

Samhandlingskultur og ledelse

Utfordringer og muligheter i kommunehelsetjenesten som følge av
samhandlingsreformen

Maja Kristin Foss

Veileder

Dag Olav Torjesen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

FORORD

Denne masteroppgaven er siste del av studiet «Helseledelse» ved Universitetet i Agder. Mitt daglige arbeid har jeg som enhetsleder for Skien kommunes akutte tjenester, som blant annet omfatter legevakt, øyeblikkelig hjelp sengepost og legetjenesten.

Tema for oppgaven har jeg valgt fordi jeg i mitt arbeid ser mange nye utfordringer som samhandlingsreformen gir kommunale enheter.

Utdannelsen har vært en deltidsstudie som jeg har tatt ved siden av full jobb. Det har vært spennende å fordype seg i tema som omhandler samhandling, kultur og ledelse.

Oppgaven er veiledet av Dag Olaf Torjesen. Jeg vil rette en stor takk til ham for godt engasjement og interessante diskusjoner rundt temaet vi skriver om.

Jeg vil også takke alle som har stilt opp på intervju og delt av sin erfaring.

Til slutt vil jeg takke familie og arbeidskolleger for god støtte og oppmuntring.

Skien 27.11.14

Maja Foss

SAMMENDRAG

I denne oppgaven har jeg sett på om innføringen av samhandlingsreformen har resultert i behov for endringer i etablerte organisasjonskulturer og lederroller i Skien kommunes spesialiserte tjenester. Som grunnlag for mine konklusjoner bruker jeg funn fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju.

Samhandlingsreformen er en omfattende retningsreform for helsetjenestene i Norge. Bakgrunnen for reformen er erkjennelsen av at koordineringen av behandlingen mellom ulike aktører i helsetjenesten ikke fungerte godt nok. Samhandlingen mellom kommuner og helseforetak er langt på vei avtalefestet, mens mange utfordringer knyttet til samhandling internt i kommunene ennå ikke er løst. Samhandlingsreformen stiller krav til raskere behandling og økt kommunalt ansvar for stadig sykere pasienter (Torjesen & Vabo, 2014). Økt fokus på kompetanseheving, kunnskapsoverføring, standardiseringer av behandlingsløp og gode samhandlingsevner er elementer som krever endring av etablerte enhetskulturer. I tillegg har kommunen opprettet nye tilbud som må implementeres i vårt totale hjelpeapparat. Et eksempel på dette er kommunenes plikt til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp som trer i kraft fra 1.1.2016. Vår kommune etablerte dette tilbudet allerede høsten 2013 (Helsedirektoratet, 2014).

De funn jeg har gjort i intervju og spørreundersøkelse avdekker utfordringer forbundet med pasientoverføringer. Uavklarte forventninger til dokumentasjon, kunnskap og kjennskap til kompetansenivå utfordrer, av og til, et godt samarbeid. Ulike kulturer, arbeidsmetoder og tjenester er elementer som blir potensiell grobunn for konflikter mellom enhetene. Samtidig viser spørreundersøkelsen at det i all hovedsak foregår god samhandling mellom aktørene i de aller fleste tilfellene.

Lederutfordringene forbundet med samhandlingsreformen og arbeidet med de spesialiserte tjenestene dreier seg mye om endringsledelse, informasjon og prosessarbeid. Lederne beskriver utfordringer forbundet med det å gi informasjon til sine ansatte og det å få informasjon fra overordnede. Arbeidet med å finne en god strukturell løsning på de spesialiserte helsetjenestene i kommunen er viet en stor del av oppgaven. Enhetslederne har fokus på å finne gode løsninger i fellesskap noe som gir økt kulturforståelse samtidig som de

arbeider mot felles mål om bedre samhandling. Det er ingen enkel øvelse å få alle til å ønske seg i samme retning, enten det dreier seg om personlige uenigheter, uenigheter mellom yrkesgrupper, eller uenigheter innad i samme yrkesgruppe fra ulike kulturer.

I spørreundersøkelsen er det forsøkt å finne frem til hvilket pasientfokus organisasjonen har. Dette blir gjort ved blant annet å sammenligne det ulike fokus koordineringen av pleie -og behandlingsprosessen de ulike tjenestene har. Her vil spørsmål som avdekker avtalekultur, planlegging og kjennskap til øvrige deler av hjelpeapparatet og de ansattes engasjement vektes. Videre vil enhetenes evne til å kommunisere med pasienter og pårørende, samt samarbeid med andre deler av kommunen belyses. Ulik vektning på disse spørsmålene sier noe om hvordan deltakerne ser på sin egen rolle opp mot samarbeidsparter når det kommer til samhandling. Tilslutt vil undersøkelsen se på hvorvidt oppfølgingen av pleie -og behandlingsprosessen er ulik mellom enhetene. Her kan ulikheter som beskriver kulturforskjeller omkring fag, systematikk og dokumentasjon avdekkes.

INNHOOLD

Forord	0
Sammendrag	2
Innledning	5
Case	9
Metode	16
Teori	23
Organisasjonsstruktur	23
Organisasjonskultur	24
å endre en organisasjonskultur	25
Endringsprosesser og endringsstrategier	26
Behandlingslinjer	30
Emperi	32
Funn fra spørreundersøkelsen – Care process self evaluation tool	32
Erfaringer som fremkom fra fokusgruppeintervjuet	42
Analyse	47
Oppsummering og konklusjon	60
Forslag til videre forskningsprosjekter	62
Bibliografi	63
Vedlegg	65

INNLEDNING

Samhandlingsreformen er en retningsreform for helsetjenesten som gradvis har blitt innført siden begynnelsen av 2012. Målet med reformen er dels å forebygge, fremfor å reparere, og dels få ulike ledd av helsetjenesten til å arbeide bedre sammen omkring pasienten. Dette skal gjøres blant annet ved å flytte tjenestene nærmere der folk bor, slik at pasienten skal få mulighet til en sterkere brukermedvirkning (Regjeringen, 2008-2009). Kommunene blir tilført mer penger slik at de kan utføre flere og mer medisinsk krevende oppgaver.

Samhandlingsreformens ordlyd oppfordrer til å samle de spesialiserte kommunale fagmiljøene, slik at de fremstår som robuste og trygge.

Innføringen av reformen er påstartet, men har på langt nær funnet sin endelige form. Selv om retningen er gitt, gjenstår det mange små og store beslutninger ute i landets kommuner, og på den enkelte arbeidsplass. Hele Helse-Norge er i en endringsprosess der nye samhandlingsarenaer opprettes, og gamle samarbeidsformer forsvinner ut. Etablerte tjenester fylles med nytt innhold, og nye tilbud etableres i retning av samhandlingsreformens endelige mål. Mer medisinsk spesialiserte kommunale tjenester møter tunge pleie- og omsorgsaktører.

Denne endringsprosessen som sykehusene og kommunene nå er kastet ut i er krevende, og fører med seg store forandringer på mange ulike nivå. Hvilken virkning innføringen av Samhandlingsreformen har hatt for arbeidssituasjonen til ansatte innenfor helsevesenet, og ikke minst for de personene som befinner seg i lederrollen, er derfor et interessant tema.

Ut fra et ønske om å belyse hvorvidt innføring av samhandlingsreformen fører med seg vesentlige endringer for eksisterende organisasjonskultur og ledelse, har jeg valgt følgende problemstilling for oppgaven:

Hvordan har de enkelte enheter i Skien helsehus organisert behandlingsprosessen for å matche nye krav til samhandling, og hvordan setter dette nye krav til ledelse og organisering?

For å undersøke denne problemstillingen har jeg tatt for meg fire enheter som har det til felles at de er spesialisert i kommunal sammenheng; lindrende, korttid, rehabilitering og øyeblikkelig-hjelp (Brattum, 2012). Jeg ønsker å se om disse enhetene svarer på bestillingen

reformen gir, samtidig som jeg ønsker å se om kulturen og ledelsen ved de ulike enhetene utfordres av endringsprosessene.

Samarbeidet mellom kommunen og sykehuset, eller kommunen og fastlegene er ikke tema for denne oppgaven. Fastlegenes rolle i reformen blir ikke belyst. Jeg avgrenser oppgaven til kun å gjelde kommunes spesialiserte tjenester; ledelse og kultur i kommunen for øvrig vil derfor ikke være gjenstand for diskusjon her. Oppgaven vil heller ikke gå inn i diskusjonen om samhandlingsreformen er en riktig vei å gå for å planlegge fremtidens helsevesen.

OPPBYGNING AV OPPGAVEN

Første del av oppgaven beskriver fremgangsmåten jeg har brukt under arbeidet. Her beskrives metodevalg, gjennomføringsprosessen og utfordringene omkring det å forske i egen organisasjon. Oppgavens validitet og reliabilitet blir også vurdert.

Videre tar jeg for meg det teoretiske grunnlaget oppgaven er bygget på. Sentralt her er kulturbegrepet etter Hofstedes modell, Strands organisasjonsteori, samt Jacobsens teori om allerede etablerte lederkulturer.

Deretter følger empirien hvor bakgrunnen for samhandlingsreformen belyses. Her legges i tillegg informasjon og fakta jeg mener er relevant sett opp mot problemstillingen jeg har valgt. I tillegg vil funnene fra spørreundersøkelsen og intervjuet danne grunnlag for slutningene som er tatt.

Til slutt drøfter jeg hvorvidt samhandlingsreformens krav og forventninger faktisk fører til endringsbehov av kultur og ledelse i våre spesialiserte tjenester. Drøftingen legger grunnlaget for den endelige konklusjonen i oppgaven.

SAMHANDLINGSREFORMEN

Regjeringen kom med en uttalelse allerede i 2008 som beskrev utfordringene de den gang så ved koordineringen av helsetjenestene:

«Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode. Det er i dag få systemer som er rettet inn mot

helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk».
(Regjeringen, 2008-2009).

Utfordringene omkring koordineringen av helsetjenester var en av hovedårsakene til Samhandlingsreformen. Resultatet er en omfattende reform innen helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsreformen ble formelt lansert i Stortingsmelding 47 (St.meld.nr.47, 2008-2009).

I global sammenheng er sykdomstilnærmingen, som er gjeldende i helsevesenet i dag er ifølge WHO, ikke tilstrekkelig optimalisert i forhold til å møte etterspørselen for helse og omsorgstjenester i fremtiden (Grøne & Garcia-Barbero, 2001). WHO foreslår en tilnærming med hjemmesykepleie, som sikrer en bærekraftig langtidspleie. Kommunene er i tillegg avhengige av et hjelpe- og støtteapparat som kan bidra til et godt og helhetlig behandlingsforløp for pasienten. Prognoser viser en raskt voksende gruppe av eldre og kronisk syke i tiden fremover, noe som var et sterkt argument for å sette i gang arbeidet med omstrukturering av helsetjenestene. Satsing på forebygging var det tredje området regjeringen fant mangelfullt og ønsket å finne en løsning på.

Tradisjonelt har det vært få kommuner som har fokusert på helheten rundt pasientens behov for koordinerte tjenester. Vi har derimot hatt flere kommunale enheter, som beskriver deler av tjenestene. Ansvar og oppgaver har grovt sett vært fordelt på to forvaltningsnivå: Kommunene

har forvaltet primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, mens stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenestene. Spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten på sin side har et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne (Helsø, 2011).

Samhandlingsreformen endrer disse tradisjonelle forutsetningene ved at deler av spesialisthelsetjenestens domene nå skal legges til kommunene. Det stilles spørsmål om dette vil medføre at ulikt fokus overføres til kommunene, noe som igjen kan medvirke til samhandlingsproblemer. Får vi utfordringer gjennom uklar kommunikasjon eller gjennom hvilke problemstillinger som vektlegges? Vil de ulike aktørene unngå å ta ansvar for å legge til rette for godt samarbeid selv om tjenestene er organisert under samme kommune? Vil mål og belønninger kun hentes inn på det de gjør innenfor egen enhet – men ikke på det som gjøres for å bedre samarbeidet? Vil dette medføre at tjenestene fremstår som fragmenterte og uoversiktlige? Hva om overgangene mellom enhetene kan oppleves som mer krevende for både pasienter og andre involverte nå enn tidligere (Hellesø & Fagermoen, 2010)?

Kommunene har måttet se på ulike deler av sitt tilbud, sin organisering og sin praksis for å kunne møte de kravene samhandlingsreformen har satt. Dette kommer til syne i form av avtaler, samhandlingsmøter, endringer eller fjerning av tilbud, eller i form av nyetableringer. Et behandlingsløp for en pasient kan se svært forskjellig ut i dag, sammenlignet med hva det var få år tilbake. Der kommunene tidligere hadde kun hjemmetjeneste eller institusjonstjeneste, vil vi nå se enheter som er svært spesialiserte i kommunal sammenheng; avdelinger som gir rehabilitering, lindring, avklaring og døgnåpent øyeblikkelig –hjelp-tilbud.

CASE

Casestudie er en studie av én enhet. Om man for eksempel ønsker å studere kommuner i Norge, så vil en studie av Skien være et casestudie. Dette står i motsetning til komparative, sammenliknende studier, der man sammenlikner flere case. Metoden har vært kritisert for svakheter, som at det er vanskelig å utlede generelle betraktninger om gruppen på bakgrunn av studie av én enhet. Det rår likevel enighet om at studien kan være til nytte i innledningsfasen av en empirisk undersøkelse, fordi man kan finne frem til trekk og kjennetegn, som etterpå kan beskrives med statistiske metoder (Flyvbjerg, 2006).

Jeg har valgt å løse oppgaven som et case-studie hvor jeg tar for meg de utfordringer og muligheter Skien kommunes spesialiserte enheter står overfor når samhandlingsreformen nå er innført. Korttidsenheten, lindrende enhet, rehabiliteringsenheten og øyeblikkelig-hjelp-enheten er som følge av Samhandlingsreformen blitt lokalisert i samme hus, planlagt som Skien Helsehus. Årsaken til samlokaliseringen er tanken om at det vil være lettere å imøtekomme nye krav til samarbeid, faglig robusthet, kvalitet og tempo. For kommunen blir samhandlingsreformen synliggjort ved at pasienter får en raskere behandling enn tidligere. Pasienter skrives raskere ut fra sykehus, og det forventes en raskere rekonvalesent før de tilbakeføres til hjemmet. Skien er som de fleste kommuner godt i gang med reformarbeidet. Et av flere synlig bevis på dette, er etableringen av kommunal øyeblikkelig- hjelp- døgntilbud. Dette er et tilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon over en kortere periode. Dette har kommet i tillegg til rehabiliterings-, lindrende- og korttidsenhetene. Kommunen har siden reformens oppstart fått et bredere helsetilbud.

Samhandlingsreformen oppfordrer kommunene å samle spesialiserte helsefagmiljøer, slik at de fremstår som mer robuste og trygge. Målet er å unngå unødvendige innleggelser i sykehus, og i større grad kunne ta hånd om pasientene i primærhelsetjenesten i kommunene. Høsten 2013 flyttet både lindrende enhet og øyeblikkelig-hjelp-enheten inn i det samme huset som korttids- og rehabiliteringsenheten allerede var etablert. Det var lite, eller ingen, kommunikasjon mellom disse enhetene i forkant av innflyttingen. Enhetene rapporterte til ulike fagsjefer, og hadde dermed ingen naturlige møtepunkter. Initiativ til samarbeid og utveksling av husregler kom som resultat av episoder med gnisninger og krangler mellom det som hadde vært og de som kom inn. Det ble i løpet av kort tid uttrykt et behov for mer formelt

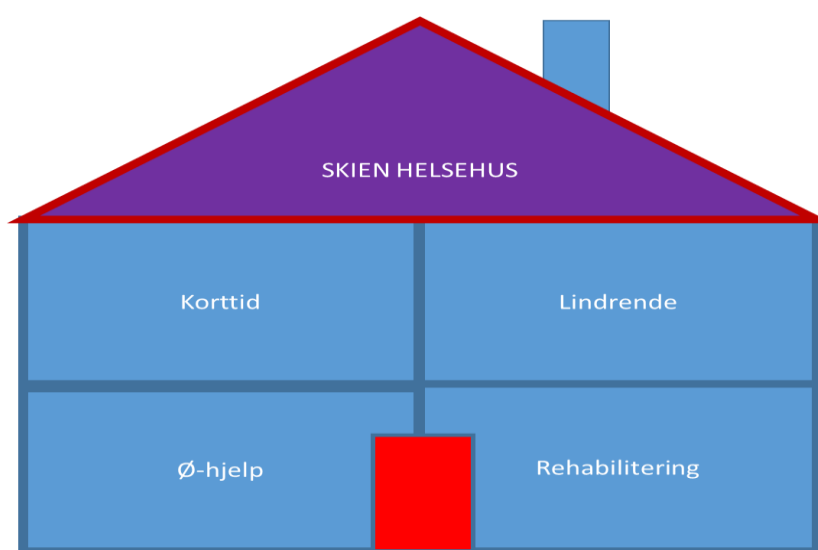
samarbeid for å avstemme hverandres forventninger. Vår kommune er organisert under ulike kommunalområder, som igjen er organisert med fagsjefer og enhetsledere. Per i dag er to av enhetene i helsehuset underlagt ulike styringslinjer, og rapporterer til ulike ledere. En enhet er underlagt fagsjefområde for institusjon, en annen er underlagt fagsjefområde hjemmebaserte tjenester, mens den siste er direkte underlagt kommunalsjefen. Dette er en organisering som revideres, og som det forventes endringer på i nær fremtid.

Alle enhetene arbeider etter et helhetlig pasientperspektiv hvor man ser sykdom og god helse som et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale påvirkninger. Arbeidskulturen på enhetene avspeiler enhetens spesialitet, og har følgelig i ulik grad et behandlings-, pleie- og rehabiliteringsfokus. Fokuset på opptrening og selvhjulpenhet er naturlig nok større på rehabiliteringsavdelingen enn på lindrende enhet, hvor fokuset dreier seg om smertelindring og omsorg mot slutten av livet.

Kommunenes tjenesteproduksjon er rammefinansiert, i motsetning til både fastlegenes og sykehusenes inntekt, som er avhengig av både produksjon og type behandling. Samtidig styres det kommunale tilbudet av sosialfaglige og serviceorienterte tankerekker (Røyland&Grøvan, 2013). Vanligvis vil økt kommunal produksjon bety økte utgifter. Øyeblikkelig –hjelp- sengepost er foreløpig et unntak i så måte. Her vil kommunen få overført penger fra stat og helseforetak, samtidig som kommunal med-finansiering forbundet med sykehusinnleggelse reduseres (Torjesen & Vabo, 2014). Dette er effektivt ved at tjenesteavtale § 6.2 om øyeblikkelig hjelp og døgnopphold er inngått mellom kommune og helseforetak. Videre må de nøkkeltall som rapporteres fra kommunen være i overenstemmelse med den avtalen som er inngått. Forutsetningen for at dette forblir et unntak, er at kommunen overtar pasienter som tidligere ville blitt innlagt på sykehuset. Dersom det oppstår en helt ny gruppe pasienter som tidligere manglet tilbud, vil kostnadene øke både for kommunen og helseforetaket. (HOD, 2012)

Skien kommune har en bestiller – utfører-organisering av tjenestene i kommunalsjefområde for Helse- og velferd. I vår kommune er ikke tjenestene konkurranseutsatt med private aktører, men modellen er innført for å skille administrativt bestiller-nivå fra utførernivået. Bestiller-nivået har fokus på forvaltnings og saksbehandlingsoppgavene, mens utførernivået skal ha fokus på å yte kvalitativt gode tjenester. Med unntak av øyeblikkelig-hjelp-avdelingen, som er en akuttberedskap, skal alle tjenestene som gis i de spesialiserte tjenestene

være en administrativ beslutning tatt av bestiller-kontoret. Likeledes skal alle nye behov for tjenester, som avdekkes på en av de spesialiserte tjenestene, meldes bestiller-kontoret for korrekt saksbehandling. Bestiller-kontoret har fordelingsmøte en gang i uken, hvor vedtak om tjeneste fattes. I dette fordelingsmøte sitter representanter fra ulike aktører som utfører tjenester, for eksempel hjemmetjeneste, korttidsavdelingen og institusjon. Vedtakene fattes på bakgrunn av søknader formulert av pasient, pårørende, fastlege eller sykepleier, sett opp mot funksjonsvurderinger foretatt av bestiller-kontoret.



Figur 1. Skien helsehus

Jeg har valgt å gjennomføre undersøkelsen på fire av de spesialiserte enhetene. Vi har flere andre spesialiserte enheter i kommunen, blant annet legevakt og flyktinghelsetjeneste, men disse fire fordi de utmerker seg ved at de er lokalisert i samme hus, de har et kort pasientforløp, de har rask «turn- over» av pasienter og de samarbeider tett med både fastleger, sykehus og kommunens øvrige hjelpeapparat. Kommunens spesialiserte tjenester beskrives her, slik at likheter og ulikheter mellom enhetene lettere kan belyses:

Korttidsenhetens hovedoppgave er å ivareta pasienter som kommer fra hjemmet eller sykehuset, og som av ulike årsaker trenger et tidsbegrenset opphold. Dette kan skyldes at pasienten er ferdigbehandlet fra sykehuset, men er for redusert til å ivaretas hjemme. En annen årsak kan være at omsorgsperson er innlagt på sykehuset, bortreist eller lignende.

Enheten er et av kommunes eldste sikkerhetsnett for hjemmeboende. Hensikten med oppholdet er å ivareta pasienter til de kommer over «kneika», og kan fortsette å bo hjemme. Bestiller-kontoret kan i utgangspunktet tildele 14 dagers opphold på enheten, men erfaringen er at mange av pasientene er i så dårlig helsetilstand at liggetiden blir betydelig lengere. Enheten er fordelt på tre etasjer, hvor det arbeider både sykepleiere og hjelpepleiere. Enheten har et utpreget pleiefokus. Hver etasje har lege en dag i uken. Enheten har i alt 24 senger og er bemannet med 22,5 årsverk

Lindrende enhet er en spesialisert enhet for palliativ/lindrende pleie av dårlige kreftpasienter. Enheten samarbeider allerede tett med palliativ enhet på sykehuset, og har allerede en årrekke hatt gjensidig kompetanseoverføring seg imellom. Selve pasientoverføringen mellom helseforetak og kommune er godt integrert som rutine. Pasientene får meldt sitt behov for opphold fra sykehuset eller fra hjemmet. Bestiller-kontoret tildeler plass. Formålet med oppholdet er avklaring av problematikk, lindring eller avlastning. Pasientgruppen er i hovedsak kreftpasienter, men også andre pasienter med smertelindringsbehov kan ha god nytte av et opphold. Denne enheten har også et pleiefokus. Enheten har i alt 6 senger med tilgang på lege i 40 % stilling, fordelt på to dager i uken. Enheten har opp mot 14 årsverk fordelt på sykepleiere og hjelpepleiere. Denne enheten har minst andel av høyskoleutdannet personell av de undersøkte enhetene.

Rehabiliteringsenheten driver døgnbasert rehabilitering og har allerede i flere år arbeidet med et av delmålene til Samhandlingsreformen ved å forebygge fremfor å reparere. Dette gjenspeiler seg i at de også gir tilbud om gruppetrening for hjemmeboende, i tillegg til å yte rehabilitering til brukere i eget hjem. På rehabiliteringsenheten jobbes det i tverrfaglig i team med alle pasientene. Teamene består av hjelpepleier, sykepleier, vernepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og lege. I tillegg er det ansatt en idrettspedagog. På denne enheten er det tilknyttet 43 årsverk. Enheten har i tillegg 40 % lege fordelt på to hele dager i uken. Det er i alt 28 senger på rehabiliteringsavdelingen. Enheten har tett samarbeid med sykehuset og har ved hjelp av egen sykehuskontakt godt samarbeid om bruken av plassene. Fordeling av resterende plasser gjøres i tildelingsmøtet på bestiller-kontoret. Enheten har et rehabiliteringsfokus.

Øyeblikkelig-hjelp sengepost er en av enhetene som har oppstått som direkte følge av samhandlingsreformen. Her har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, 2012) gått langt i å

beskrive hvilket tilbud kommunene skal ha for å kunne ivareta innbyggernes behov for tjenester av øyeblikkelig art. Denne kommunale sengeposten har en relativt høy andel av spesialisering ved at lege er tilgjengelig hele døgnet, og alt øvrige personell er utdannet sykepleiere. Enheten har i alt ni senger som skal ta imot avklarte pasienter som forventes å være ferdigbehandlet innen 72 timer. Intensjonen om at behandlingen/oppholdet skal være avsluttet innen 72 timer er komplisert å integrere i tradisjonell kommunal forvaltningstankegang. Det stilles spørsmål om hvorvidt det er riktig at disse pasientene skal ha forrang på korttids/langtidsplasser i kommunen fremfor andre pasienter. Samtidig er Ø-hjelpsenheten avhengig av å få pasientene videre i systemet etter behandlingen er avsluttet, for å kunne tilby plassen til neste akutt syke. Pasientene legges inn akutt, og det er kun kommunal legevaktslege eller fastlege som kan legge inn på enheten. Enheten er et interkommunalt samarbeid med nabokommunene Siljan og Nome. Sengeposten har et behandlingsfokus.

Kommunen har siden reformens oppstart fått et bredere tilbud.

	Antall senger	Årsverk	Pleiefaktor	Andel høyskoleutdannede	Legeårsverk	Fokus
Øyeblikkelig-hjelp	9	17,4	1,9	100 %	3,5	Behandling
Rehabilitering	28	43	1,5	60 %	0,4	Rehabilitering
Lindrende	6	13,7	2,2	20 %	0,3	Pleie
Korttid	24	22,5	0,9	50 %	0,6	Pleie

Tabell 3. Nøkkeltall Spesialiserte tjenester Skien kommune

LOVVERKSENDRINGER

Endringer i form av lovverk, avtaleverk eller ledelsesbeslutninger fører ikke nødvendigvis til bedre samarbeid på det operasjonelle plan. Kyrkjebø og Torjesen viser til at kommunene benytter seg av gamle stier eller spor og eksisterende virkemidler for å løse nye oppgaver.

Slik etableres det inngrodde mønstre for handling i de ulike helsetjenestene. De fundamentale koordineringsproblemene mellom ulike enheter vil fremdeles være tilstede, selv om det er besluttet at de ikke skal være det. Ny folkehelselov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer (Helsedirektoratet, 2011). Lovverket er nå slått sammen slik at både helse, omsorgs og sosialtjenesten i kommunen forholder seg til ett og samme lovverk. Tidligere fantes det ett lovverk for helse/omsorg og ett for sosialtjenesten. Den nye loven samler kommunens plikter i en lov. Videre har klageorganet blitt samlet hos Fylkesmannen. Samhandlingsreformens lovendringer forplikter kommuner og sykehus til å samarbeide. Det er også et sterkt fokus på å måle den tjenestekvaliteten som leveres. Målet er at pasienter og brukere får et tilbud som er lettere å forholde seg til, og tjenester som henger bedre sammen.

Et optimalt samarbeid krever først og fremst at det er enighet om utgangspunktet, målet og ansvarsfordelingen. Hvis samarbeidspartnerne i utgangspunktet ikke snakker samme språk, eller har grunnleggende forskjellige holdninger eller perspektiver på den forestående oppgaven, vil samarbeidet bli sterkt utfordret allerede fra begynnelsen av (Røyland&Grøvan, 2013).

INNOVASJON

Kommuner som klarer å være i forkant/eller tidlig ute i nasjonale reformer, vil oppnå fordeler fremfor andre. De mottar økonomisk støtte, de får være med i arbeidet omkring avtaleinngåelser, og de får muligheten til å sette den standarden de mener er hensiktsmessig. Følgforskning og oppmerksomhet fra sentrale myndigheter gjør at kommunens navn ofte nevnes i erfaringskonferanser og fagmiljøer. Man kan skaffe seg et navn i kommune-Norge. Samtidig vil sterk fokus på innovasjon kreve økt ressursbruk i den enkelte kommune. Utredninger, planlegginger og faren for å gjøre feil er kostnadsdrivende elementer. Det kan lønne seg økonomisk at andre kommuner har gått veien før, selv om det personlige engasjementet ikke blir så åpenbart når man kopierer eller tilpasser en modell (Jacobsen&Thorsvik, 2002).

ELEKTRONISK SAMHANDLING

Stadig mer av arbeidet i helsesektoren er basert på elektronisk behandling av pasienters opplysninger. Likeledes foregår en stadig større andel av kommunikasjonen mellom virksomhetene elektronisk. Den økende elektroniske behandlingen av opplysninger gir muligheter, men skaper også utfordringer for informasjonssikkerheten i kommunen. Elektronisk behandling medfører blant annet at opplysningene enklere og raskere kan gjøres tilgjengelige internt i kommunen, men også til våre samhandlingsparter. Dette er en fordel, forutsatt at opplysningene kun gjøres tilgjengelige for rette vedkommende i rett tid. For å unngå utilsiktede konsekvenser må særlige tiltak iverksettes for å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til opplysninger som er lagret elektronisk. Det er behov for mekanismer som gir tillit til at alle aspekter ved informasjonssikkerheten er tilfredsstillende ivaretatt i vår kommune. Helse og velferd innførte i 2013 et nytt elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) for blant annet å ivareta krav om elektronisk meldingsutveksling (e-meldinger). Dette gjør at vi i dag samhandler elektronisk både med kommunale aktører, men også med fastleger og sykehus. Dette har vært en forutsetning for at samhandlingsreformen skulle lykkes. Kravet til elektronisk meldingsutveksling har ført til at Skien, som en av mange kommuner, har måttet bytte journalssystemer parallelt med innføringen av samhandlingsreformen. Dette har medført stort opplæringsbehov, og til dels store endringer i arbeidsrutiner. I forbindelse med innføringen av nytt elektronisk pasientjournalssystem, ble mulighetene for rask kommunikasjon opprettet.

METODE

I oppgaven har jeg benyttet både spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju for å belyse problemstillingen. Ved å benytte svarene fra både kvantitativ og kvalitativ metode har jeg fått et godt grunnlag for å kunne forstå både arbeidskulturene og utfordringene som møter ledere og ansatte til daglig. Gjennom min posisjon som leder har jeg kunnet erfare og observere de pågående prosesser og endringer som har funnet sted i kjølvannet av samhandlingsreformen i min egen organisasjon. I tillegg har jeg benyttet meg av funn og erfaringer fra tidligere masteroppgaver som har omhandlet de samme tema.

KVANTITATIV METODE

Kvantitative metoder er forskningsmetoder som befatter seg med tall og det som er målbart. Metoden er en type undersøkelse som innhenter større mengder med informasjon som enkelt lar seg sortere og vekte. Jeg har gjennomført en spørreundersøkelse av ansatte på de fire aktuelle enhetene (Jacobsen, Hvordan gjennomføre undersøkelser?, 2005). Her fikk jeg inn informasjon som var lett å systematisere, for deretter å finne målbare forskjeller på enhetene. Jeg har med denne metoden ikke behandlet hvert enkelt individ for seg, men tvunget informantene til å svare i forhåndsdefinerte båser og kategorier. Svakheter ved en slik undersøkelse er at den enkeltes stemme ikke blir nyansert og unik. Informanten kan streve med å finne svaralternativer som er dekkende for sitt syn. Videre vil de ulike informantene ha ulik innebygd skala. Enkelte vil sjelden eller aldri bruke ytterpunktene på en skala, mens andre benytter seg av både det aller laveste og aller høyeste alternativ (Jacobsen, Hvordan gjennomføre undersøkelser?, 2005). Alle ansatte på enhetene var kjent med det pågående utviklingsarbeidet de kommunale spesialiserte tjenestene har, og mange har, i følge enhetslederne, uttrykt en positiv holdning til det å bli forsket på. Enhetslederne selv ønsket forskningen velkommen, da dette kunne gi et bedre utgangspunkt for en felles forståelse av situasjonen på huset. Dette har gjort at jeg enkelt har fått mulighet til å distribuere spørreundersøkelsen på de ulike enhetene.

Jeg har benyttet et tidligere validert spørreskjema: «Care Process Self Evaluation Tool» (Vanhaecht, 2010). Verktøyet ble utviklet og testet av det belgisk-nederlandske nettverket for behandlingslinjer (the Belgian Dutch Clinical Pathway Network) i nært samarbeid med den

europæiske behandlings-linje-organisasjonen (the European Pathway Association (EPA)) i samarbeid med mer enn 885 fagpersoner og pasienter. Det ble ikke utviklet innen et bestemt klinisk område og kan derfor brukes i forskjellige behandlingsprosesser (for eksempel kneoperasjon, KOLS, kjemoterapi, fødsel, hjerteproblemer, diabetes etc.). Forskningen ble ledet av prof. dr. Walter Sermeus og prof. dr. Karel De Witte (KU Leuven, Belgia). I en norsk sammenheng vil disse spørsmålene kunne belyse hvor godt kjent de ansatte er med delmålene i samhandlingsreformen, dvs. hvor stort fokus den enkelte ansatte har på samarbeid og behandlingslinjer. Spørsmålene er lukkede og enkle å validere. Jeg benytter en tallskala fra en til ti, hvor 1 er «helt uenig» og 10 er «helt enig». Jeg har deretter slått sammen svarene til fem enheter/svarkategorier for å få flere case i hver enhet. Spørreskjema inneholder 34 spørsmål fordelt på 7 tema. (Vedlegg 2). Hensikten med spørreskjema er at medarbeiderne skal foreta en egevaluering. Evaluering har fokus på pasientrettet arbeid og erfaringene de ansatte har med samarbeid og integrasjon. Sammen med spørreskjema ble det laget et kort informasjonsskriv som fortalte hva undersøkelsen dreide seg om, og hvem som står bak. (Vedlegg 3). I tillegg har jeg valgt å kombinere den kvantitative kartleggingen med kvalitative data, dvs. gruppeintervju med ledere i de enkelte avdelinger i Skien helsehus.

KVALITATIV METODE

Kvalitativ metode er en undersøkelse der man ser på hvilken mening, hendelser og erfaringer har for de som opplever dem. I stedet for å undersøke et stort antall forekomster ved bruk av spørreundersøkelser, kan kvalitativ metode brukes på noen få forekomster. Utvalget som ble gjort i forkant av undersøkelsen var strategisk, i et forsøk på å finne det som er typisk og spesielt for enhetene, og ikke nødvendigvis representativt for andre deler av kommunen.

«Kvalitativ metode vektlegger detaljer, nyanserikdom og det unike ved hver enkelt respondent» (Jacobsen, 2005). Kvalitativ metode egner seg til å undersøke sosiale prosesser og sosialt samspill (Fossåskaret, Fuglestad, & Aase, 2006).

Jeg har valgt å ha et gruppeintervju av enhetslederne for de spesialiserte tjenestene. I intervju av grupper vil både informantene og intervjueren oppleve å få økt innsikt og mer kunnskap om valgte tema. Informantene vil gjennom sine kommentarer og uttalelser beskrive sitt syn, for så å oppleve støtte, korreksjon eller eventuelt motstand fra de andre informantene. En uttalelse som har rom for misforståelser vil gjerne bli oppklart med en gang, da responsen fra de andre vil tydeliggjøre hva de har forstått av utsagnet. En annen fordel med kvalitativ

metode, er at den gir intervjuobjektene mulighet til å utdype sine meninger. I tillegg er muligheten for oppfølgingsspørsmål både fra intervjuer og intervjuobjekt til stede (Kvale, 2001).

Det er ikke mulig å generalisere resultatene, men som en kartleggingsundersøkelse kan jeg uttale meg om samhandling og pasientfokuset behandling i tre av avdelingene ved Skien helsehus. I Skien helsehus har mer eller mindre alle ansatte (75 ansatte) deltatt i kartleggingen med unntak av en avdeling som ikke ønsket å være med i undersøkelsen. Avdelingen som ikke ville delta i spørreundersøkelsen/kartleggingen utgjør den minste enheten i Skien helsehus med kun 13 årsverk hvorav de fleste er helsefagarbeidere/hjelpepleiere.

Når jeg forsker i egen organisasjon er den kvalitative metoden et godt hjelpemiddel for å fange opp detaljene og kompleksiteten ved de ulike enhetenes kultur og særegenhet. Under gruppeintervjuet var det i tillegg ønskelig å få frem synspunkter på gruppens erfaringer med samhandling. Videre ønsket jeg å se om det forekom ulik leder-stil blant lederne av de spesialiserte tjenestene, og om dette kunne ha noen effekt på endringsarbeidet. Under intervjuet ønsket jeg spesielt å se hvordan lederne arbeidet med forventningene om å dreie kulturen mot en nettverkskultur eller samhandlingskultur. Ved hjelp av gruppeintervju fikk jeg en oversikt over hva gruppen er enig om, og hva gruppen er uenig om. I følge Jacobsen vil gruppeintervjuer kunne avdekke enigheter, motsetninger eller historiske konflikter. Utsagn blir gjerne tolket og satt inn i en kontekst som gruppen forstår. Dette gjør at det er mulig å få et innblikk i samarbeidsevner, felles opplevelse eller uenigheter (Jacobsen, Hvordan gjennomføre undersøkelser?, 2005).

Jeg valgte å sette sammen gruppeintervjuet av de spesialiserte enhetenes ledere. Disse kjenner sine enheter godt, og kan dermed gi utfyllende informasjon om kultur og samhandling. Videre ønsket jeg at den enkelte leder skulle ta innover seg de andre ledernes synspunkter underveis, slik at det ble lettere å se hva som oppleves likt og ulikt. Gruppen er fra før motivert for å finne gode løsninger, basert på felles plattform og felles forståelse av samhandling og samhandlingsreformens betydning.

Det ble foretatt ett gruppeintervju av lederne, med en times varighet. Jeg hadde i forkant distribuert en enkel intervjuguide, som beskrev med få setninger hva jeg ønsket å belyse (vedlegg 2). Intervjuet ble gjennomført på et felles møterom hvor alle intervjuobjektene var kjent, men ingen av dem hadde noe spesielt eierskap til. Jeg hadde øvd meg litt på forhånd, og

fått hjelp av to gode kolleger med et prøveintervju. Utryggheten jeg ellers ville kjent på, ettersom situasjonen var ny for meg, ble dermed redusert. Jeg kjente spørsmålene godt, og informantene var trygge på hverandre, slik at gjennomføringen av intervjuet forløp etter planen. De ulike informantene kom til orde med sine synspunkter. Intervjuet ble tatt opp ved hjelp av diktafon, og deretter transkribert.

METODETRIANGULERING

Jeg har valgt å kombinere kvantitativ spørreundersøkelse med kvalitativt gruppeintervju fordi metodene viser ulike sider ved problemstillingen. Spørreundersøkelsen vurderer organiseringen av behandlingsprosessene på de ulike enhetene, mens intervjuet sier noe om ledernes opplevelse av å kunne påvirke kulturen i retning av det pasientfokus som samhandlingsreformen legger til grunn for å lykkes. Pasientfokusert organisering krever en samhandlingskultur som både ledere og ansatte ser viktigheten av.

FORSKING I EGEN ORGANISASJON

Jeg har valgt å forske i egen organisasjon på bakgrunn av de utfordringene de spesialiserte tjenestene står i akkurat nå. Min rolle er for tiden blant annet å være enhetsleder for en av enhetene som undersøkes. Forskjellen fra min og de andre enhetsledernes rolle på helsehuset, er nærledelsen. Da jeg i tillegg har ansvaret for flere andre enheter i kommunen, fungerer en teamansvarlig som nærleder på min enhet. Dette gjør at jeg har en annen avstand til daglig drift og den enkelte medarbeider enn de øvrige enhetslederne. Jeg velger å forske i egen organisasjon på tross av de advarslene som gis med tanke på hvordan dette vil kunne påvirke resultatet av undersøkelsen. Risikoen for å påvirke resultatet på bakgrunn av egne fordommer, enten det er bevisst eller ubevisst, vil være tilstede. Resultatet av både intervjuet og spørreundersøkelsen kan også dreie i en gal retning, da undersøkelsen gjennomføres av meg, som en kjent person på huset.

Det er også fordeler forbundet med å forske på egen organisasjon, fordi det kan være lettere å finne ut hvor skoen trykker. Språk og beskrivelser vil ofte være kjente for alle involverte, og felles kjennskap til mål og visjoner vil øke forståelsen mellom forsker og informant. Disse

fordelene kan samtidig være fallgruver da en kan overse viktigheten av å beskrive og forklare for leseren.

I følge Repstad og Ry Nielsen (2004) vil man, ved å foreta spørreundersøkelser og intervjuer i egen organisasjon, kunne risikere at svarene blir pyntet på. Det kan oppleves vanskelig å uttrykke noe om hva man faktisk mener. Samtidig kan man oppleve at informanten sier mer til en kjent person enn han ellers ville gjort, noe som igjen kan skape etiske dilemma, som fører til at viktig informasjon ikke kan brukes. Det at man skal møte igjen informanter, som er kollegaer og overordnede senere, kan gjøre at man blir fristet til å ta strategiske hensyn og «pynte» litt på det man finner. Det kan være vanskelig å få frem sannheten i en undersøkelse.

Da jeg likevel velger å forske på egen organisasjon, er det med bakgrunn i nytten vi vil ha av resultatet, og fordi jeg mener temaet ikke oppleves som spesielt skremmende. Det er et uttalt ønske, fra så vel ledere som ansatte, at det må foretas endringer for at koordineringen av pasientenes behandlingsløp skal bli bedre. Jeg ser også for meg at det å involvere og bevisstgjøre de ansatte på samhandlingskulturens betydning, vil gi positive utslag. Hawthorne-effekten (Jacobsen, Hvordan gjennomføre undersøkelser?, 2005) beskriver at oppmerksomhet kan virke positivt, selv om det ikke blir gjort noen faktiske endringer i ettertid. En spørreundersøkelse vil derfor trolig virke positivt på personalgruppa på bakgrunn av de ansattes opplevelse av å være i fokus.

I et forskningsarbeid vil jeg alltid ha med meg egne erfaringer, bakgrunn og kompetanse, og det må jeg være bevisst på når jeg intervjuer og tolker informasjon. Jeg får ikke mulighet til å være helt objektiv, men ved å være bevisst på fallgruvene kan jeg oppnå og innhente mye nyttig informasjon og kunnskap som en utenforstående vil ha vanskeligheter med å fange opp.

DATAINNSAMLING

Spørreundersøkelsen ble samlet inn og registrert i et regneark. Ut fra ulike formler var det da mulig å sammenligne enheter, yrkesgrupper, stillingsstørrelse med mer. Som tidligere nevnt opplevde jeg å ikke få tilbake noe svar fra en av enhetene. Dette er naturlig nok en svakhet for tolkningsmaterialet mitt sett under ett. Jeg har likevel valgt å bruke de innkomne svarene etter planen, da 75 % av svarene vil vise en tendens. Enheten som ikke ønsket å svare, oppgav at de, etter en kollektiv beslutning, ikke ønsket å være gjenstand for undersøkelse. Betydningen

dette har for undersøkelsen min er at den ene enheten ikke innehar noe tallmateriale. Dette påvirker ikke de øvrige svarene da jeg har lagt vekt på ulikhetene mellom enhetene, men det påvirker naturlig nok om tendensene styrkes eller svekkes på huset, sett under ett.

Intervjuet ble delt inn i fire temaer: kultur, endringsarbeid, organisasjon og informasjon. Gruppen er kjent med hverandre fra tidligere ledergrupper og samlinger, i tillegg til felles arbeid med utviklingen av helsehuset den siste tiden. Informantene har normalt ulik eksponeringsgrad, så det ble viktig å legge inn enkelte kjøreregler for intervjuet. Alle deltagerne fikk komme til orde etter tur, men har brukt ulik mengde ord på sine ytringer. Selve intervjuet bar preg av å være avslappet, respektfullt og fylt med en god porsjon humor. Informantene kommenterte hverandres ytringer slik at de fikk en felles forståelse for hvor de var enige, og hvor de var uenige. Alle fikk anledning til å komme med egne erfaringer og refleksjoner. Informasjonen ble lagt inn i et skjema sortert etter forskningsspørsmål, for at jeg på den måten kunne systematisere innsamlet informasjon. Selv om en enhet ikke valgte å besvare spørreundersøkelsen, så er allikevel lederen for enhetene representert på intervjuet.

RELABILITET OG VALIDITET

Med gyldighet (relabilitet) og relevans(validitet) menes at jeg faktisk har målt det jeg ønsket å måle. I tillegg til dette må det jeg har målt bli oppfattet som relevant, og at det jeg har målt hos noen få også kan gjelde for flere.

Jeg har oppnådd en intern gyldighet, som viser at jeg har dekning for de konklusjoner jeg har trukket. Jeg mener at undersøkelsen er gjennomført på en troverdig og redelig måte, ved at undersøkelsen ville fått et tilnærmet likt resultat dersom den ble foretatt igjen. Ved å ha benyttet triangulert metode mener jeg å ha belyst problemstillingen på en slik måte at de groveste tolkningsfeilene er unngått.

Spørreundersøkelsen ble distribuert til samtlige fast ansatte på de fire enhetene. En av enhetene valgte ikke å være med, men av de som deltok ble svarprosenten 100 %. De har alle et fast stillingsforhold til en av de valgte enhetene. Intervjuet ble foretatt i en gruppe på fire ledere, hvorav en er teamleder.

Denne undersøkelsen blir likevel bare et øyeblikksbilde for hvordan det er akkurat på tidspunktet for undersøkelsen. Enheter utvikler seg, endres og finner nye samhandlings-måter, noe som gjør at relabiliteten kan være en form for ferskvare.

TEORI

Det er mange som har utviklet teorier som beskriver organisasjoner fra forskjellige vinkler og utgangspunkt. Organisasjoner er komplekse, og hver teori kan belyse ulike sider av samme organisasjon. Jeg har valgt å legge hovedvekt på Torodd Strand sin organisasjonsteori i denne oppgaven. Han beskriver ulike typer organisasjoner som kan være til hjelp når jeg skal beskrive kommunehelsetjenesten og hvordan den fungerer i Norge. Edgar Schein har stått bak teorien jeg har lagt vekt på i forhold til organisasjonskultur, og de utfordringene det medfører. Videre har Dag Ingvar Jacobsen (Jacobsen, 2011) beskrevet teorien omkring endringer og endringsstrategier, noe som er til hjelp når jeg skal forklare hvilke forutsetninger som bør være tilstede når man velger en lederstrategi.

Jeg velger å starte dette kapitlet med å se nærmere på aktørenes ulike forutsetninger med tanke på organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, for deretter å se på teori knyttet til endringer og endringsledelse.

ORGANISASJONSSTRUKTUR

For å kunne sammenligne enhetene må det legges til grunn at en organisasjon er en kompleks konstruksjon. Det finnes en ramme og det finnes et oppdrag. En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål (Jacobsen&Thorsvik, 2002). Når oppdraget eller rammen endres, vil dette altså gjøre noe med det sosiale systemet. Det er ikke sikkert at tidligere konstruksjon lenger løser oppdraget. Dette kan føre til behov for endringer i form av strukturelle grep, forskyving av makt, oppgaver eller sammensetning av personalet. Samhandlingsreformen forutsetter en forskyvning av kompetanse, økonomi og eierskap til pasientenes behandlingsforløp (HOD, 2012). Dette er strukturendringer som har innvirkninger på eksisterende kulturer og sosiale systemer (Bang, 1988).

Selve begrepet *organisasjon* kan ikke tillegges menneskelige trekk, som for eksempel det å tenke eller handle. Når det sies at organisasjonen har et mål, er det noen personer som har formulert målene på vegne av organisasjonen. Innenfor den samme organisasjonen vil det

derfor være svært vanlig å finne individer og grupper med forskjellige og til tider motstridende mål (Jacobsen&Thorsvik, 2002).

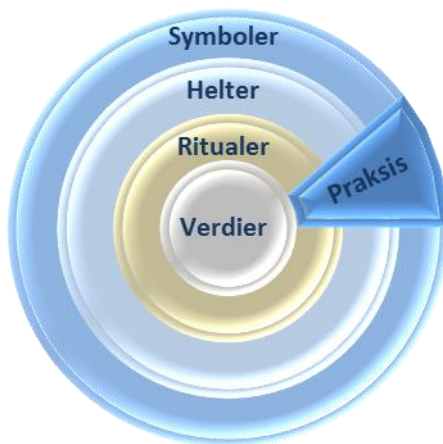
I følge Sørensen vil enhver menneskelig organisert aktivitet ha to grunnleggende og motstridende behov. Det første behovet er å fordele arbeidet mellom flere aktiviteter og personer, det andre er å koordinere arbeidsflyten. Måten den enkelte enhet strukturerer sine arbeidsprosesser på bestemmer hvordan denne fordelingen og koordineringen foregår. (Røyland&Grøvan, 2013) Det dreier seg her om hvordan arbeidet skal gjøres og hvilke ressurser som skal settes inn. Diskusjonen omkring hvilke behandlingsnivå de ulike enhetene kan tilby vektet opp mot kompetanse, arbeidspress og budsjettensyn. Så snart ulike enheter skal samhandle vil disse elementene være potensielle konfliktfaktorer.

ORGANISASJONSKULTUR

Edgar Scheins teori forklarer at det er et mønster i organisasjonskulturer av grunnleggende antagelser. Dette utvikles av en definert gruppe, som etter hvert lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon. I tillegg skal dette ha fungert tilstrekkelig bra til å bli definert som sant, og derfor læres bort til nye medlemmer. Gruppen definerer dette som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene (Strand, 2007). Kultur kan, ifølge Schein, utvikles i enhver gruppe som har vært lenge nok sammen til å ha opplevd og delt betydningsfulle problemer. Problemer som innebærer dramatiske lederskifter, nedbemanninger eller offentlig skittentøyvask vil opparbeide seg en sterkere organisasjonskultur enn en enhet som ikke har blitt utfordret følelsesmessig. Erfaringene som gruppen i fellesskap har gjort seg, overføres og læres bort til nye medlemmer av organisasjonen, på den måten blir nye medlemmer sosialisert inn i gruppens måte å fungere på (Schein 1984). Forskning har vist at det til og med innenfor samme profesjon kan være problematisk å overføre kunnskap, praksiser og forståelser fra ett spesialt til et annet (Ferlie 2005). Nye måter å gjøre ting på endres ikke nødvendigvis samtidig i ulike enheter. Samtidig kan ulike oppfatninger av prosedyrer eller retningslinjer som berører de ulike aktørene i en samhandlingskjede, være til hinder for god samhandling (Hellesø & Fagermoen, 2010).

Å ENDRE EN ORGANISASJONSKULTUR

Alle organisasjoner vil utvikle kulturer. Styrken i kulturen vil derimot variere med tanke på hvor massiv eller fragmentert den synes å være. I enkelte enheter vil kulturen være som lette bånd av kjennskap og tilhørighet, i andre enheter så preget av formell / uformell makt og kontroll at enkeltindividets egenart ikke blir synlig. Hvor sterk organisasjonskulturen er, vil være avhengig av faktorer som tilhørighet og fellesskap, hvor motiverende fellesskapet virker på den enkelte, hvor høy grad av tillit det er mellom de enkelte, hvor gode de er til å samarbeide og hvor sterkt gruppen kan styre den enkeltes meninger og handlinger (Jacobsen Thorsvik, 2013).



Figur 2. Hofstetes kulturmodell

Denne modellen beskriver hvilke deler av organisasjonskulturen som er lettest å påvirke. Jo nærmer kjernen vi kommer i modellen, jo vanskeligere er det å påvirke slik at det oppnås en faktisk endring. På tross av dette vil vi stadig finne eksempler på organisasjoner som faktisk har endret seg for å tilpasse seg nye tider (Strand, 2007). Profesjonskulturene med sine skott og stengsler mellom seg, utfordres nå av samhandlingsreformen fordi den krever at det gjøres endringer på arbeidsmetoder og samarbeidsevner. Teorien viser at det er vanskelig å oppnå en villet, lederstyrt endring av kulturen i en organisasjon. Utfordringene blir større jo sterkere grad av samhold, gruppetilhørighet og spesiell karakter denne gruppen har, sett opp mot andre. En sterk gruppe vil ikke ønske å endre seg i retning av noen andre. De opplever seg som sterke nettopp fordi de er unike og ulike. Enhver endring av en slik organisasjons kultur vil oppleves som en trussel (Bang, 1988).

De mest karakteristiske organisasjonsformene vi ser i de spesialiserte tjenestene på Skien helsehus er, ekspertorganisasjon og gruppeorganisasjon. Her vil profesjonsverdier og status i lauset bryne seg på verdier som samarbeidsrelasjoner og positiv holdning til likemenn. I tillegg vil helsehuset utfordre de etablerte kulturene ved å innføre nettverkstanken.

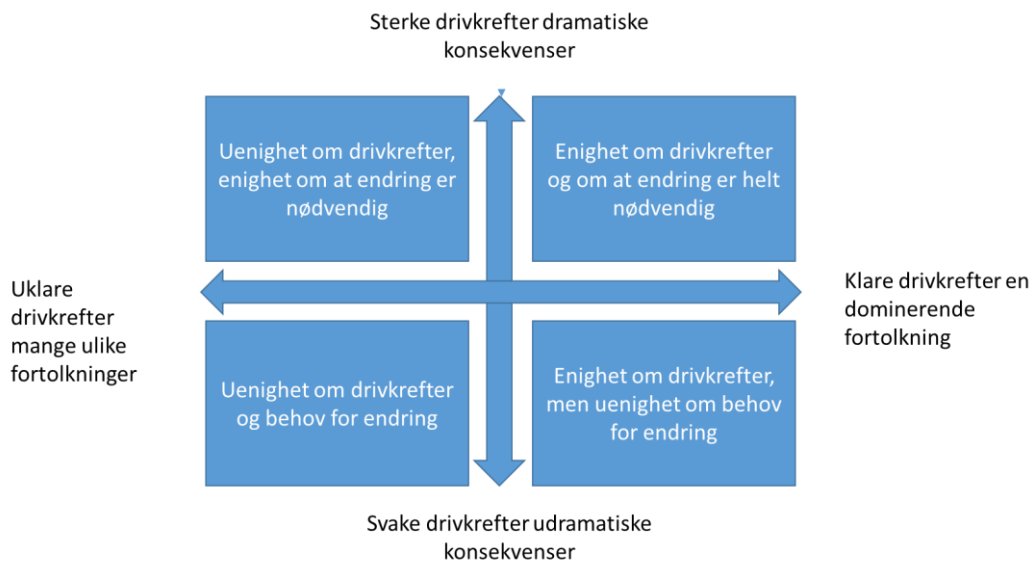
Nettverksorganiseringen dyrker egenskaper som gjør en til en attraktiv samarbeidspart.

<p>Gruppeorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosial kontakt • Tilhørighet • Positiv holdning til likemenn • samarbeidsrelasjoner 	<p>Entreprenørorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestasjon • Vurdere risiko • Resultatrespons • Målsetting
<p>Byråkrati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiv til overordnede • Konkurrans • Maktutøvelse • Å merke seg • Å utføre rutineplikter 	<p>Ekspertorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Læring og kunnskapstilegnelse • Status i lauset • Problemløsning for andre • Forpliktelse på profesjonsverdier
<p>Nettverk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bli viktig partner • Tilføre egen organisasjon kompetanse og styrke, fleksibelt og billig • Læring, stimulans 	

Figur 1. Rollemotiver knyttet til fem typer organisasjoner Miner + Strand (nettverk) (Strand, 2007)

ENDRINGSPROSESSER OG ENDRINGSSTRATEGIER

Endring har funnet sted når organisasjoner utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt (Jacobsen&Thorsvik, 2002). Når man benytter en så generell definisjon må det presiseres hva slags trekk eller innholdet i endringen, som er forskjellige på de ulike tidspunktene. Endringer i organisasjoner kan fortone seg som komplekse og kaotiske øvelser. Det vil være mange krefter som trekker i ulik retning; noen motsetter seg endring, mens andre ønsker endringen velkommen. Det endelige resultatet av denne dragkampen kan være svært vanskelig å forutse. Hva den planlagte endringen faktisk består i, vil naturlig nok også være av stor betydning for de implisertes engasjement.



Figur 3. Jacobsen, Hvordan press for endring kan oppfattes og tolkes forskjellig (Jacobsen&Thorsvik, 2002)

Videre vil den gjeldende organisasjonskulturen prege endringsprosessen. Både type organisasjon, og dennes tidligere erfaringer med endringer, vil prege arbeidet mot faktisk endring. På tross av dette har vi kontinuerlige endringsprosesser og retningsreformer gående, noe som tyder på en fortsatt å tro på at endringer til en viss grad kan styres. Alternativet vil resultere i stagnasjon og handlingslammelse. I følge Jacobsen, er planlagt endring mulig dersom følgende to forhold er tilfredsstillt: Man har valgt riktig endringsstrategi, slik at den er tilpasset den typen endring det er intensjon om å gjennomføre, og at endringen ledes på riktig måte, slik at ledelsesformen passer til endringsprosessen og til konteksten. Hvilken strategi man bør velge, kan svært enkelt deles opp i to ulike strategier: *Strategi E* (economic) og *Strategi O* (organization).

Strategi E har som mål å gi økt økonomisk avkastning. Samhandlingsreformen er et eksempel på endring hvor man fokuserer på formelle strukturer og systemer. Ansvar for iverksettingen er lagt til toppledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), med hjelp av eksterne konsulenter. Selve gjennomføringen støttes opp av økonomiske incentiver, endring av lovverk og krav om gjensidige samarbeidsavtaler. Reformen kan illustreres som en lineær prosess hvor start og mål er klart beskrevet. Man kjenner målet, og man vet hva som skal til for å komme dit. I Samhandlingsreformen finner vi et eksempel på bottom-up og interaktiv strategisk styring på et overordnet strategisk styringsnivå, ved at det er etablert en nasjonal koordineringsgruppe for Samhandlingsreformen. Den nasjonale koordineringsgruppen er ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med representanter fra KS, Arbeidsdepartementet,

Fornyings- og regionaldepartementet, Helsedirektøren og representanter fra de regionale helseforetakene, fylkesmennene og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Koordineringsgruppen har som mandat å følge utviklingen i reformen, gjennom rapportering, evalueringer og løpende tilbakemeldinger (Torjesen & Vabo, 2014). Denne strategien forutsetter at HOD er selve drivkraften bak endringen, noe som både krever en aktiv endringsledelse og forutsetter en ledelse som forplikter seg til endringsprosessen.

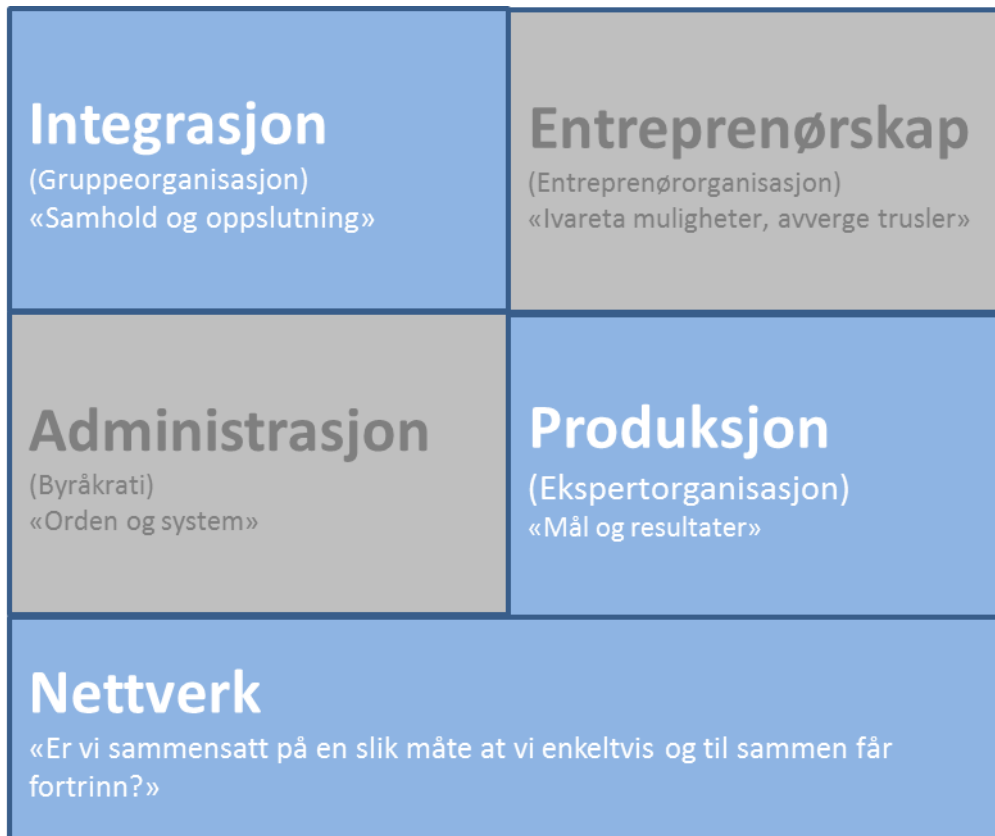
Strategi O fokuserer på utvikling av kulturen ved å skape engasjement og begeistring. Formålet er å få frem organisasjonens menneskelige ressurser slik at de blir i stand til å iverksette en strategi for endring basert på tidligere erfaringer. Virkemiddelet er stor grad av deltagelse, noe som gjør at endringen vil skje sakte, og ikke alltid være planlagt. Endringene kan her illustreres som en sirkulær eller spiralformet prosess. Innspill, erfaringer og hendelser som oppstår skal evalueres, før man tar neste steg. Utfallet av evalueringen kan iverksette nye innspill, erfaringer og hendelser, som igjen skal evalueres. Målet er kanskje kjent, men veien dit kan være krokete og uforutsigbar. Når man velger denne strategien vil det være for å sette kommunen i stand til å foreta kontinuerlige endringer i arbeidet for å tilpasse seg samhandlingsreformen. Man skaper en lærende organisasjon. I *strategi O* tones ikke nødvendigvis HODs betydning ned, men rollen blir en annen enn i strategi E. Det er ikke HOD selv som skaper utvikling og gjennomfører endringer, men reformen kan skape et engasjement som får de ansatte til å utvikle organisasjonen (Jacobsen, 2011). Warren Bennis sin uttalelse: «Hvis det er en generell ting vi kan si om endringsledelse, er det følgende: ingen endring kan skje uten at lederen har villige og engasjerte medspillere», støtter opp om *strategi O*.

	Strategi E	Strategi O
Mål	Økonomisk forbedring	Læringsevne
Ledelse	Instruerende og kommanderende	Delegerende og støttende
Innhold	Strategi, struktur og systemer	Mennesker, grupper kultur
Planlegging	Sekvensiell og analytisk	Interaktiv, eksperimenterende og inkrementell
Motivasjon	Bruk av finansielle incentiver	Indre motivasjon, ønske om å endre
Konsulenter	Eksterne spesialister	Prosesskonsulenter

Tabell 1 Oversikt over hovedforskjellene på strategi E og strategi O

 ORGANISERING

Torodd Strand har beskrevet flere typer av organisasjoner i sin modell. Hver av dem kan beskrive ulike trekk ved ulike organisasjoner. Strands typer av organisasjoner beskriver også hvilke styrings eller ledelsesmekanismer som er typiske for hver av dem.



Figur 4. Trekk ved ulike organisasjonstyper (Strand, 2007)

En Ekspertorganisasjon/Produksjon kan, ifølge Cameron & Quinn (1999), karakteriseres ved at de har et lavt hierarki, at de er arenaer for fagspesialisering og fagautonomi, og at de behandler komplekse problemer. Videre er de orientert mot løsninger for eksterne parter, samtidig som medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse.

Standardrollen for ledere i ekspertorganisasjoner eller produksjonsorganisasjoner, er nært knyttet til rollen som fagkyndig. Det er for eksempel ofte en god lege eller sykepleier som får vervet som leder. Den fremste blant likemenn er en mye brukt karakteristikk.

Ekspertorganisasjoner i offentlig virksomhet er gjerne innkapslet i byråkratisk pregede organisasjoner, eller de må ta styringssignaler fra dem.

Et kjennetegn ved ekspertorganisasjonene er at et flertall av de ansatte har en status og kyndighet som ikke først og fremst er oppnådd gjennom den organisasjonen de arbeider i. De er på en måte selvstendige yrkesutøvere som bruker kommunen de arbeider i som en ramme, som de i større eller mindre grad anerkjenner. Legeyrket er en slik profesjon. Sykepleiere har ikke full profesjonsstatus, men likevel et visst preg av å være profesjonalisert. Disse har en noe kortere utdanning, noe mindre prestisje, og ikke helt monopoliserte arbeidsoppgaver. Sykepleiere kalles ofte halvprofesjoner (Strand, 2007). Kommunehelsetjenesten yter tjenester over et vidt spenn, alt fra palliativ omsorg, til daglig oppfølging og praktisk tilrettelegging. Noen av oppgavene kan utføres av ufaglærte mens andre har behov for spesialister. Som organisasjon har kommunehelsetjenesten svært komplekse oppgaver å løse. Vår kommunes spesialiserte tjenester har, på bakgrunn av samhandlingsreformen, økt kompleksiteten ytterligere, ved at pasienter skrives raskere over fra sykehuset til en kommunal tjeneste, eller at pasienter blir innlagt akutt på kommunal behandlingspost. Rammene for kommunehelsetjenesten er relativt stabile ved at tjenester skal gis til kommunens innbyggere, og at kostnadene dekkes av skatter, avgifter og overføringer fra staten. Kommunehelsetjenesten har mange kjennetegn på en ekspertorganisasjon selv om den ikke utelukkende består av profesjoner og halvprofesjoner. På bakgrunn av dette kan kommunehelsetjenesten anses som en ekspertorganisasjon.

Nettverksorganisasjoner en annen type organisasjon som kan oppstå i tillegg til ekspertorganisasjonen, hvor flere ulike aktører kan se fordeler av et samarbeid. Aktørene ser at de, i visse sammenhenger, kan stå sterkere som gruppe enn de ville gjøre alene. Dette kan gjelde i forhandlinger, innkjøpsavtaler, kompetanseheving og læringsmuligheter. For eksempel kan utvikling av prosedyrer og retningslinjer være arbeidsbesparende, ved at ikke alle sitter på hver sin enhet og jobber med det samme. Nettverksorganisasjoner gir fra seg noe av sin autonomi for å høste fordelene (Strand, 2007).

BEHANDLINGSLINJER

Hellesø og Fagermoen beskriver tre utfordringer forbundet med samhandlingen rundt pasientforløpet. Disse punktene dreier seg om ulik kommunikasjonskultur, sett opp mot, for det første, at *lokal praksis omgår formell struktur*. De formelle strukturene er designet for å ivareta pasientfokusede behandlingsprosesser i helsevesenet. Lokal praksis reflekterer

hvordan formelle strukturer implementeres, avhengig av menneskene som er involvert. Det betyr med andre ord at lokal praksis omkring koordinering, kommunikasjon, samarbeid og oppfølging av pasientene, ikke nødvendigvis avspeiler politiske beslutninger, strategiske planer eller formelle krav. Det kan være sprik mellom de offisielle styringsdokumentene, og hva som blir gjort på den enkelte arbeidsplass.

Den andre utfordringen vi står overfor er hvordan *forskjellige perspektiver i vurderingen av pasientens omsorgsbehov vanskeliggjør kommunikasjonen*. Her vil den enkelte sykepleiers ulike perspektiver påvirke hvordan de vurderer pasientens behov, og hvilke hensyn som må ivaretas før overflytting til ny tjeneste. Ulike deler av kommunehelsetjenesten vil oppleve at de legger vekt på ulike behov og muligheter hos pasienten. Sykepleierne i hjemmetjenesten kan vurdere pasienten på en annen måte enn sykepleier på en rehabiliteringsavdeling. Dette kan gjøre at hjelpebehov blir underkommunisert, eller kanskje over-kommunisert.

Utfordringen ligger her i å få en felles forståelse på ulike nivåer, og mellom ulike kulturer.

Den siste utfordringen Hellesø og Fagermoen beskriver er at *sykepleierne ikke har lik forståelse av hva utskrivningsklar pasient betyr*. Hvor vidt pasienten er klar for et nytt behandlingstilbud, vil være ulikt vurdert om sykepleieren arbeider på korttidsavdeling eller på en øyeblikkelig-hjelp-post. Dette kan redusere tilliten i kommunikasjonen (Hellesø & Fagermoen, 2010). Dette støttes i artikkelen til Ferlie et.al, hvor det i komplekse organisasjoner kan arbeide ulike profesjoner og yrkesgrupper, disse kan fortsetter å arbeide parallelt i et «profesjonsfelleskap». Man opprettholder altså en sterk sosial og kognitiv og binding til sine lokale kolleger (Ferlie, 2005).

EMPERI

FUNN FRA SPØRREUNDERSØKELSEN – CARE PROCESS SELF
EVALUATION TOOL

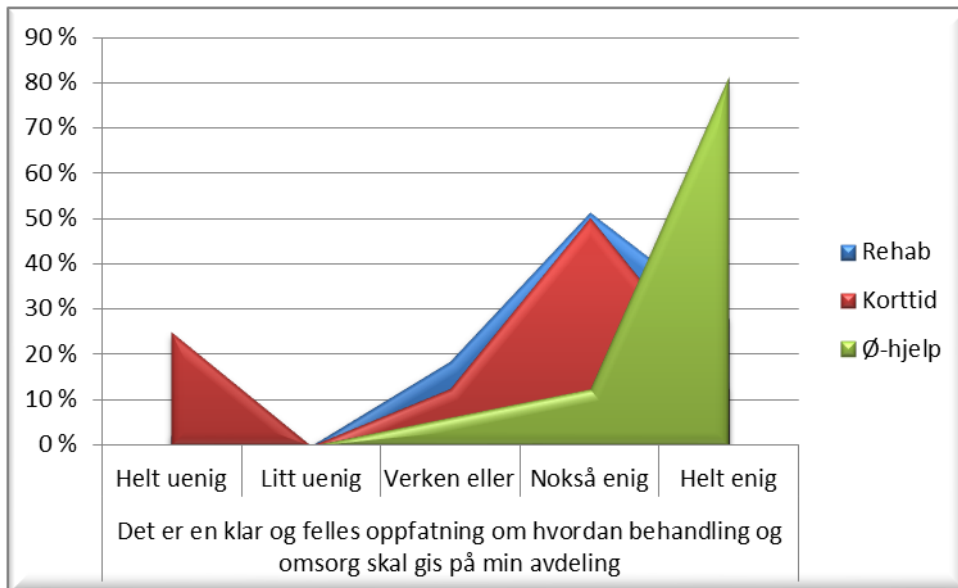
Her kommer et sammendrag av spørreundersøkelsen, som bygger på Care Process Self Evaluation Tool (CPSET) valide og pålitelige verktøy. Dette brukes til å vurdere organiseringen vi har omkring behandlingsprosesser i helsevesenet. Som tidligere nevnt var det fire enheter som ble invitert til å delta i undersøkelsen, men kun tre valgte å delta. Undersøkelsen ble foretatt på de ansatte, men lederne på alle enhetene uttrykte både ønske og forventning omkring det å bli forsket på. Den enkelte leder distribuerte undersøkelsen, sammen med en kort, skriftlig informasjon, til sine ansatte.

PASIENTFOKUSERT ORGANISASERING

Tema	Enhet:	Rehab	Korttid	Ø-hjelp
	Antall svar for enhet:	43	16	16
På min avdeling er det fokus på pasienten	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	0 %	0 %	0 %
	Nokså enig	28 %	38 %	6 %
	Helt enig	72 %	63 %	94 %
Vi prioriterer kvaliteten på behandlingen på min avdeling	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	5 %	25 %	0 %
	Nokså enig	40 %	25 %	0 %
	Helt enig	56 %	50 %	100 %
Kollegaene mine har fokus på pasienten	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	2 %	38 %	0 %
	Nokså enig	35 %	38 %	19 %
	Helt enig	63 %	25 %	81 %
Kommunikasjon med pasienten anses som viktig på avdelingen	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	0 %	0 %	6 %
	Nokså enig	30 %	25 %	0 %
	Helt enig	70 %	75 %	94 %
Oranisasjonsstrukturen er pasientfokusert	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	13 %	0 %
	Verken eller	5 %	25 %	13 %
	Nokså enig	51 %	13 %	6 %
	Helt enig	44 %	50 %	81 %
Det er en klar og felles oppfatning om hvordan behandling og omsorg skal gis på min avdeling	Helt uenig	2 %	25 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	19 %	13 %	6 %
	Nokså enig	51 %	50 %	13 %
	Helt enig	28 %	13 %	81 %

Informantene mine opplever at de i stor grad ivaretar pasientflyten, og at organiseringen er hensiktsmessig lagt opp til det. Det er imidlertid noe sprik mellom informantene når det gjelder enkeltelementene av undersøkelsen. Fokus og kommunikasjonen med pasientene oppleves god på alle enhetene. De er godt fornøyd med så vel egen innsats, som sine kollegers. Når det kommer til om organisasjonsstrukturen er pasientfokusert knytter seg noe mer usikkerhet, men snittet av informanter ligger også her i øvre sjikt av skalaen. Først når spørsmålet som belyser kvaliteten på behandlingen, og hvorvidt det er en klar og entydig oppfatning om hvordan omsorg og behandling skal gis kan jeg finne klare forskjeller mellom enhetene. En av enhetene svarer at de ikke kan gi støtte til dette utsagnet, mens de andre gir

dette punktet full og nesten full skår. Vi har med andre ord et ulikt selvbilde hos de ulike enhetene.

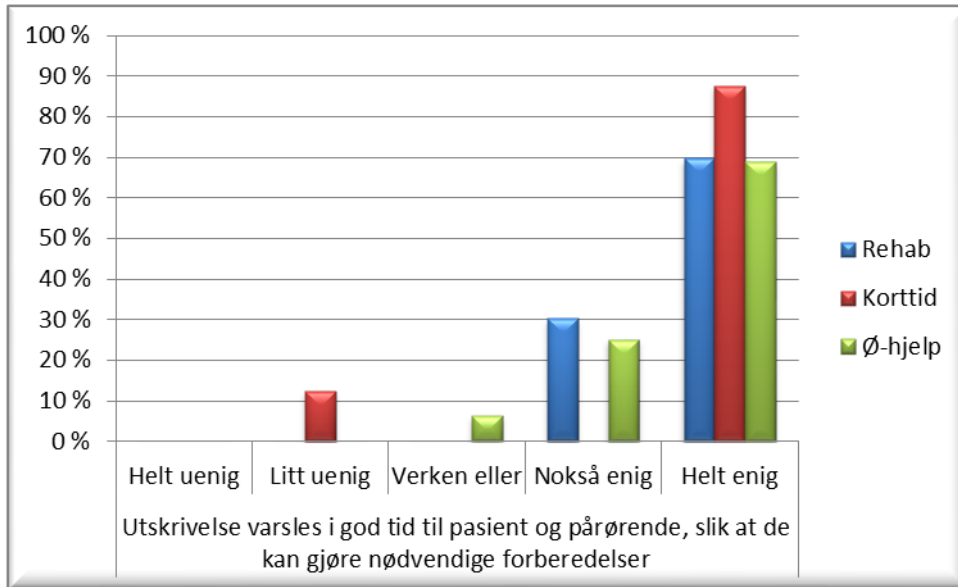


KOORDINERING OG BEHANDLING

Tema	Enhet:	Rehab	Korttid	Ø-hjelp
	Antall svar for enhet:	43	16	16
Avtaler overholdes	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	6 %
	Verken eller	14 %	13 %	13 %
	Nokså enig	60 %	25 %	31 %
	Helt enig	26 %	63 %	50 %
Alle våre samarbeidspartnere kjenner de ulike trinnene i pasientforløpet	Helt uenig	2 %	0 %	0 %
	Litt uenig	5 %	13 %	19 %
	Verken eller	47 %	50 %	31 %
	Nokså enig	37 %	38 %	31 %
	Helt enig	9 %	0 %	19 %
Tidsplanleggingen av tiltakene er optimal	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	7 %	13 %	19 %
	Verken eller	37 %	75 %	6 %
	Nokså enig	42 %	0 %	63 %
	Helt enig	14 %	13 %	13 %
Det gjøres konkrete avtaler med samarbeidspartnere	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	2 %	0 %	0 %
	Verken eller	7 %	50 %	13 %
	Nokså enig	47 %	0 %	31 %
	Helt enig	44 %	50 %	56 %
Alle som jobber rundt pasienten og pasientforløpet opplever som engasjerte	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	13 %	0 %
	Verken eller	12 %	38 %	13 %
	Nokså enig	49 %	38 %	38 %
	Helt enig	40 %	13 %	50 %
Pasienter/pårørende får riktig informasjon angående deres helsetilstand	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	2 %	0 %	0 %
	Nokså enig	40 %	38 %	25 %
	Helt enig	58 %	63 %	75 %
Utskrivelse varsles i god tid til pasient og pårørende, slik at de kan gjøre nødvendige forberedelser	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	13 %	0 %
	Verken eller	0 %	0 %	6 %
	Nokså enig	30 %	0 %	25 %
	Helt enig	70 %	88 %	69 %

De ulike tilbudene pasientene får, har til dels store koordineringsbehov i form av avtaler, kjennskap til de ulike trinnene i pasientforløpet og planlegging av tiltak. Det kreves et visst engasjement fra alle som jobber rundt pasienten, samtidig som avtaler må inngås og overholdes. Videre kreves en god koordinering, for at så vel pårørende som pasienter får riktig informasjon om helsetilstand. Det er også viktig at utskrivningen planlegges og blir så forutsigbar og god som mulig for impliserte parter. Informantene gir her et ganske samstemt bilde av koordineringsutfordringene. De opplever at dette fungerer greit, med unntak av at

både kjennskapet og engasjementet til samarbeidspartnerne utmerker seg negativt. De opplever med andre ord at eget engasjement og kunnskap er høyere enn hos de som skal overta pasienten i neste ledd.



KOMMUNIKASJON MED PASIENT OG PÅRØRENDE

Tema	Enhet:	Rehab	Korttid	Ø-hjelp
	Antall svar for enhet:	43	16	16
På min avdeling settes det av god tid til å lytte til pasient og pårørende	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	2 %	50 %	0 %
	Nokså enig	58 %	25 %	13 %
	Helt enig	40 %	25 %	88 %
På min avdeling settes det av god tid til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	2 %	63 %	0 %
	Nokså enig	49 %	13 %	13 %
	Helt enig	49 %	25 %	88 %
På min avdeling settes det av tilstrekkelig tid til å formidle informasjon	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	7 %	38 %	0 %
	Nokså enig	63 %	38 %	6 %
	Helt enig	30 %	25 %	94 %
På min avdeling spørres pasienten uttrykkelig om samtykke til den foreslåtte behandlingen	Helt uenig	2 %	0 %	0 %
	Litt uenig	5 %	0 %	0 %
	Verken eller	19 %	38 %	19 %
	Nokså enig	44 %	0 %	25 %
	Helt enig	30 %	63 %	56 %

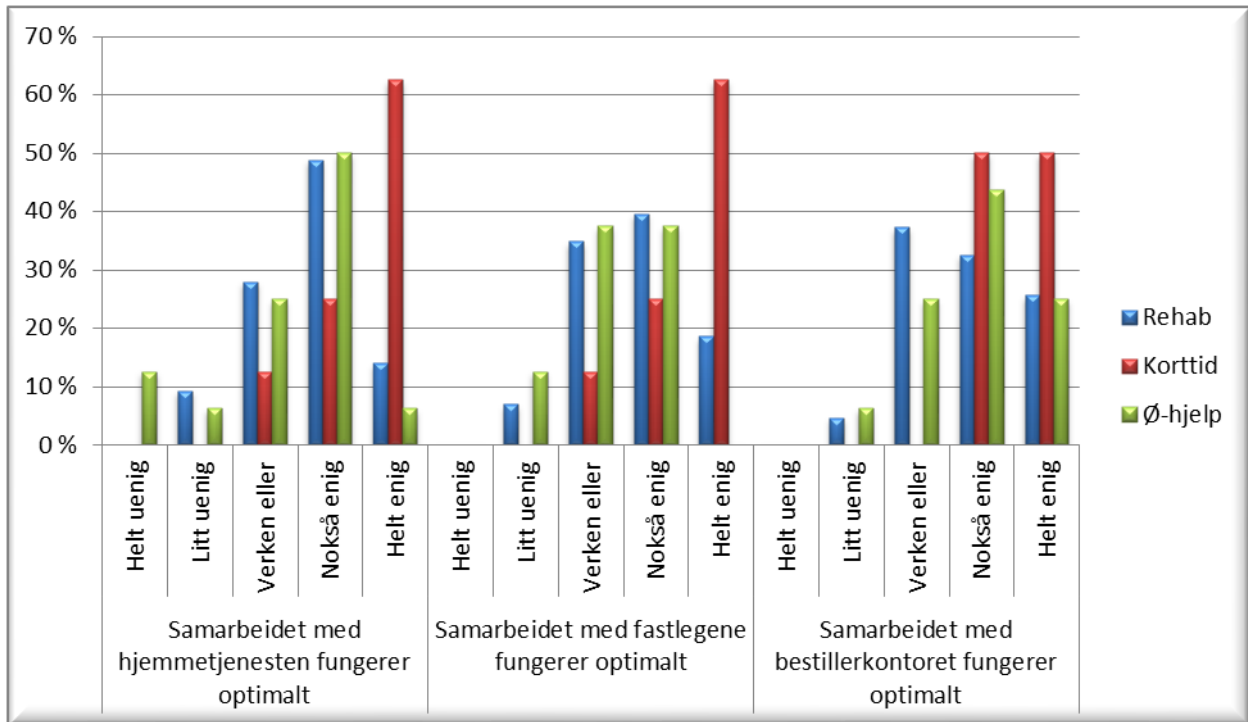
Hvorvidt det settes av god nok tid til å lytte, kommunisere og informere pasienter og pårørende, oppleves ulikt på de ulike enhetene. Her vil faktorer som antall ansatte på jobb, mengde arbeid rundt hver enkelt pasient, tilrettelegging for samtaler og den enkelte enhets fokus på kommunikasjon spille inn. Av ulike årsaker, som faglige pressgrupper, interesseorganisasjoner og historiske forskjeller, har også de spesialiserte tjenestene i kommunen ulikt antall ansatte fordelt på antall pasienter. Dette gir seg utslag i hvordan arbeidsoppgavene blir prioritert, både fra den enkelte ansatte, men også fra ledelsen. Tradisjonelt har for eksempel lindrende enhet prioritert bemanning som tar høyde for pasientenes behov for tid til samtaler. Dette har ikke vært fokusert og prioritert tilsvarende på korttidsenheten, hvor minimumsbemanning er normen. Holdninger som uttrykker respekt for pasienter og pårørende, samt kompetanse og faglig trygghet, kan også være medvirkende til om dette blir prioritert.



SAMARBEID MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Tema	Enhet:	Rehab	Korttid	Ø-hjelp
	Antall svar for enhet:	43	16	16
Samarbeidet med hjemmetjenesten fungerer optimalt	Helt uenig	0 %	0 %	13 %
	Litt uenig	9 %	0 %	6 %
	Verken eller	28 %	13 %	25 %
	Nokså enig	49 %	25 %	50 %
	Helt enig	14 %	63 %	6 %
Samarbeidet med fastlegene fungerer optimalt	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	7 %	0 %	13 %
	Verken eller	35 %	13 %	38 %
	Nokså enig	40 %	25 %	38 %
	Helt enig	19 %	63 %	0 %
Samarbeidet med bestillerkontoret fungerer optimalt	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	5 %	0 %	6 %
	Verken eller	37 %	0 %	25 %
	Nokså enig	33 %	50 %	44 %
	Helt enig	26 %	50 %	25 %

Samarbeid med hjemmetjeneste, bestillerkontor og fastlege kan i visse tilfeller oppleves krevende og utfordrende. Informantene er ikke enige om hvor godt dette samarbeidet fungerer, selv om de her skal samhandle med den samme gruppen fastleger, hjemmetjeneste og bestillerkontor. Informantene oppgir en markant uenighet i forhold til om samarbeidet med disse samhandlingspartene oppleves godt. Det er verd å merke seg at enhetene hvor informantene ser på seg selv som sterke fagpersoner og gode i kommunikasjon med pasienter og pårørende, synes å oppgi de største utfordringene rundt samarbeid med andre aktører.



OVERVÅKNING OG OPPFØLGING AV BEHANDLINGSLINJER

Tema	Enhet:	Rehab	Korttid	Ø-hjelp
	Antall svar for enhet:	43	16	16
Når behandlingen planlegges utarbeides det indikatorer på kvalitet/måloppnåelse	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	13 %	0 %
	Verken eller	7 %	38 %	19 %
	Nokså enig	47 %	0 %	31 %
	Helt enig	47 %	25 %	44 %
Det følges opp systematisk hvorvidt tiltakene var tilpasset pasientens behov	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	16 %	25 %	6 %
	Nokså enig	49 %	0 %	38 %
	Helt enig	35 %	63 %	56 %
På min avdeling registreres og følges pasientens grad av tilfredshet opp systematisk	Helt uenig	5 %	0 %	0 %
	Litt uenig	7 %	13 %	0 %
	Verken eller	30 %	38 %	13 %
	Nokså enig	40 %	25 %	38 %
	Helt enig	19 %	25 %	50 %
Målene med behandlingen er tydelig beskrevet	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	12 %	0 %	0 %
	Nokså enig	30 %	38 %	19 %
	Helt enig	58 %	63 %	81 %
Det registreres/følges opp hvorvidt planlagte aktiviteter faktisk gjennomføres	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	12 %	25 %	0 %
	Nokså enig	49 %	25 %	25 %
	Helt enig	40 %	50 %	75 %
Resultatet av tiltakene følges opp systematisk	Helt uenig	0 %	13 %	0 %
	Litt uenig	0 %	13 %	0 %
	Verken eller	12 %	13 %	13 %
	Nokså enig	51 %	13 %	25 %
	Helt enig	37 %	50 %	63 %
Avvik registreres og følges opp	Helt uenig	0 %	25 %	13 %
	Litt uenig	7 %	0 %	6 %
	Verken eller	33 %	13 %	19 %
	Nokså enig	51 %	13 %	31 %
	Helt enig	9 %	50 %	13 %
Behandlingen overvåkes og justeres fortløpende	Helt uenig	0 %	13 %	0 %
	Litt uenig	2 %	13 %	0 %
	Verken eller	7 %	0 %	0 %
	Nokså enig	49 %	13 %	13 %
	Helt enig	42 %	63 %	88 %

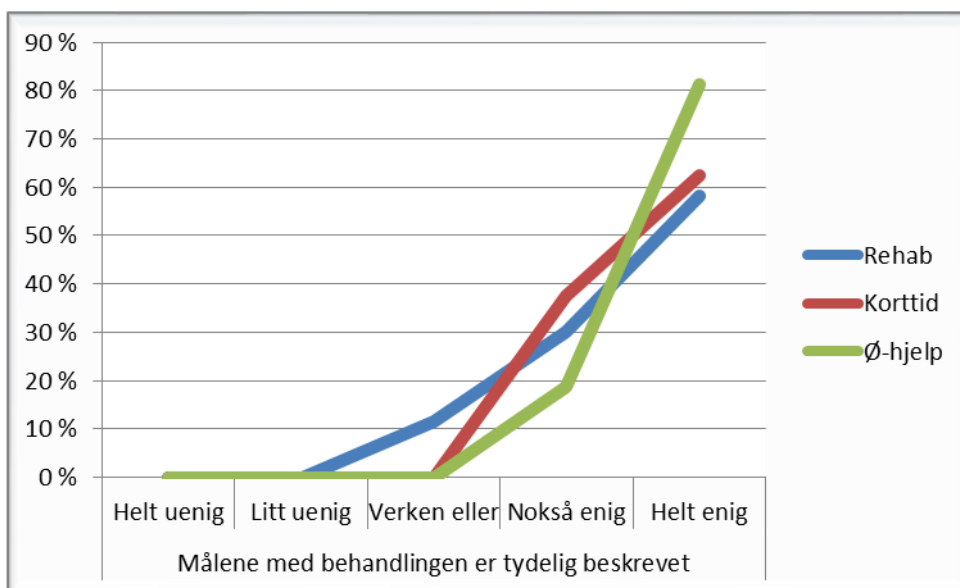
Det er relativt stort samsvar i svarene om at de tiltak som iverksettes er tilpasset pasientens behov, og at pasienter under oppholdet på avdelingen følges systematisk opp.

Hvorvidt målene med behandlingen er tydelig beskrevet, og at det registreres og følges opp hvorvidt planlagte aktiviteter faktisk blir gjennomført, oppleves ulikt. Her varierer kårerne fra «verken/ eller» på korttidsenheten, til «helt enig» på rehabiliterings og ø-hjelpsenheten.

Pasientens grad av tilfredshet blir i ulik grad fulgt opp, men på to av enhetene erfarer de ansatte tydelig at pasientene følges opp på en bedre måte enn den siste enheten.

Oppfølgingen av avvik er det punktet hvor alle enhetene skårer relativt lavt. Det kan tolkes som om ø-hjelp mener dette er mest kritikkverdig, i og med at de har markant høyere skår på de øvrige spørsmålene.

Når det gjelder punktet som dreier seg om overvåkning behandlingen pasienten får, og den fortløpende justeringen av behandlingen, skårer ø-hjelp markant høyere enn både enhet korttid- og rehabiliteringsavdelingen.



TILFREDSHET

Tema	Enhet:	Rehab	Korttid	Ø-hjelp
	Antall svar for enhet:	43	16	16
Jeg er stolt av å fortelle hvor jeg jobber	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	0 %	0 %	19 %
	Nokså enig	21 %	13 %	6 %
	Helt enig	77 %	88 %	75 %
Sammen med mine kolleger gir vi et tilbud til pasientene som jeg er stolt av	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	0 %
	Verken eller	0 %	0 %	0 %
	Nokså enig	28 %	25 %	19 %
	Helt enig	70 %	75 %	81 %
Dette er en avdeling jeg gjerne anbefaler venner å søke jobb	Helt uenig	0 %	0 %	0 %
	Litt uenig	0 %	0 %	6 %
	Verken eller	2 %	0 %	13 %
	Nokså enig	19 %	25 %	13 %
	Helt enig	77 %	75 %	69 %

Alle enhetene viser stor grad av tilfredshet over egen arbeidsplass. De er stolte av å fortelle hvor de jobber, de er stolte av det tilbudet de gir og de anbefaler gjerne venner å søke jobb på arbeidsplassen.

ERFARINGER SOM FREMKOM FRA FOKUSGRUPPEINTERVJUET

Her følger et sammendrag av fokusgruppeintervjuet av lederne på de ulike enhetene. Valg av tema for intervjuet skyldes ønske om å se på ledernes fokus på behandlingsprosessene rundt pasienten. En forutsetning for å lykkes med dette, er en god organisasjonskultur, hvor det arbeides aktivt med pasientfokusert behandling. Fokusgruppeintervjuet sier noe om hvilket fokus den enkelte lederen har på sin egen rolle i dannelsen av kulturer som gir god behandling for pasienter og pårørende.

KULTUR

Informantene er tilsynelatende enige om hva de legger i begrepet kultur. De beskriver kulturbegrepet med noe ulike ord og vendinger, men slutter seg fortløpende til de forskjellige uttalelsene: «Kultur beskriver hvordan et miljø egentlig er, hvordan vi oppfører oss, hva slags holdninger vi har, hvordan vi kommuniserer og alt det vi gjør i samarbeid med andre.»

Informantene er også i stor grad enige om at de har makt til å påvirke kulturen i en bestemt retning, men de beskriver en ulik tilnærming. En av lederne fokuserer på positive, ønskede elementer som de skal få mer av ved benytte metoder som etisk refleksjon, frem-snakking og undervisning. Informanten påvirker kulturen ved å fremelske gode eksempler og faglig begrunnede handlinger. En annen av lederne fokuserer på sin rolle i konflikter, uenigheter og hvilke holdninger og verdier informantens ønsker å overføre til sin enhet. Informanten påvirker kulturen ved å være tydelig på hva informantens holdninger og verdier er. Lederen sier at *«jeg går foran som et godt eksempel.»*

En tredje leder ser det som viktig at enheten i fellesskap finner frem til hvordan de skal ha det hos seg. De arbeider seg frem til en felles forståelse og lager felles retningslinjer. Dersom noen har en atferd som avviker fra normen, så vil gruppen korrigere dette. Et eksempel er å møte til rett tid om morgenen. Her er det lite rom for å komme for sent til dagens oppstartsmøte. Dette kan ytterligere forsterkes ved at minuttene for sent trekkes fra avspaseringskontoen: *«Ja, men folk er så opptatt av det da, at det blir slik at når folk kommer for seint nå, så irriterer de seg veldig. Ikke sant? Og da må vi gjøre noe med det da... da er det jo straff i form av trekk for avspasering».*

ENDRINGSARBEID

Når det gjelder endringsarbeid er det stor enighet om at det vil påvirkes av kulturen på den enkelte enhet. Informantene kobler endringsbegrepet mot beslutninger tatt utenfor egen enhet. De har erfaringer med at noen andre bestemmer det de skal gjennomføre. Følelsen av å bli tredd en beslutning ned over hode er godt kjent. Det kan synes som om det er svært ulik erfaring omkring det å forholde seg til den type beslutninger. En informant beskriver endringene som *«noe som bare blir bestemt»*. Bakgrunnen for beslutningene er enten ikke kjent, eller ikke godt nok formidlet. Informanten gir uttrykk for en resignasjon som gjelder for alle de ansatte på enheten: *«Beslutninger tas, og vi sitter igjen med problemene»*. En annen informant sier også at beslutninger tas utenfor enhetens kontroll, men sier samtidig at de løser oppgaven i fellesskap på enheten. Her er de ansatte med på å finne de beste løsningene innenfor den endrede rammen.

En tredje informant forteller at så lenge hun forstår bakgrunnen for beslutningen som er tatt, så er den grei å forholde seg til. Enheten er solid og robust nok til å håndtere endringer som

gir mening. Dersom endringen er uforståelig, så vil den være vanskelig å akseptere for hele personalgruppa. Åpenhet og respekt for de ansattes samfunnsforståelse er verdier som fremholdes.

Informantene er godt fornøyd med hvordan utviklingsarbeidet er lagt opp for de spesialiserte tjenestene. De får være med på å utforme «helsehuset» slik de mener er riktig. Det er tilført ressurser i form av midler til ombygging/oppussing, merkantilt personell og fagutvikling. Dette har blitt gjort etter innspill fra enhetsledergruppa.

Informantene har litt ulikt syn på om endringene som er planlagt vil møte motstand i sin enhet. Her beskrives for eksempel en enhet som lite endringsvillig, mistenksom og preget av mistillit til nye beslutninger. De benytter kanaler som tillitsvalgte, aviser og politiske kontakter, for å stanse endringene. En annen enhet velger derimot å være i forkant av de beslutningene de antar vil komme. De samler seg, også de med tillitsvalgte, for å lage sitt forslag til endring. Forslaget er realistisk og løser oppgaven. Hva som er årsaken til så vidt forskjellig respons forklares av den ene informanten som erfaringsbasert. Noen har erfaring med at beslutninger og endringer ikke er av det gode. De blir et offer for omstendighetene.

På tross av at de ulike informantene har høyst ulik erfaring med sin mulighet til å drive endringsledelse, er de enige om at det er tillagt deres mandat. De beskriver stor frihet til å velge metode og hva de skal velge å fokusere på. En av informantene påpeker at det er vanskeligere å drive endringsarbeid på hennes enhet enn i de andre, fordi de har en turbulent fortid. Enheten har fra noen år tilbake dårlige erfaringer med omorganiseringer, nedbemanninger og personalbehandling. Dette er erfaringer som kommer til overflaten når nye reformer presenteres.

Informantene beskriver en krevende hverdag, hvor reformer og endringsarbeid er noe som blir gjort i tillegg til ordinære oppgaver. De uttrykker usikkerhet om hvorvidt deres overordnede har forståelse for hvordan de opplever stadige endringskrav. «*Jeg tror ikke de vet hva som er utgangspunktet, så hvordan kan de da forstå om det er en positiv eller negativ endring...?*»

Utviklingsprosjektet som er igangsatt for de spesialiserte tjenestene blir utelukkende beskrevet som positivt av informantene. Det er satt av god tid, ledelsen er godt informert om prosessen og de som enhetsledere får stor grad av påvirkningsmulighet for hvordan det endelige resultatet skal bli. En av informantene uttrykker seg slik: «*For å si det sånn da: Det*

er ingen andre som kunne funnet på, eller gjort de endringene, for at det er vi som jobber her som vet hvordan ting er fra før. Jeg tror ikke noen utenfra kunne kommet og klart den jobben... For de har ikke kjennskap til det»

Dersom arbeidet lykkes, vil etter deres mening, de spesialiserte tjenestene fremstå som ett hus.

ORGANISERING

Organiseringen av enheten er tilpasset dagens endringstempo, ifølge informantene. De opplever at de er kjent med samhandlingsreformens mål og konsekvenser. De uttrykker samtidig at utfordringene omkring temposkiftet i pasientflyten ikke fullt ut er erkjent av ledelsen i Helse og Velferd. De beskriver et maskineri som må arbeide raskere og som må ha et mottakerapparat i den andre enden. Reformen vil, slik de ser det, avdekke eller forskyve et pleiebehov som vi i dag ikke har kapasitet til å dekke i kommunen.

For at samhandlingsreformen skal lykkes, er informantene enige om at ledelsen i Helse og velferd må fremstå som enige og entydige i sin kommunikasjon. Det de beslutter og formidler ut må være troverdig, og beslutninger må stå fast. Det oppleves som krevende å være mellomleder dersom det blir endringer i beslutningene, eller om ulike overordnede uttrykker ulike ting. Videre er det enighet om at ledelsen ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om tjenestene som ble gitt i de spesialiserte tjenestene. Dette kan medføre at beslutninger blir tatt uten at konsekvensene er tilstrekkelig vektlagt. Et eksempel på dette kan være at pasienter uten rehabiliteringspotensiale blir lagt til rehabiliteringsavdelingen med den konsekvens at andre med rehabiliteringspotensiale ikke får plass. Dette blir kostbart på sikt, da forebygging kan utsette behov for kommunale tjenester.

INFORMASJON

Informantene har en felles forståelse av at informasjon til sine ansatte er viktig. Personalmøter er det formelle forum hvor informasjonen blir formidlet. Hvorvidt det er lurt å informere tidlig i en prosess, er informantene derimot uenige om. Uenigheten består i hvorvidt personalet orker å stå i en situasjon med usikkerhet. En av lederne mener at dersom beslutningen ikke er endelig, så kan den skape unødig støy. Personalet vil bruke mye energi på å ta innover seg

konsekvensene, for så å oppleve at beslutningen blir reversert. Denne lederen forsøker kun å gi informasjon om endelige bestemmelser, fordi mange opplever det som usikkert og vanskelig dersom det blir endringer. Denne lederen er opptatt av å ta vare på og skjerme personalet: *«Jeg synes ikke det er greit, for det er litt uproft da. Jeg synes det er litt uproft, når vi har sittet, og utarbeidet et prosjekt og presenterer, og så gjør vi endringer igjen.»*

En annen leder praktiserer å gi informasjon så tidlig som mulig. Erfaringen her er at personalet godt forstår at det pågår en prosess, men at de ser verdien av å kunne være med på, og å komme med innspill underveis. De har gjort erfaring med at personalets meninger blir tatt på alvor og hensyntatt, dersom argumentene er gode nok. Denne lederen er opptatt av å gjøre sitt personell ansvarlig ved hjelp av involvering.

Informantene er enige om at noe informasjon kan være hensiktsmessig å holde tilbake, spesielt hvis det dreier seg om nedbemanningssituasjoner eller lignende.

ANALYSE

PASIENTFOKUSERT ORGANISERING

Våre spesialiserte enheter er organisert formelt og strukturelt etter samme mal. De har mange av de samme oppgavene, det er de samme overordnede mål de arbeider etter, og de har den samme rådmann. På tross av dette, vil en se at de menneskene som arbeider på enhetene ikke alltid handler slik den formelle strukturen pålegger dem. Det vil være avvik mellom forventet adferd, og hva som faktisk blir gjort. Dette kan forklares med at enheten utvikler egen kultur. Dette kan, som tidligere nevnt, skyldes at kultur er noe enheten er, eller har, det vil si om kulturen skapes internt eller eksternt i helsehusets spesialiserte tjenester. Dersom den skapes internt, vil kulturen i stor grad kunne påvirkes av enhetsledelsen som et styringsverktøy. Dette kan støttes av enhetsledernes opplevelse av at de kan påvirke kulturen ved egen fremferd, altså ved å gå foran som gode eksempler. Dersom kulturen i enheten skapes eksternt, vil den speiles av de ulike profesjonene, omgivelsene, den norske kulturen vi er en del av, eller helsevesenets universelle sider. Den enkelte ansatte tar med seg sin ryggsekk med erfaringer og holdninger inn i en kultur, for så å påvirke denne. Dette gir mindre rom for enhetslederen til å påvirke kulturen i en bestemt retning.

Informantene mine opplever at de i stor grad ivaretar pasientflyten, og at organiseringen er hensiktsmessig lagt opp til det. De beskriver med andre ord en hverdag som preges av klare behandlings og ansvarlinjer, som er godt ivaretatt med dagens organisering. Dette kan også tolkes som at den usikkerheten vi finner blant lederne, når det gjelder ansvar og struktur, ikke påvirker de ansatte i nevneverdig grad.

Beskrivelsen av begrepet samhandlingskultur gir også en beskrivelse av spenningene som kan oppstå uten at man forstår hva som skjer, i forbindelse med samhandling. Samhandling forutsetter en viss grad av tilpasning og endring for å kunne lykkes. Å insistere på å løse oppgaver slik de alltid har blitt gjort, fungerer dårlig dersom samhandlingsparten også insisterer på å beholde sin metode.

Som tidligere omtalt er nettverksorganisasjoner en forholdsvis ny organisasjonsform, som frigjør seg fra konformiteten som en sterk organisasjon omgir seg med. Organiseringen bygger på innsikten i å kunne dra nytte av andre aktører for å fremme egne interesser. Vi kan

dra elementer av nettverksorganiseringen inn i det samarbeidet de ulike spesialiserte tjenestene. Hensikten med å gå inn i et slikt nettverk, er for å stå sterkere i møte med andre samhandlingsaktører. Eksempelvis vil faktorer som å samle tjenestene i ett Helsehus, gi signaler om en helhetlig organisasjon. Enhetene står ikke lenger alene som ubetydelige aktører, men fremstår som et solid og håndgripelig helsehus med stor variasjon av tjenester. I tillegg til dette vil en oppnå stordriftsfordeler i forbindelse med logistikk, sambruk og kompetanseoverføring. Enhetene i Helsehuset kan i fellesskap komme frem til hvordan samhandlingsprosedyrene skal være, med for eksempel hjemmetjenesten. Her vil helsehuset fremstå som en mer likeverdig part enn hva hver enkelt enhet gjør alene. utfordringer i forhold til opplæring, rekruttering og fagutvikling lettes ved å se til nettverksorganiseringsmodellen. Kort sagt kan man samarbeide der det er hensiktsmessig, uten at det går utover den enkelte enhetens egenart (Strand, 2007). Nettverksorganiseringen krever imidlertid at en oppgir autonomien, og fordelene er ikke nødvendigvis like opplagt for alle parter. Ved å organisere de spesialiserte tjenestene under «paraplyen Skien Helsehus» kan vi få en rekke muligheter som ikke er tilstede dersom vi kun omtaler enhetene enkeltvis. Først og fremst kan størrelsen på helsehuset bli en aktør som må regnes med. Det kan være lettere å synliggjøre hvorfor kommunen trenger spesialisering i tiden fremover. Innad på huset kan det være en felles interesse av å sette et felles mål, ved blant annet å lage like prosedyrer og retningslinjer. Dette vil være mer praktisk hvis det planlegges å samkjøre for eksempel opplæring, vikarbehov og kompetanseheving. Når det gjelder samhandling med andre kommunale aktører, vil helsehuset være en betydelig aktør som det må lyttes til. På den andre siden, vil en slik organisering gå på bekostning av de små aktørenes mulighet til å være fleksible. Det er mange eksempler på at samhandling kan gå på skinner, dersom man ikke blander inn formelle krav og forventninger. Man mister trolig noe på veien ved å gi slipp på et individuelt særpreg.

Ut fra spørreundersøkelsen til de ansatte ved de ulike enhetene, kan jeg finne faktorer som beskriver kulturer som samhandler godt, men som samtidig har noen utfordringer. utfordringene underbygges av en informant i intervjuet: «*Kultur beskriver hvordan et miljø egentlig er, hvordan vi oppfører oss, hva slags holdninger vi har, hvordan vi kommuniserer, altså alt det vi gjør i samarbeid med andre*». Det gode samarbeidet kan bunne i et felles ønske om å gjøre det beste for pasienten, mens utfordringene kan skyldes at man ikke er helt enige om hva som er det beste for den samme pasienten. Kompetansenivå og faglig ståsted kan

være forskjellig, samtidig som økt «turn-over» av pasienter fører til flere og hyppigere treffpunkter. Konfliktene kan ha vært helt tilsvarende tidligere, men nå skjer det oftere.

Kommunen overtar raskt en større og sykere pasientgruppe. Sykehusene skal raskere overføre ferdigbehandlede og avklarte pasienter til kommunene. Dette krever en økt kompetanse til kommunene. Det er ikke lenger bare pleie og omsorg kommunene skal tilby. Det forventes til dels avansert medisinsk behandling og oppfølging. Endringer i kompetansebehov fører til endringer i balansen mellom yrkesgrupper (Bang, 1988). I vår kommune har for eksempel økningen av antallet leger i våre spesialiserte tjenester gitt nye utfordringer. Det blir viktig å fylle arbeidsdagen deres med interessante oppgaver og faglige utfordringer, slik at legene ønsker å bli værende i stillingene. Tidligere har kommunen sjelden hatt fullt arbeidsgiveransvar for leger. De kommunale oppgavene har legene gjort i tillegg til sin private praksis. Denne endringen utfordrer den tradisjonelle arbeidsgiverrollen, ved at arbeidstakeren har en høyere lønn og utdanning, samt større medisinsk kunnskap enn enhetslederen selv har. Tradisjonelle maktfaktorer kan utfordre de formelle kommunale strukturene.

Endringer i organisasjoner berører alltid de ansatte, noe som lett kan føre til motstand. Motstand oppleves gjerne der en eller flere opplever tap av et gode eller en posisjon. Det kan også oppstå konflikt mellom de som ønsker endringen velkommen, og de som ikke ønsker endringen. Mange erfarer at endringsprosesser ofte preges av uenigheter, konflikter og forhandlinger. Det er forbundet til dels store kostnader rundt en endringsprosess, da konfliktnivået kan nå høyder som vises i form av økt sykefravær, dårligere arbeidsmiljø og sabotasje (Jacobsen&Thorsvik, 2002).

KOORDINERING AV PASIENTTILBUDET

Som tidligere nevnt gir informantene et ganske samstemt bilde av koordineringsutfordringene de ulike pasienttilbudene har. De beskriver at dette fungerer greit, med unntak av samarbeidspartnerens kjennskap og engasjement som utmerker seg noe negativt. De opplever med andre ord at eget engasjement og kunnskap er høyere enn hos de som skal overta pasienten i neste ledd. Diskusjon omkring hva som er viktigst av kliniske aktiviteter eller støttende omsorg vil fortsatt pågå. Alle inngrep i behandlingslinjen må diskuteres med de ulike aktørene slik at de kan føre til felles mål, klare roller, forståelig kommunikasjon og

prosedyrer. Dette må til for å bli et velfungerende team. I tillegg til det profesjonelle teamet og den enkelte pasient, er det viktig å involvere pasientens pårørende. Både pasienten og pårørende kan komme med viktige innspill til behandlingslinjen slik at kvaliteten økes (Vanhaecht, 2010). Samhandlingsreformens grunnleggende hensikt er å forbedre pasientforløpet for lavere kostnad. Det er avdekket forbedringspotensialet i forhold til informasjonsutveksling, kompetanse og ressursutnytting. Pasientens skal settes i fokus. Prosedyrer, retningslinjer og samarbeidsrutiner skal utvikles for å fremme pasientens behov og ikke alene hensyn ta den enkelte enhets behov. Standardiseringer av arbeidsprosesser skal sikre lik forståelse på tvers av samhandlingsaktørene.

For optimal samhandling, vil koordinering av de ulike tilbudene pasientene får gjenspeiles i avtaler, kjennskap til de ulike trinnene i pasientforløpet og planlegging av tiltak. En god koordinering krever at så vel pårørende som pasienter får riktig informasjon om pasientens helsetilstand. Det er viktig at utskrivningen planlegges og blir så forutsigbar og god som mulig, for impliserte parter. Videre kreves det et visst engasjement fra alle som jobber rundt pasienten, slik at avtaler som inngås også overholdes. Informantene svarer at avtaler som er inngått overholdes på alle de ulike enhetene som ble undersøkt. Det kan imidlertid synes som om planlegging av videre behandlingsløp er utfordrende, uavhengig av hvilken pasientgruppe som håndteres. På den ene siden oppgir informantene at avtaler overholdes, på den andre siden er det vanskelig å planlegge med samhandlingspartene. Dette kan tolkes som om det inngås avtaler av mer rutinepreget art, som ikke krever noen spesiell planlegging eller samhandling. Det kan også være at informantene ikke tenker på vanlig samarbeid som planlegging, men heller som en forventningsjustering fra begge parter. Gjensidig tilpasning er den enkleste formen for koordinering. Man snakker sammen og tilpasser seg hverandres oppgaver. Denne formen for koordinering finner vi både ved veldig enkle, men også ved komplekse oppgaver. I kommunehelsetjenesten vil det være svært kompliserte arbeidsoppgaver som koordineres, ved at aktørene tilpasser seg gjensidig. Koordinering av hjemreise kan være et eksempel på gjensidig tilpasning. I en slik arbeidsprosess er avtaler omkring medikamenthåndtering, transport, avtaler med pårørende og hjemmetjeneste avgjørende for resultatet. Her blir individuelle avtaler inngått, og elektronisk meldingsutveksling sikrer at ny tjeneste overtar. Telefonisk kontakt opprettes dersom det kommer på nyttig ekstrainformasjon, tidspunktet for hjemreise tilpasses pårørendes arbeidsdag osv.

KOMMUNIKASJON MED PASIENT OG PÅRØRENDE

Hvorvidt det settes av god nok tid til å lytte, kommunisere og informere pasienter og pårørende, oppleves ulikt i de ulike enhetene. Her vil faktorer som antall ansatte på jobb, mengde arbeid rundt hver enkelt pasient, tilrettelegging for samtaler og den enkelte enhets fokus på kommunikasjon spille inn. Holdninger som uttrykker respekt for pasienter og pårørende, samt kompetanse og faglig trygghet, kan også være medvirkende til om dette blir prioritert. Både pasienter og pårørende er en gruppe som i fremtiden trolig vil kreve mer av helsetjenestene som tilbys. Kunnskap om pasientrettigheter og god tilgang på informasjon via blant annet internett, vil utfordre helsevesenets til dels autoritære holdninger. Kunnskap om hvordan man informerer både muntlig og skriftlig, er en ferdighet som trolig krever mye oppmerksomhet i tiden fremover (Vanhaecht, 2010). Samhandlingsreformen er en helsereform det knytter seg store forventinger til, ikke minst fra pasienter og pårørende. Det forventes en profesjonalitet og service som gjenspeiler samfunnets standard for øvrig. Dersom kommunen skal lykkes i samhandlingsreformen, må det være balanse mellom de forventinger samfunnet har, og den tjenesten kommunen tilbyr (Balderheim&Rose, 2012).

SAMARBEID MED HJEMMETJENESTE, BESTILLER-KONTOR OG FASTLEGE

De spesialiserte tjenestene har utfordringer overfor andre kommunale tjenestene, forbundet nettopp med at de er spesialisert. De har spesielle krav til kompetanse, de er små og eksklusive, i tillegg til at de opptar ettertraktet sengeplass til forhåndsdefinerte pasientgrupper. I tillegg oppleves de ikke fullt ut integrert i den kommunale folden. Det blir argumentert med at disse tjenestene ikke tilbyr noe annet enn hvilken som helst annen tjeneste.

Hjemmetjenesten kan for eksempel hevde at lindrende enhets tilbud, eller rehabiliteringsenhetens tilbud, ikke er noe annet enn det de selv tilbyr til sine pasienter.

Kunnskapen om hva de spesialiserte tjenestene faktisk tilbyr kan være mangelfull og vanskelig å forstå for andre tjenester, samtidig som de spesialiserte tjenestene lar seg overraske over det de opplever som faglig lavt nivå hos motparten. Dette kan medføre en gjensidig nedsatt respekt for hverandres arbeid, og føre til en vanskeligere samhandling.

Jacobsen & Thorsvik (2002) peker på at en organisasjons eksistensrett er knyttet til det oppdraget den skal utføre. Dette innebærer at oppdraget eller målet både må være klart for enheten selv, men i et samhandlingsperspektiv må det også være klart for

samhandlingsaktørene. Enhetene hvor informantene ser på seg selv som sterke fagpersoner og gode i kommunikasjon med pasienter og pårørende, synes å oppgi de største utfordringene rundt samarbeid med andre aktører. Dette kan skyldes at gruppen ikke anerkjenner beslutninger tatt av samhandlingspartnere med avvikende faglig fokus, eller at de allerede har planlagt hva som er best for pasienten også over i neste del av tjenesten. Et eksempel kan her være at en sykepleier mener å avdekke et sykehjemsbehov, mens bestiller-kontoret mener at pasienten kan ivaretas i hjemmet med hjemmetjeneste. Alternativt kan enheten som oppgir at samarbeidet fungerer meget godt ha løst kommunikasjonskoden slik at overgangene fungerer optimalt.

Enhetene jeg undersøker har til dels svært ulike mål i form av pleie, behandling rehabilitering eller lindring. Dette er noe som gjenspeiler seg i enhetenes ulike struktur. Ved å bruke Silvermans teori, kan vi si at målet ikke settes av Skien kommune, men av personer som har formulert oppdraget på vegne av kommunen. Hvis vi ser Skien kommune som en organisasjon, vil vi oppleve at både individer og grupper har forskjellige, og til tider motstridende mål (Jacobsen&Thorsvik, 2002). Fagsjefene har ofte ulikt syn på oppdraget de spesialiserte tjenestene skal utføre, gjerne sett i lys av sitt øvrige ansvarsområde. Her kan for eksempel behovet for rask sirkulering av korttidsplasser være ulikt vektet, sett fra et hjemmetjenesteperspektiv opp mot et institusjonsperspektiv. Silverman (Balderheim&Rose, 2012) problematiserer denne målforståelsen ved å se organisasjonen som et sosialt system som består av mennesker og grupper av mennesker.

Endringer i form av lovverk, avtaleverk eller ledelsesbeslutninger fører ikke nødvendigvis til bedre samarbeid på det operasjonelle plan. Kyrkjebø og Torjesen viser til at kommunene benytter seg av gamle spor og eksisterende virkemidler for å løse nye oppgaver. Slik etableres det inngrodde mønstre for handling i de ulike helsetjenestene. De fundamentale koordineringsproblemene mellom ulike enheter vil fremdeles være tilstede, selv om det er besluttet at de ikke skal være det. Et hinder for effektiv pasientflyt, er dagens tempo, sett opp mot det eksisterende forvaltningssystemet. Bestiller-utførermodellen har resultert at kommunen har lagt fordelingen av kommunale plasser til et ukentlig tildelingsmøte. Dette berører i høy grad de spesialiserte tjenestene ved at det her besluttes hvem som skal tildeles opphold. Når krav til tempo øker fra sykehuset, vil behovet for raskere saksbehandling øke tilsvarende. De spesialiserte tjenestene opplever at pasienter som er ferdigbehandlet blir liggende svært lenge, eller at enhetene behandler pasienter de ikke har forutsetninger for å

kunne behandle. Pasienter kan bli liggende på feil sted, for eksempel at døende ligger på en rehabiliteringsavdeling. For å oppnå en god samhandlingskultur, kan det være verd å se på om endringer også i forvaltningsleddet er hensiktsmessig.

Som tidligere nevnt, har forskning vist at til og med innenfor samme profesjon, kan det være problematisk å overføre kunnskap, praksiser og forståelser fra ett spesialt til et annet spesialt. Nye og bedre måter og gjøre ting på, eller forskjellige oppfatninger mellom ulike aktører i en samhandlingskjede kan hindre god samhandling. Dette blir synlig i blant annet språk, som fargelegges med latinske ord og begreper, som forvirrer eller ødelegger dialogen. Mottakeren vil kunne føle seg inkompetent, tør kanskje ikke å spørre selv om det kan føre til misforståelser. Farlige situasjoner kan oppstå ved at mottakeren ikke forstod avsenderen. Profesjoner alene er ikke avgjørende for om man snakker samme språk, eller forstår hverandres uttrykksform. Sykepleiere på ulike kommunale enheter vil ofte ha vidt forskjellig syn på hvordan oppgavene skal løses. Ulik kultur vil også her være styrende for hvordan man gjør seg forstått og hvordan man vil forstå. Dette kan forklare noe av problematikken vi møter på når det skal samhandles på tvers av enheter, selv om vi tilhører samme kommune.

OPPFØLGING AV PASIENTEN UNDER OPPHOLDET PÅ AVDELINGEN

Dagens helsevesen, med behandlingslinjer som involverer ulike aktører, fungerer i all hovedsak uproblematisk. I løpet av en dag vil en pasient kunne være i kontakt med ulike deler av så vel kommunehelsetjenesten, som fastlegen eller sykehuset. Kommunikasjonen mellom aktørene flyter lett, e-meldinger kommer frem på sekundet, og pasienten får den nødvendige helsehjelpen man kan forvente av helsevesenet. Men av og til stopper denne flyten opp ved at noe, eller noen, har kommet i vranglås. Når gnisninger oppstår, vil det ofte være behov for å fordele skyld, og som regel fordeles denne til motparten. Samarbeid med aktører utenfor egen enhet, kan i visse tilfeller kan være både krevende og utfordrende. Informantene er ikke enige om hvor godt dette samarbeidet fungerer i dag, selv om de samhandler med den samme gruppen fastleger, hjemmetjeneste og bestillerkontor. Informantene oppgir en markant uenighet i forhold til samarbeidet med disse samhandlingspartene. Det er verd å merke seg at enhetene som ser på seg selv som sterke fagpersoner og gode i kommunikasjon med pasienter og pårørende, synes å oppgi de største utfordringene rundt samarbeid med andre aktører. Dette kan skyldes at gruppen ikke anerkjenner beslutninger tatt av samhandlingspartnere med

avvikende faglig fokus, eller at de allerede har planlagt hva som er best for pasienten også over i neste del av tjenesten. Et eksempel kan her være at en sykepleier mener å avdekke et rehabiliterings behov på institusjon, mens saksbehandleren på bestillerkontoret mener at pasienten kan ivaretas i hjemmet med tilsyn fra hjemmetjenesten. Alternativt kan enheten som oppgir at samarbeidet fungerer meget godt ha løst kommunikasjonskoden slik at overgangene fungerer optimalt (Bang, 1988).

Det blir knyttet noe mer usikkerhet til kvaliteten på behandlingen, fra informantenes side. De er noe usikre på om omsorg og behandling er entydig definert. Dette kan skyldes at det er en uenighet i organisasjonen om hva som er rett og galt i forhold til omsorg og behandling, men det kan kanskje også skyldes at disse begrepene kan være litt vage. Mange i helsevesenet vil ha en ryggmargsfølelse av hva god omsorg er. De vil gjerne spille på sine egne personlige kvaliteter (Balderheim&Rose, 2012). Behandlingsbegrepet er vidt og fragmentert, da det kan dreie seg om prosedyrestyrt behandling, eller mer profesjonsstyrt behandling.

Spørreundersøkelsen viser at det er usikkerhet forbundet med disse begrepene hos ansatte i de spesialiserte tjenestene. Det kan bety at disse begrepene også vil skape usikkerhet i samhandling med enheter utenfor Helsehuset.

Ved innføringen av elektronisk meldingsutveksling, ble ulik praksis og ulik forståelse av prosedyrer og retningslinjer raskt avdekket. Dette har gitt utfordringer i form av faglig mistillit og uenigheter. Enhetlig forståelse av medikamenthåndtering, smittevern, journalsystemer og taushetsplikt, er avgjørende for at helsetjenesten fremstår som profesjonell og tillitsvekkende. Helt ukomplisert har det i midlertid ikke vært å utveksle informasjon så raskt som vi dag kan gjøre. Informasjonen vi sender fra oss må ha en viss faglig kvalitet og standard for at budskapet skal være hensiktsmessig, og for at ikke avsenderen skal bli faglig «avkledd». Det er ikke lenger behov for å lage lange overflyttingsrapporter dersom en pasient skal flyttes fra en enhet til en annen. Oppdatert informasjon ligger nå allerede klar i det pasienten blir overført. Dette er et enormt fremskritt i arbeidet med de gode pasientforløpene, men det er samtidig en fare for at tjenester blir «avkledd» på bakgrunn av den skriftlige informasjonen de overlater til neste tjeneste. En rekke av uttalte frustrasjoner i pasientoverganger dreier seg om unøyaktig journalføring, medisinlister og oppfølging som avdekkes når pasienten flyttes til en annen enhet. Dette unngikk man tidligere, fordi det da ble brukt tid på å lage oppdaterte rapporter som ble sendt sammen med pasienten. En kan her se for seg flere ulike muligheter for å avstemme hverandres forventninger. Dersom man er

tilhenger av *strategi E* vil det være naturlig at ledelsen går inn og beslutter hvordan korrekt journalføring skal være. Avviksmeldinger og kontroller vil være gjeldende som pisk, og hederlig omtale vil være gulroten å strekke seg etter. Hvis man derimot tenker at *strategi O* vil løse oppdraget, kan man se for seg at de ansatte selv kommer frem til løsninger som er fornuftige (Jacobsen, 2011). Det vil ta tid før endringen er gjennomført, men resultatet vil være det som virker fornuftig på de som skal bruke journalsystemet. Ulempen ved å benytte *strategi O* til en slik endring, ligger i det strenge lovverket journalføring og håndtering er bundet av. Kunnskap og forståelse om journalføring, systematikk og taushetsplikt utfordrer hverdagslivets hang til praktiske løsninger. De krav normen for informasjonssikkerhet stiller, kan stride mot den enkeltes opplevelse av effektivitet (Helsedirektoratet, Normen.no).

Ulike prosedyrer og retningslinjer blir også avdekket når man samhandler tettere. Det kan dreie seg om mangelfulle eller ikke oppdaterte smittevernsrutiner, eller ulik praksis i forhold til bruk av uniform. Det er tilsynelatende mange følelser forbundet med egne arbeidsrutiner og metoder, nettopp slik Torodd Strands teori beskrev tidligere. Det inngår i den store og uangripelige «slik gjør vi det her hos oss»- sekken (Jacobsen, 2011). En skulle tro at retningslinjer og krav som kommer fra Helsedirektoratet eller Justisdepartementet umiddelbart ble fulgt opp på den enkeltes arbeidsplass. Dette er, av egen erfaring, dessverre ikke tilfelle. Årsakene til det kan være økonomiske; man har ikke råd til å skifte ut uniformene, eller prinsipielle. En av deltakerne i gruppeintervjuet formulerte det på denne måten når de ble pålagt nye krav til retningslinjer fra sentrale myndigheter: «*Vi har skrevet Rapport på denne måten i alle år, og har ingen tro på nymotens journalføringsmetoder*». Det kan også være motstand fra enkeltpersoner som vil få en endret eller økt arbeidsbelastning. Men den kanskje hyppigste årsaken, er at ingen egentlig tar det overordnede ansvaret for å følge med på krav til endringer. Dersom prosedyrene og retningslinjene er forskjellige på de ulike enhetene, vil det virke som sand og grus i maskineriet for samhandling. Fordommer og motvilje får rike muligheter til å blomstre ved at uenighetene henger ved den enkelte enhet. Dersom det i en diskusjon oppleves at motparten sitter med foreldede rutiner, kan de påvirke hele ens oppfatning av den andres arbeidsplass. Like rutiner ville derimot kunne bekreftet partenes likeverd i fag og kvalitet. Det ville trolig blitt ett område mindre å være uenig om.

STOLTHET OVER EGEN ARBEIDSPASS

Informantene mine opplever at de i stor grad ivaretar pasientflyten, og at organiseringen er hensiktsmessig lagt opp til det. De beskriver med andre ord en hverdag som preges av klare behandlings og ansvarlinjer, og er godt ivare tatt med dagens organisering. Dette kan også tolkes som at usikkerheten vi finner blant enhetslederne, som dreier seg om ansvar og struktur, ikke påvirker de ansatte i nevneverdig grad.

KULTUR

Det er stor enighet blant informantene om at endringsarbeidet vil påvirkes av kulturen på den enkelte enhet. Informantene kobler endringsbegrepet mot beslutninger tatt utenfor egen enhet. De har erfaringer med at noen andre har bestemt noe de skal gjennomføre. Som tidligere nevnt er følelsen av å bli tredd en beslutning ned over hode er godt kjent. Det vil si at dersom enhetene får skissert samhandlingens retning og mål av sin ledelse, så vil en enhet innordne seg i tråd med beskrivelsen, mens en annen enhet vil gjøre noe ganske annet.

Mens stabilitet og forutsigbarhet tidligere kjennetegnet kommunale institusjoner, gir samhandlingsreformen klare forventninger til endringer. Det forventes en fremover-lent holdning for å samarbeide med aktører utenfor kommunen, og et økt samarbeid med aktører innad i kommunen. Interkommunale samarbeid og nye, mer spesialiserte tjenester gjør at man ikke lenger kan forholde seg til gamle rutiner og retningslinjer. Det gamle og trygge blir ikke lenger gangbar mynt. Dersom enhetslederne ikke klarer å møte de endringskravene som kommer, vil dette gå ut over forventingene om å være en moderne, effektiv og samhandlingsorientert aktør. Kommunens omdømme settes på prøve.

I denne undersøkelsen ble det avdekket en stor kulturforskjell på de ulike enhetene omkring det å besvare en spørreundersøkelse. De ansatte på enhetene responderte svært forskjellig. Ansatte på tre enheter valgte å besvare, mens en ansattgruppe besluttet kollektivt ikke å være med. Årsakene til så vidt forskjellige reaksjoner kan skyldes tidligere erfaringer. Enten at gruppen har positive erfaringer med undersøkelser, eller at de har gjort erfaringer som gjør at undersøkelsen oppleves ubehagelig eller truende. Alternativt kan det her vise seg å være en uformell leder som tar beslutninger på vegne av hele gruppen.

ENDRINGSARBEIDET

For at samhandlingsreformen skal lykkes, er informantene enige om at ledelsen i «Helse- og velferd» må fremstå som enige og entydige i sin kommunikasjon. Samhandlingsreformen er et nasjonalt styrt endringsarbeid, som kommunene ikke kan velge å se bort ifra. Valget av strategi i kommunen kan bære preg av å være toppstyrt. Den enkelte kommune har liten innvirkning på retningen vi skal gå. Samtidig kan vi se at det legges inn rom for ulike løsninger på oppgaven. Eksempelvis kan kravet om å opprette en øyeblikkelig-hjelp-sengepost i alle kommuner, løses med alt fra en ledig seng på et sykehjem, til en medisinsk avansert sengepost. Kommunene står fritt til å avpasse tilbudet etter sitt behov.

Når det kommer til enhetenes ulike reaksjoner på endring, uttalte en av lederne seg slik: *«Jeg merker det jo på(...) enhet, hvor forskjellig det har vært. (...) -enhet har jo aldri blitt berørt, ja, ja de har vel flyttet i fra X til Y, men det med endring, det er noe så stort, som gjør så mye med de, at de er ikke der ennå at de greier å være positive. Ikke riktig enda. De hakker på alle detaljene, før jeg på en måte får snakket ferdig, så har de spurt om alle detaljene.»*

Lederne jeg brukte som informanter uttrykker at tjenestenes organisering er viktig for dem. De har opplevelser fra tidligere der interessen og engasjementet til sine overordnede har vært mangelfull, eller preget av liten innsikt i tjenesten de leverer. Dette vil på den ene siden gjøre at enhetslederen føler seg oversett eller lite viktig. De kan føle seg som et «stebarn» i ledergruppen. Andre ledere vil, på den andre siden, kanskje tenke at de opplever så stor tillit fra sin overordnede, at de kan gjøre hva de vil så lenge de holder budsjetttrammene sine.

Opplevelsen informantene har tyder på at retningen for samhandlingsreformen i stor grad er bestemt, men at det gjenstår noen strukturelle beslutninger før rammene endelig legges. På den ene siden oppleves kjennskapet til samhandlingsreformen, og hva den betyr for den enkeltes enhet, som svært god. Samtidig er de bekymret for om ledelsen i Helse- og velferd sitter inne med den samme kunnskapen. Informantene opplever et sprik mellom hva de opplever som utfordrende, og hva ledelsen har på dagsorden. Det kan synes som om ledelsen ønsker å bruke en *E-strategi*, samtidig som informantene mener de løser oppgaven best dersom de får krav sett ut fra en *strategi O*. En av lederne beskriver sin egen strategi på denne måten: *«... Ja jeg tror også de har blitt ganske vant til å se at jeg er ganske rett fram og direkte på ting. Samtidig har vi en kultur som er veldig inkluderende. Og de er vant til å bli tatt med på avgjørelser. De får et stort ansvar. Jeg gir også mye ansvar ut. Så det er de vant*

til. Så hvis de plutselig blir holdt på utsiden av alt sammen, så tror jeg det ville gått veldig dårlig. Det liker de ikke». Her vil teorien om *strategi O* støtte arbeidsmetoden som er valgt. En av hovedutfordringene for enhetslederne er å balansere behovet for å ivareta daglig drift, og behovet for innovativt arbeid og tilpasning til nye krav. Endringen må skje samtidig som krav til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

ORGANISERING

Som tidligere nevnt, trekker Strand frem ulike organisasjonsformer i sin teori, som forklarer de mest sentrale forholdene som får effektive organisasjoner til å strukturere seg som de gjør. Integrasjon, Entreprenørskap, Administrasjon, Produksjon og Nettverksorganisasjoner beskriver ulike karaktertrekk av indre logikk og oppbygning. Graden av formalisering sett opp mot graden av orientering mot omverdenen, avgjør hvor en kommunal enhet klassifiseres. Alle kommunale enheter vil finne elementer fra alle de ulike klassifiseringene, men graden avgjør hvilken gruppe som gir den beste beskrivelsen.

Kommunehelsetjenesten er designet i et hierarki hvor noen har fått formell myndighet til å gi ordre, overvåke og koordinere sine ansatte. Styringsverktøy kan benyttes slik at øverste leder får tilgang til hva helsetjenesten produserer, altså om oppgaven er løst. I Skien kommune har ledelsen tilgang på styringsinformasjon fra blant annet pasientjournalssystemer, turnus, lønnsystemer og avvikshåndteringssystemer.

Kommunen er designet ulikt på de ulike nivåene. Dette legger igjen føringer på kommunens produksjonsmønstre. Som følge av samhandlingsreformen, finnes det en rekke eksempler på endring av oppgaver, som igjen fører til endring i struktur og arbeidsmønstre. Kommunene må for eksempel håndtere flere nye pasientkategorier, som sykehuset tidligere tok seg av. Tidspunktene for pasientoverføringene har også endret seg, til også å omfatte helg og høytid, kveld og natt.

INFORMASJON

Når informantene beskriver egen lederstil, avgjør den enkelte situasjonen i stor grad hvilken strategi de velger å bruke. Dersom noe er endelig besluttet fra toppledelsen, så gir ingen av informantene rom for nye runder med diskusjoner. Det er imidlertid en forskjell på valg av

strategier mot de ulike arbeidskulturene. En informant beskriver en kultur hvor det er naturlig å involvere de ansatte i endringsarbeidet. Dette har de gode erfaringer med fra tidligere, og de har høye forventninger om at dette skal fortsette. Det kan synes som om organisasjonsutvikling er integrert i kulturen. Denne enheten har elementer som heller mer mot gruppeorganisasjon enn ekspertorganisering, da retningen gis ved etablering av konsensus eller flertallsbeslutning, som de ansatte innretter seg etter på grunn av det kollektive presset de utsettes for (Jacobsen, 2011).

En annen informant beskriver en lederstil hvor beslutningene i stor grad tas av ledelsen, og at informasjon gis når beslutningen er tatt. Dette har elementer av *strategi E* i seg, men vil også kunne forklares med tradisjoner vi finner i ekspertorganisasjoner, hvor ledelse utover det som bygger på faglig autoritet har liten plass (Jacobsen, Organisasjonsendringer og endringsledelse, 2011). «*De var veldig vant til å gjøre litt som de selv hadde lyst til mange av de. Det med tydelighet. Min leder stil, som har vært tydelig, har vært bra for dem. Der har jeg påvirket kulturen til ikke å tillate seg, altså..., Innad har det ikke blitt så mange småsjefer som avgjør ting.. Det var jo etterspurt, så det fikk de*» uttalte en av lederne seg om egen leder-stil.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Samhandlingsreformen er en retningsreform som krever mer av den enkelte leder enn tidligere. Det er ikke lenger tilstrekkelig å legge til rette for at egen enhet fungerer godt, med tanke på effektivitet, personalhåndtering og kvalitetsarbeid. Samhandlingsreformen forutsetter at enhetslederne har god kontroll over sin egen enhet, samtidig som blikket må rettes mot samhandlingspartene. Kjennskap til egne og andre enheters særegenheter og kompetanse blir til sammen elementer som kan være avgjørende for om pasienter får den optimale behandlingen. Ambisjonene som fremmes i forbindelse med samhandlingsreformen er tydelige, både med tanke på tillit til tjenesten og forventinger til fremtidens helsevesen.

Enhetslederne for de spesialiserte tjenestene i Skien har hver for seg allerede lagt ned et stort arbeid for å forberede seg på reformen. De har arbeidet med både kompetanseheving og styrket personalgruppas akuttforståelse, for å kunne møte utfordringene med sykere pasienter. I tillegg har de organisert en møttestruktur som går på tvers av formell organisering. Utfordringene ligger snarere på å avstemme egen funksjon mot resten av kommunen. Det kan synes som om det er ulik oppfatning om hva de forskjellige spesialiserte tjenestene faktisk skal levere, også i Helse- og velferd sin toppledelse.

Kommunalsjefen har allerede satt inn tiltak for å ivareta de spesialiserte tjenestenes mandat. Det er opprettet et prosjekt som skal finne løsninger som ivaretar det spesielle, uten å gå på bekostning av hva andre aktører faktisk trenger av støttefunksjoner. Dette arbeidet er enhetslederne i de spesialiserte tjenestene med på, noe som er en klar fordel for å oppnå eierskap til beslutningene som tas. Prosjektet har til nå fokusert på behandlingslinjer, arbeidsprosesser ved overføring av pasienter, felles rutiner, samarbeidsfora og praktiske løsninger for støttefunksjoner.

Selv om enhetene formelt er organisert under ulike fagsjefer, vil en ordning som minner om nettverksorganisering være fullt mulig. Vi kan da bygge opp om merkevaren «Skien helsehus» i fellesskap. De delene av tjenestene som er spesialisert vil ivaretas, på samme måte som på et sykehus, men som gruppe kan vi fremstå som et Helsehus som må regnes med.

De spesialiserte tjenestene på Helsehuset har fått tilført mye kompetanse og fremstår som et kunnskapssenter i kommunal sammenheng. De har dybdekunnskap om tilstander som også behandles i hjemmetjenesten, boliger og institusjoner. Dersom tjenestene skal få sin

velfortjente posisjon i kommunen, krever det en holdningsendring, både hos de spesialiserte tjenestene selv, men også hos deres samhandlingsparter. Hospiteringer satt i system er et eksempel på tiltak som alle partene ville tjene på.

Jeg har i min undersøkelse funnet at de ansatte opplever mye god samhandling i det daglige. Der hvor samhandlingen går over til å bli motstand dreier seg først og fremst om ulike prosedyrer, ulike avtaler eller ulik forståelse av situasjonen. I tillegg vil jeg nevne ulike samhandlingsevner hos enkeltpersoner som en ødeleggende faktor.

Skien kommunes spesialiserte tjenester vil etter de funn jeg har gjort øke samhandlingskompetansen og styrke samhandlingskulturen ved å arbeide med å integrere felles prosedyrer. Sterke fagpersoner måler mye av sin respekt for motparten opp mot hvor faglig solid de synes å være. Dersom man avslører seg ved å bruke gammelt nytt i forhold til for eksempel smittevern, så faller aktelsen fra motparten umiddelbart.

Skien kommunes spesialiserte tjenester har allerede et meget godt fundament å bygge videre på. Der hvor vi kan redusere konfliktnivået, ved å standardisere, bør vi prioritere det.

Helsehuset må bli en realitet hvor det spesielle ved tjenestene dyrkes, samtidig som likhetene tydeliggjøres. Samhandlingsreformen vil være et godt påskudd til å lage tjenestene våre mer strømlinjeformet.

Samhandlingsreformens forventninger og krav i forhold til behandlingslinjer innebærer altså et behov for endring av etablerte lederroller. For å oppnå en samhandlingskultur medfører dette en endring av de eksisterende organisasjonskulturene.

FORSLAG TIL VIDERE FORSKNINGSPROSJEKTER

- Evaluering av Bestiller-utførermodellen i Norske kommuner
- Fastlegenes rolle i Samhandlingsreformen
- Sammenligne Skien helsehus med andre lignende kommunale løsninger andre steder i landet

BIBLIOGRAFI

- Andersen, F. S. (2001). *Den menings skapte organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Balderheim&Rose. (2012). *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bang, H. (1988). *Organisasjonskultur*. Otta: Henning Bang og TANO AS.
- Brattum, E. (2012). Masteroppgave om Øyeblikkelig hjelp. Universitete i Agder.
- Ferlie, e. (2005). The nonspread of innovasjon;The mediating role of professionals. *The Academy of Managment Journal*.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*.
- Fossåskaret, Fuglestad, & Aase. (2006). *Metodisk feltarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grøne, O., & Garcia-Barbero. (2001, juni). *Integrated care*. Hentet aug 2011 fra Internasjonal journal of Integrated Care: NBN:NL:UI:10-1-100270
- Hellesø, & Fagermoen. (2010). Cultural diversity between hospital and community of care. *Internasjonal Journal of integrated Care*.
- Hellesø, R., & Fagermoen, M. S. (2010, 10). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for community of care. *International Journal of Integrated Care*.
- Helsedirektoratet. (2011). *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014, April 9.). *Kommunenes plikt til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp*. Hentet fra Øyeblikkelig hjelp - døgntilbud i kommunen: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Normen.no*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjonsikkerhet/Sider/default.aspx>.
- Helsø. (2011). *Helsetjenesten under ett forvaltningsnivå*. Stat & Styring.
- HOD. (2012). *Samhandlingsreformen*. Oslo, Norge.
- Jacobsen&Thorsvik. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jacobsen, D. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget as.
- Jacobsen, D. (2011). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsinterjvu*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løfgren, B. E. (2010). *Kulturanalyser*. Århus: Klim.
- Moxsnes, P. (1993). *Dyprolle*. Oslo: Forlaget paul Moxsnes.
- Regjeringen. (2008-2009). *Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreformen*.
- Røyland&Grøvan. (2013). Samhandling, oppgavefordeling og koordinering. *Masteroppgave*. Kristiansand: Universitetet i Agder.
- St.melding nr 47. (2008-2009). Norge.
- Stacey, R. D. (2008). *Hvordan kunnskap vokser frem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Store Norske Leksikon. (u.d.). *Store Norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/case_studie
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, & Vabo. (2014).
- Vanhaecht, K. e. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, ss. 117-123.
- Wikipedia*. (u.d.).

VEDLEGG

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Følgeskriv til spørreskjema

Vedlegg 1

Egenvurdering av arbeidskultur											
Følgende tilleggs spørsmål er nødvendig for å analysere resultatene. Det er på forhånd avtalt med din arbeidsplass at all informasjon behandles anonymt											
TI1	Hvilken avdeling jobber du?	1 Lindrende									
		2 Korttid									
		3 Rehab									
		4 Ø-hjelp									
TI2	Hvilken yrkesgruppe tilhører du?	1 Lege									
		2 Sykepleier									
		3 Hjelpepleier									
		4 pleiemedhjelper									
		5 Fysio/ergo									
		6 Annet									
TI3	Hvor stor stilling har du på denne avdelingen?	1 1-25%									
		2 26-50%									
		3 51-75%									
		4 76-100%									
Hvor enig er du i følgende utsagn		Helt uenig				Helt enig					
Pasientfokuset organisering		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PO1	På min avdeling er det fokus på pasienten										
PO2	Vi prioriterer kvaliteten på behandlingen på min avdeling										
PO3	Kolleagaene mine har fokus på pasienten										
PO4	Kommunikasjon med pasienten anses som viktig på avdelingen										
PO5	Oranasjonstrukturen er pasientfokuset										
PO6	Det er en klar og felles oppfatning om hvordan behandling og omsorg skal gis på min avdeling										
Koordinering av pasienttilbudet		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CO1	Avtaler overholdes										
CO2	Alle våre samarbeidspartnere kjenner de ulike trinnene i pasientforløpet										
CO3	Tidsplanleggingen av tiltakene er optimal										
CO4	Det gjøres konkrete avtaler med samarbeidspartnere										
CO5	Alle som jobber rundt pasienten og pasientforløpet opplever som engasjerte										
CO6	Pasienter/pårørende får riktig informasjon angående deres helsetilstand										
CO7	Utskrivelse varsles i god tid til pasient og pårørende, slik at de kan gjøre nødvendige forberedelser										
Kommunikasjon med pasient og pårørende		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KOM1	På min avdeling settes det av god tid til å lytte til pasient og pårørende										
KOM2	På min avdeling settes det av god tid til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient										
KOM3	På min avdeling settes det av tilstrekkelig tid til å formidle informasjon										
KOM4	På min avdeling spørres pasienten uttrykkelig om samtykke til den foreslåtte behandlingen										
Samarbeid med hjemmetjeneste, bestillerkontor og fastlege		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE1	Samarbeidet med hjemmetjenesten fungerer optimalt										
SE2	Samarbeidet med fastlegene fungerer optimalt										
SE3	Samarbeidet med bestillerkontoret fungerer optimalt										
Oppfølging av pasienten under oppholdet på avdelingen		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OP1	Når behandlingen planlegges utarbeides det indikatorer på kvalitet/måloppnåelse										
OP2	Det følges opp systematisk hvorvidt tiltakene var tilpasset pasientens behov										
OP3	På min avdeling registreres og følges pasientens grad av tilfredshet opp systematisk										
OP4	Målene med behandlingen er tydelig beskrevet										
OP5	Det registreres/følges opp hvorvidt planlagte aktiviteter faktisk gjennomføres										
OP6	Resultatet av tiltakene følges opp systematisk										
OP7	Avvik registreres og følges opp										
OP8	Behandlingen overvåkes og justeres fortløpende										
Stolthet over egen arbeidsplass		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ST1	Jeg er stolt av å fortelle hvor jeg jobber										
ST2	Sammen med mine kolleger gir vi et tilbud til pasientene som jeg er stolt av										
ST3	Dette er en avdeling jeg gjerne anbefaler venner å søke jobb										

Vedlegg 2

Forskningsspørsmål	Intervju spørsmål
Har lederne et ensartet bilde av hva kultur er?	<ul style="list-style-type: none"> • Hva legger du i begrepet kultur? • Hvor stor påvirkning har du på enhetens kultur? • Vil kulturen påvirke endringsprosesser? • Hva kjennetegner din enhets kultur?
Har lederne en lik oppfatning av endring?	<ul style="list-style-type: none"> • Er organiseringen av enheten tilpasset dagens endringstempo? • Tildeles det ressurser til endringer, tid, penger, prosjektmidler etc • Er økonomien tilpasset nye krav (samhandlingsreformen) • Dersom endringen møter motstand, hva skyldes det? (Økonomi, økt arbeidspress, tidligere erfaringer, profesjonskamp, annet)? • Samhandlingsreformen er en omfattende endringsprosess. Hva mener du skal til for å lykkes?
Hvordan ser lederne på sin egen lederstil	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan forbereder du enheten på endring? • Hvordan tilrettelegger leder for endring, oppmuntring av medarbeidere, settes det av tid i daglig virksomhet, forankres og koordineres endringsprosjektet faglig og administrativt • Hvilke muligheter opplever du at du har for å drive endringsledelse. • Hvordan ivaretar du personalet ved endringer? (skjerming, tilrettelegging eks) • Har dine overordnede forståelse for hvordan du opplever stadige endringskrav? • Har din overordnede tilstrekkelig forståelse for hva samhandlingsreformen betyr av dårligere pasienter, raskere turnover, økte dokumentasjonskrav mm. Er det satt av tilstrekkelig med ressurser til å ivareta dette? • Dersom du er bekymret for situasjonen, vil du formidle dette til dine ansatte? • Ser du noen sammenheng mellom din enhets kultur og din lederstil i forhold til endring?
Gjennomføringen av endringsprosjektet på Klosterskogen	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke utfordringer ser du? • Skiller utfordringene seg fra de andre enhetene på huset?

Vedlegg 3



UNIVERSITETET I AGDER

Dato: 13.05.14
Deres ref.:
Vår ref.:

Besøksadresse: Gimlemoen 25A, Kristiansand
Direkte tlf: 38141000

post@uia.no

Spørreundersøkelse Klosterskogen vekst og resurssenter

Denne spørreundersøkelsen er ett ledd i mitt mastergradstudium i offentlig helseledelse, ved Universitetet i Agder. Tema for oppgaven er utfordringene samhandlingsreformen gir oss, og hvordan de ulike arbeidsplassene imøtekommer kravene til den nye reformen. I oppgaven ønsker jeg å undersøke likheter og ulikheter i kulturene på forskjellige tjenestesteder, og om det kan være sammenhenger mellom kultur på ulike tjenestesteder og de løsninger som velges i samband med iverksetting av reformen. For å finne ut av dette håper jeg at alle ansatte er med i undersøkelsen tar seg tid til å svare på spørreundersøkelsen min.

Hvis du har spørsmål til denne studien kan du ta kontakt med meg på 977 90 883, eller sende en e-post til maja.foss@skien.kommune.no

Min veileder er førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved institutt for statsvitenskap og ledelsesfag. Han kan kontaktes på 38 14 15 53 eller e-post dag.o.torjesen@uia.no

Vennlig hilsen

Maja Foss
Student

Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422

TELEFON 38 14 1000

ORG. NR 970 546 200 MVA

4604 KRISTIANSAND

FAKS 38 14 1001

post@uia.no

www.uia.no

Fakturaadresse:

Universitetet i Agder, Fakturamottak

Postboks 383, Alnabru

0614 Oslo