelig hjelp og tilbud om pleie- og omsorgstjenester i tillegg til allmenlegeoppgavene. Kravet er også rettet mot en økt koordinering mellom kommunehelsetjenestene og sykehusets desentraliserte tjenester med ambulante team for denne diagnosegruppen. I mellom både kommune 1 og 2 og tilhørende sykehus, er det full segregasjon av tjenestene, og holdes bare sammen gjennom den Overordnede avtalen og Delavtale om pasientforløp og koordineringen gjennom Forvaltningsenheten, men kan etter Ahgrens kontinuum beskrives som en lenket samhandling (Ahgren, 2012). Det er *ikke noen integrert helsetjeneste med multidisiplinært team som kan koordinere og situasjons tilpasse tjenestene* for pasientene. Forskjellen mellom disse to behandlingsskjedene er at det i kommune 2 til forskjell fra kommune 1, er ledelsesstøtte og en helhetlig styrende idé for hvordan den kommunale oppfølgingen skal gjennomføres etter intensjonen i de nasjonale veilederne. Det er i denne kommunen en god helhetlig tenkning for diagnosegruppen og strategi for behandlingen, men det er ikke utviklet en helhetlig behandling mellom sykehuset og kommunen. På denne måten er ikke denne behandlingsskjeden helhetlig.

Dersom en ser på behandlingsskjeden til Schizofreni mellom kommune 1 og tilhørende sykehus, hvor interaksjonen er gjennom ICM prosjektet som samsvarer med forutsetninger beskrevet som ko-ordinasjon i Ahgrens kontinuum (2012). Ko-ordinasjon og ko-operasjon blir regnet som de mest kompliserte samhandlingsformene i interorganisatorisk teori (Ahgren, 2012), og kan også forklares som tverrprofesjonelt samarbeid, hvor integrasjonen innebærer samordnede innsatser som baserer seg på hvert enkelt medlems spesifikke oppdrag og kan vanligvis ikke fristilles fra sine respektive organisasjoner (Willumsen, 2009). Her blir medlemmene ledet både horisontalt og vertikalt (Axelsson og Axelsson, 2007). Samtidig som ICM prosjekter har funksjonell struktur som tilsier høy interaksjon, og er det eneste grenseoverskridende multidisiplinære teamet, har prosjektet i sine rammer at det skal samhandle innenfor organisasjonens rammer, som er en lenket behandlingsskjede. Med denne diskrepansen fremstår forutsetningene for lenket samhandling som en hindring i prosjektets tverrfaglige samarbeid, og gjør at organisasjonene mister de optimale forutsetningene og samtidig de interaksjonelle forutsetningene og synergieffektene som gjør at behandlingsskjeden er bærekraftig.

De frivillig inngåtte, lederstøttede avtalene, i forhold til psykisk helse, mellom kommune 2 og sykehus 2, selv om de er "top- down", avklarer problemområdene i grenseoverskridende samhandling, og holder fokus på felles kvalitetsutvikling på tjenestetilbudene. Disse avtalene gir en optimal, lenket behandlingsskjede, men har ikke noe multidisiplinært team med "bottom-up" drift av kjeden slik som behandlingsskjeden for psykisk helse i kommune 1 og sykehus 1 har gjennom ICM prosjektet. Det er deltagerne i slike team som har forutsetningene for å finne det som gir mest effektiv drift innenfor de organisatoriske mulighetene og kan situasjons tilpasse behandlingen til pasientene. Ahgren og Axelsson (2007) skriver at mange forskere mener at det er viktig med et "top- down" perspektiv for å få til en optimal integrasjon. Dette var hovedsakelig knyttet til at leger ble utfordret på sine profesjonelle verdier, men at dette kunne forebygges ved at en får en felles organisatorisk kultur (Glouberman og Mintzberg, 2001). I denne undersøkelsen fremkom det ikke profesjonell revirtenkning

som en utfordring. Samtidig må man ikke glemme at ulike faggrupper kan ha utfordringer i den tverrfaglige samhandlingen, og holde åpen dialog om dette. I Ahgren og Axelssons (2007) forskning kommer det frem at ”bottom- up” perspektivet var en av de sterkeste suksessfaktorene for integrerte behandlingskjeder i Sverige.

De ser ut som at det er en lengre vei å gå for utvikling av ”samhandlingssoner” for somatikk enn det er for psykisk helse, som i de aktuelle kommunene har samhandlingssoner hvor de møtes, og allerede har etablert samhandling. Samorganisering er den måten man har forsøkt å løse samhandlingsproblemene på, men det løser ikke problemene. For noen diagnosegrupper er behandlingen så sammensatt og behovet så stort for koordinering, at en må bruke matriseorganisasjoner for å kunne løse utfordringene (Willumsen, 2009). Slik er det for Schizofreni og KOLS. Men Ahgren mener at det er avgjørende at de funksjonelle strukturene er tilstede for samhandling. På denne måten vurderes det at det viktigste er å optimalisere ut i fra de funksjonelle forutsetningene en har, og ikke prøver ut en interaksjon som en ikke har de nødvendige funksjonelle forutsetningene for å gjennomføre (Huxham og Vagens, 2005). Basert på Ahgrens teori om optimalt nivå for integrasjon, er det bare behandlingskjeden til Schizofreni i kommune 2 med tilhørende sykehus som er optimal i forhold til sine forutsetninger, i den forstand at det er lederstøtte for denne laveste formen for samhandling. Etter Ahgren (2012) vurderes det slik at dette er bedre og en får ut positive synergieffekter. Dette til forskjell fra ICM prosjektet i kommune 1 med tilhørende sykehus, som har det anbefalte nivået for interaksjon etter nasjonale veiledere (Helsedirektoratet, 2013). Samtidig har det ikke tilstrekkelige funksjonelle forutsetninger, siden det grenseoverskridende teamet ikke kan situasjons tilpasse behandlingen, noe som kunne ha gitt synergieffekter med best mulig utnytting av ressursene som er i behandlingskjeden. Her informerer lederne om at deltagerne i det grenseoverskridende teamet opplever samhandlingen som kommersialisme, og det er fare for utvikling av motarbeidelse. Et annet perspektiv er at strukturen skal være fleksibel nok til at aktørene i samhandlingen kan tilpasse ressursbruken etter pasientenes behov. Dette er noe av hovedtanken bak desentraliserte sykehustjenester.

I utgangspunktet har de fire behandlingskjedene samme utgangspunkt, basert på samhandlingsavtalen med det regionale helseforetaket, men som nevnt ovenfor har de to behandlingskjedene for Schizofreni utviklet ulike løsninger for å sikre helhetlige pasientforløp og tilpasse seg samhandlingsreformens føringer. Med dette som bakgrunn, er det i dag strukturelle forutsetninger for disse to interorganisatoriske behandlingskjeder, men de kan ikke anses som helhetlige. For at en behandlingskjede kan betegnes som helhetlig må de i tillegg til å inkludere både kommune- og sykehusets helsetjenester, inneholde alle de anbefalte tjenestetilbud i nasjonale veiledere (Helsedirektoratet, 2012; 2013). Alle de fire behandlingskjedene fremstår med ’tjenestetomme rom’ i forhold til de nasjonale veilederen (Helsedirektoratet, 2012;2013). Ved å se på skillet mellom primær- og fellesoppgaver, forstår en dette noe bedre. En avklaring mellom primær- og fellesoppgaver vil synliggjøre grenseoppganger og overlappinger som kan bidra til at en kan dra nytte av hverandres bidrag, med tanke på den enkelte brukers behov. De ulike tjenesters primæroppgaver handler om det som er nedfelt i målsetninger, og gir rammer for virksomheten (Willumsen, 2009). Under avsnittet i resultat om organisasjonskultur ble det avdekket at det var grunnlag for at de

ulike organisasjonene hadde innsikt og avklarte primæroppgaver, men hadde ikke fokus på fellesoppgavene.

I innledningen ble det henvist til utviklingstrender innen helsevesenet som kan få alvorlige konsekvenser for de med diagnoser som krever langvarige og koordinerte tjenester. Disse utviklingstrendene beskrives som desentralisering av helsevesenet, en økende spesialisering og økende profesjonalisering (Ahgren, 2010a). Alle tre trendene er ønskelige innenfor samhandlingsreformen, men de kan få pasienten til å 'forsvinne' – eller få behandlingsforløpet så oppstykket at tjenesten oppleves fragmentert av pasienten. Det fremkom i undersøkelsen at fokuset på spesialiseringen og primæroppgavene i organisasjonene er så stort, spesielt i sykehusene, er en fare for at en ikke fokuserer på det tjenestetomme rommet med fellesoppgaver, som også er der dynamikken og belønningen for å drive integrerte helsetjenester ligger, med synergieffekter. Det er her en kan gi mer effektive tjenester med redusert bruk av ressurser, og først og fremst oppnå best mulige resultat for pasientene.

Det er ingen av de undersøkte behandlingskjedene som kan regnes som adekvate for diagnosegruppene Schizofreni og KOLS. Siden det er "tjenestetomme rom" i behandlingskjeden og ikke tydelig avklaring på hvem som har ansvaret for at det blir helhetlige behandlingskjeder. I tillegg er det bare én av behandlingskjedene som har de funksjonelle forutsetningene for interaksjon mellom helsetjenestene eller at det er et tilstrekkelig nivå av koordinering. I behandlingskjeden ICM prosjektet har en organisasjon som har høy nok interaksjon til å kunne gi situasjonstilpassede tjenester, men har hindringer innen både kommunale regelverk og sykehuset til at det kan gi koordinerte tjenester. På denne måten er heller ikke denne behandlingskjeden adekvat til å gi helhetlige helsetjenester. Dermed er det ingen av de etablerte behandlingskjedene for diagnosegruppene som kan regnes som adekvate. *Hypotesen kan med dette ikke opprettholdes.*

Hypotese 3. Det er lederstøtte for utvikling av helhetlige behandlingskjeder.

For å kunne få en helhetlig behandlingskjede må dette ha lederstøtte. Det er lederne som må påse at de funksjonelle determinantene er på plass for samhandling som gir beste mulig behandlingsresultat fra behandlingskjeden. Funnene fra undersøkelsen viser at det er bare kommune 1 og tilhørende sykehus som har lederstøtte for behandlingskjeden for Schizofreni og har multidisiplinært team som er en forutsetning for at behandlingsresultatet skal være optimalt. Det er behandlingskjeder med "bottom-up" organisering som har beste behandlingsresultat (Ahgren og Axelsson, 2007).

Det er viktig at det er lederstøtte for utvikling av helhetlige behandlingskjeder uten tjenestetomme rom. I tillegg til at fokusering på utviklingen av de manglende fellesoppgavene. Det er bare behandlingskjeden for schizofreni i mellom kommune 2 og tilhørende sykehus som hadde en slik samhandlingssone hvor slike tema kan drøftes og finnes løsninger for.

For en helhetlig behandlingskjede må det være lederstøtte for utvikling av tjenester i de tjenestetomme rommene. De nasjonale veilederne fremholder helhetlige

behandlingskjeder og viktigheten av koordineringen av tjenestene mellom kommunen og sykehusets desentraliserte oppgaver. I dag er det ikke lederstøtte for dette fra sykehusene. Kommunene fremstår som mer avhengig av samhandlingen om fellesoppgaver, for å kunne gi pasientene en god kommunal helsetjeneste og nå sine mål i forhold til primæroppgavene, enn hva sykehuset er for å nå sine mål for sine primæroppgaver. Sykehuset fremstod mer opptatt av å spesialisere sine tjenester ytterligere, etter føringer fra Samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47, 2009). På denne måten fremstod samhandlingen i Samhandlingsprosjektet som kommersialistisk (Ahgren, 2012). Her fremstår det som at sykehuset støttet kommunen i å gjøre sine primæroppgaver, men at de selv sitter igjen med verken utbytte eller negative effekter i forhold til hva de investerer inn i prosjektet. I intervjuet kommer det frem fra sykehuset sitt perspektiv, at prosjektet har tatt inn pasienter som ikke følger den Nasjonale prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2008) og med dette inngår disse pasientene ikke som fellesoppgave. Dette gjør at de opplever et mer-arbeid i stedet for synergieffekter av samhandlingen, noe som på sikt kan gi konflikter og motarbeidelser (Ahgren, 2012) og dermed svekker bærekraften i behandlingskjeden. Når det er sagt, er det viktig hva lederstøtte deltagerne har i dette synet.

For å oppnå synergieffekter og utvikling av gjensidig utbytte, må en ha samhandlingssoner. Fra et 'top-down' perspektiv for Schizofreni mellom kommune 2 og tilhørende sykehus, fremstod samhandlingen som gjensidig (mutualism) fra begge organisasjonene. Samtidig fremmer Ahgren (2012), at det er først når en har en situasjonstilpasset fase i samhandlingen og med gjensidig samhandlingsutbytte at en vil kunne oppnå full synergieffekt av sin samhandling. Selv om de samhandelnde partene opplevde samhandlingen gjensidig, har en ikke denne tilnærmingen som en trenger for å situasjons tilpasse tjenestene i behandlingskjeden. Samtidig som at behandlingskjeden er bærekraftig, men den vil ikke gi fullt utbytte av de ressursene som er tilgjengelige i behandlingskjeden slik som et bottom- up og situasjonstilpasset helhetlig multi profesjonelt team kan gi. Den beste kombinasjonen ville vært to samhandlingssoner hvor en kombinerer et top-down og bottom-up. Hvor de multidisiplinære grenseoverskridende teamene har forutsetninger for å situasjons tilpasse behandlingen til pasientene. Dette kunne gjøres med en videreutvikling av ICM prosjektet. For KOLS er behandlingsforløpene bare etablerte gjennom rammeavtalen mellom kommunene og sykehuset, og på denne måten har en så liten samhandling ut over henvisninger og søknader at det ikke kan vurderes tilstedeværelse av synergieffekter mellom organisasjonene. Willumsen (2009) fremmet at den økende spesialiseringen av velferdstjenestene har ført til at en har forsøkt å løse det med samlokalisering og samorganisering uten at det har ført til så store endringer, men derimot er ledelseskunnskap om samhandling mer avgjørende. Dersom en igjen ser på Ahgrens (2012) kontinuum og de ulike fasene, kan dette sees som en del av en utviklingsprosess, hvor det nå gjøres lederstøttede avtaler på behandlingsforløp. Dette vil igjen kunne lede til samhandlingssoner for de kliniske nettverkene, som ville være nødvendig dersom lederene ønsker å få synergieffekter ut av samhandlingen.

Det kom også frem at en klar støtte for utvikling av behandlingskjeder er at lederene påser at det er en felles styrende idé for helhetlige integrerte behandlingskjeder. Det viser seg at ingen av behandlingskjedene har dette. Det antas at det er bare

behandlingskjeden for schizofreni i kommune 2 som har et forum som kunne ha denne funksjonen i tillegg til å løse samhandlingsutfordringer.

På bakgrunn av funnene sammenholdt med teoribakgrunnen, er det i dag ikke lagt til rette for lederstøtte på interaksjonsnivået, etter anbefalingene i veilederne for samhandling (Helsedirektoratet, 2012; 2013), noe som er en nødvendighet for at samhandlingen skal kunne utvikle seg til å bli et behandlingsforløp som gir gjensidige fordeler og er avgjørende for bærekraftige behandlingskjeder for disse diagnosegruppene.

Hypotesen viser seg å kunne delvis opprettholdes, ved at en av de fire behandlingskjedene gir lederstøtte og jobber aktivt med samhandlingsutfordringer, behandlingskjeden Schizofreni mellom kommune 2 og tilhørende sykehus, som de nedfeller i avtaler. Dersom det ble jobbet med de tjenestetomme rommene i behandlingskjeden og felles styrende ideer for de helhetlige behandlingskjedene og utviklet grenseoverskridende team med myndighet til å situasjons tilpasse behandlingstilbudene, ville organisasjonen åpne opp for synergieffekter og optimalt behandlingsresultat fra ressursene i behandlingskjeden.

Hypotese 4: De ulike profesjonsgruppene og samhandlende organisasjoner legitimerer samhandlingen i behandlingskjeden.

Willumsen (2009) mener at kunsten med å balansere primær- og fellesoppgaver og skille mellom kompetanse med ulike bidrag, er det som danner den grunnleggende dynamikk i samarbeid som gjelder integrering av de profesjonelles kompetanse og tjenester og hvordan en klarer å få ting til å henge sammen ved å integrere disse bidragene. Hun deler opp kompetanse som; kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. Kjernekompetanse er det som skiller de ulike fagpersoner fra hverandre og det 'faget' som den profesjonen er best på. Overlappende kompetanse vil si at flere, men ikke nødvendigvis alle, har samme kompetanse. Felleskompetanse er den type kompetanse som er felles faglig kunnskap, for eksempel kunnskap som utvikles over tid. Spisskompetanse er en spesifikk og ofte smal kompetanse, gjerne i form av fordypning i forbindelse med videreutdanning eller lang erfaring innen for et praksisområde. I forhold til IP/ og ansvarsgruppe skal en ikke glemme brukerens kompetanse, med kunnskap, erfaringer om sin egen livssituasjon, som også er viktig når en tilpasser behandlingen til den enkelte bruker. Mønstrene i funnene viser at det bare var i forbindelse med ICM prosjektet det er relevant å se på dette med kompetansebidrag inn i det inter-organisatoriske tverrfaglige arbeidet. De tre andre behandlingskjedene har ikke tilsvarende tverrfaglig samarbeid. I prosjektet kom det ikke frem problematikk knyttet til disse problemstillingene, men mer det som kan karakteriseres som samhandlingsproblem jfr. inntaksprosedyrer av pasienter til ICM prosjektet og tilgjengelighet til allmennlegetjenester i kommune med mer karakter av samhandlingsproblem heller enn et organisatorisk problem. At problemstillinger ikke kommer frem med intervju på ledernivå, kan også være knyttet til lederens kjennskap til prosjektet.

I Ahgren og Axelssons (2007) artikkel fremkommer det flere viktige determinanter for samhandling, som tillit (Gulati, 1995) og villighet til å samarbeide (Hardy et al, 1999). I denne oppgaven kommer det frem at tillitsproblematikken er størst innen behandlingskjedene for KOLS, hvor en har minst samarbeid. Det er samtidig den behandlingskjeden hvor det er etablert samhandling med fastleger. Annen kommunal tjeneste kommer inn først når det er behov for pleie og omsorg. Samtidig var det tydelig kommunisert fra alle de intervjuede at det var en villighet og en forståelse av viktigheten av å ha behandlingskjeder hvor pasientene får best mulig helsetjeneste. På denne måten er den lenkede samhandlingen i kommune 2 med tilhørende sykehus 'optimal', til forskjell fra den førstnevnte, mellom kommune 1 og tilhørende sykehus, hvor de stadig møter de samme hindringene i samhandlingen selv om det er god koordinering av aktivitetene.

Det fremkom ikke profesjonelt revir i undersøkelsen. Samhandlingsutfordringen i kommunen fremstod mer som en tilgjengelighets problematikk og manglende forståelse av hverandres arbeidssituasjon. For å synliggjøre utfordringen mellom kommunehelsetjenesten og fastlegen, er for eksempel en innkalling til et samarbeidsmøte på 1,5 time inkludert reise, det samme som at det er seks avtaler med listepasienter som ikke blir gjennomført for fastlegens del. Det viser behov for en samarbeidskultur hvor en innkaller legen bare til relevante møter, påser at en innkaller i god tid før møtet for å unngå at legen allerede har fullbooket dag, og forsøke å innkalle til møter på dager hvor legen har kontortid. Det må være en gjensidig forståelse av hverandres arbeidssituasjon og utfordringer.

Det er i disse to kommunene og mellom kommuner og sykehus liten erfaring med å jobbe i multidisiplinære team. Men i den kommunen som har dette, fremkom det ikke noen problemstillinger som tilsier at det er spesielle yrkesgrupper som har mer samhandlingsproblemer enn andre.

Det som fremkom tydelig, var en organisatorisk revirtenkning fra både kommunene og sykehusene. De største samhandlingsutfordringene i det ene grenseoverskridende teamet var at organisasjonene holdt fast på rutiner og organisatoriske grenseoppganger. Det hindret mulighetene for å få ut samhandlingsfordelene med best mulig sluttresultat for pasientene.

De andre behandlingslinjene beskrev også organisatorisk revirtenkning, hvor kommunen og sykehusene ikke var likeverdige parter i samhandlingen.

Kommunene beskriver dette som et "lillebror – storebror forhold" som materialiserer seg i sykehusets veiledningsplikt til kommunen (Spesialisthelsetjenesteloven, nr. 61), også uten å bli forespurt om det. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten oppleves av kommunen som vanskelig overførbart til kommunale rammer og lovverk. Kommunene opplever også at sykehuset omtaler kommunen som samarbeidspartner, men at de ikke har tilstrekkelig kjennskap til den aktuelle kommunen, men innehar en generell erfaringsbasert kunnskap om kommunesamarbeid, noe som den enkelte kommune ofte ikke kan relatere seg til eller identifisere seg med. Sykehusene på sin side finner det vanskelig at en ikke får overført ferdigbehandlede pasienter til kommunen. Det fremkommer at de mener at kommunen ikke har tilstrekkelig differensiering i omsorgsnivåer, noe som ville gjøre kommunen bedre i stand til å ivareta alvorlig syke pasienter. De uttrykker også bekymring for at kommunens Forvaltningsenhet "gjør

samhandlingen vanskeligere”. Sykehusene følte at kommunens kvalitets- og effektiviseringstiltak ved innføringen av denne enheten, har forringet overføringsrutinene for de dårligste pasientene ved at de ikke lenger kan ta kontakt direkte med andre behandlere i kommunen enn fastlegen. Det kan fremstå som at dagens overføringsrutiner ikke er tilstrekkelige for pasienter med kroniske og langvarige lidelser. Dette til tross for at overføringsrutinene til Forvaltningsenheten og LEON prinsippet med Epikriser til fastleger har blitt fulgt. Dette kan være grunnen til at en innenfor psykiatritjenesten opplever IP og ansvarsgruppe mer aktuelt enn innenfor somatikken.

Organisatorisk revir henger sammen med den strenge oppdelingen i nivåer og enheter som fremfor alt kjennetegner en byråkratisk organisasjonsstruktur (Pugh og Hickson, 1976). Hver leder har ansvar for sitt område og reguleres av et hierarki av overordnede og underordnede nivåer. Leders oppgave er å ivareta sitt ansvar overfor sine overordnede og utøve sin myndighet ved å lede og styre sine underordnede. Ofte er det forventet at en god leder skal være en sterk talsmann for sin enhet (Wildavsky, 1975) og øke ressursene til enheten. Dette kan igjen øke organisasjonsreviret. Det er også med på å styrke fragmenteringen av helsevesenet. For å få til helhetlige integrerte helsetjenester med et bottom- up perspektiv og grenseoverskridende tverrfaglige team, må det være *tilstede en vilje til å ivareta allmennhetens beste* og ikke slåss for sine egne interesser, noe som kalles for altruisme (Krebs og Miller, 1985). Denne filosofien er det motsatte av en revirtankegang. Det innebærer at den enkelte personen, gruppe eller institusjoner gir avkall på noe for å gagne helheten. I denne sammenhengen vil det være viktig å se egen profesjon eller organisasjon i relasjon til behovstilfredsstillelsen som skapes sammen med andre profesjoner og organisasjoner, basert på et helhetssyn (Gary, 1989). Det kreves profesjonell modenhet for å kunne innse begrensninger i egen arbeidsmåte og behov for andres bidrag, slik at profesjonene utfyller hverandre.

I en styringsgruppe kan samarbeid vanskeliggjøres på grunn av strukturelle hindringer som lovreguleringer, retningslinjer og ansvarsforhold, og ikke minst, budsjettmessige begrensninger. I tillegg kommer kulturelle forskjeller mellom organisasjonene, og det er bare det som omtales som ”transformatorisk ledelse” hvor lederen utviser et lederskap som motiverer underordnede til å være villig til å gi opp deler av profesjonelle og organisatoriske revirer. Motsatsen til dette, er det som omtales som Transaksjonsledelse, som fører til mer revirtenkning (Bass, 1985). En utviklet altruisme i multidisiplinært samarbeid og lederskap er nødvendig for å bryte fragmenteringen i helsesektoren. Dette blir beskrevet som en lang utviklingsprosess (Willumsen, 2009). Det er bare i behandlingsskjeden i psykiatri i kommune 2 og tilhørende sykehus som en har et forum på ledernivå hvor en kan ta opp slike problemstillinger.

Hypotesen fremstår som delvis opprettholdt, ved at lederne uttrykker uforbeholdent at behandlingsskjeder må en ha for å løse de store utfordringer en har med disse diagnosene og ved at det ikke fremkom profesjons-konflikter og revirtenkning på profesjonsnivå. Samtidig kan den ikke bekreftes ved at det fremkommer en tydelig *organisatorisk revirtenkning* som gir samhandlingsutfordringer og som også ble en hindring i den ene behandlingsskjeden i undersøkelsen som har grenseoverskridende team.

Hypotese 5: Utviklingsmulighet er tilstede for bærekraftige behandlingsskjeder.

Samhandling for å gi integrerte helsetilbud er utfordrende, og det er viktig for utviklingsmuligheten at den støttes av offentlige retningslinjer (Mur-Veeman et.a., 1999). Dersom denne støtten ikke er tilstede, vil det være mindre muligheter for utvikling og ressurser stilt til rådighet for utviklingsarbeidet. De nasjonale veilederne (Helsedirektoratet, 2012; 2013; 2014) for diagnosegruppene og psykisk helsearbeid er overensstemmende med samhandlingsreformen og viser tydelig retningen mot mer helhetlige helsetjeneste.

De statlige overføringer til kommunene brukes også som virkemidler til å få ønsket retning etter intensjonen fra samhandlingsreformen, særlig med henblikk både på tilskuddsmidler og midler stilt til rådighet for kommunene i henhold til kommunal medfinansiering av spesialisert behandling. De statlige tilskuddsmidler er organisert ved at de kan søkes i prosjektform, og innvilges dersom prosjektene er i henhold til formål. Midlene til kommunal medfinansiering er ment å være et virkemiddel som skal stimulere kommunen til å ta mer ansvar og utvikle lokalbasert behandling. Jo mer kommunen klarer å utvikle kompetanse, organisere og utvikle behandlingsforløp innenfor egen organisasjon, jo mer av denne "potten" kan kommunen beholde, fremfor medfinansiering av organisasjonen i tilhørende sykehus ved å betale for tjenestene.

Det kan bli store forskjeller mellom kommuner i hvordan behandlingsforløpene utvikler seg. Ressursene stilt til rådighet fra staten, forsøker å stimulere til at tjenestene først og fremst skal være lokalbaserte, men formen på de lokalbaserte tilbudene er samtidig avhengig av om kommunenes politikere og lederskap kan utvikle og organisere helsetjenestene i henhold til den retningen som er ønsket med midlene som er stilt til rådighet. Erfaring viser at det er behov for mye tid og menneskelige ressurser for å utvikle et integrert helsetilbud. I følge Leutz (1999): "integrering koster før en får uttelling". Det er da avgjørende at politikerne og kommunal ledelse er en støttende struktur som gir tilstrekkelig ledelsesforankring og viser ledelse i utvikling av 'styrende ideer', prosjektutvikling ved bruk av tilskuddsmidler og legger til rette for samhandlingssoner for kliniske nettverk som inneholder kjerneaktører som fastleger og kommune-psykolog. Det fremkommer at for å få bærekraftige behandlingsskjeder er det behov for en ny type kjerneaktører i kommunen, personer som har prosjektkunnskap og erfaring, slik at en kan få økt virksomhetenes tilgang på økonomiske ressurser gjennom prosjektmidler og prosjektledelse og være dedikerte entreprenører i utviklingsarbeidet for behandlingsskjeder. I tillegg er det behov for fagpersoner med kunnskap om ledelse av komplekse nettverk (Page, 2003; Pieper, 2004).

Støttende struktur på et overordnet nivå er også at statistikk og rapporter som beskriver folkehelsen lokalt, på fylkes- og nasjonalt nivå, blir gjort tilgjengelig gjennom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, slik at en kan lage gode kunnskapsbaserte strategier og planer som grunnlag for lokalbaserte helsetjenester.

Gjennom at begge kommunene med tilhørende sykehus utvikler tekniske IT løsninger og nye rutiner som inkluderer bruk av disse, legger også dette til rette for at fastleger blir tettere knyttet sammen med sykehus og kommunehelsetjenesten forøvrig. Dette letter kommunikasjonen internt i kommunen mellom kommunehelsetjenesten og fastlegene. I tillegg jobber en nå nasjonalt med å utvikle nasjonale kjernejournaler som

en forsøksordning. Det kan ytterligere legge til rette for helhetlige behandlingsforløp, at en har felles tilgang på deler av pasientjournaler.

Når det gjelder IP og ansvarsgruppe, er det en organisering som ivaretar integrerte helsetjenester på individnivå, og har sitt grunnlag i nasjonalt lovverk. Det er en slags 'joker i ermet', men det er ikke tilstrekkelig til å endre en hel organisasjonskultur og sikre et helhetlig pasientforløp uten tjenestetomme rom. IP og ansvarsgruppe for koordinering av primæroppgavene er en måte å koordinere de tjenestetilbudene som allerede er tilstede i organisasjonene, og sikrer kvaliteten på pasientens koordinerte behandlingsskjede.

For å få en helhetlig bærekraftig helsetjeneste, må begge samhandlende organisasjonene ha sine egne forutsetninger tilstede. Det viser seg at det er en forskjell mellom sykehusene, og at kommune 1 og sykehus 1 er kommet lengre i utarbeidelse av behandlingsskjeder og formaliseringen av de forpliktende juridiske avtalene. Avtalene som i dag inngås i forhold til samhandling mellom kommune 2 og sykehus 2 fremstår frivillig og ikke med denne forankringen som de forpliktende avtalene har, men gir de samhandlende organisasjonene et godt utgangspunkt for en videreutvikling.

Hypotesen kan delvis opprettholdes, ved at det er utviklingsmulighet for bærekraftige behandlingsskjeder, gjennom politiske føringer i samhandlingsreformen, nasjonale veiledere og de statlige virkemidlene. Det er også IT støtte for utviklingen. Det fremkommer ikke i undersøkelsen at det er lederstøtte eller vedtak som benytter seg av utviklingsmulighetene som støtter en helhetlig behandlingsskjede, noe som kunne ha stor betydning for bærekraften av behandlingsskjedene.

Hypotese 6. De ulike organisasjonene har et tydelig fokus på utvikling av helhetlige behandlingsskjeder.

På spørsmålet om hvorfor en skal ha behandlingsskjeder, var svaret at det er utenkelig at én organisasjon kan løse utfordringene for disse diagnosegruppene alene.

Et moralsk argument for samhandling, bygger på tanken om at én organisasjon alene heller ikke kan løse de store problemstillingene som fattigdom, kriminalitet, rusmiddelavhengighet, konflikter, helsefremmende arbeid, økonomisk utvikling osv. Eric Trist (1983) argumenterte for at disse spørsmålene eksisterer i den inter-organisasjonelle sfære. Samhandling er essensielt hvis det skal være håp om å redusere disse utfordringene (Huxham og Vangen, 2005). Samtidig er det et paradoks at organisasjonene ikke prioriterer å avsette ressurser, personell med ansvar og tid til å arbeide med utvikling av behandlingsskjeder. Det er et lederansvar å gi de nødvendige støttende funksjonelle forutsetninger.

Faglitteraturen advarer mot samhandling mellom helsetjenestene dersom det ikke er tydelige samhandlingsfordeler (Ahgren, 2010b; Willumsen, 2009; Axelsson, 2007; Hukshamn og Vangen, 2005).

Utviklingsfokus på helhetlige integrerte behandlingsskjeder blir derfor spesielt viktig,

med tanke på å få ut tydelige samhandlingsfordeler. Det handler om best mulig bruk av ressursene tilgjengelig i behandlingskjeden: En kan også få *økt tilgang til ressurser*, både av kunnskap, personell eller økonomi. Det har ikke fremkommet tydelig fokus fra ledere at de ønsker et slikt utviklingsarbeid, spesielt fra sykehusene med henblikk på å sikre at organisasjonene *deler risiko*, ved samarbeid. Det kan bestå i å avklare primæroppgaver, slik at i tilfeller der kommunen ikke har tilstrekkelige ressurser, kompetanse eller lovverk til å gi forsvarlig helsetjeneste til for eksempel alvorlig psykisk syke pasienter, må det være samhandling tilstede for å gi forsvarlig helsetjeneste. Det er heller ikke fokusert på at behandlingskjedene har som mål å *øke effektivitet* og bedre *kvalitet* ved bl. a. unngå dublering av tjenesteutøvelse, noe som gir best kostnadsreduksjon.

Alle de fire behandlingskjedene har bedret sin effektivitet og forløpskoordinering gjennom at kommunene har bygget opp Forvaltningsenheter og sykehusene har utviklet inntak av pasienter etter prioriteringsveilederen. Koordinering er ikke alltid det samme som sømløse tjenester. Det er mange feller man kan gå i hvis man mangler koordinering mellom organisasjoner som tilbyr helsetjenester, som dublering av tjenester, uteblivelser, sprikende aktiviteter, kontra- produktivt arbeid og overlapping når organisasjonene ikke har kontakt med hverandre. Dette i motsetning til organisasjoner som fremmer samhandling.

Det fremkommer i resultatene at de fire organisasjonene ser samhandlingsfordeler i at det øker ressurstilgangen, men det fremkommer ingen planer om å ta initiativ til endring av samhandling.

Det mangler utviklingsfokus i alle behandlingskjedene ved at det ikke er avklart hvem som har ansvar for utvikling av de manglende tjenestene i behandlingskjeden. Det fremkommer heller ikke kunnskap om mulighetene som ligger innenfor utvikling av helhetlige behandlingskjeder, som kan gi økt effektivitet, redusert ressursbruk og kvalitetsutvikling.

I forhold til de overfornevnte funnene, fremstår det ikke som at det er tilstrekkelig utviklingsfokus og tydelig uttalte samhandlingsfordeler i organisasjonene til å utvikle integreringen ved å øke intensiteten på samhandlingen. Uten forutsetninger og organisasjons- fokus på en slik endring, ville det i stedet kunne utvikle motarbeidelse som vil kunne medføre at organisasjonene får et dårligere sluttresultat enn det de har i dag med en lavere fase/ nivå på integrerte helsetjenester.

Når en først så på helhetlige behandlingskjeder, så var det flere tomme rom. Det var ingen av de intervjuede som fokuserte på utvikling av de tjenestetomme rommene ut over hva som var deres egen primæroppgave, og det som var utover dette, var andre virksomheters eller organisasjoners ansvarsoppgave. Det var ikke avklart hvem som har ansvar for utvikling av behandlingskjeden (satt av personal med ansvar og myndighet for utvikling av helhetlige behandlingskjeder).

Det fremkom heller ikke utviklingsfokus på å delegere ansvar for kvalitetssikring av de helhetlige behandlingskjedene. Eller på å utvikle avtalene slik at behandlingskjedene har tilstrekkelig interaksjon for å kunne gi koordinerte tjenester i et situasjonstilpasnings- perspektiv. ICM prosjektet har en høyere interaksjon, men regnes

som en forsøksordning og kan ikke ses som en integrert del av samhandlingen. Prosjektet har de samme strukturelle hindringene som en møter gjennom koordinering av IP. Som tidligere beskrevet, er det i litteraturen tydelige anbefalinger om å ikke samhandle mellom helsetjenester dersom det ikke er tydelige samhandlingsfordeler mellom de involverte organisasjonene (Ahgren, 2010; Willumsen, 2009; Axelsson, 2007; Hukshamn og Vangen, 2005). Med dette som bakgrunn kan det antas at det er bedre å samhandle på et lavere nivå av interaksjon, selv om det ikke er optimalt i forhold til det behovet som behandlingsskjeden har for koordinering. Dersom det er behov for tettere samhandling, gjøres dette gjennom bruk av IP og ansvarsgrupper. Dette er beklagelig, da dette ikke gir tilstrekkelig forutsetningene for å oppnå synergieffektene av integrert samhandling.

Hypotesen kan delvis opprettholdes, ved at det fremstår et tydelig utviklingsfokus når det gjelder å utvikle pasientforløp og oppbygging av Forvaltningsenheter i begge kommunene. Dette blir rapportert fra kommunene som en effektivitets- og kvalitetsforbedring. Samtidig mangler det utviklingsfokus for samhandlingssoner både på ledernivå og for grenseoverskridende team med mulighet til situasjonstilpassede behandlingstilbud. Det mangler også fokus på kvalitetsforbedring vedrørende fellespasienter med de mest alvorlige lidelsene. Kommunen har da ikke nok kunnskap, ressurser eller i noen tilfeller, lovverk, til å gi forsvarlig helsetjeneste. Det er ikke fokus på å sette av ressurser, personell eller delegere ansvar for utviklingen av behandlingsskjeder. I tillegg er det ikke delegert ansvar for utvikling av de tjenestetomme rommene. Det fremkom ikke kunnskap om det potensialet som ligger i å jobbe med kvalitetsforbedring og effektivisering gjennom bruk av behandlingsskjeder.

7.2. Metodediskusjon

Bakgrunnen for valg av metode var basert på formålet og spørsmålsstillingen i studiet. Det var ønskelig gjennom hele oppgaven å få dybdeforståelse og mer innsikt i hvordan samhandlingen skjer gjennom et helt behandlingsforløp både i forhold til funksjonelle forutsetninger og interaksjonsforutsetninger. Forskningsspørsmålet relatert til integrerte behandlingsskjeder legger bakgrunn for en undersøkelse av komplekse og mangesidige prosesser som 'multiple case study metoden' er egnet for (Yin, 2009). Det var ønskelig å få frem nye sider og forstå hvordan samhandling kan få støttende strukturer for best mulig bruk av ressurser for optimal pasientbehandling. Det var også et ønske å få frem ulike ledersyn i de samhandlende organisasjonene fra to geografisk adskilte områder, for å få variasjon og bredde.

Valg av selve forskningsspørsmålet ble det utviklet ved at den ene kommunen ble forespurt om det var et tema de ønsket belyst ved en undersøkelse. Bakgrunnen for denne forespørselen er at forfatteren har et ønske om at det undersøkte temaet skulle kunne tilføre kunnskap til bruk i endrings- og utviklingsarbeid og således få en ytterligere verdi. En slik effekt er i skrivende stund fortsatt forfatterens håp. Valg av geografisk område ble gjort ved at den forespurte kommunen ønsket å delta, og den andre kommunen ble strategisk valgt for å få en sammenlignbar kommune med tilsvarende folketall, i tillegg til at en ønsket en kommune knyttet til et annet helseforetak og at kommunene ikke hadde for stor geografisk avstand, slik at det ville

ha stor innvirkning på den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen. Valget av case i undersøkelsen med diagnosegruppene Schizofreni og KOLS fikk frem mange variabler for samhandling og hele behandlingskjeder fra primær- og sekundærforebygging til habilitering/ recovery-perspektivet med Schizofreni og til livets slutt i forbindelse med KOLS. Deretter valgte forfatteren å se på spørsmålet fra et organisasjonsperspektiv, som ga lederne som målgruppe i organisasjonene. På denne måten kunne ledere bidra med informasjon fra en enhet av analyse på et annet nivå enn den enheten en samler data fra (Yin, 2009). Siden behandlingskjeden var valgt, ble lederne valgt ut fra lederrollen i behandlingskjeden. Intervjuene ble avklart med kommunalsjefene i kommunene, noe som forfatteren henviste til ved videre kontakt med informantene. På sykehusene ble det tatt direkte kontakt med ønskede aktører og gjort avtaler. Før det ble tatt direkte kontakt, ble informasjonsskriv og samtykkeerklæring sendt på mail.

Etter intervjuene var gjennomført, ble dataene analysert ved å kode informasjonen deduktivt (Bowling, 2002). Der etter gjennomførtes en innholdsanalyse, hvor en beveget seg fra rå-tekst til forskningstematikk. Rå-data ble analysert og i prosessen var det lagt vekt på å bygge dette opp på en slik måte at en annen forsker kan følge prosessen (Auerbach og Siversten, 2003). Yin (2009) hevder at intervjuene er skriftlige rapporter og kan behandles sammen med annet materiale. Han hevder videre at selv om datainnsamlingen støtter seg tungt til resultatene fra intervjuene, kan dette ikke alene være kildene for informasjon. Dokumentgransking er som regel retrospektivt materiale som ofte ikke er produsert for annet formål enn forskning (Malterud, 2004). Det ble så gjort en dataanalyse som ble triangulert med funnene fra innholdsanalysen. Det ble lagt stor vekt på triangulering av data for å styrke funnene i forskningen med bruk av data fra ulike kilder. Yin (2009) hevder at dersom en ikke bruker multiple kilder, er fordelene med valg av denne metoden gått tapt. Denzin (1978) hevder at ved å triangulere kan en redusere sjansene for metodefeil som kan være knyttet til å bruke en enkel metode. Funnene som er gjort, har gitt et sammenfallende bilde med teorien, noe som styrker troverdigheten. Deretter ble funnene sammenstilt i tabell med indikatorer som viste mønster av funn, jfr 'pattern matching' (Yin, 2009). Yin hevder videre at dette er den mest ønskelige teknikken, siden denne forskningen er en beskrivende studie, vil mønstermatchingen være relevant, så lenge som det predikerte mønsteret av spesifikke variabler er definerte før en gjennomfører en datainnsamling. Gjennom denne replikasjons-analysen, kan resultatene fra denne undersøkelsen bli vurdert som valid for å finne ut hva som er avgjørende for bærekraftige behandlingskjeder. Selv om en har forsøkt å se på mange aspekt vedrørende bærekraftige behandlingskjeder, så er ikke undersøkelsen uttømmende. Det hadde vært ønskelig å få inn mer informasjon om det forebyggende aspektet, og kunne ha inkludert virksomhetsleder med ansvar for helsestasjon/ skolehelsetjenesten, som ofte har ansvar for kommunens primær- og sekundærforebyggende tjenester. Siden symptomene for schizofreni ofte blir oppdaget i alderen 15-18 år, ville dette være relevant for oppgaven. Det kunne også vært interessant å få frem informasjon fra virksomhetsleder for koordinerende enhet, for å se på hvilken måte de koordinerer pasientforløpene og hvordan deres tilnærming innvirker på behandlingsforløpet. Men forfatteren er tilbøyelig til å anta at for en oppgave med dette perspektivet, ville det være lettere å generalisere dersom en kunne utvide med flere case og/ eller geografiske områder og inkludert variabler med kommuner hvor de har

utviklet lokalmedisinske sentra. Med tanke på omfanget av oppgaven, vurderes det at selv om det kunne vært ønskelig med flere 'bevis' fra intervjuene, balanseres det med økt validitet ved trianguleringen. Valg av lokale for undersøkelse kan ha innvirkning på svarene, men intervjuene var på kontoret til den intervjuede uten andre tilstede. Det vurderes at lokalet var kjent for informanten og gav nødvendige trygge rammer. To av intervjuene var det tekniske problemer med opptakene, noe som er beklagelig, siden noen av nyansene i informasjonen kan ha blitt borte, men det ble tatt gode notater under intervjuene, som ble grunnlaget for den skriftlige rapporten som ble skrevet ned raskt etter intervjuet. Den samme prosedyren ville blitt brukt derom den intervjuede ikke ønsket at det skulle gjøres opptak. Forfatterens egne forventninger og før-forståelse, samt kjennskap til noen av de intervjuede, kan ha preget intervjuene noe, men under hele samtalen har det blitt fokusert på intervju-guiden og selv om det har vært en uformell tone, har forfatteren vært bevisst sin rolle.

Resultatene er bygd på et begrenset antall intervjuer, og det igjen vil påvirke muligheten til å generalisere. Samtidig stemmer de overens med teorigrunnlaget, dokumentanalysen, innholdsanalysen og trianguleringen, og kan slik sett brukes som erfaringsbaserte eksempel i sammenheng med integrerte helsetjenester i middelstore kommuner i Norge.

8.0 KONKLUSION

Samhandlingsreformen har kommet som svar på utfordringer i helsevesenet. Helhetlige og integrerte behandlingsskjeder skal utvikles for personer med langvarige og kroniske lidelser. Det er bakgrunnen for denne undersøkelsens forskningsspørsmål: *Hva er avgjørende for en bærekraftig behandlingsskjede?*

Undersøkelsen viser at det er avgjørende for en bærekraftig behandlingsskjede at det er en adekvat organisasjonsstruktur med samhandlingssoner for grenseoverskridende multidisiplinære team, med tilstrekkelig interaksjon og myndighet til å situasjons tilpasse tjenestene til diagnosegruppenes behov.

Det er også behov for en samhandlingssone på ledernivå hvor en utvikler felles styrende ideer og målsetninger, har tydelig prioritering av fellesoppgaver og løser samhandlingsutfordringer, samt utvikler tjenester der hvor man finner tjenestetomme rom i behandlingsskjeden.

Samtidig som det er avgjørende at ledere har kunnskap om behandlingsskjeder som effektivitets- og kvalitetsverktøy, er deres kunnskap om ledelse av komplekse nettverk og prosjektledelse sentralt for å kunne sikre eksterne ressurser. Det er også avgjørende at organisasjonene har tydelig utviklingsfokus på forløpskoordinering gjennom avtaler om pasientforløp og kommunenes oppbygging av Forvaltningsenheter.

Det er også viktig for bærekraften i behandlingsskjedene at det er klare utviklingsmuligheter gjennom nasjonal policy og statlige virkemidler.

Funnene viser at to år etter innføringen av Samhandlingsreformen, er forutsetningene for interaksjon mellom kjerneaktører i de interorganisatoriske, grenseoverskridende teamene fortsatt ikke tilstede. Dette medfører tapte muligheter for interaksjonssynergi og behandlingsresultat som ikke er optimale. Behandlingsskjedene kan dermed ikke regnes som bærekraftige.

Det må allikevel påpekes at de endringene som er gjennomført og de som fortsatt er under planlegging, er grunnleggende for videre utvikling i retning av *rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

Anbefalt videre forskning

Det kunne vært interessant med en studie hvor en ser på hvorvidt Samhandlingsformens målsetninger om integrerte tjenester blir prioritert, på samme tid som sykehusene forventes å øke kompetanse og levere mer spesialiserte tjenester.

Det kunne også ha vært interessant å gjøre en tilsvarende undersøkelse i et større omfang.

TAKK

Arbeidet med undersøkelsen har vært en lang og givende prosess som har gitt meg en dypere forståelse for å kunne møte morgendagens utfordringer. Det har vært personer som har betydd mye for meg i arbeidet og disse må selvsagt takkes.

Først og fremst vil forfatteren takke min veileder professor Bengt Åhgren for inspirasjon, motivasjon og gode råd på veien.

Forfatteren vil også rette en takk til informantene som stilte sin tid til rådighet og delte så godt av sin kunnskap. Deres informasjon ga mange og interessante aspekt, både de som er brukt eksplisitt i oppgaven og de som ikke er det, har vært berikende.

En takk må også rettes til min venninne May Dahlø som har bistått meg med korrekturlesing av oppgaven og kritiske spørsmål.

Til slutt en stor takk til min kjære mann Ole Herman Skråstad og kjærlige sønn Daniel Skråstad for støtte, utholdenhet og aksept for de mange dagene og timene med fravær gjennom arbeidet med oppgaven.

9.0 REFERANSER

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press. Chicago.
- Ahgren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: result of national study. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 3, 7 October 2003.
- Ahgren B, Axelsson R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of integrated Care*. Vol. 5, 31 August 2005.
- Ahgren. B. & Axelsson. R. (2007). Determinants of integrated health care development: Chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 2: 145-157.
- Ahgren B. (2008), Whys and Wherefores of Integrated health care. In: Klein LA, Neumann EL (eds.), *Integrated Health Care Delivery*. Huntington, New York: Nova Science Publishers. pp. 137-150.
- Ahgren, B. (2010a). Dissolving the Patient Bermuda Triangle. *International Journal of Care Pathways*. 14 (4): 137-141.
- Ahgren, B. (2010b), Mutualism and antagonism within organisations of integrated health care. *Journal of Health Organization and Management*, vol. 24 (4), pp 396-411.
- Ahgren, B. (2012), "The Art of Integrating Care: Theories Revisited", *The Open Health Journal*, vol.5, pp. 36-69.
- Ahgren, B. (2014), "The path to integrated healthcare: various Scandinavian strategies", *International Journal of Care Coordination*, Accepted for publication 1. June. 2014
- Anderson. J., Ahgren. B., Axelsson. S.B., Eriksson. A, Axelsson. R. (2011). "Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review", *International Journal of Integrated Care*. vol. 11, 18 November 2011.
- Auerbach. C.F. & Silversten. L.B. (2003). *Qualitative Data: An Introduction to Coding and analysis*. New York University Press. London.
- Axelsson.R., Axelsson. S.B., (2007). *Folkehälsa I samverkan- mellan professioner, organisasjoner och samhällssektoren*, Studentlitteratur, Malmö
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. Free Press. New York
- Bate, P. (2000). Change the Culture of a Hospital. From Hierchy to Networked Community. *Public Administration Review*. Vol 78, s 485-512.
- Berwick. D. (1997). Medical association: guilds or leaders? *British Medical Journal*. Vol 314, pp 1564-1565.
- Bjerkkan, J, Richter. M, Grimsmo. A, Hellesø. R, Brender. J, (2011). Integrated care in Norway: the state of affairs year after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 11, 26 January 2011.
- Bowling. A. (2002). *Research Methods in Health: Integrating Health and Health Services (2nd edn)* Open University Press: Maidenhead
- Denzin, N.K. (1978). The logic of naturalistic inquiry. In N. K. Denzin (Ed.), *Sociological methods: A sourcebook*. New York: Mc Graw-Hill.
- Eriksen, E.O. (2000). *Leadership in a Deliberative Perspective*. LOS-senter Notat 0029, Bergen.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*.

- CA: Jossey-Bass. San Francisco
- Glendinning. C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, vol. 65, pp. 139-151.
- Glouberman.S, Mintzberg. M. (2001).Managing the care of health and cure og disease – Part II: integration. *Health Care Manage Rev.* Vol. 26. Pp 70-84.
- Gulati, R. (1995). Does the familiarity breed trust? The Implications of Repeated ties for Contractual Choice in Alliances. *Academy of Management Journal.* Vol 38 (1), pp 85-112.
- Hallingdal Lokalmedisinske Senter (2012). *Prosjektrapport, Delraport 1.: Administrasjon og organisering.* Tilgjengelig på:
<http://www.regionraadet.no/regionfiles/Prosjekter/Lokalmedisinske%20Tenester%20i%20Hallingdal/Prosjektrapport,%20delprosjekt%201%20-%20versjon%2024%2002%2012.pdf> [accessed August 2014.]
- Hardy. B., Mur-Veeman. I., Steenbergen. M. & Wistow. G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands. A comperative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*, vol. 48, pp. 87-105.
- Helsedirektoratet, (2008), *Prioriteringsveilederen*, Psykisk helsevern for voksne. 12/2008, IS-1582
- Helsedirektoratet, (2008, *Prioriteringsveilederen*, Lungesykdommer. 12/2008, IS-1625
- Helsedirektoratet, (2012), *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging.* 2012, IS-2029.
- Helsedirektoratet, (2013). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013.* Rundskriv, IS- 1/2013
- Helsedirektoratet, (2014). *Sammen for mestring.* Veileder i lokalt psykisk helearbeid og rusarbeid for voksne. 03/2014. IS-2076
- Helsedirektoratet, (2014b). *Kommunens plikt til Øyeblikkelig hjelp døgnopphold.* Veiledningsmatriell. Revidert 2/ 2014
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holum, L.C. (2012). “It is a good idea, but...” A qualitative study of implementation of Individual Plan in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care.* Vol. 12, 30 March 2012.
- Hunter, D.J., (2004). Management and public health. I.R. Detels et al. (red.) *Oxford Textbook of Public Health.* Oxford: Oxford University Press.
- Huxham. C. & Vangen. S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of collaborative Advantage.* London. Routledge.
- Høyskolen i Østfold, (2012), *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike ”Romeriksprosjektet”*, Underveisevaluering 2/2012.
- Johnson . P., Wistow. G., Schulz. R. & Hardy. B. (2003). Interagency and interprofessional collaboration in community: the interdependence of structures and values. *J Interprofessional Care*, vol. 17 (1), pp 69-83.
- Kooiman, J. (2003) *Governing as Governance.* London: Sage Publications.
- Krebs, D.L., Miller, D.T. (1985). Altruism and Aggression. I Garder Liendzy og Eliot Aronson (red.) *Handbook of Social Psychology.* Vol 2. Random House. New York
- Lank, E. (2006). *Collaborative Advantage. How Organizations Win by Working together.* New York: Palgrave.
- Lasker, R.D., Weiss E.S., Miller, R. (2001). Partnership synergy: A practical framework

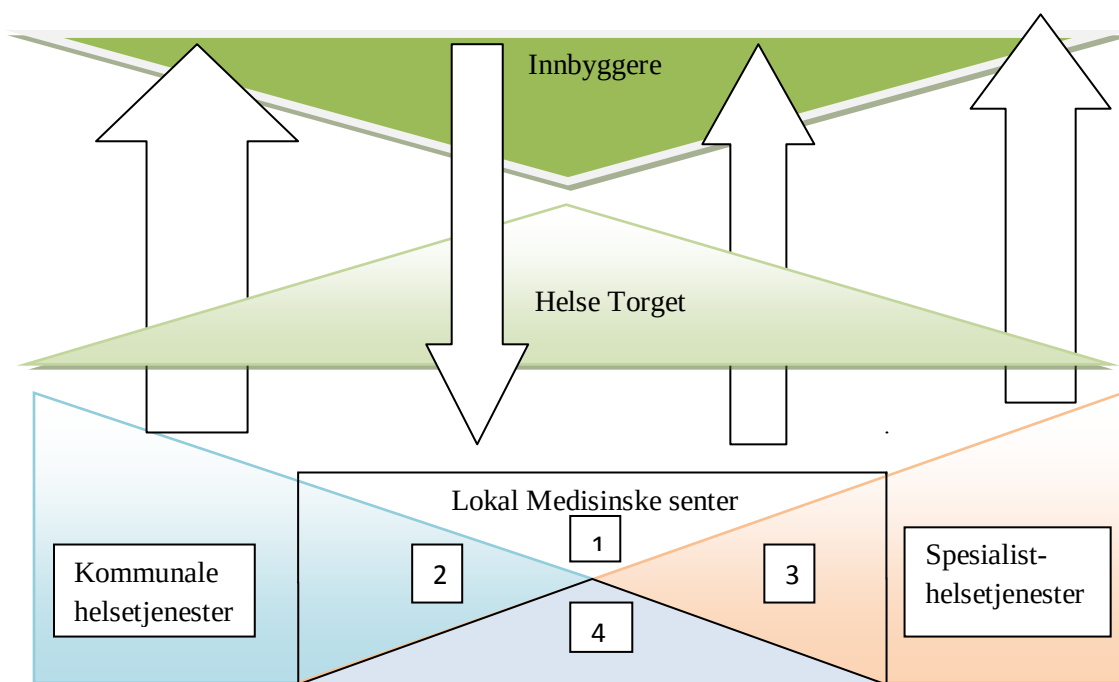
- for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly* 79(2): 179-205.
- Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*. Vol. 77, pp 77-110.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester , *Helse- og omsorgstjenesteloven*. LOV 2011-06-24 nr. 30.
- Lov om spesialisthelsetjenesten, *Spesialisthelsetjenesteloven*. LOV 1999-07-02 nr. 61.
- Macdonald, K.M. (1996). *The sociology of the Profession*. SAGE. London
- Malterud, K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; En innføring*. 2 utgave, 2. . opplag, Slo: Universitetsforlaget; 2004
- Mur-Veeman. I., van Raak. A. & Paulus. A. (1999). Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative network. *Health Policy*, vol. 49. Pp 149-159.
- Page. S. (2003). Entrepreneurial strategies for managing interagency collaboration. *J. Public Admin Res Theory*, vol. 13, pp. 311-340.
- Pieper. R. (2004). Integrated organisational structures. *Integrating Services for Older People: A Resource Book for Managers*. Nies. H, Berman. P. (eds). EHMA. Dublin-
- Pugh, D.S, Hickson, D.J. (1976). *Organizational Structure in its Context*. Saxon House. Glasgow.
- Robson, C. (2002). *Real world research*. 2 Edt. Blackwell Publishing
- Socialstyrelsen (2003). *Kartlegging av nærsjukvård*. Stocholm: Socialstyrelsen
- Stortingsmelding nr 47 (2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stougaard. A.L. (2011). Fælles visjon, politikk og strategi på tværs af sectorerne. *Tidsskrift for sundhedsvæsen*, 87 (6): 6-9-
- Strukturkommissionen (2004). *Betænkning nr 1434*. København: Indenrigs- og Sundhetsministeriet.
- Trist, E. (1983). Referent organization and the Development of Inter- Organizational Domains. *Human Relations*, 36: 3 pp. 269-284
- Yin. R. K. (2003). *Case Study Research Design and Methods*. (4th. ed. Vol. 5). Applied social research methods series. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Yukl, G. (2002). *Leadership in Organizations*. Uper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Wademan. S., Strandberg-Larsen. M., Vrangbæk. K. (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International journal of Integrated care*. Vol. 9, 12 March 2009.
- Willumsen, E. Severinsson, E. (2005). Parents' collaboration and participation in a residential child care setting. *International Journal of Child & Family Welfare*, 8,1, s. 19-31.
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid I praksis og utdanning*. Universitetsforlaget.Oslo.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Chater*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [accessed September 2012.]
- WHO – European Office for integrated Health Care Services. Integrated care, working definition: 2001
- Øvertveit. J., Hansson.J, Brommels. M., (2010). An integrated health and social care organization in Sweden: Creation and structure of a unique public health and social system. *Health Policy*. 97:113-121.

10.0 VEDLEGG

10.1. Perspektiv

I dette kapittelet er det ønskelig i tråd med formålet for oppgaven å belyse videre arbeid for utvikling av helhetlige behandlingsforløp.

Gjeldende forskning og ønsket retning i forhold til hva som er avgjørende for en vel fungerende behandlingsskjede, kan vises i modell 2 for helhetlige integrert helsetjenester.



Figur 4. Modell for samhandlingssoner for integrerte helsetjenester og frivillige organisasjoner utvikler lokalbaserte tjenester sammen (Videreutviklet fra Hallingdal Lokalmedisinske senter, 2012).

Modellen er basert på hvordan en full integrering kan gjennomføres i praksis. Her blir de to organisasjonene til sammen et grenseoverskridende multidisiplinært team i samhandlingssonen "Lokalt Medisinsk senter". Denne nye organisasjonen samhandler med det mer uformelle nettverket med brukerorganisasjoner her kalt "Helsetorget". Hver samhandlingssone har avklarte oppgaver som kontraktfester fellesoppgaver og baserer seg på at medlemsorganisasjonene i nettverket følger opp kjerneoppgavene som til sammen gir helhetlige behandlingsforløp. De to samhandlingssonene koordinerer innsatser seg imellom, og kan i tillegg til interne synergieffekter i en integrert helhetlig behandlingsskjede få øket effekt ved å få frivillige organisasjoner "på banen". Koordinering av habilitering og rehabiliterings innsatser er anbefalt i Stortingsmelding 47, og blir kalt Lokalt Medisinsk Senter (Helsedirektoratet, 2009). Senterets funksjoner;

1) har statistikk, helseovervåkning, koordinerer og samhandler med helseforetaket, 2) koordinerer kommunens overgripende sektorarbeid (her kan det også gjøres interkommunale avtaler om leverte helsetjenester). For primærforebyggende tjenester må det utvikles i samspillet mellom koordinering av habilitering og rehabilitering og samordnet læring og mestrings innsatser (Læring og mestringssenter, LMS), 3) koordinering av spesialisthelsetjenestens desentraliserte oppgaver, inkludert LMS i helseforetaket og 4) de tjenestene som kommunen og spesialisthelsetjenesten gjør felles. "Helsetorget" er en samhandlingssone hvor representanter fra brukerorganisasjoner og ansatte fra helsetjenestene sammen arbeider for å gjøre helsetjenestene mer tilgjengelig til befolkningen og gi samhandlingssone hvor bruker-organisasjonene kan være mer aktivt med i utformingen av fremtidige helsetjenester lokalt og oppnå bedre brukertilfredshet.

Med denne strukturen på helsetjenestene har en forutsetninger for å utvikle en tversgående ledelsesstøttet og -forankret struktur gjennom avtaler, som gir forutsetning for felles forståelse mellom organisasjonene som deltar i nettverkene i de to samhandlingssonene. Dette gir utviklingsmuligheter, og et utviklingsfokus i interaksjon som er mer situasjonstilpasset for diagnosegruppene og brukerorganisasjonene enn man har i dag, og som man heller ikke kan oppnå gjennom IP og ansvarsgrupper.

Dersom dette er etablert, vil man oppnå at samhandlingssonene gir forutsetningene for helhetlig integrert helsetjeneste etter Samhandlingsreformens intensjoner og WHO sin definisjon om helhetlig behandling; som et konsept som binder sammen; input, delivery, management og organisasjon av tjenester relatert til diagnose, behandling, omsorg, rehabilitering og health promotion (WHO, 2001). Integrasjonen er en måte å bedre tilgang på helsetjenestene, og samtidig øke kvalitet, brukertilfredshet og sluttresultat for pasientene. Forutsetningen vil med dette være tilstede for å gi sømløse og velfungerende behandlingsskjeder.

Konsekvensen av en bærekraftig utviklet helhetlig og integrert behandlingsskjede kan i sluttresultat bety spart menneskelig lidelse for pasienter og deres pårørende. Også med henblikk på betydningen av økt effektivitet og sparte ressurser, både økonomisk og menneskelig, og med betydningen det har for folkehelsen og samfunnsøkonomien, er det moralsk forpliktende at helsetjenestene arbeider mot en bedre integrert helsetjeneste enn den man kan tilby i dag.

På denne måten kan en møte samhandlingsreformens målsetning for helsetjenesten om rett behandling, til rett tid og på rett nivå.

10.2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

15.11.13

Informasjonsskriv angående intervju i forbindelse med Master in Public Health.

”Kommune- og spesialist helsetjenestens behandlingskjede innen rus- og psykiskhelsearbeid i møte med samhandlingsreformen”

Bakgrunn:

Jeg er student ved Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV) og gjennomfører for tiden en Master of Public Health(MPH). Studiet består av obligatoriske grunnkurs, en valgfri kursrekke og et eksamensarbeid/en master oppgave. Masteroppgaven har et organisasjonsperspektiv på organisasjonsstruktur og forutsetninger for samhandling og hvordan dette samsvarer med helhetlige pasientforløp etter intensjon i samhandlingsreformen. Formålet med studien er å kartlegge hvordan samhandlingen er to år etter samhandlingsreformen ble innført for somatikken og se hvordan den er nå før den trer i kraft for psykisk helse og rus. Det er 5 hovedspørsmål; beskrivelse, tilrettelegging, lederskap, legitimering/ forankring, utviklingsstrategier/ policyer relatert til helhetlige pasientforløp.

Når jeg ikke studerer jobber jeg som avdelingsleder i Avdeling Rus og psykisk helse i Eidsvoll kommune.

Innhenting av data:

Denne studie er bygd opp ved innhenting av materiale gjennom dokumentanalyse og intervju. Dokumentanalysen skal danne et bakteppe og grunnlag for intervjuene. Intervjuene er tenkt gjennomført i to kommuner og i to sykehus som kommunene er knyttet til. Jeg har valt meg to pasientforløp som case. Dette er KOLS og schizofreni. Ved gjennomføringen av intervjuene er det tenkt å benytte lydbåndopptak og notater. Lydbånd opptak er vurdert brukt på bakgrunn av at det sikrer at en får med seg det som sies under intervjuet og styrker muligheten for å få fram det som muntlig formidles. Dersom det ikke er ønskelig med opptak kan bare notater benyttes. Intervjuene anonymiseres.

Jeg er svært takknemlig for støtte til gjennomføringen av oppgaven og håper at dere som bidrar som informanter også kan se nytte av å delta. Som informant til studien vil dere få oppgave tilsendt dersom det er ønskelig.

Med vennlig hilsen

Kari-Bente Skråstad
MPH-student og avdelingsleder
Tlf:

Samtykkeerklæring

Jeg

samtykker i delta i studien:

”Kommune- og spesialist helsetjenestens behandlingskjede innen rus- og psykiskhelsearbeid i møte med samhandlingsreformen”

Jeg samtykker i intervju, i at det gjøres lydbåndopptak og at innholdet kan benyttes i studiet. Jeg har rett til å lese gjennom intervjuet og foreta rettelser for å avklare misforståelser. Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien og hva dette materialet skal benyttes til. Jeg vet at min deltakelse er frivillig og at jeg har mulighet til å trekke meg. Jeg har blitt informert om studiens konfidensialitet og gir med dette samtykke til å delta under forutsetningene og det som er beskrevet i informasjonsskrivet

Jeg gir med dette samtykke til å delta under disse forutsetningene og det som er beskrevet i informasjonsskrivet.

Navn: _____ Dato: _____

10.3. Intervjuguide

BAKGRUNNSSPØRSMÅL:

Stilling/ utdanning / yrke?

Alder?

Kjønn?

SPØRSMÅL RELATERT TIL BEHANDLINGSFORLØP:

- Hvordan er behandlingsforløpet innen for kommunehelsetjenesten og hvem deltar
- Hvordan er behandlingsforløpet innen for spesialisthelsetjenesten og hvem deltar
- Hvordan er behandlingsforløpet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Er aktivitetene koordinerte
- Er aktivitetene lenket sammen for å gi godt sluttresultat for pasientene

SPØRSMÅL RELATERT TIL ORGANISASJONSSTRUKTUREN ER LAGT TIL RETTE FOR Å SIKRE HELHETLIGE PASIENTFORLØP

- Hvordan er organisasjonsformen
- Strukturen på organisasjonen involvert
- Er det en manager for integrasjon
- Multidisiplinere team/ Network

SPØRSMÅL RELATERT TIL ORGANISASJONSKULTUREN

- Lederskap sikrer at samhandlingen fremstår som sømløse og bærekraftige behandlingsforløp
- Normer og verdier
- Manager stil
- Tillit mellom organisasjoner

SPØRSMÅL RELATERT TIL OM DE ULIKE PROFESJONGRUPPENE LEGITIMERER SAMHANDLING

- Nivå av tillit
- subkulturer

SPØRSMÅL RELATERT TIL FORUTSETNINGEN FOR UTVIKLING AV BEHANDLINGSKJEDER

- Policyer som støtter samhandling
- Menneskelige resurser som arbeider med samhandling

SPØRSMÅL RELATERT TIL UTVIKLINGSFOKUS

- Hva kvalitetsforbedringsfokus har driftsorganisasjonen for å utvikle bærekraftige behandlingsskjeder
- Har driftsorganisasjonen noen utviklingsmål relatert til utvikling av samhandling
- Hva oppfattelse har en av behovet for samhandling. F. eks. relatert til øket effekt eller kvalitet
- Hva virkemidler kan en bruke for å styrke samhandling f. eks. co. Finansering

