

Samhandlingsreformens endringer og krav.

Stiller samhandlingsreformen slik det erfares, nye og endrede krav til organisasjonen og til mellomledere i den daglige drift i kommunehelsetjenesten i Telemark

Marit Gunleikskås og Anne Stubberød

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.

Universitetet i Agder, 2014
Fakultet for Samfunnsvitenskap
Institutt for Samfunnsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på vårt deltidstudiet i Helseledelse ved Universitetet i Agder. Deltidsstudiet som har gått over fire år, har vært en fin blanding av forelesninger og jobb som har skapt engasjement. Men det har også vært tidkrevende ved siden av full jobb. Samhandlingsreformen ble et naturlig tema for oppgaven siden vi til daglig jobber i kommunehelsetjenesten og kjenner hvilke utfordringer dette byr på.

Nå når vi er ferdige ønsker vi å takke vår arbeidsgiver Skien kommune som har gitt oss muligheten, våre kollegaer som vi har studert sammen med og som vi har hatt gode diskusjoner med.

Vi vil takke informantene som har tatt i mot oss med velvilje og gitt oss inspirasjon og mange tanker til refleksjon. Tusen takk for at dere har tatt dere tid i en hektisk hverdag til å bli intervjuet av oss.

Sist men ikke minst vil vi takke vår veileder Dag Olav Torjesen som med sin store kunnskap har gitt oss mange gode råd på veien. Tusen takk!

Vi er selv ansvarlige for innholdet i denne oppgaven.

Skien 28.11.2014

Marit Gunleikskås og Anne Stubberød.

Sammendrag

Dette er en masteroppgave hvor vi har sett på problemstillingen «*Stiller samhandlingsreformen slik det erfares, nye og endrede krav til organisasjon og til mellomlederne i den daglige drift i kommunehelsetjenesten i Telemark*».

Arbeidet med masteroppgaven har gitt oss en bedre forståelse av hvordan samhandlingsreformen påvirker vår hverdag, som mellomledere i kommunehelsetjenesten. Denne oppgaven har også gitt oss muligheten til å se hvilke utfordringer samhandlingsreformen har gitt i de ulike regionene i Telemark.

Vi har benyttet oss av kvalitativ metode, der vi har intervjuet tre samhandlingskoordinatorer og to mellomledere en fra en liten land kommune og en fra en by kommune. I denne oppgaven har vi analysert utsagn fra informantene opp mot teori og egne erfaringer. Dette har gitt oss svar på problemstillingen, men samtidig har det kommet til nye momenter som vi har hatt glede av å diskutere.

Vi håper at denne oppgaven kan gi et lite bidrag til hvordan samhandlingsreformen har påvirket den daglige driften i kommunehelsetjenesten.

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Metode.....	4
2.1 Kvalitativ metode	4
2.2 Utvelgelse av informanter	5
2.3 Gjennomføring	6
2.4 Om å forske i egen organisasjon.....	6
2.5 Analyse	7
2.6 Validitet og reliabilitet.....	7
3.0 Teori	8
3.1 Hva er kompetanse:	8
3.1.1 Oppgaverelaterte kompetanseformer.....	8
3.1.2 Hovedkategori av kompetanseformer:.....	8
3.1.3 Mobilisering av kompetanse.	10
3.1.4 Mestringsorientert ledelse	11
3.1.5 Mestringsorientert støtte fra kolleger	11
3.2 Organisasjonstyper.....	12
3.3 Rammer for ledelse.	13
3.4 Nettverk.	14
3.4.1 Nettverks betydning for ledelse.	14
3.5 Koordinering.....	15
3.6 Organisasjonskultur.....	15
3.7 Ledelse i offentlig sektor.	16
3.8 Endringsledelse	17
3.8.1 Endring i kultur.	17
3.8.2 Lederens påvirkning av kulturendring	18
5.0 Drøfting	19
5.1 «Utsagn fra en av informantene er at helseforetakene og kommunene aldri har visst så mye om hverandre som de gjør nå.»	19
5.2 Utsagn fra en av informantene er «sykehuset har alltid vært en storebror»	20
5.3 «Samarbeid mellom ulike kulturer» er et utsagn som kommer fra informanten.	22
5.4 Lederen må ha erfaringskompetanse for å fylle lederrollen.....	26
5.5 Utsagn fra en informant er «Løfte blikket utover egen enhet både innad i kommunen og ut over kommune grensen.	28
5.6 Informantene sier at « lederer må legge til rette for å beholde ønsket kompetanse».	30

5.7 Det må jobbes videre med fagkunnskap, samhandlingskunnskap og helhetlige pasientforløp.	33
5.8 Informanten sier «Ledelsesaspektet blir ikke vektlagt nok da det har en tendens til å bli spist opp av trykket på økonomi».....	35
5.9 Fra den mobile pasient til den mobile behandler.....	36
6.0 Konklusjon.....	38
7.0 Litteraturliste.....	40

1.0 Innledning

Vi er to studenter som tar en master i helseledelse ved universitetet i Agder. Vi jobber som mellomledere i hjemmetjenesten i Skien kommune. Vi har også tidligere jobbet i sykehus og korttidsavdeling i samme kommune.

Vi har vært med i arbeidet med innføringen av samhandlingsreformen i vår kommune, og den er fortsatt i en begynner fase.

Stortingsmelding 47(2008/2009) sier at kommunene trenger økt kompetanse på alle nivåer i behandlingsskjeden, dersom samhandlingsreformen skal lykkes. Det skal være likeverdig samarbeid mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og det skal være et helhetlig pasient forløp. Fokuset skal være mere på forebygging og understøtte befolkningens ansvar for egen helse.

Pasienten skal bli behandlet og få pleie og omsorg så nær der de bor som mulig. Det skal være et større fokus på forebygging og rehabilitering deriblant hjemme rehabilitering. Det skal opprettes Øyeblikkelighjelp plasser i alle kommuner innen 2016. Skien kommune som vi jobber for har allerede slike plasser, det ble iverksatt i september 2013.

Det ble innført økonomiske sanksjoner overfor kommunene 1.1.2012 der kommunene må betale sykehuset 4000 kroner i døgnet når en pasient er definert ferdig behandlet på sykehuset, dersom kommunen ikke har et egna tilbud til denne pasienten.

Arbeidet med Samhandlingsreformen er basert på tre overordnede mål

Det er å etablere og strukturere organisasjonsformer og arbeidsmetoder som gjør tjenesten mere helhetlig og koordinert for brukerne.

Det er å redusere sykkelighet og øke egenmestring blant befolkningen, gjennom mere proaktivt og forebyggende arbeid.

Bruken av sykehustjenester skal reduseres ved at en større del av tjenestene blir levert mere kostnadseffektivt i kommunene.

Samhandlingen mellom sykehuset Telemark og de 18 kommunene i Telemark er organisert innenfor 4 regioner Vest- Telemark, Midt-Telemark, Øst- Telemark og Grenland.

I hver region er det etablert samhandlingsressurs som har ansvar for å følge opp og koordinere samhandlingen i regionene

Disse samhandlingskoordinatorene er finansiert gjennom et spleiselag mellom kommunene i regionene og Sykehuset Telemark.

I hver region ledes arbeidet av en styringsgruppe bestående av administrerende direktør ved Sykehuset Telemark og rådmennene i de aktuelle kommunene samt tillitsvalgte og en representant for brukerrådet.

Brukermedvirkning er viktig i dette arbeidet. Det er vedtatt prinsipper og retningslinjer for å sikre brukerinvolvering og medvirkning.

Vi har intervjuet tre samhandlingskoordinatorer i Telemark. Telemark hadde fire samhandlingskoordinatorer, en for Vest Telemark, en for midt Telemark, en for Øst Telemark og en for Grenlandsregionen. Etter hvert så har midt Telemark og Øst Telemark slått seg samme og har en koordinator. Derfor er det tre og ikke fire samhandlingskoordinatorer vi har intervjuet. Vi har også intervjuet en enhetsleder i en liten landkommune og en enhetsleder på i en bykommune.

Hvem skal definere om pasienten kan sendes hjem med hjemmesykepleie, eller om pasientene må ha et høyere omsorgsnivå i en institusjon. Her tror vi at mellomlederne blir sentrale aktører og hva fordres det av dem? Det skal tas avgjørelser som går på pasientens sikkerhet og kommunens økonomiske rammer. Er det slik at vi må tenke nytt se etter nye måter å jobbe på og hvordan kan vi få de ulike profesjonene med på en kulturendring. Det er her vi tror at det har blitt en endring før og etter innføring av samhandlingsreformen og at det har påvirkning på lederens utfordring. Hva er det som påvirker lederen til å endre på sin måte å lede på, hvilken kultur har satt seg.

Vi lurer på om økt kompetanse blant ansatte vil ha innflytelse på hvordan mellomledere skal lede sin enhet? Vil samhandlingen med likestilte parter påvirke hvordan lederen skal lede? Sykehuset har vært den sterke parten og sitter på mye medisinsk kunnskap og kunnskap om behandling, kommunene sitter på mye kunnskap om omsorg og om hvordan ivareta pasienten,

etter ferdig behandling på sykehus. Her er det et skjæringspunkt som vi tror vil påvirke utøvelse av lederskap.

Til daglig jobber vi som mellomledere i kommunehelsetjenesten i Skien kommune. Vi har begge daglig kontakt med sykehuset, for å gjøre overgangen ved innleggelse eller utskriving så forutsigbar og trygg for pasienten og dens pårørende, som mulig.

På denne bakgrunn er vår problemstilling: Stiller samhandlingsreformen, slik det erfares, nye og endrede krav til organisasjonen og til mellomledere i den daglige drift i kommunehelsetjenesten i Telemark.

2.0 Metode

2.1 Kvalitativ metode

For å svare på problemstillingen i denne oppgaven, har vi ønsket å få fram erfaringer fra relevante aktører som har sittet på mye kunnskaper og informasjon om de nye fordringer samhandlingsreformen gir, med hensyn til organisering og ledelse i daglig drift innenfor kommunehelsetjenesten. Vi søkte derfor etter nøkkelinformanter, det vil si intervjuer med 3 samhandlingskoordinatorer i Telemark samt intervju med 2 mellomledere i 2 forskjellige kommuner, en landkommune og en by kommune. Vi valgte nettopp disse nøkkelinformantene fordi de til daglig jobber med samhandlingsreformen.

Samhandlingskoordinatoren er nyopprettede prosjektstillinger som har til oppgave og koordiner arbeidet med å implementere samhandlingsreformen i Telemark. Det ble forventet at disse hadde spesielt mye kunnskap og innsikt om de pågående prosesser og endring som reformen bringer med seg.

Vi tenker at samhandlingskoordinatorerne som har vært med på å lage avtalene mellom sykehuset og kommunene i Telemark har mye kunnskap om hvordan samhandlingsreformen har endret seg siden den ble innført 1/1-2012. Mellomlederne tenker vi har erfaringer på hvordan det praktiske livet har endret seg etter innføring av reformen.

Ved å bruke kvalitativ metode vil vi få fram unike informasjon hos hver enkel informant som er intervjuet. Vi ønsker også å få tilgang til detaljer og nyanser som vi ser som viktig for at vi skal få et oversiktlig bilde av de pågående prosesser og endringer, og det fenomenet vi undersøker. De kvalitative intervjuene ble lagt opp som halvstrukturerte dybdeintervju. Der vi utformet en intervjuguide som ble sendt til våre informanter på forhånd slik at de kunne forberede seg på forhånd. Ved at de som blir intervjuet får spørsmålene på forhånd kan vi si at vi får en struktur på intervjuene som vil hjelpe oss til å holde fokus. Informantene vil få muligheten til snakke så fritt de ønsker rundt spørsmålene, og vi får forhåpentligvis reflekterte svar på de spørsmål vi ønsker svar på. Vi som intervjuer må også se at informantene er i en gitt kontekst og svarene som gis må sees i lys av den konteksten som informantene er i (Jacobsen 2005).

Det blir viktig for oss som skal analysere svarene å tenke at svarene vil representere en sannhet hos hver enkel informant, som må sees som unik dette er også en årsak til at vi valgte kvalitativ metode. Vi ønsket ikke å samle inn data for å finne ut om våre data er generelt gyldige. Vi ønsket heller å finne mening i hva som er rådene tanker rundt temaet om samhandlingsreformen stiller nye endrede krav til organisasjonen og ledelsen i kommunehelsetjenesten, i den daglige drift. Det er samtidig viktig å tenke på at vi som skal analysere svarene også har personlige verdier som vil være med å farge analysene (Jacobsen2005)

2.2 Utvelgelse av informanter

Hvem skal vi undersøke var et sentralt spørsmål. Vi valgte de 3 samhandlingskoordinatorene i Telemark ut av følgende kriterier. Samhandlingskoordinatorene har vært svært sentrale i jobben med å lage delavtaler mellom sykehuset og kommunene i Telemark, samtidig som de jobber tett inntil rådmennene i kommunene. Vi anser at samhandlingskoordinatorene har lengst erfaring med samhandlingsreformen i og med at de har vært med på å lage delavtalene mellom sykehuset og kommunene. Vi vil også finne ut hva slags erfaringer andre mellomledere har, som har arbeidserfaring før og etter samhandlingsreformen. Derfor intervjuet vi i tillegg til koordinatorene 2 mellomledere i kommunene. Vi valgte en fra by og en fra land for om mulig å øke kompleksiteten i oppgaven.

Til de tre koordinatorene sendte vi en E- mail med forespørsel om de kunne tenke seg å delta i et intervju. De fikk opplysninger om at oppgaven var meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)og at vi fulgte de regler for intervju som var beskrevet i deres prosedyrer. Vi fikk straks positive svar og tok nærmere kontakt for å avklare når og hvor intervjuene skulle finne sted. De 2 mellomlederne ble forespurt personlig da vi møtte de på noen felles arenaer. De var også straks positive til å la seg intervjuet.

2.3 Gjennomføring

Informantene fikk spørsmålene til intervjuene i forkant av intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert samme dag. Vi oppsøkte informantene på deres arbeidsplass. Det var ordnet med passende lokaler hvor intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser. Da alle hadde fått spørsmålene i forkant var det tydelig at de hadde forberedt seg godt og svarene kom på løpende bånd uten særlige tenkepauser. At spørsmålene var kjente fra tidligere kan ha ført til at vi mistet noe spontanitet i svarene som også kunne vært viktige for å få fram kompleksiteten i oppgaven.

2.4 Om å forske i egen organisasjon

Vi forsker delvis i egen organisasjon. Det blir både fordeler og ulemper av å gjøre det på denne måten. Fordelen er at man er engasjert i sin egen arbeidsplass, det kan også ha den ulempen at man blir for nærsynt, og dømmekraften blir preget av for mye subjektivitet. At vi kjenner språket i organisasjonen kan også være en fordel, en vil da kunne fange opp mange nyanser som en ikke kunne sett hvis en var en utenforstående. Det kan også være en ulempe siden vi fort kan glemme å dekode opplysninger for leserne (Repstad 1993).

Gjennom vår ledererfaring i kommunehelsetjenesten har vi opparbeidet lang erfaringen med å iverksette samhandlingsreformen. Vi er til daglig i kontakt med sykehuset og ulike instanser innen for kommunehelsetjenesten og kan kjenne hvor skoen trykker.

At vi kjenner informantene kan være en fordel ved at det er letter å komme med oppfølgingsspørsmål, der en merker at svarene ikke er så fyldige som en skulle ønske. En lokalkjent vil kunne improvisere nye spørsmål, som kan være med på å nyansere svarene. Det å være en del av organisasjonen vil også kunne oppfattes som tidsbesparende. Ved å kjenne organisasjonen kan en unngå å skrive noe som er direkte feil. Feilaktig informasjon vil kunne oppfattes, som «bensin» på bålet for de som eventuelt ikke er enig i konklusjonen i oppgaven. Oppgaven vil også da miste sin troverdighet.

Da en gjør intervju av informanter i egen organisasjon, kan det føre til at informantene ikke føler seg fri til å si hva han egentlig mener. Det er muligheter for å trække noen på tærne som kan være medvirkende til at informantene ikke føler seg fri. Det kan bli vanskelig å møte

kollegaer og overordnede i etterkant av intervjuene hvis ting har blitt sagt utfra strategiske hensyn (Repstad 1993).

2.5 Analyse

Vi transkriberte først alle opptakene. Deretter samlet vi meningsytringene pr informant. Vi har tatt utgangspunkt i utsagn fra informantene som vi har drøftet.

2.6 Validitet og relabilitet.

For at oppgaven skal bli valid er det viktig at vi beskriver vårt eget ståsted i oppgaven.

Samtidig må vi bruke fornuftig teori for å belyse problemstillingen (Jacobsen 2005). Vi jobber til daglig som mellomledere i hjemmetjenesten i Skien kommune.

Vi har intervjuet tre samhandlingskoordinatorer og to mellomledere. V valgte en mellomleder fra by og en mellomleder fra land for å se om det var ulikheter som kunne forklares ut fra ulik kontekst. Utvalget av informanter er lite så det kan ikke sies at de funnene som blir gjort i denne oppgaven kan være allmenngyldige(Jacobsen 2005).

3.0 Teori

Vi legger her vekt på Torodd Strand sin teori om organisasjon og ledelse, han beskriver fire ulike typer organisasjoner og i tillegg nettverksorganisasjon. Vi har også brukt Linda Lay sin teori om kompetanse. For å belyse endringer i organisasjon har vi også brukt Jacobsen.

3.1 Hva er kompetanse:

Kompetanse kan defineres som evner, holdninger og ferdigheter, som gjør det mulig å utføre oppgaver i tråd med definerte krav og mål. (Lina Lay 2013)

3.1.1 Oppgaverelaterte kompetanseformer.

Det florerer mange ulike begreper som handler om kompetanse. Det er for eksempel samhandlingskompetanse, endringskompetanse, handlingskompetanse og læringskompetanse. Når kompetanse blir definert som et potensial handler all kompetanse om endring, handling og læring. I delavtalene som er utarbeidet mellom sykehuset og kommunene er det lagt vekt på kompetanseoverføring, det legges blant annet til rette for hospitering, spesielt fra kommunehelsetjenesten og inn i sykehuset. Det burde også vært i motsatt retning fordi det er ulikt fokus på pasienten. Vil også tro at sykehuset kunne ha noe å lære av kommunehelsetjenesten, for å få en enda bedre felles forståelse av hverandres fokus og oppgaver.

3.1.2 Hovedkategori av kompetanseformer:

<i>Faglig kompetanse</i>	<i>Kompetanse som er direkte relevant for å kunne utføre gitte oppgaver og funksjoner på en faglig (yrkesmessig, teknisk, praktisk) fullgod og formålstjenlig måte.</i>
<i>Lederkompetanse</i>	<i>Kompetanse som er relevant for oppgavemessig, personalmessig eller strategisk ledelse, herunder beslutningstaking, organisering, måldefinering, motivering og tilrettelegging</i>

	<i>for måloppnåelse.</i>
<i>Personlig kompetanse</i>	<i>Kompetanse utover det reinte faglige, som på virker egen oppgaveutførelse isolert sett, herunder ansvarsfølelse, etisk bevissthet, fleksibilitet, nøyaktighet, kreativitet og evnen til ny -og egenutvikling</i>
<i>Sosial kompetanse</i>	<i>Kompetanse som er av betydning for samarbeid med andre, herunder kommunikasjon -og samarbeidsferdigheter, samt evnen til å utvikling i samarbeid med andre.</i>

Alle disse kompetanseformene av avhengige av hverandre. Når det gjelder lederkompetanse er det viktig både med personlig -og sosial kompetanse. Det hersker derimot tvil om det kreves faglig kompetanse for en leder. I mange organisasjoner betraktes det som en nødvendighet at lederen har relevant faglig kompetanse, og i kompetanseintensive organisasjoner er det en fordel at lederen har relevant kompetanse. Dette for å kunne ha legitimitet intern, og for å kunne lede arbeidet på en godt tilpasset måte.

For at organisasjonen skal kunne oppnå ønskede resultater, er det viktig å ta hensyn til at kompetansen er en sårbar ressurs som hverken eies av organisasjon, eller kan lagres om og spares på vanlig måte. Siden kompetanse er så viktig for en organisasjon er det viktig å ta klare prioriteringer når det skal satses på kompetanse. (Linda Lai 2013). Har kommunene denne kompetansen for å kunne betjene, de nye utfordringene? Er det i forkant at samhandlingsreformen gjort strategier for å få på plass nødvendig kompetanse i organisasjon? I noen organisasjoner er det enkelte oppgaver og funksjoner som kan utførers av personer som innehar generell kompetanse eller basiskompetanse og det er noen oppgaver som må utføres av personer med spisskompetanse. Eksempel på basiskunnskap er grunnutdanning på et fagfelt. Spisskompetanse er kompetanse på et høyt faglig nivå, med høy grad av spesialisering.(Lina Lai 2013). I kommunehelsetjenesten er hovedfokuset på generell kompetanse. Det er også mange ufaglærte, og noen har spesialkompetanse.

3.1.3 Mobilisering av kompetanse.

All kompetanse som en medarbeider innehar, må mobiliseres gjennom relevante oppgaver og utfordringer, for å kunne bidra til måloppnåelse i organisasjon. Tiltak for å sikre kompetansemobilisering er på mange måter den viktigste strategien når en organisasjon skal jobbe med kompetanse. Likevel viser studier fra organisasjoner i Norge både private og offentlige organisasjoner, at medarbeiderne ikke får brukt sin kompetanse på en hensiktsmessig måte. I noen organisasjoner kan det være opp til en fjerdedel av medarbeiderne som har uutnyttet kompetansepotensial.(Linda Lai). Dette medfører negative opplevelser for organisasjon som helhet, for den enkelte medarbeider og for enheten som vedkommende jobber i. Noe av grunnene til dette er at organisasjonene har betydelig fokus på å anskaffe medarbeidere med høy kompetanse, men hvordan bruke denne kompetansen på best mulig måte, får et mindre fokus.(Lind Lai 2013). I høstens statsbudsjett er det forslag om å bevilge penger til masterutdanning for sykepleiere, hvilke oppgaver skal sykepleiere med masterutdanning utføre i primærhelsetjenesten. Er primærhelsetjenesten rustet / organisert for at en slik utdanning kan bli brukt maksimalt. Eller er det for å vise at vi har så mange personer med en slik utdanning.

For at en medarbeider skal får brukt sin kompetanse på best mulig måte, er det ulike faktorer som spiller inn, det er viktig å få brukt den individuelle kompetanse. Ny forskning viser at mange av de faktorene som er mest avgjørende ligger på nærmeste leder, på arbeidsmiljøet og hvordan organisasjonen er organisert. Kompetansemobilisering er et ledelsesansvar.

Ny forskning viser at, det er noen faktorer som er viktige for at medarbeiderne skal få mulighet til kompetansemobilisering, mestringsorientert ledelse er en av faktorene (Linda Lay) Hvilken oppfatning og tillit medarbeideren har til sin egen kompetanse og sine egne forutsetninger til å løse en oppgave. Mestringstro er en holdning som medarbeideren har som er en del av kompetansepotensialet. Medarbeidere med høy mestringstro yter mere enn de med lav mestringstro, selv om kunnskaper ferdighet og evner er like eller dårligere.

For å kunne øke en medarbeiders mestringstro, er det viktig med ros og oppmuntring, og å gi medarbeideren opplevelse av mestring, mestringserfaring. Gode rollemodeller er en annen viktig innfallsvinkel, kolleger som kan inspirere og som selv yter, kan være gode rollemodeller (Linda Lai). Dette er et viktig aspekt ut på enheten, medarbeiderne blir pålagt

mere omfattende og endrede oppgaver. Det blir satt større krav til faglig kompetanse når brukerne er dårligere, og ikke minst kravet om å kunne følge opp nye IKT løsninger som for eksempel e-meldinger.

3.1.4 Mestringsorientert ledelse

Det er i første rekke et lederansvar og legge til rette slik at medarbeiderne får brukt sin kompetanse på best mulig måte, for å kunne oppnå organisasjonens målsetting, og verdiskapning. Det finnes funn fra ulike norske organisasjoner der det vises at lederadferd er helt avgjørende for om medarbeideren for brukt sin kompetanse på en best mulig måte. I organisasjoner spesielt de som er kompetansekrevende er det lite hensiktsmessig og være en dikterende, kommanderende og autoritær leder. Autoritær ledelse øker motstand og aggresjonsnivå og turnover blant medarbeiderne, og det ytes mindre når oppgavene er komplekse og kompetansekrevende (Lina Lai 2013). Disse effektene har sammenheng med at autoritær ledelse ikke legger til rette for medarbeidernes behov for autonomi og mestringsstro. Derimot er ledelse som legger vekt på støtte til mestring og utvikling, mere effektiv for å oppnå bedre motivasjon og ytelse. Har enhetslederne i kommunes helsetjenesten nok handlingsrom og autonomi til å kunne motivere medarbeidere til å kunne ta god faglige avgjørelser, eller blir det mye instruksjoner. Er det god nok kompetanse på enhetene eller må mye av denne kompetansen ligge på lederen.

3.1.5 Mestringsorientert støtte fra kolleger.

Funn fra en rekke studier viser at mestringsorientert støtte fra kolleger er viktig for å få en høy kompetansemobilisering. Sammen med mestringsorientert ledelse forklarer mestringsorientert kollega støtte opp mot halvparten av variasjonene i individuell kompetansemobilisering.

En god forvaltning av tilgjengelig kompetansekapital er det som i størst grad er avgjørende om man lykkes med kompetanse. Det er først når kompetanse som er anskaffet og utviklet blir mobilisert, at den gir avkastning. Høy kompetansemobilisering gir mange positive effekter både for organisasjon, enkeltmedarbeidere og arbeidsgrupper. Lav mobilisering av relevant kompetanse har mange negative effekter og verdilekkasje. Tilrettelegging for kompetanserealiserings bør ha kontinuerlig fokus i kompetansearbeid. (Lina Lai 2013)

3.2 Organisasjonstyper

Torodd Strand beskriver fire typer organisasjoner som har ulik påvirkning på ledelse i sin bok (Strand 2007).

Byråkrati

Ekspertorganisasjon

Entreprenørorganisasjon

Gruppeorganisasjon

Byråkratier er organisasjoner der det er flere nivåer. Det er gjerne skrevne regler, en stor del spesialisering og det en formell autoritet i på toppen. Arbeidsprosesser som skal utføres i underliggende ledd blir styrt fra toppen.

Ekspertorganisasjon har færre nivåer, de ansatte i en ekspertorganisasjon er ansatt på grunn av sin erfaring, yrkesmessige status og på grunn av sin dokumenterte fagkunnskap.

Arbeidsprosessene styres av ansattes ekspertkunnskaper og de faglige normene som er akseptert i profesjonene. Eksempel på ekspertorganisasjon er blant annet sykehusene. Det er profesjonene som leger og sykepleiere som har en kompetanse som organisasjonen er helt avhengig av for å kunne løse de oppgavene som organisasjonen står overfor.

Strand påpeker at sykepleiere ikke har full profesjonsstatus fordi utdanningen er noe korter, han kaller det halvprofesjon status. I en ekspertorganisasjon er det gjerne den mest erfarne innen for sitt felt som leder produksjonene (Strand 2007). I hvilken grad er det mulig å kalle helse og omsorgstjenesten i en kommune for en ekspertorganisasjon? For å kunne løse de oppgavene som denne tjenesten står overfor trengs det ansatte med spesiell fagkompetanse, men det er også oppgaver som kan løses uten spesielle fagkunnskaper.

Entreprenørorganisasjon har lite faste strukturer, de har størst fokus på de spesifikke oppgavene som skal utføres. Hovedfokuset i entreprenørorganisasjon er om det finnes

muligheter og trusler fra omverden. Ledelse her karakteriseres av prosjektarbeid (Strand 2007).

Gruppeorganisasjon utgjør et kollektiv der medlemmene innretter seg etter det kollektive presset som er i gruppen. Eksempel kan være selvstyrte arbeidslag og prosjektgrupper. Det er ofte direkte samtaler, fordi det kan være kompliserte saker som skal løses. I helsesektoren kan vi se dette, der grupper og enheter skal løse sammensatte og til dels kompliserte saker. Det er sjelden at disse organisasjonsformene framstår i rendyrkede former. Det er heller vanlig, med blandingsformer i et moderne samfunn.

Blanding av organisasjoner er også vanlig i nyere måter å organisere på, ulike organisasjoner går sammen om et nettverkssamarbeid. Det karakteristiske ved nettverksorganisasjoner er at de enkelte delen har betydelig selvstendighet. Nettverksorganisasjoner bidrar somregel med spesifikke spesialiteter (Strand 2007).

3.3 Rammer for ledelse.

<p>Gruppeorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape og vedlikeholde relasjoner • Samstemmighet • Identitet og motiver <p><i>Hvem er vi, hvordan og hvorfor?</i></p>	<p>Entreprenørorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere trusler og muligheter • Velge arbeidsfelt • Resultatskapning • Rettferdiggjøring <p><i>Hvordan overlever vi, hva oppnår vi?</i></p>
<p>Byråkrati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kjenne og håndheve regler • Tilpasse regler og systemer • Unngå feil og forstyrrelser <p><i>Arbeider vi systematisk og riktig?</i></p>	<p>Ekspertorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere mål for prestasjoner på standard for adferd • Sørgje for problemløsning og resultater for klient/kunde <p><i>Greier vi å lever løsningene?</i></p>

Nettverk

- *Knytte sammen bidragsytere til gjensidig nytte.*
- *Optimalisere den enkeltes muligheter til å utnytte side fortrinn.*
- *Analysere delenes bidrag i verdikjeden.*

Er vi sammensatt på en slik måte at vi enkeltvis og til sammen får fortrinn?

Dette illustrer oppgavene til lederen i de ulike organisasjonene. Men på hvilken måte lederen fyller det kravet som stilles til stillingen i de ulike organisasjonene, er avhengig av lederens preferanser og personlige tilbøyelighet. Det er av den grunn ikke alltid at lederoppgavene samstemmer med det oppsatte skjemaet. Det vil som regel gå i hverandre avhengig av hvilke deler i organisasjonen som fungerer eller ikke.

3.4 Nettverk.

Nettverkstankegangen setter relasjoner og kontaktflater i fokus. Det blir utarbeidet samarbeidsavtaler og allianser, et eksempel på dette er samarbeidsavtalene med sykehuset og kommunene i Telemark. Disse alliansene skal gi kostnadsbesparelse og større fleksibilitet. (Strand 2007). Ikt løsninger som e-meldinger gjør at kommunikasjon, kontakten mellom sykehus og kommune blir bedre, og det er en del av et nettverk. Når samarbeidsavtalen ble laget var samhandlingskoordinatorene med og utarbeidet disse avtalene sammen med rådmennene i kommunene og direktøren på sykehuset. Her ble det opparbeidet kontakt og samarbeid som ikke har vært til stede i samme grad før samhandlingsreformene.

Governance er samarbeid og organisering på tvers av institusjoner, dette er nettverk som gjør endring i offentlig styring og forvaltning.

3.4.1 Nettverks betydning for ledelse.

Nettverkets utfordringer blir først og fremst å koble sammen ulike organisasjoner og aktiviteter. Lederrollen i et nettverk blir mere å se nye veier og prøve ut muligheter og forbindelser. Det gjelder å være en kommunikator som kan vedlikeholde de ulike koblingene, for å unngå brudd. Se til at det er møteplasser for å vedlikeholde et godt samarbeid. Lage

kontrakter som må vedlikeholdes er en viktig del i nettverksledelsen. Det må også være en portvokter eller kontrollør, som må passe på at avtaler blir holdt og vedlikeholdt (Strand 2007).

3.5 Koordinering

Styringsmekanismer som kan bidra til koordinering er, hierarki, marked og nettverk. Top-down styring beskriver hierarki, bottom-up strategi beskriver nettverk, marked beskriver incentiver. Organisatoriske virkemidler for koordinering er for eksempel reorganisering og endring av ansvar, det kan være etablering av koordineringsfunksjoner. Det utarbeides systemer for informasjonsutvikling. Til et nettverksarbeid kommer det vanligvis transaksjonskostnader, det vil si kostnader som kommer som følge av for eksempel møtevirksomhet og økt koordineringsbehov. (Torjesen/ Vabo kap.9, Velferdens organisering 2014)

3.6 Organisasjonskultur

For å forstå organisasjonskultur må vi ha oppmerksomhet på normer, verdier og relasjoner mellom mennesker og hvordan adferd og gjenstander blir tolket (Strand 2007).

Det er ulike kulturer i de ulike organisasjonstypene, her blir det tatt utgangspunkt i ekspertorganisasjon. Verdier i en ekspertorganisasjon for eksempel sykehus, og her må det også tas utgangspunkt i kommunenes helse og omsorgsavdeling, hvor vidt det kan defineres som en ekspertorganisasjon er uklart i teorien. Men her blir kommunenes helse og omsorgsavdeling definert som en ekspertorganisasjon. Verdier i en ekspertorganisasjon som sykehus er helbredelse, omsorg og lindring og arbeidet utføres av profesjonelle og halvprofesjonelle i følge Strand sin definisjon på sykepleiere. Språket i sykehuset og i kommunehelsetjenesten er spesialisert og kan være vanskelig og forstå for utenforstående, men det er en felles forståelse blant medarbeiderne, til en vis grad. Det er legene som har mest tillit fra pasientene, yrkesidentiteten og den indre kulturen speiler de forventningene samfunnet har til profesjonene. Legene sin rolle i kommunehelsetjenesten er noe annerledes enn i sykehuset for i kommunen er legen både kommunalt ansatt og private aktører, men de er en del av kommune helsetjenesten.

3.7 Ledelse i offentlig sektor.

Det finnes ulike perspektiver på ledelse. Ledere er organisasjonsmedlemmer som har ansvar for andres arbeid, ledere har tillit og ansvar for å gjøre noe på vegne av organisasjonen (Strand 2007)

Det har siden 1980 årene vært økende fokus og en sterk tro på ledelse. Samtidig har det vært flat struktur i kommunene, med rådmann som øverste ledd. Enhetsleder har ansvar for fag, folk og penger.

Strand(2007) påpeker at managerialismen er en teoriretning som gir lederen stor kyndighet i hvordan organisasjonen skal styres. Slik som resultatene fremstår, ser vi sterke innslag av managerialisme, der lederposisjon og styringssystemene er innrettet på kontroll og måloppnåelse.

Dette ledelsesprinsippet har vokst fram fra ideretningen New Public Management (NPM). Eier av organisasjon blir i dette tilfellet politikere, som legger fram krav om måloppnåelse og dokumentasjon. NPM Har medført et nytt mentalt bilde for ledelse av offentlig sektor, fra regelorientert til økonomisk vekst og kundefokus.

I St. melding nr.16 (2010-2011) kapitel 9.2 står det at ledere i omsorgssektoren rekrutteres ofte fra fagfeltet og mangler formell lederkompetanse. Det er avsatt egne midler i det såkalte kompetanseløftet 2015 for å utvikle og distribuere en praktisk lederopplæringspakke for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommune sektorens organisasjon (KS) vil sammen med regjeringen legge til rette for å stimulere til kompetanseutvikling, og til å bygge opp egne kommunale nettverk på dette feltet. Dette viser at fra sentralt hold tas initiativ til å styrke de kommunale lederne innen helse- og omsorg.

3.8 Endringsledelse

Planlagte endringer må til når omgivelsene eller føringene for hvordan en skal drive organisasjonen endres. Internasjonale endringer finner sted fordi personer eller grupper av personer har analysert situasjonen og funnet ut at den ikke er tilfredsstillende (Jacobsen 2011). Samhandlingsreformen er et eksempel på dette.

Drivkreftene for endring er å tilpasse seg markedet. Vi har hatt en drivende utvikling innen IKT, dette fordrer at både privat og offentlige sektor må tilpasse seg nye måter å jobbe på innenfor kommunikasjon og informasjonsutveksling. Dette sier (Jacobsen 2011) er den drivkraften som har blitt tillagt størst vekt både i privat og offentlig sektor. Drivkreftene kan være demografisk endringer, som for eksempel økt levealder og endring i befolkningsvekst og sammensetning.

I endringsarbeid er det et tidsperspektiv, på hvilke måte skal det gjøres og hvilke tiltak kommer først og sist. Jacobsen sier at det helt grunnleggende i endring er at det er en prosess som berører mennesker. For å få til en endring som gjør at man endrer adferd, må mange mennesker gå med på endring. Endring er ikke abstrakt for den enkelte ansatt, men det er rett og slett et krav om at en slutter å gjøre noe en har gjort og begynner å gjøre noe nytt og annerledes.

3.8.1 Endring i kultur.

Maktforholdet i en kultur kan ha stor betydning for å få til endring, dette spesielt i profesjonelle byråkratier. Profesjonelle byråkratier kjennetegnes ved at den formelle makten ligger hos profesjonene, i sykehus og kommunehelsetjenesten ligger det hos legene, sykepleierne og helsefagarbeiderne. Det arbeidet som blir utført av spesialister og av profesjonelle er komplekse oppgaver og problemstillinger, og det er vanskelig å vurdere for andre. Dette medfører at det kan være vanskelig for ledelsen og vurdere om det har skjedd en endring (Jacobsen 2011).

Den kulturen som er i sykehuset og delvis er i kommunehelsetjenesten er kulturer som er vanskelig å endre radikalt, det må gjøres gradvis. Organisasjonskultur er ikke statisk det vil si

at det går an å endre på. Nye samhandlingsformer, ytre trykk og kriser kan ha en påvirkning for å kunne endre organisasjonskultur (Strand 2007). Toppledelsen eksempel politiske vedtak kan spille en avgjørende rolle i kulturforandringer som kan knyttes direkte til økonomiske intensiver eller resultater. Samhandlingsreformen er et eksempel på dette. Norge bruker alt for mye penger på helse hvordan skal det gjøres billigere, det blir billigere dersom kommunene tar over noen av sykehuset sine oppgaver.

3.8.2 Lederens påvirkning av kulturendring.

Lederen er vanligvis en del av kulturen i organisasjonen, og kulturen kontrollerer lederen like mye som lederen har kontroll på kulturen. Dette kan ha både en begrensende og en fordel for å få til endring. Fordelen kan være at lederen har legitimitet ved å være en del av organisasjonskulturen. Det er godt mulig å påvirke og endre kulturen i en organisasjon, det kan designes verdier og normer som bygger oppunder organisasjonens mål. Men kulturer tar tid å endre.

Kulturendring er en læringsprosess, skal man lære en kultur eller justere en kultur må man gå gjennom flere steg (Jacobsen 2011). Men med tanke på innføring av samhandlingsreformen, er det ikke bare en justering av den historiske kulturen, det er også flere og mere kompliserte oppgaver som blir tillagt kommunene, som er helt nytt. Det må endres på tankemønster både innad i kommunehelsetjenesten og i samarbeidet med sykehuset for å kunne løse oppgavene til det beste for pasientene i kommunene.

Jacobsen (2011) påpeker to sentrale endringsstrategier, strategier E og O. disse to strategiene egner seg under ulike forhold. Strategi E passer der det er større endringer av formelle strukturer og O der en er opptatt av og endre hele organisasjonene gjennom eksperimenterende og demokratiske prosesser. I intensjonen bak samhandlingsreformen finnes det argumenter både for E -og O strategien. Retorikken rundt innovasjon og retningsreform går i retning av strategi O, der kommer også kulturendring innunder. Strategi E er brukt i selve bestemmelsen av samhandlingsreformen, at det er økonomiske insentiver og det er lovendringer. Hvordan kommunene skal gjennomfør og implementere bestemmelsene heller til bruk av en strategi O.

5.0 Drøfting

5.1 «Utsagn fra en av informantene er at helseforetakene og kommunene aldri har visst så mye om hverandre som de gjør nå.»

Samhandlingsreformen ble innført i Norge 1/1-12. Den kom i gang på grunn av statlig føring. Som alle andre politisk vedtatte reformer er den en top-down reform, dvs. at staten pålegger kommuner og helseforetak å samarbeide. Samhandlingsreformen er et pålegg fra staten som består av samarbeidsavtaler, kommunal med finansering og kommunale dagbøter. Grunnen til denne endringen er at Norge bruker for mye penger på helse, det forventes en stor økning av eldre mennesker i befolkningen og det var behov for endringer, håpet er at det skal være økonomisk lønnsomt og at kvaliteten på tjenestene skal bli bedre for pasientene. Jacobsen sier at en av drivkreftene for endring er å tilpasse seg markedet (Jacobsen 2011). Dette er typisk for byråkratiet, arbeidsprosesser som skal utføres nedover i organisasjonen, blir styrt fra toppen. (Strand 2007).

Jacobsen beskriver noe av dette i sin bok om endringsledelse. Han påpeker to strategier i endring «E» og «O.» (Jacobsen 2011) Strategi E er brukt i innføring av samhandlingsreformen, E blir brukt ved større endringer av formell struktur, hvilket man kan si at samhandlingsreformen er.

Her blir kommunen pålagt endrede oppgaver ved at flere pasienter skal bli behandlet i sin kommune, samt at det er formelle avtaler mellom helseforetakene og kommunene. Dette samarbeidet, er for så vidt ikke nytt, men det er i større grad formalisert gjennom bindende avtaler som nå er lovpålagt. Kommuner og sykehus har nå med andre ord fått pålegg om kontraktfestet samarbeid. Dette kalles i litteraturen for mandatorisk samarbeid eller oppdragsnettverk (Torjesen og Vabo 2014).

Her kan en vise til nettverkstankegangen i teorien allianse, relasjoner og kontaktflater blir satt i fokus (Strand 2011). Samarbeidsavtalen og opprettede stillinger med samhandlingskoordinatorene i regionene er eksempler på hvordan en oppretter koordinator roller og koordinerende enheter. Disse er på nasjonalt nivå, i helseforetakene og lokalt i

kommunene. Nasjonalt nettverk skal støtte opp under arbeidet med reformen gjennom informasjon og rådgivning til kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner (Torjesen og Vabo 2014). Strand sier også at nettverk er å *knytte sammen bidragsyttere til gjensidig nytte*. Når en skal knytte sammen bidragsyttere, kan man si at det må skje en koordinering. Torjussen og Vabo peker på at grunnlaget for koordinering i hierarki er at samarbeid styres gjennom pålegg. Staten har pålagt helseforetakene og kommunene om å lage samarbeidsavtaler.

I følge utsagn fra informantene har dette gitt positive resultater.

Kort sagt har pålagt samarbeid bidratt til at helseforetakene og kommunene har mer kunnskap om hverandre enn tidligere.

5.2 Utsagn fra en av informantene er «sykehuset har alltid vært en storebror»

I følge delavtalene som er utarbeidet mellom Sykehuset Telemark og kommunene i Telemark er det lagt inn i eget punkt at sykehus og kommune er likeverdige parter, som i samarbeid skal finne gode løsninger for pasientens beste. Vanlig praksis før samhandlingsreformen har ofte vært at sykehuset har satt en standard for pasienten som kommunen hadde til vane å etterleve. Med tanke på samhandlingsreformens innføring er det sannsynlig å anta at denne formen for samarbeid skulle opphøre. Erfaringer viser at i forhandlingene om avtalene har sykehusene betydelig mer kompetanse og ressurser, men der kommunene har gått sammen i regionale forhandlingsutvalg har kommunen oppnådd bedre likevekt i forhandlingene med helseforetakene (Torjesen og Vabo 2014).

Hvis vi kaller sykehuset for et byråkrati innebærer det at de har en stor del spesialisering og en formell autoritet på toppen. For kommunene kan dette framstå som autoritært og styrende. Sykehuset er ofte kalt en ekspertorganisasjon. Ekspertorganisasjoner styres av sine faglige normer som er akseptert i profesjonene (Strand 2007). I kommunene er ofte samarbeidspartene til sykehuset en gruppeorganisasjon. Denne organisasjonen kjennetegnes ved at det er komplekse og sammensatte saker som skal løses. Kommunikasjonen er ofte direkte tale, men de etterlever også kravet om dokumentasjon.

Ved et samarbeidsmøte på sykehuset ble det satt en standard for pasienten ved at sykepleier startet møtet ved å si at alle på avdelingen mente at pasienten måtte få et korttidsopphold. Det ligger stor makt i denne uttalelsen da både pasienten og pårørende er vant til at sykehuset med sine ekspertuttalelser har rett. Selv om kommunen kommer med sine tilbud om hva som kan organiseres av hjelp i hjemmet, så vil standarden være satt på en slik måte at det ikke er mulig å få til en hjemreise før et korttidsopphold er gjennomført. Pasienten kan da bli en overligger på sykehuset som vil oppta en dyr seng samtidig som kommune må betale 4000 kroner døgnet pr overliggerdøgn. I slike situasjoner kan det være viktig at de som skal samhandle har evner, holdninger og ferdigheter som gjør det mulig å utføre oppgaver i trå med definerte krav og mål (Linda Lai 2013).

Kunne nettverkstenking ført til at denne saken kunne vært løst på en annen måte?

Hvis vi tenker at bidragsyterne knyttes sammen til gjensidig nytte som er en av grunnpilarene i nettverkstenkingen, vil det da være mulig at det kommunen kan komme med av løsninger, kan være til nytte for pasienten og sykehuset. Antall besøk kan økes, hjelpemiddel kan bestilles, rett kompetanse hos personalet kan organiseres. Og en ledelsestenking som optimaliserer den enkeltes mulighet til å utnytte sine fortrinn i samarbeidet rundt pasienten, kan være til stor nytte (Strand 2007).

At pasienten da kommer til eget hjem kan være det beste for pasienten i en periode. Hvis svikten hos pasienten er så stor at det ikke er forsvarlig at pasienten er hjemme så kan det være aktuelt at pasienten kommer på en korttids plass eller et sykehjem, hvis det er pasientens vilje.

Forsvarlighet har ansatte i kommunen ofte lang erfaring med å vurdere. Forsvarlighet vurderes som oftest opp mot kognitivt funksjonsnivå og/eller ernæringsstatusen til pasienten. For sykehuset vil det også være til nytte at pasienten kommer hjem da det er med på å redusere ventetiden for de som trenger behandling.

Ut fra delsavtalene mellom sykehus og kommune kan vi ved dette eksemplet se at organisasjonsformen har en stor betydning for måten det tenkes på, når samarbeid skal finne sted. Hvis ikke nettverkstenkingen er lagt til grunn både fra sykehusets side og kommunens side vil det være vanskelig å snakke sammen som likeverdige parter. Delavtalen som beskriver sykehus og kommune som likeverdige parter i samarbeid vil da miste sin

troverdighet. Nettverkstenking er helt nødvendig for at alle parter skal ha nytteverdi av samarbeidet.

5.3 «Samarbeid mellom ulike kulturer» er et utsagn som kommer fra informanten.

Tradisjonelt sett har sykehuset hatt en rolle hvor de har bestemt hva slag omsorgsnivå pasientene trenger etter utskrivelse. Etter samhandlingsreformen ble innført er det bestemt at helseforetakene og kommunehelsetjeneste er likeverdige parter.

Ja, man kan si at utgangspunktet for samhandling mellom helseforetakene og kommunen i første rekke er likeverdige. Men det er en grunn til at dette blir presisert som et svært viktig punkt i samhandlingsreformen. Tradisjonelt sett operer helseforetakene og kommunene under ulike kulturer, de har blant annet ulike tilnærminger og oppgaver i forhold til sine pasienter. Strand påpeker at det er ulike kulturer i de ulike organisasjonene (Strand 2007). Sykehusene er organisert i avdelinger etter diagnoser og hver avdeling har sin spesialitet og spisskompetanse på sitt område. Kommunen sin organisering er generell og fokuset blir pasientens funksjon og omsorgsbehov. Strand definerer sykehuset som en ekspertorganisasjon, de ansatte i en ekspertorganisasjon er ansatt på grunn av sin yrkesmessige status og på grunn av sine dokumenterte fagkunnskaper. Leger og sykepleiere er eksempler på dette, de innehar en fagkunnskap som sykehuset er helt avhengig av for å kunne sørge for resultater og problemløsninger for sine pasienter.

Helse -og omsorgsavdelingene i kommune er organisert noe annerledes, det er mer generalisering av oppgavene som skal løses, men det er noen oppgaver som krever høyskoleutdannede til å løse, som sykepleiere og vernepleiere. I følge Strand finnes det gruppeorganisasjoner i helsesektoren, eksempel på gruppeorganisasjoner er selvstyrte arbeidslag, grupper og enheter som sammen skal løse kompliserte saker. Sykepleiere er en nøkkelforprofesjon i kommunehelsetjenesten, men på grunn av at sykepleieren har en kortere utdanning får denne profesjon en halvprofesjonstatus (Strand 2007). Fastleger som er svært viktige i dette samarbeidet er ansatt i kommunen, men er også selvstendig næringsdrivende

med sin egen legepraksis. Det er mange kulturer som skal samarbeide, på et likeverdig grunnlag.

Delavtalene setter standarden for hvordan samarbeidet skal foregå. Men kulturen i de ulike organisasjonene må justeres. For å kunne forstå organisasjonskultur må vi ha oppmerksomhet på normer, verdier og relasjoner mellom mennesker og hvordan atferden blir tolket (Strand 2007).

Informantene sier at ulike kulturer som skal samarbeide er den største utfordringen. Dette er en utfordring ikke bare for lederen, men for alle som jobber i kommunen.

Lederen som er nærmest praksisfeltet, kjenner spesielt på denne utfordringen fordi dette er så å si daglige problemstillinger.

Maktforhold i en kultur kan ha stor betydning for få til endring, dette spesielt i profesjonelle byråkratier (Jacobsen 2011) Både sykehuset og kommunene er profesjonelle byråkratier, den formelle makten ligger hos profesjonene. Det er legen og sykepleierne som utgjør denne makten i organisasjon, der vi helt klart kan se at det er legen som har den størst maken. «legen vet best» Det arbeidet som blir utført av profesjonelle er komplekse oppgaver og problemstillinger og det er vanskelig og vurderer for andre. Dette medfører at det kan være vanskelig for lederen og se om det har skjedd en endring (Jacobsen 2011).

Et eksempel på makt i en kultur, kan være en utskrivningsklar pasient. Sykehuset definerer pasienten ferdigbehandlet og overlegen på sykehuset ringer egenhendig til kommunens bestillingskontor i dette tilfelle, og meddeler at denne pasienten ikke kan hjem, så kommunen må finne en korttidsplass til denne pasienten. Legen har gått utenfor alle fastsatte rutiner, delavtalen for utskrivningsklare pasienter er ikke fulgt. Dette er å utøve makt, kommunen hadde ikke i dette tilfellet fått gjort sin funksjonsvurdering av pasienten og uttalt seg om hvilket omsorgsnivå kommunen har vurdert for denne pasienten. Det er tross alt kommunen som kjenner pasienten best og kan se hele konteksten i en hjemmesituasjon. Dette er informasjon som kommunen må gi sykehuset og sykehuset må ta det på alvor.

Hvilken påvirkning har lederen for å bidra til endring av kultur i organisasjonen? Lederen er vanligvis en del av kulturen i organisasjonen, og kulturen kontrollerer lederen like mye som lederen har kontroll på kulturen. Fordelen med dette kan være at lederen har legitimitet ved å

være en del av organisasjonen (Jacobsen 2011). Det kan sies at ingen har større legitimitet i sykehuset enn det legene har, og legenes status ligger i profesjon og ikke i lederrollen, og dette kan være en utfordring for å få endret på kulturen.

I kommunene har legen en helt annen rolle, samarbeidspartene i kommunens pleie- og omsorgsavdeling, blir som oftest styrt av en sykepleier, men ikke alltid. Det kan ligge en skjevhet her når de ulike partene i samarbeidet ikke har lik legitimitet. Det kan føre til maktutøvelse som vist i eksemplet over.

Jacobsen påpeker at endring av kultur er en læringsprosess, det innebærer at skal man lære eller justere en kultur må det skje gjennom flere steg. I samhandlingsreformen er det ikke bare justering av historisk kultur, men det er flere og mer kompliserte oppgaver som blir pålagt kommunene.

Det fører til at det må tenkes nye tanker for hvordan dette skal løses, i en slik prosess der det må endres på kultur, er det Jacobsen sin strategi O som kan brukes. Hvordan nye oppgaver skal gjøres og hvordan samhandlingsreformenes avtaler og intensiver skal forankres i organisasjonene.

En annen viktig endring i kulturen fra kommunenes side er, bruk av øyeblikkelighjelp-plasser, og her har fastlegen en viktig rolle.

En av informantene sier at bare å få fastlegene til å legge inn pasienter på kommunes øyeblikkelighjelp-plasser er en utfordring. Har legen selv tillit til kommunens plasser, og har pasienten tillit til at kommunen kan gi et likeverdig tilbud i likhet med sykehuset. Vår erfaring med den første tiden etter en av de store kommunene i Telemark hadde åpnet øyeblikkelighjelp-avdeling, så måtte hjemmesykepleien tipse fastlegen eller legevaktslegen om denne avdelingen kunne være et alternativ i det enkelte tilfellet.

Kommunelegen hadde også en meget viktig rolle her, som han tok på alvor.

Her har også lederen for sin enhet i hjemmesykepleien et ansvar, for å kunne støtte sine ansatte i å endre på tankegangen, at det ikke alltid er sykehuset som er den beste plassen for pasienten, men at kommunene har tilbud som kan være like bra.

Informantene sier også at de pasientene som kommer hjem, er sykere og trenger mer omfattende hjelp, de blir også skrevet ut fra sykehuset mye fortere.

Dette medfører at personalet i hjemmetjenesten og institusjoner må endre på sine rutiner, hjemmetjenesten har alltid vært fleksibel og grenseløs, men når pasientene er dårligere må det

settes inn mer ressurser. Dette er også en utfordring for lederen som må støtte opp om mestring av situasjonene. Det er også viktig for lederen og minne de ansatte på at partene er likeverdige. Men det ligger også et annet aspekt her som er viktig til enhver tid å vurdere, og det er det økonomiske aspektet og det faglig forsvarlige aspektet.

Her ligger det et stort ansvar på nærmeste leder, sammen med sine ansatte på avdelingen. Dilemmaet blir, har kommunen kapasitet til å ta imot denne pasienten og gi den hjelp som er faglig forsvarlig? Eller må det bli en overligger på sykehuset som det må betales døgnpris for? Her må lederen bruke sin faglige kompetanse og sin lederkompetanse. Linda Lai beskriver fagkompetanse som å utføre oppgaver og funksjoner på en faglig fullgod og formålstjenlig måte. Her må lederen også bruke sin lederkompetanse som er relevant for oppgaven, og i dette tilfelle må det tas en beslutning om pasienten kan tas vare på av kommunen eller om det blir en overligger. Det vil uansett bli en økonomisk konsekvens, både for sykehuset og kommunene.

For å forstå kultur må lederen ha fokus på normer, verdier og relasjoner (Strand 2007), og for å få denne forståelsen av hverandre, må det skapes møteplasser for sykehusets ledere og kommuneledere. Strand påpeker at utfordringer for nettverksledelse er å koble sammen ulike organisasjoner og aktiviteter, være kommunikator og se til at det er møteplasser for å vedlikeholde de ulike koblingene. For å kunne endre kultur må en i første rekke forstå hverandre og da må vi snakke sammen, og for å kunne snakke sammen må vi møtes. Samhandlingskoordinatorene har denne oppgaven på et overordnet nivå. Erfaring fra Skien kommune er at representanter for enhetslederne på sykehuset Telemark og Skien kommune kommer sammen to ganger i året for å vurdere hva som er bra og hva som burde forbedres. Dette er veldig nyttig, fordi vi får utvekslet erfaringer ansikt til ansikt, og vi får en bedre forståelse for hverandre, spesielt når noe går galt i samarbeidet.

Et av problemene har vært at sykehuset trenger opplysninger om pasientene fra kommunen ved innleggelse, dette er en nyere måte å jobbe på for de ansatte i kommunen. Derfor kan dette noen ganger bli glemt, men når det blir gitt direkte beskjed mellom kommuneansatte og sykehusansatte, blir det lettere å forstå, hvor viktig det er med gode pasientopplysninger. Når pasienten kommer ut igjen fra sykehuset fører det til at kommunen får så gode og nøyaktige opplysninger som mulig, og dette kan igjen være avhengig av de opplysningene som har kommet fra kommunen ved innleggelse. Her er det mye å hente ved å kunne forstå hverandres kulturer og rutiner.

Det vi opplever i avdelingene er at samarbeidet med sykehuset er stort sett veldig bra. De ansatte på enheten synes at samarbeidet med sykehuset har blitt mye bedre etter innføringen av samhandlingsreformen. Og det er flere og mer spennende oppgaver for sykepleierne. I en stor kommune som vi representerer, blir det et mer spennende fagmiljø. Men det er fortsatt mange ting å jobbe med, endre på kultur tar tid.

5.4 Lederen må ha erfaringskompetanse for å fylle lederrollen.

I en ekspertorganisasjon er det gjerne den mest erfarne innenfor sitt felt som leder produksjon (Strand 2007). Kommunehelsetjenesten blir ikke definert som en ekspertorganisasjon, Strand sier at byråkratiske organisasjoner også er befolket med eksperter, men i ulik grad.

Alle informantene mener den som skal lede på enhetsledernivå må ha høyskoleutdanning innen for det feltet som skal ledes, samt faglig erfaring. Her tar vi utgangspunkt i hjemmetjenesten. Det er lederne i hjemmetjenesten som kjenner på det største trykket i samarbeid med sykehuset, men det er ikke bare sykehuset det skal samarbeides med, det skal også samarbeides innad i organisasjonen. Det er lederen i hjemmetjenesten sammen med sine ansatte som må foreta en vurdering om pasienten kan hjem eller ikke. Men det er lederen som må ta avgjørelse på om det er nok kompetanse i gruppen for å kunne ta imot en dårlig pasient, og om det er faglig og etisk forsvarlig. Det er også lederen i hjemmetjenesten som må vurdere hver enkelt pasient om det er behov for et høyere omsorgsnivå eller ikke. Må pasienten på et korttidsopphold eller eventuelt få en sykehjemsplass?

Det skal også samarbeides med pårørende i mange situasjoner, det må til enhver tid, fortas en helhetsvurdering. Disse dilemmaene er ikke av ny dato, men etter innføringa av samhandlingsreformen har disse dilemmaene fått andre økonomiske konsekvenser, både for kommunehelsetjenesten og for sykehuset. I byråkratiske organisasjoner er et av dilemmaene som ledelsen må ta standpunkt til, hva skal vektlegges mest, stilling eller fagkunnskap, dvs. *myndighet eller kyndighet*. Strand sier også at vanskelige saker sendes oppover i hierarkiet. Et eksempel på dette er, når en utskrivningsklarpasient, ikke kan komme hjem på grunn av hjemmesituasjon, men sykehuset har konkludert med at pasienten er medisinsk ferdigbehandlet, og kan i forhold til sin funksjon sendes hjem med hjemmetjenester.

Kommunene har ikke ledig korttidsopphold og det er ikke ledig sykehjemsplass. Vår erfaring er at dette er situasjoner som oppstår til stadighet, i alle fall i en stor kommune. Etter det informantene har gitt uttrykk for, er det annerledes i de små kommunene der befolkningen er mindre og avstandene til sykehuset er lengre. De har måttet finne andre løsninger, og jobber tettere med nabokommunene og innad i egen kommune, slik at de klarer å løse sakene bedre på denne måten.

Det påpekes også fra informantene at lederen må ha empatiske evner, være tydelig og ha sosialkompetanse.

Empatiske evner er viktig å ha i alle sammenhenger, men som leder i helsesektoren er det viktig og nødvendig å kunne ha forståelse og innlevelse i hvilke situasjoner og utfordringer både pasienter og pårørende har. I samhandlingsreformen er det påpekt viktigheten av brukermedvirkning, dette har alltid vært viktig, men det har nå blitt tydeligere føringer etter at samhandlingsreformen ble innført. Personlig kompetanse og sosialkompetanse er viktig lederkompetanse(Linda Lai 2013).

Med tanke på nettverkstankegangen settes relasjoner og kontaktflater i sentrum (Strand 2007).

Det skal samhandles, det skal skapes møteplasser, og det er gjort gjennom delavtalene.

Sosialkompetanse er av betydning for samarbeid med andre, herunder kommunikasjon- og samarbeidsferdigheter, samt evnen til utvikling i samarbeid med andre (Linda Lai 2013).

Dette er viktig kunnskap og ha når det skal samarbeides på tvers av organisasjoner og innad i organisasjoner. Dette er ikke nye kunnskaper for ledelse, men i en nettverkstankegang blir det veldig tydelig hvor viktig slike kunnskaper er.

Informantene mener at lederen må ha fagkompetanse, i følge Linda Lai er dette omdiskutert, men hun sier også at i mange organisasjoner betraktes det som en nødvendighet at lederen innehar relevant fagkompetanse, dette for å kunne ha legitimitet internt, og for å kunne lede arbeidet på en godt tilpasset måte(Linda Lai 2013). Helsesektoren er et godt eksempel på dette, spesielt på enhetsledernivå, det kan diskuteres hva som er nødvendig på et høyere ledernivå.

5.5 Utsagn fra en informant er «Løfte blikket utover egen enhet både innad i kommunen og ut over kommune grensen.

En informant var opptatt av at ledere i kommunen må løfte blikket utover egen enhet. Enheter i kommunehelsetjenesten er å regne som gruppeorganisasjoner (Strand2007). Det og skulle sette seg inn i andre enheters oppgaver og måter å jobbe på er viktig for å kunne utnytte ressursene på best mulig måte. Hvis en enhet mangler kompetanse over tid er det fullt mulig å kanalisere denne kompetansen fra en annen enhet. Det er da avhengig av at enhetene vet om hverandre.

Samtidig som en må ta et oppgjør med New Public Management tankegangen. NPM tankegangen har ført til at alle enhetene har sine egne budsjetter som skal holdes. Dette vil i stor grad påvirke samarbeidsviljen, ingen ledere er villige til inngå et samarbeid med andre, når det kan gå utover eget budsjett.

Det blir viktig å ha kunnskaper om hvordan for eksempel sykehjem jobber og hva slags kultur som råder hvis vi skal kunne hjelpe hverandre med faglige utfordringer.

Hjemmesykepleien har tradisjonelt sett hatt oppgaver av lettere karakter, som sårstell og medisinadministrering. I dag kan arbeidsoppgavene i hjemmesykepleien, være vel så omfattende, som oppgavene som utføres i sykehjem.

I sykehjem vil det være ledig sengekapasitet i perioder, da det ikke legges inn pasienter på kveld, helg eller helligdager. Dette vil automatisk føre til ledig kapasitet i sykehjemmene, når det ellers kan være trangt om plassen på sykehuset, og det kan være svært dårlige pasienter hjemme. Det ville vært ønskelig at kommunen kunne finne løsninger for å utnytte denne ledige kapasiteten bedre.

Forskning viser at mange pasienter kommer ut tidligere enn før. Kommunene har økt kapasiteten eller omgjort institusjonsplasser. Det har gjort det vanskeligere for andre i kommunen å få sykehjemsplass eller korttidsplass. (Anders Grimsrud sykepleierforskning2013).

Ved og opprette nettverk som blant annet står for å knytte sammen bidragsytere til gjensidig nytt vil være en arbeidsform som kunne løse denne utfordring (Strand2007). New Governance

retningen er samarbeid og organisering på tvers av institusjoner og organisasjoner, Eksempel på dette er samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, men det kan også være samarbeid mellom hjemmetjeneste og sykehjem.

Samhandlingsreformen setter ikke noen krav til hvordan kommunen løser sine oppdrag, men at oppgavene skal løses ut fra den standard som samhandlingsreformen beskriver. Et aspekt i situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter er: Vil det være fornuftig å bruke den ledige kapasiteten i sykehjem i stedet for å betale 4000 kr pr overliggerdøgn. Mange vil nok mene det, det kan være mange motargumenter til dette forslaget. At det ikke er lege tilgjengelig på kveld /helg kan være et av dem. Alle kommuner har en legevakt så argumentet om ikke lege tilgjengelig holder ikke som argument. Argumentet er nok mer å se som en del av en kultur. Er det mulig å ha korridorpasienter på et sykehjem? Det ville vært til hjelp når det ikke er nok ledig kapasitet på sykehjem eller korttidsavdelinger.

Pasientrettighetsloven sier at pasienter skal sikres helsehjelp, mens brannforskriftene sier at rømningsveier ikke skal blokkeres. To lovverk satt opp mot hverandre kan være vanskelig å avveie. Kan vi ved å snakke sammen greie å løse et slikt dilemma? Kan dannelsen av nettverk mellom hjemmetjenester og sykehjem være en måte å jobbe på som kan føre til bedre og mer effektiv tjenester? Eller er det bedre å bruke en byråkratisk leder stil hvor beskjedene kommer fra toppen? Ved en nettverksdannelse vil det være enklere å få iverksatt konkrete handlinger som for eksempel å legge inn en korridorpasient på sykehjem. Hvis det er flere som har hatt som mandat å finne en løsning på problemet jo lettere er det å iverksette tiltak.

Ved byråkratisk leder stil er avstanden fra den som tar avgjørelsen til de som skal iverksette avgjørelsen ofte for stor til at vi kan være sikre på om iverksetting finner sted. Vi må da gå inn med avviksmeldinger, rapporteringsrutiner og kontroller, for å sikre at normer og regler blir fulgt.

Samhandlingsreformen slår fast at det er behov for interkommunalt samarbeid for at samhandlingsreformens intensjoner skal kunne oppfylles. Det er viktig for kommunen at det er et tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Der dette mangler kan det løses ved et interkommunalt samarbeid. Kommuner som samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse og omsorgstjenesten vil utvikle mer robuste fagmiljøer. Stordriftsfordeler vil også kunne oppnås. I Telemark i dag samarbeides det interkommunalt på mange forskjellige måter, fra det helt formløse samarbeidet til samarbeid

innenfor definerte selskapsformer. I øvre Telemark har de laget avtaler for samarbeid om pasienter som befinner seg nær kommunegrensen. Hvis pasienten befinner seg nærmere kommunesentret i nabokommunen enn i egen kommune vil tjenester hos pasienten bli utført av nabokommunens ansatte. Det blir sendt regning til vertskommune ut fra hva pasienten får av hjelp. Dette beskriver den enkleste formen for interkommunalt samarbeid.

Noen kommuner i Telemark har gått sammen for løse oppgavene rundt øyeblikkelig hjelp plasser. Det er der befolkningsgrunnlaget i kommune ikke er stort nok at de har valgt denne måten å samarbeide på. Øyeblikkelig hjelp plasser trenger sykepleiefaglig kompetanse samt nok pasienter til å få et fagmiljø til å fungere. Bø og Sauherad kommune har tatt konsekvensen av dette og gått sammen om disse plassene. I Hjartdal kommune har de organisert to plasser på Notodden sykehus som de betaler for. Nome kommune og Siljan kommune har gått sammen med Skien kommune. Tinn kommune har øyeblikkelig hjelp plasser på Rjukan sykehus. Nå som det er bestemt at Rjukan sykehus skal legges ned må de finne en annen måte å organisere dette på.

Det er også stor usikkerhet rundt kommunesammenslåing i Telemark. Hvis, eventuelt når dette blir aktuelt vil føre til nye kabaler rundt interkommunalt samarbeid. Tidsaspektet blir viktig i denne sammenheng. Kan kommunene få nok tid til å forberede seg på dette? Kan nye nettverk komme på plass slik at samarbeid kan oppstå på en konstruktiv og god måte? Eller er grunnlaget for interkommunalt samarbeid allerede lagt så det bare er å videreføre det som allerede ligger til grunn?

5.6 Informantene sier at « lederen må legge til rette for å beholde ønsket kompetanse».

Informantene gir også uttrykk for lederen må være proaktiv for å skaffe ny fagkompetanse, da samhandlingsreformen i første omgang oppfattes som en fagreform. Først og fremst blir det viktig å holde på de ansatte, som innehar den kompetansen som kommunene trenger. En kan også stille seg et spørsmål om kommunene har den kompetansen som er nødvendig for å møte samhandlingsreformens utfordringer. Dette har det blitt sagt mye

om i media, og oppfattelsen blant de fleste er vel at samhandlingsreformen setter så store krav til kommunene at kommunene ikke vil klare å innfri kravene.

Informantene sier også at kommunene skal overta mange av de oppgavene som sykehuset tradisjonelt sett har tatt seg av. Pasientene som kommunene skal ta seg av er eldre og sykdomsbilde er mere komplekst. Det er også en oppfatning av at pasientene er raskere utskrivningsklare en før. Og av den grunn må kommunene øke sin fagkunnskap.

I kommunene har det blitt satset på ufaglærte som har fått tilbud om å ta fagbrev. I følge informantene har det i landkommunene også blitt tilrettelagt for å kunne ta høyskole utdanning, fordi ledelsen i kommunen har sett at dette er nødvendig for å kunne møte utfordringen. Dette har blitt gjort før samhandlingsreformen også, men kravet til fagkompetanse har blitt mere tydelig på et overordnet nivå. Fylkesmann har bevilget penger til kommunene for å kunne satse på økt kompetanse blant ansatte og blant lederne.

For at organisasjonene skal kunne oppnå ønskede resultater er det viktig å ta hensyn til at kompetanse er en sårbar ressurs som hverken eies av organisasjon, eller kan lagres og spare på vanlig måte(Linda Lai2013).

Da peker informantene på noe viktig her, det må legges til rette for å beholde ønsket kompetanse. Kommunehelsetjeneste er helt avhengig av å ha et vist nivå men høyskoleutdannede, her er sykepleieren en nøkkelf profesjon. Men det er også andre viktig yrkesgrupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter. Samhandlingsreformen har også et spesielt fokus på forebygging og rehabilitering. Alle prognoser sier at antall eldre vil øke kraftig fra 2020 og hvordan skal vi da kunne gi hjelp og omsorg på samme måte som i dag. Her kommer tanken om å forbygge, fysioterapeutene og ergoterapeutene er viktige profesjoner for å kunne hjelpe folket til bli mere selvhjulpne. Forebyggende arbeid er en forutsetning hvis samhandlingsreformene skal lykkes. Det må bli et mindre behov for pleie, blant befolkningen.

En informant fra en landkommune sier at det er ikke alltid at det er en sykepleier på vakt i helgene, det er ikke nok sykepleiere i turnus for å dekke opp helgevaktene. Men det er slik at det er ingen som kan sies opp fra jobben sin uten videre, så da må det ventes på at det blir en naturlig avgang slik at flere stillinger kan gjøres om til sykepleierstillinger. Dette kan selvfølgelig ta lang tid og hva skal en gjøre? Dilemmaet blir, da det blir meldt en pasient fra sykehuset som gjerne vil hjem og vedkommende skal ha parenteral ernæring. Hva gjør en,

skal det beordres en sykepleier på jobb eller må en si du kan ikke komme hjem fordi vi ikke har personal med nok kompetanse til å hjelpe deg, du må ligge på sykehuset. Dette vil uansett være en etisk og økonomisk vanskelig problemstilling.

Siden kompetanse er så viktig for en organisasjon er det viktig og ta klare prioriteringer når det skal satses på kompetanse(Lina Lai 2013). For noen kommuner er det tydelig at dette ikke er gjort og hva kan grunnene til det være? Ut fra hva vi ellers har observert og erfart har vi svært sterke fagforbund i kommunene, de kjemper for sine ansatte og om de alltid har forståelse for konsekvensene av de vedtakene som blir gjort er mere uklart. Vår oppfatning er også at politikerer ikke forstår fullt ut hvor viktig det er med rette fagkompetanse for å kunne imøtekomme de krav som er forventet at kommunene skal løse

I noen organisasjoner er det enkelte oppgaver og funksjoner som kan utføres av personer med generell kompetanse og det er noen oppgaver som må utføres av personer med spisskompetanse(Lina Lai2013). I kommunehelsetjenesten er det endeløst med oppgaver som skal løses, noe kan løses av ufaglærte, noe av fagarbeidere og noe av høgskoleutdannede. Som en konsekvens av at pasienten blir skrevet ut fra sykehuset fortere, er sykere og de har flere og mere samesatte problemer så trengs det personal med høgskolekompetanse for å kunne imøtekomme disse problemstillingene.

All kompetanse som en medarbeider har må mobiliseres gjennom relevante oppgaver og utfordringer, for å kunne bidra til måloppnåelse i organisasjon (Lina Lai 2013). Er avdelingene eller enhetene i hjemmetjenesten eller sykehjem organisert på en slik måte at for eksempel sykepleieren får brukt sin kompetanse fullt ut, eller er det slik at mye av tiden går til oppgaver som for eksempel en fagarbeider kunne gjort.

Tiltak for å sikre kompetansemobilisering er på mange måter den viktigste strategien når en organisasjon skal jobbe med kompetanse. Studier fra organisasjoner både private og offentlige viser at, medarbeiderne ikke får brukt sin kompetanse på en hensiktsmessig måte(Lina Lai 2013)

Dette tror vi er noe av problemet når det skal rekrutteres høgskoleutdannede i kommunehelsetjenesten. Noen ganger virker det som alle oppgavene går så i hverandre at det blir en følelse av at sykepleieren for eksempel må gjøre oppgaver som hvem som helst kunne gjøre, det kan være som å smøre brødkive eller sette på klesvasken, eller rydde kjøkkenet på

sykehjemmet. Og når sykepleieren vet at vedkommende helle burde få gjort ferdig, det som skulle gjøres på medisinerrommet.

Organisasjonene har også fokus på å ansette medarbeidere med høy kompetanse, men hvordan bruke denne kompetansen får mindre fokus (Linda Lai 2013). Forskning viser at mange av faktorene som er mest avgjørende for at medarbeideren skal få bruke sin kompetanse på en riktig og god måte, ligger hos nærmeste leder. Det ligger også på arbeidsmiljøet og på hvordan organisasjon er organisert(Linda Lai 2013).

Det er et behov for økt kompetanse i kommunehelsetjenesten, men det er ikke bare å anskaffe folk med høy kompetanse, det må være en klar målsetning på hvordan organisasjonen kan bruke kompetansen på en best mulig måte for å oppnå organisasjonen sin målsetning og ivareta pasientenes behov. På bakgrunn av det vi har kunnet erfare og det vi selv som ledere har kunnet observere er at dette kommer til å ta tid. I den bykommunen som vi kjenner best er det en kultur for at alle skal kunne gjøre alt og det tar tid å snu, men det jobbes med og det vil gi resultater.

Det er viktig å skaffe ny fagkompetanse der det er behov, det er viktig og beholde og mobilisere den fagkunnskapen som finnes i organisasjon, dette har alltid vært viktig. Men samhandlingsreformen setter et trykk på kompetansefokus ved at samhandlingsreformen i første omgang oppfattes som fag reform.

5.7 Det må jobbes videre med fagkunnskap, samhandlingskunnskap og helhetlige pasientforløp.

Fagkunnskaper har vi tatt for oss i forrige drøftingsbolk, her vil vi ta for oss samhandlingskunnskap og helhetlig pasientforløp.

Pasienten blir innlagt på sykehuset blir behandlet og kommer hjem til egen bolig eller må få et institusjonsopphold i kommunen. Når intervjuene ble gjort hadde ikke alle kommunene i Telemark begynt med digitalt verktøy som e- meldinger.

I et helhetlig pasientforløp er dette en svært viktig måte og samhandle på. Utfra hva vi har observert og erfart fra vår by-kommune er at e-meldinger med sykehuset og fastlegen gir bedre kommunikasjon og dokumentasjon, det er også tidsbesparende og tidskrevende. Det er tidsbesparende på den måten at det blir brukt mindre tid på å få tak i rette personen på telefon.

Det blir spart tid på dobbeltføring av pasientopplysninger, for når meldingene kommer blir det automatisk lagt inn i pasienten journal. Før vi begynte med e-meldinger kom det pasientopplysninger per brev og på faks og mye av dette måtte overføres manuelt til pasientjournalen. Det er også en kvalitetssikring, alle opplysningene kommer direkte fra kilden og inn i pasientjournalen, uten at den er innom andre instanser.

Det som vi bruker mere tid på nå er å sende opplysninger til sykehuset. Når en pasient som er kjent i kommunen blir lagt inn på sykehuset, så skal kommunen sende opplysninger om pasients funksjonsnivå, ved innleggelse så fort som mulig etter at det har kommet melding fra sykehuset om at pasienten er lagt inn. Dette påvirker spesielt sykepleierne som har vakt, de må sjekke flere ganger på hver vakt om det har kommet melding om innlagt pasient. Ved utskrivning blir pasientopplysninger i vår kommune sendt direkte til bestillerkontoret og opplysningene blir videresendt derfra. Meldingssystemet må sjekkes flere ganger på hver vakt, dette blir det brukt mere tid på.

Det er også noen som må overvåk meldingene på et overordnet nivå, det er det satt inn folk for å gjøre. Det gjelder både meldingsflyten, mellom kommunen og sykehuset, og det gjelder mellom fastlegene og enhetene. Til et nettverksarbeid blir det også ofte påført transaksjonskostnader(Torjesen/ Vabo 2014), overvåkning av meldingssystemet kan vel sies å være en transaksjonskostnad.

Når det ble innført e-meldinger med sykehuset, var det satt sammen en prosjektgruppe som laget prosedyrer, retningslinjer og risikoanalyser. I prosjektgruppen var det folk fra sykehuset og kommunene i Telemark som var representert. Nettverkstankegangen setter relasjoner og kontaktflater i fokus (Strand 2007) Ikt-løsninger som e-meldinger gjør at kommunikasjon mellom sykehuset og kommunene blir bedre og det er en del av et nettverk.

Drivkreftene for endring er å tilpasse seg markedet, det er en drivende utvikling inne IKT både innen for privat og offentlig sektor(Jacobsen 2011) E-meldinger mellom sykehus, kommune og fastlegene er eksempel på dette.

Endring er ikke abstrakt for den enkelte ansatte men det er rett og slett krav om å slutte å gjøre noe en har gjort og begynne å gjøre noe nytt og annerledes (Jacobsen 2011)

Her må det jobbes med å få de ansatte til å mestre å bruke IKT for noen er det en vegring å ta i bruk ny teknologi. «Hvorfor kan vi ikke gjøre som vi alltid har gjort». Her har lederen et særskilt ansvar for å øke medarbeiderens mestringstro. For at organisasjonen skal oppnå målet med nettverkstankegang og kommunikasjon med andre parter, må også alle ansatte få opplæring og tro på at dette kan de mestre.

Dette er noe som må jobbes med, men vår erfaring er at vi er godt i gang.

5.8 Informanten sier «Ledelsesaspektet blir ikke vektlagt nok da det har en tendens til å bli spist opp av trykket på økonomi»

Samhandlingsreformen er en økonomi reform. Det er et hovedmål at det skal bli mindre press på helsevesenet på grunn av satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Det at kommune skal overta noen av oppgavene til sykehusene vil føre til at trykke på sykehus blir mindre og kostnaden til sykehus vil bli redusert.

Kommune og dårlig økonomi vil mange kunne si er to sider av samme sak. Etter at NPM retningen ble innført i kommune Norge fra 1990 tallet og framover så er trykket på økonomien blitt større enn noen gang før. NPM retningen innebærer at markedsøkonomi er overført til det kommunale nivået. Ut fra hva vi har observert og erfart har enhetene fått egne budsjetter, som må holdes. Fravær blant de ansatte er det satt et stort fokus på i og med det blir ekstra kostnader av et høyt sykefravær. Det er regnet ut hvor mye en ekstravakt koster, kostnader til ekstravakter ved fravær må hele tiden settes opp mot hvem som må få hjelp, og hvem som kan få hjelpen utsatt, når det er sykdom i enhetene. Velferdstiltak er redusert til et minimum. Samtidig skal utgifter til kurs og opplæring skje innen eget budsjett.

Pasientrettighetsloven (kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp) må hele tiden balanseres opp mot økonomi. Arbeidsmiljøloven (sikre gode arbeidsforhold) må også hele tiden balanseres opp mot økonomi. Hvor mange ekstra arbeidsoppgaver kan vi pålegge arbeidstakeren på en dag, og hvor ofte kan vi gjøre det uten at slitasjen blir for stor, og at arbeidstakerne står i fare for å bli utslitt og sykemeldt?

Det å være leder når økonomien har en så stor plass i hverdagen kan oppleves som utfordrende. Hva slags ledelsesfilosofi vil føre flest goder med seg for pasienter og ansatte kan man spørre? Kommunale enheter er som tidligere nevnt gruppeorganisasjoner (Strand 2007) hvor samarbeidsrelasjoner, positive holdninger til likemenn, tilhørighet og sosialkontakt er fremtredende rolle krav.

Fra et høyere ledernivå kommer de byråkratiske retningslinjer om å holde budsjetter. Hvis en leder på enhetsnivå ikke oversetter disse byråkratiske retningslinjene til gruppenivå tenkningen vil det være vanskelig å få iverksette nye retningslinjer. Ledere må daglig spørre hva vil det si i vår praktiske hverdag at det for eksempel ikke finnes penger til å dekke opp ved sykdom hver gang noen er syke. Får det noen konsekvens for samarbeidsrelasjonene? De med stor arbeidskapasitet vil som vi har observert og erfart dra det tyngste lasset, men å beholde positive holdninger til likemenn kan bli neste utfordring.

I og med innføring av samhandlingsreformen har ledernivået Reformen som i stor grad er en økonomi reform vil gjøre at gruppeorganisasjonen må tenke på en ny måte. Vi må ta hjem dårligere pasienter fra sykehus for ikke å måtte betale 4000 kr i døgnet for dem. Oversatt til gruppeorganisasjonstenkning betyr det at vi må ta hjem sykere pasienter enn før. Vi må bruke ressurser riktig for at vi skal kunne dekke pasientens behov for forsvarlig pleie.

5.9 Fra den mobile pasient til den mobile behandler.

En av informantene forteller om en glimrende ordning, der høresentralen kommer til kommune med jevne mellomrom for å sjekke høreapparater og ta hørselsundersøkelser, dette er veldig gunstig for pasienten som slipper å reise med drosjen mange mil for å få tatt en slik sjekk. Dette er meget gunstig for pasienten og det spares mange penger i reiseutgifter, det er en stor økonomisk besparelse i en slik ordning. Informanten sier at denne ordningen har kommet i orden på grunn av samhandlingsreformen.

Telemark fylke er et stort fylke dersom en ser på geografiske grenser. Vinje kommune i Vest Telemark er den kommunen som er geografisk størst. Den grenser også til Agder og det gjør at som en følge av samhandlingsreformen blir det samarbeid på tvers av fylkesgrenser. For

noen av småkommunene i Vest-Telemark blir det naturlig og samarbeide med blant annet legevakten i Arendal.

Kommunen i Vest-Telemark - regionen jobber også på tvers av kommunegrensen. De kjøper tjenester av hverandre som for eksempel sykehjemsplasser og de kjøper hjemmetjenester av hverandre der det faller naturlig. Dette kan vi også kalle et nettverkssamarbeid mellom kommunene i regionen. Det skapes relasjoner og kontaktflater og disse alliansene i Vest-Telemark gir kostnadsbesparelser og større fleksibilitet for kommunene(Strand2007). Det blir enklere for kommunen å ivareta sine pasienter fremfor at de må legges inn på sykehus eller blir overliggere. Dette er i trå med samhandlingsreformens tankegang. Her utnytter også regionen sine faglige ressurser på tvers av kommunegrensene.

Lederrollen i et nettverk blir mer og se nye veier og prøve ut muligheter og forbindelser(Strand 2007). Tankegangen i Vest-Telemark-regionen er et godt eksempel på dette. Øst-Telemark og midt Telemark har også utviklet denne formen for nettverkssamarbeid og leier blant annet sykehjemsplasser av hverandre.

Etter som vi har kunnet erfare og observere i Grenlandsregionen er det ikke tilsvarende kultur for å samarbeide på tvers av enheter og kommunegrenser. Det kan være fordi kommune og enhetene er så store at de innehar både faglige og økonomiske ressurser for å løse sine oppgaver.

Men det er etablert et mottak og tildelingsapparat der enhetsledere fra hjemmetjenester, sykehjem og korttidsavdelinger sammen med representanter fra bestiller kontoret sitter sammen en gang i uken. Dette er et eksempel på nettverkstankegang hvor relasjoner og kontaktflater settes i fokus (Strand2007).

Men i nettverksarbeid kommer det også vanligvis transaksjonskostnader, det vil si kostnader som kommer som følge av for eksempel møtevirksomhet og økt koordineringsbehov.(Toejesen og Vabo 2014).

På dette møte tildeles ulike institusjonsplasser etter søknad fra pasienter. Det tildeles plasser til pasienter både fra sykehuset og fra hjemmet. Anders Grimsrud sier i sin forskningsartikkel at det i noen kommuner er bygd opp nytt mottak og tildelingsapparat. Mengden administrativt arbeid har økt og funnene indikerer at enkelte pasienter får et mer oppstykket pasientforløp.

Vi har kunnet erfare og observert noe av det samme i Skien kommune. Pasienten blir flyttet innad i sykehuset eller de flytter til lokale sykehus når de er ferdigbehandlet, hvis ikke kommunen har funnet egnet plass.

Innføring av kommunal med finansiering av utskrivningsklare pasienter har virket effektivt og har redusert antall dager pasienter har ventet på et kommunalt tilbud. Funn i studien og internasjonal forskning reiser imidlertid tvil om den økte bruken av institusjoner i mottak av utskrivningsklare pasienter er en riktig utvikling i møtet med fremtidige behov. (Anders Grimsrud. sykepleierforskning 2013). En av informantene sier at det i 2011 var 700 overliggerdøgn i en kommune, men at det i 2013 var 0 overliggerdøgn i samme kommune. Dette viser at med finansiering av utskrivningsklare pasienter har virket effektivt.

6.0 Konklusjon

Samhandlingsreformen har påvirket organisasjonene, ved at kommunene og sykehuset har fått større kjennskap og forståelse av hverandres hverdag. Det er skapt møteplasser og arenaer for nettverkssamarbeid, både organisasjoner i mellom og innad i egen organisasjon.

Dette gir menneskene i organisasjonene nye utfordringer. Til daglig oppleves det at det kommer sykere pasienter som har sammensatte og komplekse problemer, som skal håndteres i kommunehelsetjenesten. Pasientene blir erklært ferdigbehandlet tidligere, dette ser vi tydelig etter innføringen av samhandlingsreformen.

Fokuset på økonomien og forsvarlig pasientbehandling er dilemmaer som oppleves daglig for mellomlederne i kommunehelsetjenesten.

Innad i organisasjonen har samhandlingsreformen ført til en kulturendring i form av at sykehuset ikke lengre er en storebror, kommune og sykehuset skal samarbeide som likeverdige parter. Dette medfører at de som samhandler på tvers av organisasjonene har forståelse for hvilken rolle de har i et pasientforløp. Dette har betydning både for

mellomlederne og profesjonene, de må løfte blikket ut over egen organisasjon for å finne gode løsninger for pasientene.

Det vi mener å ha sett i denne oppgaven er ulike kulturer for samhandling på tvers av kommune grenser. I regionene med mange små kommuner kan man si at samhandlingsreformen har presset frem et nettverkssamarbeid mellom kommunene. Dette for å kunne oppnå kravene som samhandlingsreformen stiller til at pasienter skal behandles i sin hjemkommune i stedet for på sykehus.

Det sees også at det i noen av de små kommunene ikke er tilstrekkelig fagkompetanse for å kunne imøtekomme pasienter med avanserte medisinske behov. I regioner med større kommuner kan vi ikke observere at samarbeid finner sted på samme måte. Mulig grunnen er at store kommuner har flere ressurser å spille på innad i sin egen organisasjon.

Samhandlingsreformen stiller nye og endrede krav til organisasjon og mellomledere i kommunehelsetjenesten i Telemark, det er det vi har kunnet observere gjennom utsagn fra informantene og hva vi selv har erfart.

Dagens og morgendagens utfordringer for mellomledere i kommunene mener vi er å løft blikket, se etter nye samarbeids muligheter, og mobiliser fag og samhandlingskompetanse.

7.0 Litteraturliste

Stortingsmelding nr. 47(2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid.*

Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011)

Strand, Torodd. (2007). *Ledelse organisasjon og kultur.* Bergen: Fagforlaget.

Repstad, Pål (1993)*Dugnadsånd og forsvarsverk.* Tano forlag

Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?:Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar (2011)*Organisasjonsendringer og endringsledelse.* Fagbokforlaget

Mia Vabø, Signy Irene Vabo (2014) *Velferdens organisering.* Oslo: Universitetsforlaget.

Andreas Grimsrud.(2013) *Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter: Sykepleieforskning*

Lai, Linda (2013)*Strategisk kompetanseledelse.* Fagbokforlaget.

Helse-omsorgstjenesteloven, § 6-1 C.F.R.(2011)