

Hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder?

PEDER ANTON ARNESEN

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Master

Forord

Masteroppgaven i Statsvitenskap og ledelse representerer en avslutning på et 5 år langt studie ved Universitetet i Agder. Arbeidet med masteroppgaven har vært lærerikt og interessant hvor jeg har fått god innsikt i hvordan kommuner og sykehus samarbeider om å produsere tjenester til felles pasienter. Statsvitenskap og ledelse sitt studieløp har gitt meg gode forutsetninger for å skrive denne oppgaven og jeg tar disse med meg videre inn i arbeidslivet. Det er blant annet organisasjonsteorier, styring og ledelse, strukturer og prosesser i organisasjoner og institusjoner.

Jeg vil takke mine veileder Dag Olaf Torjesen for gode tilbakemeldinger underveis i arbeidet og hjelp til teoretisk tilnærming til tema. Dette har vært en lærerik prosess og jeg er takknemlig for muligheten til å skrive denne oppgaven. Jeg vil også takke de som har stilt til intervju og bidratt med god informasjon og data til oppgaven, det var en glede å prate og lytte til dere.

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie som baserer seg på semistrukturert intervju med ti personer som arbeider i og i nær tilknytning til *Helsefelleskapet* i Agder. Helsefelleskapet er et samarbeid mellom kommuner og sykehus som har som mål å øke kvaliteten på helsetjenester i regionen og skape et mer helhetlig pasientforløp. Hvordan bidrar Helsefelleskapet i Agder til bedre samhandling og integrerte helsetjenester til fordel for pasientene og deres behov? Her vil jeg spesielt fokusere på styring og koordinering, hvor følgende problemstillinger belyses:

Hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder?

Studien viser at informantene oppfatter samhandlingen og koordineringen som god og at de organisatoriske, juridiske og faglige styringsvirkemidler påvirker samarbeidet i positiv retning, men erfarer at det er utfordringer med de økonomiske styringsvirkemidlene. Det avdekkes i studien at det etterlyses bedre finansieringsordninger fra statlig side til å underbygge samhandling mellom partene. Delavtalene som kommunene og sykehusene har inngått for å sikre bedre samhandling virker ikke heller alltid etter hensikten. Noen av informantene i Helsefelleskapet erfarer her at de ikke nødvendigvis er slik at kommuner og sykehusene er likestilte med hensyn til rettigheter og plikter.

Det avdekkes også i studien at pasientenes behov og stemmer blir ivaretatt gjennom brukerrepresentasjon på alle styringsnivå innen helsesektoren i Agder. Intervjudataene avdekker også at det på det strategiske nivået, som arbeider med å utforme og planlegge integrerte helsetjenester mellom kommuner og sykehus, i liten grad ser ut til å ha kunnskaper og innsikter om hvordan pasienter erfarer samhandlingen. Det kommer frem i studien at brukerrepresentantene i regionen i liten grad er aktive med å dele pasienterfaringer med hensyn til samhandling.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Innledning	5
Problemstilling	6
Bakgrunn for valg av tema	7
Bakgrunn for reformer av norske sykehus	7
Bakgrunn for reformer av kommunale helsetjenester	10
Helsefelleskapet	12
Nærmere om Helsefelleskapet i Agder	14
Teoretisk rammeverk	20
Samhandling	21
Historisk institusjonalisme	21
Stiavhengighet	22
Styrings- og koordineringsvirkemidler	22
Chain management strukturer	22
Strategisk styring	23
Finansiell styring	24
Organisatoriske virkemidler for koordinering	26
Metode	27
Forskningsmetode	27
Kvalitativ metode	27
Case	28
Innsamlingsstrategier	28
Forskningsintervju	29
Utvalg og rekruttering av informanter	29
Intervjuguide	30
Semistrukturert intervju	31
Innsamling av datamaterialet	31
Transkripsjon av datamaterialet	32
Hensynet til studiens validitet og reliabilitet	33
Funn	34
Funn 1 - Samhandling og Koordineringsvirkemidler	34
Konklusjon – Funn 1	53
Funn 2 – Pasientopplevelsen av Helsefelleskaps-reformen	55
Konklusjon – Funn 2	72

Kilder	73
Vedlegg 1	76

Innledning

Samhandling mellom sykehus og kommune helsetjenesten skal føre til mer effektiv bruk av ressurser innen helsesektoren. Disse to forskjellige styringsnivåene skal etter samhandlingsreformen samhandle og koordinere sine tjenester for å skape et mer «*helhetlig pasientforløp*». (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) Samhandlingsreformen er Norges svar på anbefalingene fra Verdens Helseorganisasjons om hvordan helsesystemer bør utformer når den eldre befolkningen øker. (Torjesen & Vabo, 2014) Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vært alltid utfordrende og til tider «*motarbeider*» disse hverandre. (Ramsdal, 2019) Reformene som har kommet de siste to tiårene har økt fokus på pasient opplevelse og pasientens mulighet til å påvirke egen behandling, noe som gjør at helseforetakene må samarbeide på tvers av nivåer og fagfelt.

Etter innføringen av Samhandlingsreformen kom det en rekke strukturelle endringer for å forbedre samhandlingen rundt pasientforløpene. Kommunene skulle få større ansvar hvor det ble blant annet innført «*øyeblikkelig hjelp funksjoner*» (Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011) og «*koordinatorstillinger*» (Torjesen & Vabo, 2014) i kommunene og sykehusene som skulle arbeide med samhandling og koordinering. Helsefelleskapet skal virke som en revitalisering av samhandlingsreformen og styrke reforms-intensjonene gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler. I moderne helse- og velferdstjenester står utviklingen av «*prosesstenkning*» (Fineide & Ramsdal, 2014) som en sentral del. Som innebærer etablering av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer gjennom hvordan organisering av helse institusjoner og utførelse av behandling. (Fineide & Ramsdal, 2014) Helsefelleskapet sin oppgave er å koordinere alle elementene innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten og samhandle slik at man kan realisere helse-målene som er satt. Dette skal gjøres på alle styringsnivå fra faglige relasjoner på tvers av fagfelt til overordnede strategiske møter hvor man fatter vedtak på ønskede endringer eller nye samarbeidsavtaler. Med en økende eldre befolkning må kommunene og sykehusene tenke nytt for å klare å håndtere det fremtidige presset på helsevesenet, noe som innebærer omstrukturering og opprustning av tjenesten. Så

hvordan fungerer samhandling og koordinering mellom kommuner og sykehus? Og hvilke områder er problematiske for partene? Jeg vil i denne oppgaven fokusere på prosessene i Helsefelleskapet og hvordan samhandlingen og koordineringen fungerer i Agder.

Problemstilling

Masteroppgaven omfatter et nytt område innenfor samhandlingsreformen som skal revitalisere reformen gjennom Helsefelleskapene. Et lovpålagt samarbeid mellom kommunene og sykehusene hvor også fastlegene er inkludert som en tredje aktør.

I denne studien har jeg valgt å forske på Helsefelleskapet og hvordan denne «nye organisasjonen» fungerer og hvordan dette påvirke pasientforløpene i regionen Agder. Dette er med andre ord en studie som ser på hvordan samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten fungerer, og hvordan dette påvirker pasienthåndteringen i Agder. Med bakgrunn i dette er oppgavens problemstilling slik:

- *Hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder?*

Her vil jeg spesielt fokusere nærmere på styring og koordinering, dvs. Hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder? For å undersøke dette nærmere har jeg mer konkret stilt følgende underspørsmål:

- Hvilke faktorer påvirker positivt og negativt samhandling og koordinering mellom kommuner og sykehus?
- Hvordan blir pasientenes behov og ønsker fanget opp, oppfattet og ivaretatt av Helsefelleskapet?
- Hvilke muligheter har Helsefelleskapet til å påvirke utforming av integrerte helsetjenester?

Forskningsspørsmålene er utformet med utgangspunkt i problemstillingen for å innhente viktig informasjon som skal svare på spørsmålene i problemstillingen gjennom analyseringen av datamaterialet. Det er derfor interessant å gå i dybden for å få fram hvordan helsetjenester blir utarbeidet og se hva som fungerer og hva som må arbeides videre med for å forbedre pasienthåndteringen slik som Samhandlingsreformen tiltenker.

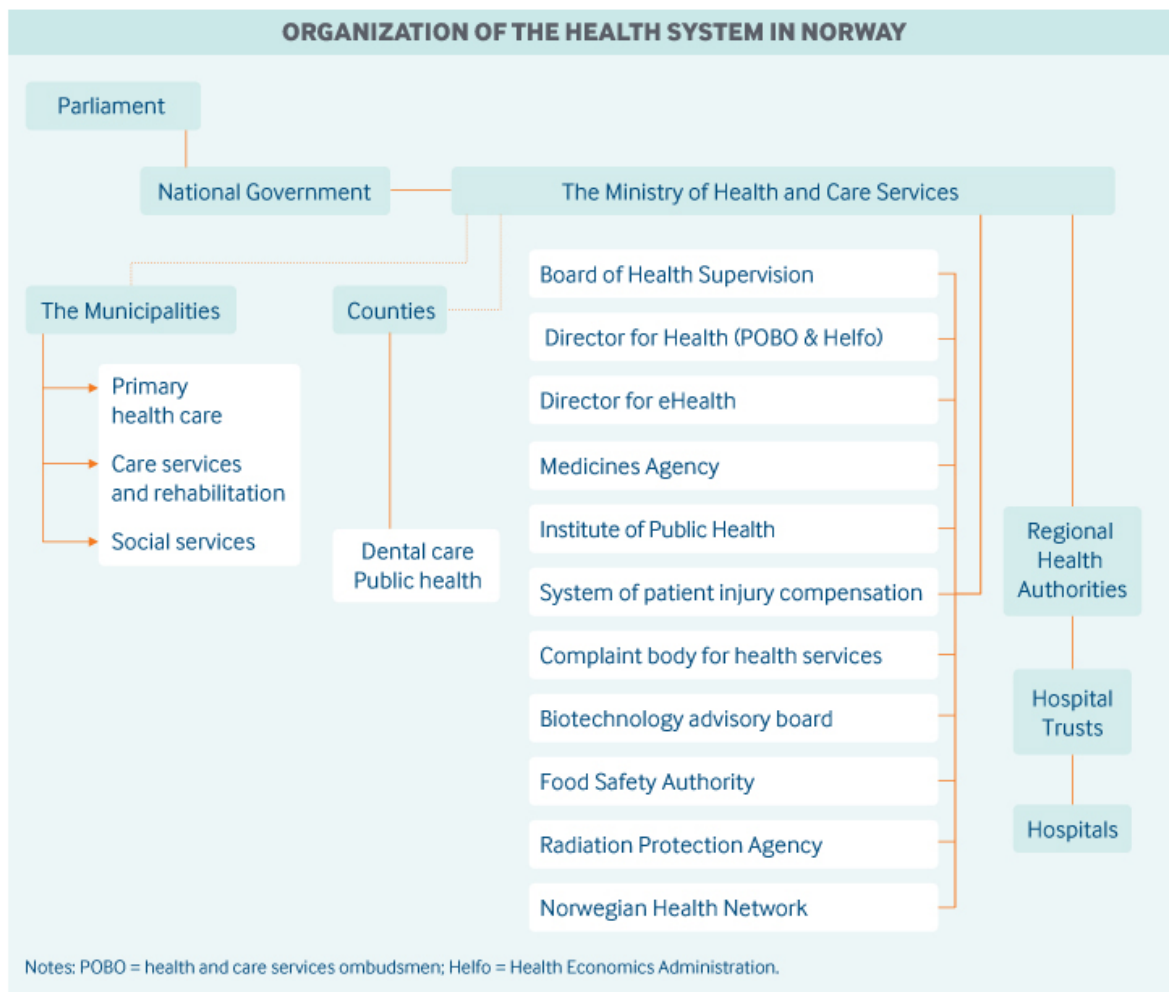
Bakgrunn for valg av tema

Jeg valgte dette tema på bakgrunn av at jeg skrev Bachelor oppgaven om hvordan kommunereformen påvirker kvaliteten i helsetjenester. Jeg har alltid hatt en interesse for det Norske helsevesenet, og når jeg fikk mulighet til å skrive om et relativt nytt tema så jeg følte det var naturlig å skrive masteroppgave om dette tema. Valget har falt på Samhandlingsreformen og dens utfordringer med fokus på hvordan Helsefelleskapet fungerer på alle nivå her i Agder.

Bakgrunn for reformer av norske sykehus

Den offentlige sektoren i nordiske land har vært utsatt for flere reformbølger i de siste tiårene. Artikkelen til Torjesen, Hansen, Pinheiro og Vrangbæk; «The Scandinavian Model in Healthcare and Higher Education: Recentralising, Decentralising or Both?» beskriver helsereformene som trender som endrer dynamikk mellom sentralisering og desentralisering. Artikkelen prøver å svare på hvordan reform dynamikker kan forklare endringer som omhandler sentralisering og/eller desentralisering, med den samtidige veksten av statlig ansvar innenfor politisk og skattemessig beslutningstaking. Hoved fokuset i artikkelen er på høyere utdanning og helsevesenet, hvor jeg skal se nærmere på sykehusene. Dette er for å se utviklingen av sykehusreformer i en historisk kontekst, og skal gi en bakgrunn for å forstå endringene som skjer i dag ved å se på hvilke endringer sykehusene har gjennomgått tidligere.

Den norske sykehussektoren kan historisk sett bli beskrevet som et desentralisert system og er illustrert gjennom figur 1 hentet fra Tikkanen et.al 2020:



(Figur 1, Tikkanen et.al 2020)

Som figur 1 viser ser vi hvordan organiseringen av sykehus er underlagt regionale helsemyndigheter som igjen er underlagt helse- og omsorgsdepartementet. Denne figuren viser hvordan sykehusene er desentralisert fra staten selv om de er en statlig institusjon. «I 1975 stod de 19 fylkene med ansvaret for styring av sykehusene som var spredt rundt om i landet.» (Torjesen et al. 2017, s. 60-61) Denne tiden kategoriseres i artikkel som «storhetstiden» til desentralisert styre av sykehusene, som hadde være organisert på denne måten helt siden tidlig 1900-tallet. Norske lokal samfunn har gjennom moderne tid vært Avant-garde når det kommer til nye initiativer innenfor helse og velferd, et fenomen som har blitt kalt «velferds lokalisme» av Grønlie, 2006. (Torjesen et al. 2017, s. 61) Når sykehus først ble etablert på starten av 1900-tallet var det et resultat av lokalt initiativ og bedrifter i tett samarbeid med det borgerlige samfunn, såkalte NGOs som står for «Non-Governmental Organization eller ikke-statlig organisasjon» oversatt til norsk. (Torjesen et al. 2017, s. 61)

Dette politiske desentraliserte systemet som senere ble til fylkeskommunene opplevde mye konflikt og spenning rundt styringen av sykehusene, med økende etterspørsel etter bedre sykehustjenester og økende budsjett underskudd var dette viktige drivere for reform endring. (Torjesen et al. 2017) Vedtaket om konsernorganisasjon i 1987 introduserte det som Ramsdal (2019) omtaler som «radikal økonomisme», som kom med styrings- og ledelsesprinsipper som var pekte frem mot sykehusreformen. (Ramsdal, 2019, s. 252) I 2002 kom den nye sentraliseringsreformen for å nettopp løse styringsproblemene og budsjett underskuddene som fylkeskommunene opplevde. Eierskapet av sykehusene ble flyttet fra fylkene og over til staten hvor sykehusene gjennomgikk store strukturelle endringer for å bli autonome statlige helse bedrifter. (Torjesen et al. 2017, s. 61) Sykehusreformen i 2002 fremstår som så radikal at den lett kan oppfattes som et eksempel på «critical junctures» i lys av teorien om historisk institusjonalisme. (Ramsdal, 2019, s. 252) Den radikale reformeringen av norske sykehus, med overgang til helseforetak, kan ses på som et brudd med den «gamle stien» fordi endringene fremstår som et radikalt brudd, hvor gamle mekanismer og institusjoner har blitt erstattet med nye. (Torjesen & Vabo, 2014, s. 70) Ramsdal (2019) beskriver endringen norske sykehus har gjennomgått som «*Planleggingen av det nye sykehuset innebar snarere en radikal (re-)design av alle deler av sykehusorganisasjonen.*» (Ramsdal, 2019, s. 199) Fortolket i lys av stiavhengighet ved at endringene skjer m.a.o. raskt og radikalt og bryter med de tidligere sti-avhengige, skrittvis endringsmønstrene. (Jacobsen og Thorsvik, 2016) Ringard et.al (2013) gir en god beskrivelse av hva som har preget norske sykehusreformer fra 1970 frem til i dag. På 70-tallet var reformene preget av likhet i tjenestetilbudet og geografisk tilgjengelighet. På 80-tallet hadde helsereformer som mål å redusere kostnader ved tjenesteproduksjonen, mens på 90-tallet var fokus rettet mot effektivisering av sektoren, og siden 2000 skifte har reformene fokusert på strukturelle endringer hvor målet har vært å styrke pasientenes rettigheter og valg. (Ringard et.al, 2013) Reformeringen av norske sykehus følger på mange vis et internasjonalt reformmønster som er illustrert i figur 2 hentet fra Gröne & Garcia-Barbero (2001)

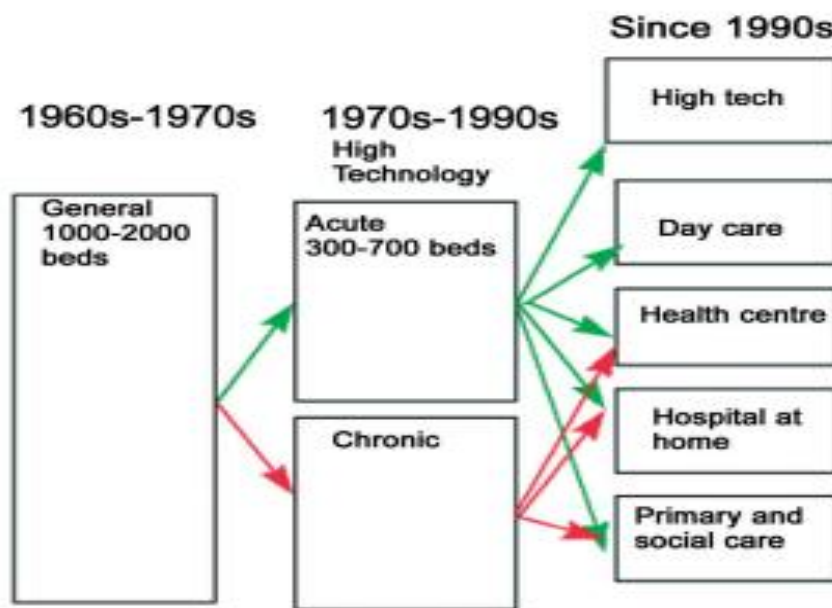


Figure 7. The changing hospital system.

Figur 2: (Gröne & Garcia-Barbero, 2001, s.6)

Figuren viser hvordan strukturen i sykehusene har reformert seg over tid og begrunner disse endringene som et svar på endring i etterspørsel av helsetjenester og mulighetene for å levere helsetjenestene. Denne sentraliseringen av sykehusene førte til at antallet sykehus ble redusert fra 54 til 18 helseforetak underordnet 4 regionale helseforetak. Sykehusene har også gått fra fylkeskommunal politisk styring og eierskap, til omstrukturering – med profesjonelle styrever, statlig eierskap og foretaksautonomi på en armlengdes avstand fra helsedepartementet og Stortinget. Dette betyr at de nye styrene i helseforetakene var ansvarlig for å lage budsjetter og drifte sykehusene med overskudd samtidig som de var pliktig å levere gode spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor sitt geografiske område. (Torjesen et al. 2017, s. 61) Norske sykehus har som vist her gjennomgått omfattende reformer, de påfølgende reformer skulle handle om primærhelsetjenesten i kommunene.

Bakgrunn for reformer av kommunale helsetjenester

Samhandlingsreformen

For å kunne forstå hva helsefelleskapet er og hvordan de skal løse helsemessige utfordringer i samfunnet må vi først forstå hvorfor det ble opprettet. Helsefelleskapene er en videreføring av intensjonene om kommunalt og statlig helsesamarbeid mellom kommuner og helseforetakene (sykehusene) som ble beskrevet i samhandlingsreformen fra 2012. «Samhandlingsreformen er en koordinerings- og retningsreform, der økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige

virkemidler skal fremme mål om helhetlige pasientforløp, mer forebygging, økt brukerinnflytelse og sikre en bærekraftig utvikling.» (Grimsmo, 2015) Kommunene skulle få et større ansvar fordi tjenester skal i større grad gis nærmere der folk bor. Dette innebærer at primær- (kommuner) og spesialisthelsetjenesten (sykehus) skal inngå forpliktene samarbeidsavtaler som sikrer at ansvar og plikter blitt redegjort, og fordeling av oppgaver. (Grimsmo, 2015) Figur 1 illustrerer hvordan primærhelsetjenesten er en del av Helse- og omsorgsdepartementet, hvor departementet operer som knutepunktet for samhandling og koordinering mellom styringsnivåene.

Samhandling og koordinering mellom primær-helsetjenesten og spesialist-helsetjenesten har vært kjernen i norske helse reformer i de siste 10-15 årene. (Romøren, Torjesen, Landmark, 2011) Utgangspunktet for helsereformene er tanken om å styrke det helhetlige pasientforløpet, altså pasienter som er gjennom flere instanser i behandlingsprosessen i primær- (kommunene) og spesialisthelsetjenesten (sykehusene). Dette gjelder spesielt eldre brukergrupper, men også for å styrke for fremtidige helsebehov i befolkningen hvor behovene i større grad skal møtes i primærhelsetjenesten. (Torjesen & Vabo, 2014) Endringene i ansvarsforholdene defineres i «*Helse- og omsorgstjenesteloven av 2011*», dette er et eksempel på et juridisk styringsverktøy som jeg skal komme tilbake til senere i oppgaven. (Torjesen & Vabo, 2014, s. 138) I tillegg til endringer i ansvarsforholdene blir det også lagt vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak i kommunen for å redusere «*kroniske tilstander og sykehusinnleggelse*» som er en sentral tanke i reformen. (Torjesen & Vabo, 2014, s. 138) Et av de sentrale tiltakene for å redusere presset på sykehusene når det kommer til innleggelse er etablering av øyeblikkelighjelp-funksjoner som trådte i kraft i 2016. Dette er kommunale lokalmedisinske tjenester for pasienter med kjent sykdom som kan behandles på allmenmedisinsk nivå. (Torjesen & Vabo, 2014) Argumentasjonen for at et slikt tilbud skal være hos kommunene (primærhelsetjenesten) er at det ikke krever «*etablering av nye fysiske enheter.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 138) Man kan bare utvide eksisterende enheter som for eksempel etablere ekstra observasjonssenger tilknyttet øyeblikkelig hjelp funksjonen i sykehjem eller gjennom interkommunalt samarbeid.

Når man ser på utviklingen av kommunale helsetjenester viser litteraturen og forskningen i oppgaven at det er tradisjon for at flere oppgaver blir flyttet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Tanken bak er å frigjøre ressurser i spesialisthelsetjenesten slik at de kan behandle flere pasienter som trenger akutt behandling, og at pasienter som ikke har behov

for akutt behandling kan være i hjem-kommunen for rehabilitering. Ett begrep som blir utarbeidet i Helsefelleskapet er økt bruk av ambulante tjenester som jeg skal komme tilbake til senere i oppgaven, men kort forklart er det en videreføring av denne ideen hvor pasienter skal behandles i sitt eget hjem utenfor helseforetakene.

Helsefelleskapet

Jeg vil nå ta for meg og forklare hva helsefelleskapet er, og hvordan det er strukturert for å bedre forstå hvem som er aktørene, og betingelsene for samhandling og koordinering.

Helsefelleskapet trådte i kraft etter Meld. St. nr.7 (2019–2020) hvor man gjennom samhandling skulle skape et sammenhengende pasientforløp på tvers av nivåene. Hoved ideen bak dette lovpålagte samarbeidet står beskrevet i stortingsmeldingen: «*Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefelleskap. Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Det var også et av hovedpunktene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: «*I denne andre Nasjonale helse- og sykehusplanen viser vi hvordan pasientens helsetjeneste skal utvikles de neste fire årene. Og hva vi må gjøre for å få det til. Etableringen av 19 helsefelleskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene våre, er et av hovedgrepene.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) I Agder har det vært tradisjon for dette samarbeidet i over 15 år før det ble lovpålagt fra nasjonalt nivå. Det var et eget initiativ å skape et samarbeid på regionalt nivå mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene (sykehusene). Det ble da dannet OSS som betyr Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg som består av representanter fra regionene Lister, Setesdal-regionen, Østre Agder og Kristiansand hvor alle 25 kommunene skal være representert, og representanter fra de tre sykehusene i Agder. «*OSS, er et utvalg for administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak for strategisk samarbeid om tjenesteutviklingen på Agder.*» (Sørlandets Sykehus, 2022) I Helsefelleskapet er det også faglig representasjon gjennom fastleger, og brukerrepresentasjon gjennom brukerobservatører på alle styringsnivå. Dette er for å sikre at alle parter sine interesser blir hørt og tatt hensyn til så langt det er mulig. Kommunene opprettet et eget samarbeidsutvalg som kalles KOSS som er kommunenes OSS. Her kan kommunene møtes og drøfte saker for å finne konsensus slik at de møter i Helsefelleskapet som en samlet part. På denne måten er det lettere for kommunene og sykehus å samarbeide når partene møtes. Det

hadde raskt vært uoversiktlig og lite produktivt hvis hver kommune skulle legge frem sine interesser og behov ovenfor sykehuset, derfor har kommunene KOSS møter før hvert møte i OSS slik at de på forhånd er enige om sakene på dagsorden. Strukturen i Helsefelleskapet kan best illustreres gjennom figur 3 som er hentet fra Helsefelleskapet sin PowerPoint: laget av Janne Brunborg & Harry Svendsen, 2022



Figur 3: (Janne Brunborg & Harry Svendsen, 2022)

Figur 3 viser hvordan arbeidsdelingen er gjort i Helsefelleskapet på alle nivå fra toppledelse til faglige arenaer hvor brukere og fastleger deltar på hvert nivå. Prinsippene om faglig deltakelse og brukerrepresentasjon er adoptert fra Samhandlingsformen hvor pasienter i større grad skal være med på å utforme egen behandling, og ta større del i prosessen. Samhandlingen mellom kommunene (primærhelsetjenesten) og sykehusene (spesialisthelsetjenesten) er som sagt lovpålagt og er regulert gjennom forskjellige delavtaler i helse- og omsorgstjenesteloven, som beskriver rammene og betingelsene for samarbeidet, samt arbeidsdeling og ansvarliggjøring av partene. I og med at Agder har hatt samarbeid over en lengre periode har det vært en mindre krevende implementeringsprosess av helsereformen sett i lyst av stivhengighet og historisk institusjonalisme som skal drøftes senere i oppgaven.

For å virkelig kunne forstå hvordan Helsefelleskapet fungerer vil jeg i nå i neste del presentere mine observasjoner fra møtet 18.03 i Helsefelleskapet som jeg fikk ta del i som observatør.

Nærmere om Helsefelleskapet i Agder

Jeg fikk mulighet til å delta som observatør i første fysiske møte i Helsefelleskapet (OSS) etter covid-19 pandemien. For å forstå bedre hvordan Helsefelleskapet arbeider og opererer vil jeg nå dele de erfaringene på hvordan praksisen fungerer. For å opprettholde kravene om anonymitet i oppgaven refererer jeg til partene som kommunen og sykehuset/SSHF når det drøftes saker og når det kommer replikker på utsagn. Jeg skal nå presentere hvordan et møte i Helsefelleskapet ser ut ved å vise hele forløpet med saker og drøftinger.

Møtet starter med en introduksjon av alle deltakerne hvor man sa sitt navn og arbeidsrolle, de begrunnet dette med at det var nye personer med i møtet og det var lenge siden man hadde vært samlet så mange fysisk. Dette gav alle mulighet til å bli bedre kjent med hvem folk er og hva de jobber med i det daglige, samtidig som det gir en slags åpenhet over møtet med at ingen er fremmed for hverandre. Etter at alle har presentert seg blir det åpnet for innspill av merknader fra referat fra forrige møte, det var ingen som hadde noen innspill i den sammenheng, men det er positivt at man kan eventuelt diskutere uenigheter rundt referatet fordi det reduserer muligheten for misforståelser mellom partene.

Det ble startet en liten diskusjon rundt organisasjonens visjon som er grensesprengende samarbeid på helsetjenester på Agder. Den diskusjonen var interessant fordi den viste en slags rollekonflikt i organisasjonen mellom det å være et saksbehandlingsorgan eller en arena for strategisk samarbeid. Det var viktig for begge parter at man ikke ble et rent saksbehandlingsorgan som bare diskuterte enkeltsaker, men man ønsket å diskutere mer overordnede saker og strategier. Det kom frem at det er viktig for helsefelleskapet å skape en god kultur for strategiske diskusjoner og være en dynamisk arena for åpen diskusjon.

Helsefelleskapet skulle også være en felles hørings plattform som kunne bidra til å underbygge strategisk samarbeid. Denne diskusjonen viser at organisasjonen er klar over sin egen visjon og hvilken vei de ønsker å gå i arbeidet sitt, det viser også at de er klar over fallgruver i måten organisasjonen driver med oppgaveløsning og saksbehandling. Denne selvinnsikten er viktig for å drive organisasjonen mot sine mål og bli sittende fast i enkeltsaker, men drive med grensesprengende strategisk samarbeid. Noen av de strategiske område som ble trukket frem var sammenhengende innsats for å sikre helse og bærekraft, sikre fremtidig kompetanse og påvirke nasjonale rammebetingelser, strategier og strukturer.

Det ble her trukket frem at forskjellige finansieringsordninger påvirker samarbeidet negativt. Videre på ble det drøftet viktigheten av å sikre at møtene er ramme for strategiske drøftinger hvor samspill med kompetansemiljøer var viktig fordi disse kunne bidra med grunnlag for strategisk utviklingsarbeid. Det var også konsensus i Helsefelleskapet om at møtene måtte føler meningsfulle og at de oppfordrer individene som sitter der til å involvere seg muntlig i diskusjoner. Det ble sagt at samhandling er krevende i slike komplekse organisasjoner som Helsefelleskapet er på grunn av at organet består av 2 forskjellige nivåer og er konsensusstyrt. Det betyr også at det er vanskeligere for kommunene å implementere et vedtak fordi det må forankres politisk og administrativt i kommunen, enn for sykehusene som bare har sykehusstyrene.

Statistikk på innbyggernes syn blir trukket frem hvor det viser seg at befolkningens syn på primærhelsetjenesten er noe negativt i forhold til hva helsefelleskapet mener den burde være, og synet på spesialisthelsetjenesten var noe overvurdert. Dette er noe de ønsker å gjøre noe med, gjennom da å prioritere riktige saker og strategiske områder. De trekker også frem at brukere av kommunale helsetjenester er mer tillit og er mer positive enn personer som ikke er brukere av helsetjenestene. Oppgaveoverføring fra sykehus til kommune har fungert positivt selv om det er større tiltro til sykehusene. Det blir også trukket frem at kommunene har lite representasjon innenfor barn og psykisk helse (Ressurser og kompetanse).

Helsefelleskapet på Agder får relativt ofte mulighet til å tale på nasjonale arenaer nettopp fordi at samarbeid i dette fylket fungerer veldig godt, jeg har ikke data fra andre fylker, men det kan tolkes som at det ikke fungerer fullt så godt alle steder i landet.

Deretter blir det diskutert om man står i en fastlege krise eller ikke. Fastleger gjør mindre oppgaver enn før, hvorfor? Det blir trukket frem mulige faktorer som mindre kapasitet, engstelige, osv. Det blir lagt frem et ønske om bedre rekrutering av fastleger i hele Agder regionen fordi det er viktig med gode fastleger for å ha et godt pasientforløp (tredjelinjetjenesten). Det er ønskelig med en overordnet løsning for Agder regionen og ikke kommunene hver for seg. Videre blir det også tatt opp spørsmål rundt helsepersonell og at det i fremtiden vil være problematisk å skaffe nok kvalifiserte personer, noe som allerede er tilfellet enkelte steder. Noe av problemene de stiller er økte forventninger til kompetanse og oppgavehåndtering, man ønsker her å få en konkretisering av hva som er realistiske forventninger på god tjeneste og hva målet med helsetjenesten er.

En av sakene på agendaen var det som blir kalt for det utadvendt sykehus. Dette er et av punktene i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen for neste periode (2023-2027) og følger intensjonene fra samhandlingsreformen om at flere sykehustjenester skulle ut til pasientene. Det ble tatt frem at helsefelleskapet måtte diskutere og spesifisere hva den enkelte part (lege, fastlege, kommune, og sykehus) skal gjøre i ambulante tjenester. Hva vil skje i overgangen fra institusjonelle tjenester til desentralisert ambulante tjenester, og hvordan geografien kan være problematisk med store avstander mellom pasient og sykehus. Det blir diskutert konkrete punkter i utviklingsplanen fra begge parter. Dette måtte utarbeides av arbeidsgrupper og bli tatt opp igjen i helsefelleskapet når det var kommet på plass mer konkrete tilnærminger til problemstillingen.

Det ble også diskusjon rundt et innspill fra kommunesiden om reduserte sengeplasser på sykehusene innenfor psykisk helse. Representantene fra sykehuset svarte med at man burde flytte fokus fra fysiske sengeplasser til å fokusere på om man er rigget godt nok. De argumenterte for at selv om det var sant at antall sengeplasser som var utelukkende for psykisk heles var blitt redusert, var det blitt etablert flere sengeplasser som skulle tjene flere formål. Kommunen problematiserte dette med at pasienter som kommunene mener burde blitt behandlet av spesialisthelsetjenesten måtte bli behandlet i kommunene hvor man ikke har den samme kompetansen. Sykehusene påpeker at hvert sykehus innenfor Agder regioner er spesialister på hvert sitt område som betyr at et sykehus er mer spesialisert på enkelte områder enn andre og avstand kan blir et problem. Hyppige legebesøk blir knyttet til at man ikke klarer å møte pasientens behov og dårlig kvalitet på tjenesten. Det blir trukket frem at brukere innenfor psykisk helse opplever at tilbudene ikke har økt spesielt i Kristiansand regionen. Det er enighet om at situasjonsforståelse og erfaring er viktig for å kunne ta riktige grep for å forbedre helsetjenestene og pasientforløpet. Partene må legge planer hver for seg og i felleskap for å kunne skape et mest mulig sømløst pasientforløp. Både kommunene og sykehusene er derfor enig i at man skal ha hjemme sykehus (utadvendte sykehus) i større grad for å komme nærmere pasienten med tjenestene.

Jeg skal nå utrede en av sakene som ble diskutert i mer detalj for å vise hvordan Helsefelleskapet jobber og hvordan organisasjonen løser problemstillinger. Saken som blir diskutert er FACT-avtaler som betyr Flexible Assertive Community Treatment. Bakgrunn for saken er at Helsefelleskapet-OSS vedtok med bakgrunn i utredning gjennomført av Samhandlingsråd psykisk helse og rus (SPR) og Samhandlingsmeldingen på Agder, at det

utarbeides en overordnet intensjonsavtale for FACT på Agder mellom kommunene på Agder og Sørlandet sykehus HF. Målgruppen er pasienter/brukere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rus og avhengighetsproblematikk, med redusert mulighet til å nyttiggjøre seg av et ordinært poliklinisk tilbud. (Saksfremstilling FACT, Helsefelleksapet 2022, s.2)

Helstefelleskapet innledet diskusjonen med å konstatere at tjenestetilbudet av FACT på Agder ikke var likeverdig mellom kommunene og sykehusene. Målet med FACT er å redusere antall overføringer av pasienter mellom nivåene (kommune og sykehus). Problemstillingen med likeverdighet mellom partene er grunnet i uenighet rundt finansieringsrammene. FACT-avtalene legger til grunn et portefølje-styringssystem som bygger på delt økonomisk ansvar mellom partene hvor kostnadene skal deles 50/50 etter at sykehusets inntekter er trukket fra. Det er ikke enighet mellom partene om finansieringsrammene så forslaget må utarbeides videre av arbeidsgruppen og tas opp igjen ved neste møte. Kommunene ønsker å teste ut dette systemet i kommunene før de ønsker å fatte en beslutning i helsefelleskapet, men sykehuset mener dette er trenering av saksarbeidet.

Noen kommuner opplever lav politisk forståelse for FACT-samarbeidet, det er derfor viktig for kommunerepresentantene å drøfte og ag arbeide med avtaleutformingen for å lettere kunne implementere denne modellen. Rammene og betingelsene i avtalen må diskuteres av begge parter for å finne enighet siden Helsefelleskapet er en konsensusstyrt organisasjon.

Representantene fra sykehusene mener at det er trenering av arbeidet som var gjort ved tidligere møte når man tegnet opp rammene og betingelsene for denne avtalen ved at dette skal ut på en ny høring i kommunene. Det er allerede 12 kommuner i Agder som har slike FACT-avtaler med sykehusene, men med litt andre betingelser enn det som ble representert av arbeidsgruppen under møtet. Målet med diskusjonene og arbeidet er at alle 25 kommunene skal inngå denne intensjonsavtalen ettersom dette vil gjøre pasienthåndteringen bedre.

Kommunene understreker at det er viktig med god innsikt og forståelse av betingelsene i FACT-avtalen for at det skal kunne bli forankret politisk og administrativt i kommunene. Partene tar 10 minutter hver for seg for å diskutere forslagene før det blir diskutert i plenum. Dette viser at partene i helsefelleskapet ønsker å møte den andre parten som en samlet part hvor man er enige om hva som skal sies og gjøres. Det som lager størst usikkerhet og diskusjon mellom partene er betingelsene i det økonomiske forslaget og hva som ligger i 50/50 delingen. Det blir eksemplifisert ved kostnader på 50 millioner for sykehuset, hvor sykehuset har 20 millioner i inntekt på arbeidet, og da gjenstår det 30 millioner som skal fordeles 50/50 mellom kommunene og sykehusene.

Når partene møtes igjen etter 10 minutters diskusjon blir det tatt frem at transparens er viktig i denne prosessen. Det er viktig for begge parter at ansvarsforholdet og oppgavefordeling blir utdypet og konkretisert. Det er mange aspekter som påvirker implementering av FACT-avtalen for kommunen som kommunesammenslåing, faglig kompetanse, økonomi og organisatoriske utfordringer. Kommunene etterspør tydelige grunner på hva man tjener på å inngå dette samarbeidet grunnet den lave politiske forståelsen som finnes i enkelte kommuner. Problemet som kommer frem fra kommunenes ståsted er at det må finnes en klar gevinst for kommunene for at de skal kunne være villig til å finne økonomiske midler til dette samarbeidet. Et eksempel som blir gitt er at noen kommuner har god økonomi og kan uten problem bli med i dette samarbeidet, mens andre kommuner kanskje er nødt til å legge ned en skole eller kulturtilbud for å finne økonomiske midler til dette samarbeidet. Det er vanskelig å se omfanget og resultatene av at man inngår den avtalen, hva som skjer i praksis.

Kommunene ønsker å ta forslaget på høring i de respektive kommunene mens sykehuset ønsker svar på om kommunene er villig til å inngå avtalene. For kommunene er det usikkerhet rundt det å selge ideen til kommunestyrene, spesielt når det kommer til økonomisk deling. Sykehusene ønsker svar fordi dette har allerede blitt diskutert ved et tidligere møte hvor betingelsene i avtalen allerede har blitt drøftet og det var enighet ved et tidligere tidspunkt. Det vil også gi pasienter bedre tjenestetilbud når kommuner og sykehus samarbeider på det faglige så det er ønskelig at dette skjer hurtig. Kommunene mener at implementering vil ta lengre tid totalt sett hvis man skal ta en skrittvis tilnærming til hver kommune. Det er ønskelig å ta en gjennomgang av betingelsene i kommunen for å se hva som kommer av det slik at man kan lage en overordnet avtale for Agder slik at avtalene blir implementert likt i alle kommuner som måtte ønske det. Det er enighet om prinsippene i avtalen, men uenighet om utredelsen, kommunene trenger tid for å forankre dette politisk og administrativt for å kunne legitimere økt pengebruk på helse. Det blir også poengtert her at denne FACT-avtalen ikke er noe som arbeidsgruppen til Helsefelleskapet har satt sammen, men er en modell fra helsedirektoratet som er utarbeidet fra etableringshåndboken.

Sykehusene argumenterer videre at med de 12 FACT-avtalene som allerede er på plass fungerer ved at 37 av 54 pasienter hadde vært utskrevet fra sykehusene hvis ikke FACT-avtalene hadde eksistert. Kommunene mot argumenterer med at flere kommuner opplever hendelser som faller utenfor FACT-avtalene hvor de ikke har kompetanse til å håndtere pasienter og hvor spesialisthelsetjenesten oppleves som utilgjengelig i enkelte saker hvor det

skal være tverrfaglig samarbeid. Ambulante tjenester etterspørres i større grad og hva innefatter veiledningsplikten og hvor slutter den. Sykehusene er villig til å gi all informasjonen kommunen trenger om betingelsene i avtalen slik at kommunene lettere og raskere kan forankre dette. Kommunene opplever usikkerhet rundt betingelsene og ønsker tydeligere definering av hvordan dette konkret vil se ut.

Uenighet om utføring FACT avtalen og hvordan denne skal gjennomføres politisk slik som den er presentert av arbeidsgruppen. Sykehusene mener dette utsetter fremdriften av arbeidet fordi dette er prinsipper og forslag som Helsefelleskapet har vedtatt ved forrige møte. Av det som kommer frem i diskusjonene rundt denne saken så er økonomi den store utfordringen. Hver kommune velger selv om de vil inngå FACT-avtale med sykehusene, det er et frivillig samarbeid, men det er ønskelig at flest mulig blir med i samarbeidet basert på det arbeidsgruppen har presentert. Grunnen for problematikken knyttet til økonomi er som nevnt tidligere at kommuner har forskjellig økonomi, noen kommuner kan uten problem sette av penger til FACT, mens andre kommuner ikke har økonomiske midler til det uten å ta fra noe annet som for eksempel skole eller eldreheim.

Det kommer et forslag fra sykehusene om å legge inn denne forankrings-prosessen som et vedtak. Partene er enige om hovedprinsippene for FACT slik det er redegjort for i saksfremstillingen av arbeidsgruppen Det blir vedtatt å sende saksfremstillingen ut på høring i kommunene med fokus på de økonomiske prinsippene og styringsmodellene.

Den siste saken som ble tatt opp og drøftet på dette møtet var beredskap og kapasitet i den samlede helsetjenesten på Agder. Introduksjonen til denne saken er at covid-19 pandemien har vist at en liten økning i sykehusinnleggelse gir store utfordringer for sykehusene og kommunene fordi det ikke er noe overkapasitet i helsetjenesten. Helsefelleskaper (OSS) mener at sykehuset sin finansieringsmodell med stykkprisfinansiering ikke gir rom for beredskap. Det er en nasjonal politisk sak som Helsefelleskapet ønsker å gjøre noe med gjennom forslag til utviklingsplanen. Det oppleves derfor som bekymringsverdig at antall døgnplasser skal reduseres i den nye helse- og sykehusplanen for 2023-2027 gjennom satsingen på det utadvendte sykehus. Kommunene og sykehusene etterspør definering på hvem som skal betale for beredskapen som må være på plass for å kunne håndtere for eksempel en pandemi. Om det er partene selv som skal betale eller om det burde foreligge statlige finansieringsordninger for å dekke slike utgifter. Forslag fra sykehusene om å vente til arbeidsgruppen på pandemisk håndtering legger frem sitt arbeid før man tar opp

kapasitetsspørsmålet. Dette blir vedtatt og bemanningsspørsmålet skal drøftes på nytt til høsten før man fatter vedtak. Videre blir det diskutert forskjellige ting som påvirker kapasiteten i sykehusene og kommunen hvor det blir poengtert at forskjellige sykdommer krever isolasjon fra hverandre og det er ikke lett å utnytte kapasiteten der det finnes rom hvor flere pasienter kan være samtidig (2-3-4 mannsrom). Generell for lav kapasitet grunnet infrastruktur og mangel på bemanning. Et spørsmål som blir reist i denne diskusjonen er hvor stor buffer skal man til enhver tid for å være godt rigget? Skal man bemanne for gjennomsnittet i hverdagen eller for en ekstra ordinær situasjon slik som pandemien er. Det er store kostnader ved å ha økt kapasitet som ikke blir brukt, stykkprisfinansiering gir ikke incentiver til å ha latente ressurser. Kommunene vil nok heller ikke få rammemidler til å øke kapasiteten utover det som de allerede får. Det blir poengtert at det er lite som skal til for at store vedtak må gjennomføres på nasjonalt nivå når presset på helsevesenet øker litt ved at det er liten overkapasitet. Når det er sagt er partene generelt fornøyd med håndteringen av pandemien på Agder grunnet godt samarbeid mellom partene hvor det har blitt fattet beslutninger på kort tid som har hatt positiv innvirkning på pasienthåndteringen. Det er viktig for begge parter at man prøver å finne måter å øke beredskapsmulighetene uten å øke driftsutgiftene. Det blir her trukket frem eksempler fra våre nordiske naboer hvor Finland og Sverige klarer å drifte helsevesenet med langt færre sykepleiere enn Norge. Noe som betyr at det norske helsevesenet er veldig sykepleiertungt og det øker driftskostnadene betydelig. Det kommer mulig flere beredskapsutfordringer gjennom en flykningskrise på grunn av krigen i Ukraina og det er allerede satt i gang arbeid med å se på hvor stor kapasitet som trengs av helsevesenet på Agder.

Møtet avsluttes med et kort sammendrag hvor det åpnes for kommentarer og spørsmål. Partene er fornøyd med diskusjonene og sakene i møtet, sekretariatet får i oppgave å lage et møtoreferat som alle representantene får tilsendt.

Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for studiens teoretiske perspektiv. Valg av teori er essensielt for en slik avhandling fordi den kobles opp mot tema og påvirket utfallet av tolkningsresultatene gjennom at man ser data i lys av teorien man velger. Teori kan ses på som en forenklet modell av en del av virkeligheten og er til hjelp for å forstå sammenhengene i forskningen. Det er derfor nødvendig med flere teorier slik at man kan danne en plattform

som man kan tolke ut ifra og danner utgangspunkt for drøfting av funn. Teorien blir dermed et verktøy som jeg skal bruke induktivt for å kunne svare på oppgavens problemstilling.

Samhandling

Samhandling er et begrep som blir brukt mye gjennom denne oppgaven og er et av grunnpilarene som helsereformer i senere tid bygger på. Samhandling som begrep kan ses som en kombinasjon av samarbeid og tillit. I Meld.St. nr 47 (2008-2009) defineres «samhandling» som: *”uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”*. Samhandling kan forstås som det daglige samarbeidet mellom organisasjoner på forskjellige nivåer, som for eksempel mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus. Innenfor organisasjonslitteraturen blir dette omtalt som «mandated networks» (Rodriguez, Langley, Beland, & Denis, 2007) som er egentlig tvunget samarbeid. Dette er et av tre sentrale styringsgrep i samhandlingsreformen som introduserer pålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus (Torjesen & Vabo, 2014)

Historisk institusjonalisme

Historisk institusjonalisme er en tilnærming som prøver å forstå hvordan timing, sekvenser og stiavhengighet påvirker organisasjoner gjennom forming av sosial, politisk og økonomisk adferd og endringer. Selznick (1984) gir en god skildring mellom organisasjoner og institusjoner. Organisasjoner kan forstås som instrumenter i samsvar med det instrumentelle perspektiv; tekniske konstruksjoner som sin hensikt er å nå etablerte mål, eller sagt på en annen måte, strukturelle uttrykk for rasjonell handling. Begrepet institusjon viser til de uformelle trekkene som stegvis vokser frem i organisasjoner gjennom sosialisering over tid. Ved at uformelle normer og verdier blir tilført den formelle organisasjonsstrukturen, blir organisasjonen institusjonalisert. (Selznick, 1984, s. 16-17) Denne institusjonaliseringen av normer skaper organisasjonskultur hvor medlemmer kan handle basert på uformelle normer istedenfor den formelle organisasjonsplikten. Dette kan påvirke organisasjonsendring ved at de uformelle normene er noe som i seg selv skal ivaretas, og dannelsen av sterke organisasjonskulturer skaper mer konservative holdninger til endring. En annen variabel er at når et valg er tatt er det vanskelig å reversere. Dette henger tett sammen med stiavhengighet hvor valg baserer seg på tidligere beslutninger som må ses over en tidshorisont for å gi perspektiv.

Stiavhengighet

Stiavhengighet forklarer hvordan organisasjoner påvirkes av tidligere beslutninger og praksiser, og hvordan praksisene er vanskelige å endre over kort tid. Organisasjoner må ofte foreta beslutninger som berører mange områder ved organisasjonen. Det finnes mange beslutningsmodeller, men det de alle har til felles er at det skal foretas en enkelt beslutning. Jacobsen og Thorsvik (2016) poengterer at hvis man bare fokuserer på en enkelt beslutning så vil man miste essensen fordi det finnes flere parallelle beslutningsprosesser i samme organisasjon på samme tid. Man bør derfor studere flere beslutninger som finner sted etter hverandre i tid og se hvordan tidligere beslutninger påvirker nye beslutninger. (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s.340) Når vi ser stiavhengighet i sammenheng med oppgavens tema kan vi ta for oss artikkelen til Torjesen et al, 2017: «The Scandinavian Model in Healthcare and Higher Education: Recentralising, Decentralising or Both?» som forklarer en typologi for institusjonell endring. Her ser de på hvordan reformer endrer sykehus institusjonene til å bli mer sentralisert eller desentralisert. I artikkelen kommer det frem at pendelen ikke har svunget en klar vei, men at virkeligheten er mer kompleks gjennom at endringer i styringsstruktur har ført til mer autonomi på det lokale plan, mens det samtidig har ført til mer sentralisering av kontroll og ansvarlighet med dannelsen av helse-enterprise strukturen. Denne institusjonelle endringen viser seg å ha flere lagdelinger (NPM-styring kombinert med profesjonelle nettverk og offentlig byråkrati) som er et resultat av sti avhengighet. (Torjesen et al, 2017. s. 70)

Styrings- og koordineringsvirkemidler

Chain management strukturer

Chain management strukturer blir godt fortalt av Torjesen og Vabo (2014) som: «...*det vil si strukturelle arrangement for å koordinere et nettverk av ulike organisasjoner som sekvensielt etterfølger hverandre i produksjonen av en vare, tjeneste eller en politikk.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Dette betyr at hver organisasjon eller institusjon sitt bidrag er et steg i produksjonskjeden og vil ha innvirkning i sluttproduktet. Denne måten å styre på kan ses i sammenheng med hvordan kommunale helsetjenester og sykehus styres og koordineres, hvor mange helse-institusjoner er med på å skape en helsetjeneste. Institusjonene skal koordineres på en slik måte at alle ledd er med å bidra på de områdene de er spesialisert innenfor og på best mulig måte. Dette skaper komplekse strukturer og koordineringsutfordringer på grunn av antall institusjoner og organisasjoner som skal samhandle på tvers av forskjellige nivåer og

koordineres tverrfaglig gjennom flere ledd. Dette betyr at koordineringen mellom de forskjellige helse institusjonene er viktig for at man skal klare å skape kvalitet i tjenesteproduksjonen. Organiseringen består av en horisontal struktur der de forskjellige faglige helseinstitusjonene er «likestilte», og hvor hver institusjon har en ledelse som rapporterer til topp leder for alle helsetjenestene. Dette vil se ut som en kommunestruktur hvor man har de forskjellige kommunale etatene som har hver sin etatsleder som rapporterer til kommunaldirektøren, det finnes med det klare hierarkiske strukturer i Chain-management. (Torjesen og Vabo, 2014) En fundamental ambisjon ved samhandlingsreformen er å skape mer sømløse og helhetlige behandlingsskjeder mellom primærhelse-tjenesten og spesialisthelse-tjenesten. Prosessene og struktureringen for helhetlige pasientforløp som er utviklet fra denne reformen kan beskrives som chain-management-strukturer. (Torjesen og Vabo 2014) For utgangspunktet i samhandlingsreformen så var pasientforløpsprosjektene ikke pålagte hierarkiske koordineringsvirkemidler, men heller initieres de gjennom overordnede strategisk samarbeidsutvalg (OSS) som involverte faste eller midlertidige fagutvalg og faggrupper fra både kommuner og sykehus. (Torjesen og Vabo, 2014, s.152) Men gjennom den nye reformen som skapte Helsefelleskapet ble dette samarbeidet «tvunget» i form av lovpålagte avtaler mellom partene i kommunal- og sykehus-helsetjenestene. Samhandlingsreformen har gjennom sitt fokus på chain-management-strukturer videreført ordningen med individuell plan som blir beskrevet av Torjesen og Vabo (2014) på følgende måte: «Kommunene er i lovgivingen gitt ansvaret for at personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet en individuell plan, og kommunen skal kunne tilby en koordinator for fremdrift og oppfølging av individuell plan. I og med Samhandlingsreformen har også sykehusene blitt pålagt i lov å opprette koordinatorene for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.» (Torjesen og Vabo, 2014, s.152) Dette viser hva som ligger til grunn i ansvarsfordelingen mellom primærhelse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten som nå utgjør rammene i Helsefelleskapet.

Strategisk styring

Strategisk styring omfatter hovedsakelig politikktutformingsprosessen og policy design, iverksetting og evaluering. I følge Bouckaert mfl. (2010:60) skilles det mellom to typer strategisk styring; «*bottom-up interaktiv strategisk styring og top-down linjebasert strategisk styring.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 143) Bottom-up tilnærmingen er strategiske styringsprosesser som kjennetegnes av konsultasjoner og stor grad av involvering nedenfra. Altså styring i form av tilbakemeldinger og observasjoner fra fagpersoner i feltet som

viderefører informasjonen oppover i hierarkiet til de som sitter med beslutningsmyndighet. Dette betyr at med en slik tilnærming vil det være gjensidighet mellom styringsnivåene fordi planleggingsprosesser og forhandlinger er viktig i en slik nettverksvariant. Hensikten med denne formen for strategisk styring er at planlegging influeres av underliggende nivåer hvor «*overvåkning, evaluering, og fremdrift av iverksettingen er en felles prosess mellom involverte styringsnivåer*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 143) Top-down tilnærmingen til strategisk styring referer til styringsprosesser hvor «*planer på ulike forvaltningsnivåer koples sammen hierarkisk, eventuelt gjennom resultatorienterte politikktutformingsprosesser, der arbeidet overvåkes og måloppnåelsen evalueres av et overordnet nivå.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 143) Som innebærer at organisasjoner har tydelige rammer som beskriver interne arbeidsoppgaver og resultatkrav hvor rammene fungerer som virkemiddel for koordinering av målsetninger.

For å settet dette i sammenheng med oppgavens tema er strategisk styring et av grunnpilarene i Helsefelleskapet og deres arbeid hvor det er flere involverte styringsnivåer. Helsefelleskapet har en bottom-up-tilnærming til strategisk styring som man ser eksempler på i Samhandlingsreformen hvor det er strategisk styring på et overordnet nivå. Begrunnelsen for dette er dannelsen av koordineringsgrupper som er styrt under av Helse- og omsorgsdepartementet hvor det er representanter fra flere organisasjoner blant annet kommuner og sykehus. I Helsefelleskapet sitter det representanter fra både kommunene og sykehusene hvor deres roller er samhandlingskoordinator for de respektive organisasjonene. (Torjesen & Vabo, 2014)

Finansiell styring

Finansiell styring refferer til hvordan organisasjoner og institusjoner blir styrt gjennom økonomiske styringsverktøy. Her skiller Bouckaert (2010:63, 64) mellom to forskjellige typer finansiell styring, som betegnes som «*tradisjonelle, inputorienterte finansielle styringssystemer og resultatorienterte finansielle styringssystemer fokusert på incentiver.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 144)

Tradisjonelle, inputorienterte finansielle styringssystemer handler om hierarkiske budsjettprosesser hvor det er tydelige rammer og definisjoner på hva ressursene skal brukes til, noe som gir lite autonomi for organisasjonen til å disponere midlene selv. (Torjesen & Vabo, 2014) Denne formen for finansiell styring finner vi igjen i norske kommuner hvor de hvert år får en «sekk med penger» fra nasjonalt nivå hvor de fleste midlene er øremerket slik at kommunen ikke kan forvalte pengene slik som de ønsker, dette blir også referert til som

«rammefinansierings-modellen». Her blir de politiske prioriteringene kommunisert nedover i den hierarkiske strukturen gjennom budsjetter, som betyr at endringer i nasjonal politikk gir utslag i kommunale budsjetter. Denne typen finansiell styring kan også ses i Samhandlingsreformen hvor kommunene for eksempel skulle oppredde tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra og med 2016, hvor staten i forkant fra 2012 stilte midler til rådighet for å starte prosessen tidligere noe som ville myke overgangen. (Torjesen & Vabo, 2014, s. 144) Måten kommunene får midler og budsjettene dannes blir påvirket av folketallet i kommunen, forrige års budsjett og andre behov som må meldes inn. Resultatorienterte finansielle styringssystemer fokusert på incentiver handler om å skape og gi incentiver til organisasjoner for å styre dem i en ønsket retning. Her blir de midlene som er til rådighet koblet sammen med bestemte resultater og det gis sanksjoner om resultat ikke oppnås, noe som er en motsetning fra det finansielle systemet presentert tidligere. «*Det regnskaps- og revisjonsmessige er rettet mot den enkelte organisasjons måloppnåelse.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 144) Dette understreker det faktum at en organisasjon som styres etter denne finansielle modellen er selv ansvarlig for gode resultater hvis man ønsker økonomiske midler. Sett på en annen måte kan denne måten å styre på gjennom incentiver sammenlignes med bedrifter i et fritt marked hvor man konkurrerer om knappe goder ved å produsere de beste og rimeligste tjenestene. «*Forhandlinger om økonomiske rammer for å levere et gitt resultat er aktuelt, så også priskonkurranse og målestokk-konkurranse mellom offentlige (og eventuelt private) organisasjoner*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 144) Denne finansieringsmodellen blir brukt i norske sykehus og blir ofte omtalt som «stykkpris-finansiering» hvor enkelt forklart sykehusene får økonomiske midler basert på hver pasient de håndterer (justert for grad av behandling/inngrep). I Samhandlingsreformen finner vi dette som et sentralt koordineringsvirkemiddel med *kommunal medfinansiering av sykehusopphold og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter eller dagbøter*. (Torjesen & Vabo, 2014, s. 145) Det førstnevnte går ut på at kommunene skal være med å dekke opphold som tradisjonelt har vært under sykehusene, men nå skal pasienter kunne ha rehabilitering i hjemkommunen som gjør at kommunene må ha sengeplasser for pasientene. Den andre går ut på at dersom kommunen ikke har kapasitet til å ta imot pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus inntreter et betalingskrav på 4000 kroner per døgn. (Torjesen & Vabo, 2014) Et annet eksempel som er verdt å nevne er finansielle styringssystemer rettet mot informasjonsutveksling og konsolidering. Dette er et virkemiddel som skal «*stimulere til felles innsats og samarbeid mellom organisasjoner*», som skal legge til rette for utveksling av

informasjon og fleksible budsjetter for å kunne realisere tverrgående politiske mål. (Torjesen & Vabo, 2014, s. 145)

Organisatoriske virkemidler for koordinering

I artikkelen til Torjesen & Vabo, 2014 presenterer de ni ulike kategorier av organisatorisk koordinering, men på grunn av oppgavens omfang skal jeg kunne presentere noen få som har relevans for å svare på oppgavens problemstilling. Den første tilnærmingen til organisatoriske virkemidler jeg tar for meg er *reorganisering av ansvar*. Dette innefatter «*alle former for organisatoriske endringer – sammenslåinger, oppdelinger, sentraliseringer og desentraliseringer – som på en eller annen måte bringer sammen relaterte aktiviteter på en ny måte.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 147) Dette innebærer i prinsippet endringer i arbeidsdeling hvor sammenslåinger er den mest ekstreme måte å oppnå koordinering mellom organisasjoner på. For å sette dette i sammenheng med oppgavens tema kan vi ta for oss

Samhandlingsreformen hvor «*obligatorisk flytting av ansvar for øyeblikkelig hjelp-funksjonene fra sykehus til kommunen et eksempel på reorganisering av ansvar.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 147) Dette er et eksempel på koordineringsvirkemidler blir tatt i bruk mellom kommuner og sykehus hvor koordineringen er hierarkisk.

Et annet virkemiddel som er viktig for å forstå hvordan samhandlingen mellom kommuner og sykehus fungerer er dannelsen av koordinatorroller og koordinerende-enheter som kom etter Samhandlingsreformen. (Torjesen & Vabo, 2014) Koordinator-enhetene finnes både på nasjonalt nivå i helseforetakene og på lokalt nivå i kommunene. Som nasjonalt virkemiddel er det etablert Nasjonal koordineringsgruppe for samhandling og et nasjonalt nettverk som skal ha en koordinerende informasjons- og veilederrolle overfor regionale og kommunale nivå.

(Torjesen & Vabo, 2014, s. 148) I selve helseforetakene har både sykehusene og kommunene etablert egne koordinatorstillinger som for eksempel samhandlingssjef, samhandlingskoordinator og lignende. Koordinatorene kan ses som hovedkontaktpunktet mellom styringsnivåene når det kommer til samhandling mellom helsetjenestene. Som oftest er de plassert i stab med rådgivende funksjoner og er finansiert av hver sin respektive organisasjon. «*I kommunene er det for eksempel etablert stillinger under betegnelsen samhandlingskoordinator. Mange av regionrådene (se omtale av type 9–11 nedenfor) rundt om i landet har etablert egne interkommunale samhandlingskoordinatorer eller lignende.*»

(Torjesen & Vabo, 2014, s. 149) Dette viser at kommuner som inngår i regioner inngår samarbeid for felles representasjon gjennom samhandlingskoordinatorene som vi også ser i

regionene i Agder. Man kan her også nevne interorganisatorisk kultur- og kunnskapsadministrasjon som en viktig del av koordineringsprosessene. Det sentrale her er de menneskelige ressursene for koordinering som finnes i organisasjonene. «*Her er det snakk om å etablere felles arenaer, hvor det utvikles felles kunnskapsvisjoner, verdier og normer mellom organisasjoner, slik at samarbeid og samhandling fremmes.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 146) Dette virkemidlet blir dermed brukt gjennom nettverk som bygges i og mellom organisasjonene og er den sentrale koordineringsmekanismen for å oppnå organisatorisk læring. (Torjesen & Vabo, 2014)

Metode

Forskningsmetode

Jeg skal nå gjøre rede for den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for avhandlingen. Forskningsmetoden består av to deler hvor Primær data for oppgaven vil være data samlet inn gjennom kvalitative intervjuer som beskriver forholdet mellom politisk/nasjonal prinsipal og regional iverksetter, altså stat – kommune. Og sekundærdata som består av relevante forskningsartikler som omhandler oppgavens tema for å gi mulighet for komparativ analyse. Jeg vil presentere de valgene som er tatt under hele prosessen fra jeg utarbeidet intervjuguiden til jeg analyserte funnene fra informantene og forskningsartikler. Jeg skal gi et teoretisk innblikk i kvalitativ metode, beskrive hvordan jeg bruker innsamlingsstrategier og hvordan forskningsintervjuet er strukturert. Videre presenterer jeg mitt utvalg av informanter og rekrutteringsprosessen, deretter viser jeg utarbeidelse av intervjuguiden og hvordan jeg gikk frem for å innhente data. Deretter vil jeg belyse mitt arbeid med transkripsjon og analyseprosessen. Som støtte til min egen forskning vil jeg presentere hvordan jeg har funnet frem til relevante forskningsartikler fra utarbeidelse av søkestreng, utvelgelsesprosessen og til presentasjon av funn.

Kvalitativ metode

Avhandlingens tema og fokus har vært retningsgivende for valg av forskningsmetode. Tema og fokus i oppgaven handler primært om skillet mellom nasjonal og regional offentlig forvaltning innen helsetjenester og jeg har med dette valg å ta for meg Helsefelleskapet. På grunn av denne organisasjonens størrelse, kompleksitet og oppgavens omfang var det

vanskelig å skaffe gode data gjennom en kvantitativ metode, så derfor valgte jeg en kvalitativ tilnærming for avhandlingen. Denne tilnærmingen mener jeg valgt fordi det egner seg godt for å øke forståelsen for prosessen, samhandlingen og relasjonene. Jeg ønsker å finne ut av hvordan samarbeidet mellom kommunalt og statlig nivå fungerer i praksis og hvordan partene i Helsefelleskapet på Agder opplever samarbeidet. For å oppnå denne kunnskapen har jeg tatt for meg et kvalitativt forskningsdesign for å få et større innblikk i hvilke faktorer som påvirker implementeringen av politiske vedtak på helsetjenester i Agder, og hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten forholder seg til dette. Etersom Helsefelleskapet er et relativt nytt fenomen, finnes det lite case studier på dette fra før av. Jeg har derfor valgt en metode som består av en eksplorativ tilnærming til intervju med regionen Agder som case, og som støtter seg på dokumentanalyse. Jeg har også valgt en holistisk tilnærming til data hvor konteksten er viktig fordi informantene har flere roller hvor deres arbeid i Helsefelleskapet bare er en av rollene de besitter.

Case

For å kunne sette avgrensninger i en oppgave er det lurt å ta for seg et eller flere caser. Gjennom slike avgrensninger kan man lettere kontrollere for faktorer som spiller inn ved at man har satt begrensninger enten geografisk, demografisk eller andre faktorer som avgrenser forskningen. For denne oppgaven har jeg satt geografisk avgrensning på min forskning av Helsefelleskapet til Agder regionen. Dette er gjort med tanke på oppgavens omfang og gjennomføring av oppgaven. Case studier kan ifølge Flyvbjerg (2006) være et godt verktøy for å forstå et fenomen gjennom «*generering og testing av hypoteser*» (Flyvbjerg, 2006, s.229) Flyvbjerg argumenterer for at enkelt case kan brukes til «*generalisering*» (Flyvbjerg, 2006, s.220) selv om det har vært en antakelse i forskningsmiljøet om at enkelt caser ikke har noen særlig generaliseringsverdi. Case studier gir i følge Flyvbjerg (2006) studenten hjelp til å få kompetanse på området han eller hun forsker på utover det «*kontekst-avhengige fakta og regler kan bringe*» (Flyvbjerg, 2006, s.222)

Innsamlingsstrategier

Gjennom denne prosessen har jeg brukt flere innsamlingsstrategier for å tilegne meg kunnskap om tema og innhenting av datamateriale. I starten av prosjektet fikk jeg gjennom samtaler med veileder et tips om å se på Helsefelleskapet siden den organisasjonen passet min problemstilling hvor jeg ønsker å skrive om skillet mellom nasjonal og regional forvaltning i Agder regionen. Jeg fikk anledning til å være observatør i et videomøte hvor representanter

fra Helsefelleskapet og brukerrepresentanter var til stedet. Allerede der begynte jeg å tilegne meg kunnskap om organisasjonen som gav meg et grunnlag for å utarbeide intervjuguiden som jeg skal komme tilbake til senere. Jeg ønsket å intervju nøkkelpersoner fra Helsefelleskapet for å få innsikt i hvordan organisasjonen opererte og hvordan samhandlingen mellom det nasjonale og regionale nivået fungerte i praksis. Jeg fant en liste over organisasjonens representanter gjennom et dokument på Helsedirektoratet sine sider hvor jeg søkte etter Helsefelleskapet. Jeg sendte en e-post til alle representantene på den listen hvor personene også hadde andre roller i kommunene, sykehusene, og som fastleger og brukerrepresentanter. I denne e-posten presenterte jeg meg selv og masterprosjektet mitt hvor jeg skrev at jeg ønsket informanter til prosjektet, og at de som ønsket å delta kunne sende meg en bekreftelse og tidspunkt hvor intervjuet kunne gjennomføres. I e-posten la jeg med intervjuguiden som et vedlegg slik at de mulige informantene kunne se hvilke spørsmål som jeg ønsket skulle belyses og med kunne stille forberedt med svar. Under selve intervjuet benyttet jeg meg av godkjent diktafon slik at jeg hadde anledning til å transkribere intervjuene i etterkant og bruk av diktafon gjorde at jeg kunne fokusere på selve intervjuet og informanten. Det gir også mulighet for å fange opp samtalens dynamikk, ordbruk, tonefall og pauser, og man kan gå tilbake og lytte flere ganger. (Kvale og Brinkmann, 2009) Jeg fikk også muligheten til å være med på det første fysiske kvartalsmøtet etter Covid-19 pandemien som gav meg stort innblikk i hva slags rolle organisasjonen har og hvordan de arbeider med å løse problemstillinger. Som observatør hadde jeg mulighet til å notere jeg meg hvordan sakene håndteres og hvordan partene arbeider for å finne konsensus som jeg har presentert i oppgaven.

Forskningsintervju

Arbeidet rundt intervjuer er en lang prosess som starter i forkant av selv intervjuene, gjennomføring av intervjuer, og etterarbeid hvor data blir analysert. Jeg skal nå presentere prosessen gjennom 5 underpunkter.

Utvalg og rekruttering av informanter

Utvelgelse av informanter er en viktig del av den kvalitative metoden og at man må være oppmerksom på hvilke personer man trekker inn i undersøkelsen. Jacobsen (2015) påpeker viktigheten ved å ikke undersøke særlig mange personer hvor man setter en øvre grense på 20 informanter for å unngå det som Steinar Kvale kaller for 1000-siders spørsmålet. Dette er

fordi dataene man får inn er så rike på detaljer og opplysninger at man ikke klarer å analysere for store mengder på en god måte (Jacobsen, 2015, s.178)

Jeg var usikker på hvor mange personer jeg ønsket å intervju og det var usikkerhet rundt hvor mange informanter jeg kunne få til å stille på grunn av at personene jobber innenfor helsetjenesten og var fokusert på pandemi håndtering. Informasjon over aktuelle informanter fant jeg gjennom en liste over representanter i Helsefelleskapet som lå på Sørlandets sykehus sine nettsider. Jeg sendte ut e-post til 27 nøkkelpersoner i Helsefelleskapet som jeg ønsket å intervju, noen svarte at de ikke hadde mulighet på grunn av stor arbeidsbelastning knyttet til pandemien, enkelte svarte ikke, men til slutt fikk jeg 10 informanter som takket ja til å være med på prosjektet. Jeg hadde ingen krav til informantene når det gjaldt alder, kjønn, bosted eller rolle i organisasjonen, det eneste kravet var et de var representanter i Helsefelleskapet på Agder. Informantene er ikke omtalt med navn eller rolle for å ivareta personvern hensyn ettersom dette prosjektet ikke er søkt om til NSD. Alle informantene var godt kvalifisert for å delta i forskningen ettersom de alle hadde viktige roller innenfor helse, samhandling og koordinering innenfor sine respektive roller i kommuner/sykehus og som representanter i Helsefelleskapet. Selv om det var ønskelig å få informanter fra alle nivåene i Helsefelleskapet har jeg kun fått gjennomført intervjuer av personer fra ledelses og administrative nivå i kommuner og sykehus. Det betyr at studien ikke har data fra det faglige nivået i Helsefelleskapet som betyr at data er fra det mer overordnede planet.

Intervjuguide

Ved valg av kvalitativ metode og intervju ønsker jeg å tilegne meg kunnskap om hvordan samarbeidet mellom statlig og kommunal tjenesteyter innenfor helsetjenesten fungerte, hvordan Helsefelleskapet er og gjøre, og hvordan dette har påvirket pasientflyten i regionen Agder. Intervjuguiden ble strukturert i 3 hoveddeler som skulle dekke de områdene som skulle være informasjonsgrunnlaget for å svare på problemstillingen. Det første delen handlet om selve organisasjonen hvor jeg ønsket å avdekke hva slags rolle Helsefelleskapet har, hvorfor det ble dannet, og hvordan ansvar og arbeidsoppgaver var fordelt mellom de to styringsnivåene. Den andre delen handlet om funksjonalitet, arbeidsoppgaver og samarbeid hvor jeg ønsket informasjon om hvilken grad implementeringen av Helsefelleskapet har ført til økt koordinering og samarbeid mellom kommuner og sykehus, hvilke oppgaver de faktisk jobber med, og hvordan organisasjonen skal være med å realisere målene til nasjonal helse- og sykehusplan som er utarbeidet på nasjonalt politisk nivå. Den siste delen handlet om pasientopplevelsen hvor jeg ønsker innspill fra informantene om hvordan implementering av

Helsefelleskapet har blitt oppfattet av brukere av helsetjenestene og om tilbudene til brukerne har blitt bedre etter dannelsen av organisasjonen. Jeg ønsket å møte informantene mest mulig åpent hvor deres beskrivelser og erfaringer skulle stå i sentrum av undersøkelsen gjennom en åpen dialog hvor informantene fikk frihet til å komme med de momentene som de selv mente var viktige. Intervjuguiden fungerte som veiviser som ga informantene noen stikkord de kunne prate ut ifra, men hvor de selv valgte hva de ville vektlegge gjennom intervjuene.

Semistrukturert intervju

I min forskning var det viktig å få frem informantenes oppfatninger og syn på hvordan samhandling og koordinering mellom kommunalt og statlig nivå fungerer i Helsefelleskapet. Dette er en intervjuform som jeg føler passer bra til studiens tema hvor intervjuguiden gir en rekkefølge av temaene som jeg ønsker belyst, men som samtidig gir rom for at informanten står fritt til å komme med den informasjonen som han eller hun anser som viktig. Denne tilnærmingen til intervju gir en balanse mellom strukturerte spørsmål og åpen dialog som jeg synes passet bra til det jeg ønsket å få av informasjon fra informantene. Kvale og Brinkmann (2009) definerer et semistrukturert intervju som: "En planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet" (s.325). Dette sikrer meg også at informantene blir stilt tilnærmet samme type spørsmål som gjør det lettere å analysere data i etterkant for å finne sammenfallende informasjon og ulikheter på tvers av informantene. Det profesjonelle intervjuet har det formål å samle inn data, hvor særegne tilnærminger og teknikker er nødvendig (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg forsøkte å bygge spørsmålene på en slik måte at de var nøytrale og kunne besvares av personer fra både kommunen og sykehusene, men noen spørsmål la til rette for at informantens syn og oppfatninger kunne komme frem. Jeg opplevde at strukturen i intervjuguiden var til hjelp for å gi informantene stikkord som de kunne snakke ut ifra, men posisjon og bakgrunn hadde størst betydning for hva informantene la mest vekt på som viktig. Informantene fikk spørsmål som ble utarbeidet for å belyse oppgavens problemstilling og for å gi utfyllende informasjon om hvilke faktorer som påvirker samhandling or koordinering mellom de to administrative nivåene.

Innsamling av datamaterialet

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden januar-mars 2022. Jeg var tydelig i min presentasjon av hvem jeg var, at jeg var master student i statsvitenskap fra universitetet i Agder, og om prosjektet mitt. Jeg var også nøye med å presentere hva vi skulle samtale om og

varigheten av intervjuet samt at intervjuene ville bli tatt lydopptak av og at alle informantene skulle anonymiseres i henhold til personvernsretningslinjene fra NSD. Som forsker var jeg opptatt av at intervjuene skulle oppfattes som profesjonelle samtidig som jeg hadde fokus på en positiv tone og være interessert i det informantene snakket om. Dalen (2004) beskriver dette ved at det er viktig å ha evnen til å lytte og vise interesse for hva informanten formidler ved å vise anerkjennelse både ved måten det spørres og lyttes på. Jeg viste at jeg hadde en trygghet i det vi skulle snakke om gjennom at jeg hadde ferdig utformede spørsmål som jeg sendte til informantene i god tid for intervjuet skulle finne sted. 9 av de 10 intervjuene ble gjennomført over teams på grunn av pandemi-restriksjoner og smitte, men også på grunn av at det var lettere å gjennomføre ettersom geografiske avstander til informantene var store og det ville kreve mye reisetid, og ett av intervjuene ble gjennomført fysisk. Måten intervjuene ble gjennomført på enten over videomøter eller fysisk påvirket i veldig liten grad innsamlingen av data ettersom teknologien i dag gir klare bilder og lyd slik at informasjonen blir forstått. Alle intervjuene ble tatt lydopptak av slik at jeg kunne transkribere disse etter at intervjuet var ferdig. Dette ga meg også muligheten til å fokusere på selve intervjuet og informantene slik at jeg kunne være aktiv i lytting og samtale.

Før intervjuet startet ble informantene igjen informert om hensikten ved intervjuet og hvilke hovedpunkter intervjuet var inndelt. Videre ga jeg informantene beskjed om at de ikke trengte å svare på spørsmål de ikke følte for å svare på, og at de måtte komme med tilleggsinformasjon når som helst hvis de følte at det var viktig informasjon som spørsmålene ikke berørte. Under selve intervjuene opplevde jeg at informantene var interessert i å fortelle om temaet og deres erfaringer med samhandlings or koordinering i Helsefelleskapet. De virket åpne og positive, og det var lett å holde samtalen i gang. Intervjuguiden fungerte som et godt redskap som sørget for at alle temaene ble dekket, selv om informantene fikk snakke nokså fritt. Hvis det var behov så stilte jeg mer utdypende spørsmål for å få informasjon på det jeg var ute etter, og hvis informantene ønsket mer utdypende forklaringer på hva jeg mente med spørsmålene ga jeg det. Informantene hadde forskjellig bakgrunn og roller som gjenspeiler seg i dataene, men selv om det er noe forskjell på svarene som ble gitt var det også mye sammenfallende og enighet på en del områder på tvers av informantene som jeg skal presentere i form av funn senere i oppgaven. Intervjuene hadde varighet på 30 til 60 minutter.

Transkripsjon av datamaterialet

Transkripsjon betyr å endre noe fra en form til en annen form, og i denne sammenhengen så betyr det å endre fra talespråk til skriftspråk. Etter hvert intervju startet jeg

transkriberingsprosessen for at da hadde intervjuet frisk i minnet. Verktøy som ble brukt til denne prosessen var lydopptak som ble gjort under selve intervjuet som gjorde at jeg kunne fokusere på hva informantene sa og la vekt på som viktig. Jeg tok meg god tid i transkriberingsarbeidet for å få med alt som informantene delte av informasjon gjennom intervjuene. Lydopptak viste seg å være et helt essensielt verktøy for dette arbeidet ettersom det fanget opp hele samtalen, men også en del underliggende informasjon som for eksempel ble gitt gjennom ironi eller en form for humor. Dette gjorde at jeg kunne gå tilbake i lydopptaket å høre ting flere ganger slik at jeg var sikker på at jeg fikk overført det som ble sagt til skriftlig språk uten å miste konteksten det var gitt i. Siden jeg har tatt for meg holistisk tilnærming til data valgte jeg å transkribere ord for ord for at transkripsjonen skulle bli så virkelighetsnært som mulig med unntak av når jeg har måtte skrive om for å anonymisere informantene. Dette er med å bidra til å øke transkripsjonens pålitelighet. (Kvale & Brinkmann, 2009)

Hensynet til studiens validitet og reliabilitet

Det er umulig å lage et perfekt design, og usikkerhet ved metoden kan virke inn på resultatene (Dalland, 2015, s. 114). Hensynet til validitet og reliabilitet må tas i betraktning, altså hensynet til studiens pålitelighet og relevans (Dalland, 2015, s. 120). Her vil datainnsamlingsmetoden og metodebruk være med å påvirke dataenes gyldighet (Jacobsen, 2015, s. 145) Jeg har i studien utvalgt noen nøkkelinformanter fra Helsefelleskapet, men på grunn av personverns hensyn har jeg måtte anonymisere informantene som gjør at utsagn ikke kan knyttes til et navn som reduserer validiteten noe. Det er også en skjev fordeling i utvalget hvor majoriteten av informanter kommer fra kommune-siden av Helsefelleskapet. Dette skyldes Covid-19 pandemien som gjør at nøkkelinformanter fra sykehus-siden ikke har mulighet til å stille til intervju grunnet arbeid med pandemi håndtering. Dette gjør at dataene som kommer fra forskningen blir noe redusert til komparativt bruk for å se eventuelle forskjeller mellom aktørene i Helsefelleskapet fra de forskjellige styringsnivåene.

Funn

Jeg skal nå presentere funn gjort i forskningen for å svare på oppgavens problemstilling: *Hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder?* Strukturen i dette kapittelet består av drøfting av funnene fortløpende, og konklusjonene på funnene kommer i et eget kapittel etter funnene er presentert og drøftet. På grunn av problemstillingens kompleksitet vil drøfting og konklusjonen være to-delt hvor første del fokuserer på hvordan ulike samhandling og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk påvirker samhandling og koordinering mellom kommuner og sykehus. Den andre delen fokuserer på hvordan Helsefelleskapet i Agder bidrar til bedre samhandling, integrerte og fordelaktige helsetjenester for pasienter og deres behov. Jeg benytter meg av datamaterialet i form av transkriberte intervjuer, og relevant forskningslitteratur og teorier for å bygge opp under argumentene som blir presentert og gi en forståelse for resultatene.

Funn 1 - Samhandling og Koordineringsvirkemidler

Samhandling og koordinering er nødvendig for at Helsefelleskapet skal fungere og produsere tjenester. Dette er et lovpålagt samarbeid der partene «tvinges» til å samarbeide med hverandre på helsetjenester innenfor et felles geografisk område. Dette er en av intensjonene i Samhandlingsreformen og kan forstås gjennom strategisk styring. Strategisk styring omfatter hovedsakelig politikkkutformingsprosessen og policy design, iverksetting og evaluering. Denne formen for strategisk styring er en «bottom-up» tilnærming som «*kjennetegnes av konsultasjoner og stor grad av involvering nedenfra.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 143) Selv om det er styringsverktøy som blir brukt for at denne prosessen skal fungere i form av juridiske verktøy, finnes det også andre typer styringsverktøy slik som økonomiske, organisatoriske og faglige. Summen av koordineringsvirkemidlene utgjør rammene og betingelsene for samarbeidet i Helsefelleskapet på Agder. Jeg skal nå presentere og drøfte hvordan samhandling og koordinering blir styrt gjennom forskjellige typer virkemidler for å danne en forståelse av statlig implementering av politiske reformer.

Kommunene og sykehusene i Agder møter i Helsefelleskapet som samlede parter. Dette skjer fordi man ønsker å opptre som en enhet og det gjøre det lettere å møte med den andre parten og få gode diskusjoner når det finnes enighet i sakene på forhånd. Agder består av 25 kommuner og alle kommunene skal bli representert i Helsefelleskapet i form av regions-

representanter. (Sørlandets Sykehus, 2022) Det hadde raskt vært vanskelig å koordinere samhandling hvis alle 25 kommunen skulle stille med egen representant for å beskytte sine interesser. Det er derfor representanter fra 4 regioner; Lister, østre-Agder, Setesdal-regionen og Kristiansands-regionen. For å kunne koordinere og samkjøre kommunenes interesser i Helsefelleskapet gjennomfører kommunen egne møter som kaller for KOSS (Kommunenes Overordnede Strategiske Samarbeidsutvalg) hvor representantene diskutere saker og interesser, og blir enige om hva de skal fokusere på før de møter i Helsefelleskapet. Informant 3: *«Ja altså mellom kommunene er det litt det jeg sa i stad at når en møter i Helsefelleskapet, vi fra kommune siden, vi møter som representanter fra flere kommuner så da er man nødt til å samarbeide i forkant for å på en måte kunne representere sine kommuner på en god måte.»* Informant 6: *«Altså på Agder så har jo vi drevet med OSS og det var jo for å koordinere, det var jo bakgrunnen i samhandlingsreformen. Også fikk vi da opp å gå et godt samarbeid på Agder som vi har laget opp som OSS og også for å gjøre det enda bedre så koblet vi også opp og laget KOSS som da er mer et kommunesamarbeid for å svare ut i møte med selve OSS.»* De tre sykehusene har også felles møter i forkant av slike møter for å finne ut av hvilke saker de er enige om og hvilke saker de skal prøve å finne enighet i. Det er en litt annen prosess ettersom sykehusene er underlagt samme styringsnivå i form av Helse-Sør som er under styring av Helsedirektoratet fra nasjonalt nivå. Som forskningen har vist er mye av grunnen til at denne samhandlingen mellom kommuner og sykehus fungerer at dette har vært et langvarig prosjekt som ble startet lenge før Helsefelleskapet ble opprettet. Informant 9: *«Men vi hadde jo i praksis hatt helsefelleskap veldig lenge og arbeidet med vi kalte en arena-struktur lenge før, altså parallelt da med at vi fikk vite om det for det var helt ukjent for oss at de jobbet med det nasjonalt. Så vi hadde den oppe som en sak i et OSS-møte i november 2019 hvor vi diskuterte en forbedring og en videreutvikling av et veldig langvarig samarbeid, altså samarbeid mellom kommuner og sykehus på Agder går helt tilbake til 2006.»* At det har vært et langvarig samarbeid i Agder har vært viktig for at samarbeidet skal fungere slik som det gjøre i dag. Dette kan ses gjennom at tillit er en kritisk faktor i samhandling og koordinering mellom styringsnivåer, og siden dette samarbeidet har pågått siden 2006 har det blitt bygget mye tillit imellom partene som gjør samarbeid og fordeling av arbeid lettere ettersom man stoler på at partene klarer å løse sine oppgaver. Ved å se på arbeidet i lys av stivhengighets-teorien kan man forstå hvorfor samarbeid mellom de to styringsnivåene tar lang tid å etablere og bli institusjonalisert. Primærhelsetjenesten (kommunen) og spesialisthelsetjenesten (sykehuset) sitt arbeid er preget av tidligere praksiser, organisasjonsstrukturer, og erfaringer som er med inn i samhandlingsprosessen. Institusjonaliseringsprosessene kan også ses i lys av

Ramsdal (2019) som beskriver prosessene på følgende måte. «De-institusjonalisering dreide seg da om prosessen der institusjoner svekkes og forsvinner, og blir erstattet – helt eller delvis – med nye institusjoner. Re-institusjonalisering dreier seg om hvordan disse nye institusjonene befestes som de normale, legitime og innarbeidete organisasjonsformer og praksiser.» (Ramsdal, 2019, s. 43) Begrepene forklarer hvordan institusjoner blir endret slik at gamle institusjoner og praksiser forsvinner, og nye blir dannet hvor Helsefelleskapet er et eksempel på dette. Partene er vant til at arbeidsoppgaver utføres på en bestemt måte, altså ting er institusjonalisert i organisasjonen. Noe som gjør at endringsprosesser er vanskelig å gjennomføre over en kort tidshorisont. Men for å argumentere på det informant 9 sier så har dette samhandlings- og koordineringsarbeidet pågått siden 2006 som en kan si er en noe lengre periode. I følge Thorsvik (2016) må man se på organisasjoner over tid og se på beslutninger i sekvens etter hverandre for å danne en kontekst, og for å forstå hvordan tidligere valg påvirker fremtidige valg. Informant 8 beskriver samarbeidet mellom kommuner og sykehus over tid på denne måten: «*Jeg synes det fungerer relativt bra og bedre enn hvis du går 15 år tilbake i tid så fungerer det bedre nå tror jeg enn det har gjort.*» Samarbeidet utvikler seg over tid og forbedrer seg etter hvert som det blir bygget tillit, og samhandling og koordinering blir en institusjonalisert del av organisasjonen. Det er også viktig å være klar over hvordan Historisk Institusjonalisme skaper uformelle kulturer i organisasjonene er med på å skape normer som påvirker hvordan organisasjonen handler på. (Selznick, 1984) Når de uformelle normene blir en etablert del av organisasjonen er disse vanskelige å endre på kort tid. Dette er derfor også med på å gjøre samhandling og koordineringsprosessene langvarige prosesser. Informant 10 beskriver endringsprosessene på følgende måte: «*Men så er dette på en måte lange prosesser, seige prosesser, det er store organisasjoner, det er mange aktører så jeg tror vi må ha på en måte et sånt langtidsperspektiv på det og hele tiden ha en sånn innstilling på at det er et sånn evigvarende forbedringsarbeid, dette er ikke noe vi er ferdig med, dette kan vi på en måte jobbe mer sammen og bedre på hele tiden.*» Samhandling og koordinering er i denne sammenhengen brukt som et verktøy for å nå organisasjonens mål, som i dette tilfellet er forbedring av pasientforløpene. Artikkelen til Selznick (1984) beskriver dette som strukturelle uttrykk for rasjonell handling. Hvor samhandling og koordineringsvirkemidler blir tatt i bruk, og i dette tilfellet blir helsereformen påtvunget kommunene og sykehusene for at de ikke bare kan, men skal produsere bedre tjenester for pasientene for å møte Helse- og omsorgsdepartementet sine mål.

Videre i studien vil jeg se på hvordan styringsvirkemidlene påvirker samhandling og koordinering mellom kommunene og sykehusene gjennom å gå i dybden på de juridiske, organisatoriske, faglige og økonomiske virkemidlene. Jeg skal nå ta for meg og drøfte de 4 virkemidlene som er en del av samhandlingen og koordineringen av Helsefelleskapet for å gi en bedre innsikt i hvordan styringsvirkemidlene som Helsefelleskapet har tatt i bruk påvirker samhandlingen, og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder.

Organisatoriske virkemidler

Kommuner og sykehus er organisert med ulike organisatoriske strukturer og styringsmekanismer. Informant 1 beskriver samarbeidet mellom kommuner og sykehus slik: *«Synes i grunnen det fungerer ganske greit, men det er litt organisasjonsmessige forskjeller mellom sykehus og kommune på hvordan man er organisert og det er kanskje litt tydelig samhandlingen i forhold til det med forankring og får informasjon ut. For sykehuset er det kortere vei for samhandlingskontakter for eksempel eller de som er klinikk kontakter, mens i kommunen så må du bredere ut så det er på en måte en gjenganger.»* Dette betyr at når Helsefelleskapet kommer til en beslutning av et vedtak må dette forankres i de respektive organisasjonene. Grunnen er at Helsefelleskapet ikke har noen formell beslutningsmyndighet, det er et konsensusdrevet organ. Informant 8 beskriver beslutningsmyndighet i Helsefelleskapet på denne måten: *«Nå har jo ikke Helsefelleskapet noe beslutningsmyndighet utover det som de har de som møter i Helsefelleskapet. Sånn at hvis en rådmann møter i Helsefelleksaper så møter han eller hun med sine fullmakter som rådmann, og ikke med noe mer enn det. Det er kommunestyrene som er beslutningsmyndighet på kommunesiden og så er det foretaksledelsen eller styre i sykehuset som er beslutningsmyndighet på den andre siden. Sånn at det at en sitter sammen gjør ikke at en har noe mer beslutningsmyndighet, men de ligger jo hva skal man si, det er ikke som beslutningsorgan Helsefelleskapet er viktigst. Det er som møteplass og samhandlingsarena og dialogarena.»* Her avdekkes det at Helsefelleskapet er ikke et beslutningsorgan, men opererer som en arena hvor strategiske utforminger av helsetjenester blir diskutert. I og med at det er ett konsensus organ legger dette føringer på hvordan organisasjonen kommer til enighet gjennom at partene i Helsefelleskapet må finne løsninger og kompromiss, som legger til rette for økt samhandling. Ifølge Ramsdal (2019) kan *«det å arbeide konkret med organisering av ulike arbeidsoppgaver kjennetegnet av ulike beslutningssituasjoner»* (Ramsdal, 2019, s. 201) være med å forklare hvordan organiseringen av helsevesenet er drevet av både styring fra ledernivå, men også fra fagpersoner som jobber i

feltet. Dette blir forklart som en gjensidighet i relasjoner mellom «top-down- og bottom-up-prosesser» (Ramsdal, 2019, s. 201) hvor dette skjer som «*sykliske skifter mellom overordnede konseptualiseringer og lokale innovasjonsprosesser.*» (Ramsdal, 2019, s. 201) Dette betyr at utformingen av arbeidsoppgaver og rutiner skjer både ovenfra i lederforumer hvor ideer blir konseptualister og videreført nedover i organisasjonen, men også fra fagpersonell som ser hvordan helsetjenestene burde bli utformet og formidler dette oppover systemet gjennom «*innovasjonsprosesser.*» (Ramsdal, 2019, s. 201)

Helsefelleskapet som møtearena for ideer gir partene bedre innsikt i hva den andre parten mener er viktig, og man er avhengig av en god dialog for å finne felles løsninger. Men det fører også til at organet blir mer overordnet i den forstand at den fungerer som en arena hvor man drøfter strategiske ideer og fremgangsmåter, men har liten gjennomslagskraft til å implementere ideene hvis ikke de blir forankret i kommunene og sykehusene. Kommunen trenger lengre tid til å gjennomføre forankringsprosesser siden det skal ha politisk enighet i kommunestyret, som betyr at sakene må forberedes og utarbeides. Sykehusene har sin sykehusledelse og styre som må være enig i Helsefelleskapet sine vedtak for å implementere dem, det er altså da en kortere og mindre tidkrevende vei for sykehuset enn kommunen når det gjelder å få saker forankret. En forklaring kan ses i lys av institusjonelle organisasjonsteorier og institusjonelle logikker (Ramsdal, 2019) ved at begge nivåene (både kommuner og sykehus) har et ønske om å produsere best mulige tjenester og hjelpe flest mulig pasienter. Det er logikken til helseinstitusjonene, det er bare forskjellige måter å behandle pasienter på og oppgavene er fordelt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oppgavefordelingen er juridisk forankret iblant annet helse- og omsorgstjenesteloven som gir klare «etablerte rutiner, vaner og verdier» (Ramsdal, 2019, s.34) for organisasjonene å forholde seg til. På grunn av organisasjonenes forskjellige strukturer så påvirker det forankringsprosessen og dermed samarbeidet i form av at kommunene trenger lengre tid å forankre vedtak en sykehusene. Koordineringen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan også forklares gjennom «*chain-management strukturer*». (Torjesen & Vabo, 2014) Chain-management forklarer hvordan man «*koordinere et nettverk av ulike organisasjoner som sekvensielt etterfølger hverandre i produksjonen av en vare, tjeneste eller en politikk.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, altså kommunene og sykehusene, og alle helseinstitusjonene som er underlagt dem kan ses på som nettverk hvor alle produserer helsetjenester som enten er unike eller overlapper hverandre. Dette betyr ifølge chain-management teorien at hver

organisasjons sitt bidrag er «*et steg i kjeden*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) og har betydning for «*sluttproduktet*.» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Samhandlingsreformen har som en av sine ambisjoner et mål om å fremme «*mer sømløse og helhetlige behandlingsskjeder mellom kommunehelse og sykehustjeneste*.» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Utviklingen av prosedyrer og behandlingsskjeder kan ifølge Torjesen og Vabo (2014) beskrives som chain-management strukturer. Dette argumenterer de med at «*Pasientforløpsprosjektene er ikke hierarkiske koordineringsvirkemiddel pålagt fra statens side, men initieres av overordnet strategisk samarbeidsutvalg*.» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Her ser vi hvordan etableringen Helsefelleskapet kommer inn gjennom at det er den organisasjonen som skal skissere ut hvordan samhandlingen og koordineringen på helsetjenester skal se ut. Et eksempel på dette er hvordan staten gjennom samhandlingsreformen har gitt «*kommunene relativ stor organisatorisk frihet*.» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 151) til for eksempel i å iverksette øyeblikkelig-hjelp funksjoner som er en del av intensjonene ved det utadvendte sykehus. Staten «*overlater til den enkelte kommune*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 151) å finne løsninger som passer best for dem gjennom de virkemidlene som er tatt i bruk som legger til rette for «*løsninger som er tilpasset lokale forutsetninger og behov*.» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 151)

Styringsvirkemiddelet kan også ses i lys av sti-avhengighet og historisk intitusjonalisme teorien hvor organisasjoner gjør valg og endringer basert på tidligere erfaringer og praksis, noe som fører til at store organisasjoner som kommunene og sykehusene sjeldent har radikal endring, men heller inkrementell endring over tid. Men som vist tidligere i oppgaven bryter sykehusene med tradisjonell HI teori gjennom den radikale endringen etter sykehusreformen fra 2002. (Torjesen & Vabo, 2014) Primær- og spesialisthelsetjenesten er tunge institusjonelle organisasjoner som endrer seg lite over tid med mindre det kommer større reformer som tvinger frem radikal endring. Denne dynamikken mellom stabilitet og endring i norske helseorganisasjoner blir beskrevet i Ramsdal 2019 spill og strategi som et spill mellom partene som kan være problematisk. «*Når jeg har studert utviklingen av sykehussystemet i Østfold, ser en hvordan denne utviklingen skjer innenfor nasjonale rammer der helsemyndigheter på ulike nivå samspiller (eller motarbeider) hverandre. Som vist til ovenfor preges utviklingen i sektoren av helsepolitiske spill – som fremstår som et etablert, her forstått som «institusjonalisert», kjennetegn ved måten beslutninger tradisjonelt ble fattet på – og som fremdeles preger – sektoren.*» (Ramsdal, 2019, s. 34-35) Dette er interessant fordi det viser til et «spill» mellom kommunale helsetjenester og sykehus som påvirker samhandlingen.

Utviklingen av samhandling og koordinering mellom styringsnivåene, og endring i institusjonelle logikker tar lang tid, og er kanskje en av grunnene til at samhandlingsreformen ikke leverte i forhold til intensjonene, som igjen førte til Helsefelleskaps reformen. Informant 10 belyser denne problemstillingen noe: *Det ligger nok en lang historikk bak det, vi fikk jo samhandlingsreformen tilbake i tid med fokus på å få til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Og det er helt klart en oppfølging av det fordi at vi kanskje ikke helt har lyktes på den måten som samhandlingsreformen hadde som intensjon. Det ble mye fokus på hvis jeg skal si det litt sånn svart/hvit, ditt og mitt ansvar, det juridiske og regulering rundt det juridiske med oppgavefordeling osv. Så man har tatt noen grep i forhold til å skape et felleskap som skal ta ansvar for helhetlig forløp og spesielt de som trenger tjenester fra begge nivå og samskape, planlegge sammen og ta et felles ansvar for det.* Dette viser at dette er en langvarig prosess som trenger tid og arbeid for å utvikle seg og bli institusjonalisert i organisasjonene. Dette er i tråd med teoriene om Historisk institusjonalisme og sti-avhengighet som sier at store institusjoner trenger tid for å innarbeid rutiner og vaner før organisasjonen kan endre den institusjonelle logikken. Som i dette tilfellet betyr å gå fra to forskjellige helsetjenester nivåer som produserer tjenester til å samarbeid på tvers av nivåene for å produsere tjenester.

Et annet viktig organisatorisk virkemiddel er *reorganisering av ansvar* (Torjesen & Vabo, 2014). Vi ser gjennom Samhandlingsreformen ble ansvars områder definert og endret for både kommunene og sykehusene for å redusere trykket på sykehusene, og innføre flere behandlingstilbud der pasienten bor. Helsefelleskapet er et ønske om å bygge videre på ansvarsfordelingen og skape et mer «*helhetlig og sammenhengende pasientforløp*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) gjennom økt samarbeid. Helsefelleskapet er organisert på en slik måte at ansvaret for å lede møtene og sekretariatet byttes hvert andre år mellom partene. Dette gjør at partene deler på organisasjonsansvaret og gir en følelse av likeverdighet. Det er mer eller mindre konsensus blant informantene om at dette er en god måte å organisere Helsefelleskapet på.

Informant 2: «*Ja det virker veldig fint, og det understreker den likeverdighetsmålsettingen.*»

Informant 4: «*Ja, det har vært veldig greit. Det har foregått sånn i flere år og det synes er en slags presisering for at det er et felles ansvar og en felles drift så det synes jeg egentlig har fungert veldig greit.*»

Informant 6: «*Altså det som er spennende er at man bytter på lederskapet ikke sant, nå har vi hatt i 2 år at sykehusene har ledet Helsefelleskapet og nå går det over i en 2 års periode hvor*

kommunene leder Helsefelleskapet og det blir ledet fra regionen østre-Agder så det synes jeg er spennende.»

Informant 9: *«Jeg synes absolutt den ansvarsvekslingen bidrar til det som kalles likeverdighet og opplevelse av balanse mellom partene da fordi det er jo en del andre strukturer, og igjen en del andre forhold som ikke bidrar til, eller som heller bidrar til du kan kalle det asymmetri eller ujevnhet da.»*

Dette var bare for å nevne noen eksempler fra forskningen, men det er klart og tydelig at aktørene i Helsefelleskapet er fornøyde med denne formen for organisering av ledelsesstrukturer. Det er et godt eksempel på «reorganisering av ansvar» (Torjesen & Vabo, 2014) som beskrevet over, men på en litt annen måte med at ansvaret blir «reorganisert» hvert andre år.

Juridiske virkemidler

I Samhandlingsreformen er det en *«tredjepart (staten) som har pålagt kommuner og helseforetak å samarbeide om tjenester gjennom avtalefestet samhandling.»* (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140) Samhandlingen i Helsefelleskapet er et lovpålagt samarbeid hvor betingelsene og rammene for samarbeidet er forankret gjennom delavtaler som er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, og gjelder for kommuner og sykehus. *«I den nye helse- og omsorgstjenesteloven (kapittel 6) pålegges regionale helseforetak (de fire regionale helseforetakene Nord, Sør, Vest og Midt-Norge) og kommunene å inngå avtaler som regulerer samarbeidet rundt utskriving, mottak, kompetanseoverføring m.m. mellom det enkelte helseforetak og den enkelte kommune.»* (Torjesen & Vabo, 2014, s. 139) I et dokument fra Helse- og omsorgsdepartementet utlevert 23. Oktober 2019 står avtalen kort oppsummert. Formålet med avtalen er *«Regjeringen og KS deler målet om å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Dette er som presentert tidligere i oppgaven hentet fra Samhandlingsreformen hvor en av intensjonene i den var å skape et mer helhetlig pasientforløp. Denne intensjonen har nå blitt juridisk forankret og kommunene og sykehusene er nå pliktig til å arbeide med dette sammen. Videre står det skrevet; *«Regjeringen og KS ønsker at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Altså kommunene og sykehusene er likeverdige i dette samarbeidet, noe som betyr at ingen av partene kan «overkjøre» den andre. Dette likeverdighetsprinsippet finner vi igjen i dataene fra forskningen

som presentert tidligere hvor informantene opplever en likeverdighet mellom partene og understreker viktigheten med likeverdigheten. Informant 2 beskriver det på denne måten for å svare på hvordan Helsefelleskapet ble dannet: «*Det er jo for å understreke samarbeidet og likeverdigheten mellom første- og andrelinjetjenesten i øst-regionen eller i Agder som jeg har forstått, og bygge for fremtiden med samhandling.*» Likeverdigheten er viktig for både primær- og spesialisthelsetjenesten og det blir understreket gjennom dette samarbeidet. Prinsippene i avtalen som Helsefelleskapet skal bygge på er beskrevet i dokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (2019) som:

- En tydeligere samarbeidsstruktur
- Bedre felles planlegging
- Økt samordning
- Bedre beslutningsprosesser
- Sekretariat
- Tydelige prioriteringer
- Felles virkelighetsforståelse
- Behov for lokale tilpasninger
- Innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan

Prinsippene finner vi igjen i Samhandlingsreformen og de gir føringer for samarbeidet gjennom lovpålagte avtaler. Vi kan se hvordan samarbeidsstrukturene er iverksatt ved å se på Figur 3 (Janne Brunborg & Harry Svendsen, 2022). Her er det samhandling og koordinering på alle nivå fra partnerskapsmøter hvor topp lederne for sykehusene, og politisk og administrative toppledere har årlige møter for å forankre retningen de ønsker at samarbeidet skal gå. Det er strategiske samarbeidsutvalg som er Helsefelleskapet hvor representanter fra kommuneledelse og sykehusledelsen håndterer saker og fatter beslutninger, samt utvikle strategier og handlingsplaner. Også er det faglige samarbeidsutvalg der faglige personer innenfor helsefag samarbeider på tvers av nivåene for å utvikle prosedyrer og tjenestemodeller. Fastleger og brukerrepresentanter er representert i hvert nivå som gjør at pasientenes behov skal bli fanget opp. Dette er et juridisk styringsverktøy som sikrer at samhandling skjer på alle nivåer og ikke bare på et overordnet strategisk plan. Denne måten å strukturere samarbeid på er en «*bottom-up*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 143) tilnærming til strategisk styring hvor aktørene som jobber nærmest pasienten er med på prosessene for utvikling av helsetjenester.

Det er viktig å nevne at Helsefelleskapet som organisasjon ikke har noen formell beslutningsmyndighet. Informant 9: «*Ja det er vel innad i Helsefelleskapet du tenker da?* **Ja.**

Alle disse foraene er jo ikke noe beslutningsorgan i den forstand at du fremmer en sak også voterer vi også blir det slik som flertallet bestemmer det er jo det som skjer i et kommunestyre for eksempel, og i mange av disse komiteene. Dette er jo konsensus organ som det heter, altså vi er egentlig tvunget til å finne felles løsninger og det vi ikke finner felles løsninger på det kan vi ikke beslutte for å si det veldig enkelt.» Som informant 9 beskriver her så er Helsefelleskapet «tvunget» til å finne felles løsninger gjennom konsensus. På denne måten blir Helsefelleskapet mer enn arena hvor ideer og forslag drøftes av begge parter og hvor primær- og spesialisthelsetjenesten sine behov kommer frem. Ut fra dette kan man skape nye delavtaler som videre styrker samhandlingen og koordineringen. Grunnen til at det må foreligge delavtaler beskriver informant 9 på denne måten: *«Hvis du ser noe som heter delavtale 1, det er lovregulert i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisttjenesteloven så står det at begge parter skal utarbeide avtaler på oppgaver, ansvarsfordeling, innleggelser, utskrivning, øyeblikkelig hjelp, forskning osv.»* Partene skal utarbeide avtaler på alle områder de samarbeider om, som betyr at man må få samarbeidet forankret i lovverket før man kan bruke det i praksis. Videre understreker informant 9 hvordan delavtalene er forankret i jussen: *«Dette er altså juridisk forpliktende avtale så dette er ikke noe sånn intensjonsavtale den kan du gå i retten med for å si den på måten hvis ikke en av partene følger det.»* Dette har enda ikke skjedd i Agder, men det viser hvor forankret og viktige avtalene er når brudd på disse må løses i rettsvesenet. Torjesen & Vabo (2014) beskriver disse delavtalene som *«prosedurale styringsinstrumenter»* (Torjesen & Vabo, 2014, s. 147) i Samhandlingsreformen. Styringsinstrumentene kan ses i lys av Torjesen & Vabo (2014) som *«prosedyrer som gir ulike interessenter muligheter til å gi innspill, uttale seg eller på annen måte få informasjon om og kunne kommentere et politikkforslag, en plan eller liknende.»* (Torjesen & Vabo, 2014, s. 147) Dette kan ses på som en enkel beskrivelse av selve Helsefelleskapet hvor parter stiller med representanter for å beskytte sine interesser og utforme vedtak som begge parter kan akseptere. Hensikten med delavtalene er å oppnå Samhandlingsreformen sitt mål om *«best mulig pasientflyt mellom primærhelsetjenesten og sykehusene»*, (Torjesen & Vabo, 2014, s. 147) hvor samarbeidsavtalene spiller en viktig rolle for å legge til rette for eller begrense samhandling og koordinering mellom partene.

Jeg vil presentere et eksempel som kom frem i intervjuet med informant 9 som illustrerer godt hvordan pasientene er godt tjent med at avtalene er lovfestet, og hvordan forskjellige organisasjonspraksiser og størrelser gjør samhandling problematisk.

Det var en sak som omfattet en pasient med blodforgiftning og som lå med konstant tilførsel av antibiotika. *«Det var en ung mann som da ikke ville ligge på sykehus lenger til tross for at den blodkulturen da, altså den var fortsatt ikke noe grei den, altså det var behov for tydelig og omfattende overvåkning av den pasienten.»* (Informant 9) Pasienten ville altså hjem selv om han var avhengig av videre behandling, og sykehuset var under ganske stort press på kapasiteten på dette tidspunktet. Sykehuset mente derfor at *«de kunne samtykke under det under forutsetning at kommunen ville ta pasienten imot, men da følte den kommunen at dette har ikke vi helt faglig forutsetninger for å håndtere.»* (Informant 9) På bakgrunn av avtalene mellom kommunene og sykehuset kan en av partene fremme at en ansvarsoppgave fordeling skal utredes, det kan være alt fra store pasientgrupper til en enkeltsak. Og i en slik utredelse av oppgaveoverføring skal en beskrive følgende minimumskrav: *«overføring av oppgaven skal være forsvarlig, overføring må resultere i at tjenesten blir like god eller bedre for pasienten, kompetanseoverføring må være avklart og økonomiske forhold eventuelt må være avklart og sikret, så må alle parter være enige om en oppgaveoverføring, også må man være enig om å følge opp behandlingslinjer osv»* (informant 9) Dette betyr at sykehuset ikke kan overføre oppgaver over på kommunen selv om de skriver ut en pasient hvis kommunen ikke har nødvendig kompetanse til å ta imot pasienten. Det skal også være avgjort på forhånd hvem som skal belastes økonomisk for denne behandlingen før pasienten blir overført. Kommunen har her to muligheter, enten kan de si ja til ansvarsoverføringen av pasienten og kreve opplæring av sykehuset sånn at de får den faglige kompetansen til å ivareta pasienten, og sykehuset stiller med et ambulant team som skal hjelpe med behandlingen. Eller så kan *«kommunen si at i forhold til kulepunkt 3 i delavtale 1 under område 6 så står det at partene må være enige om en eventuell oppgaveoverføring og dette ønsker ikke vi i kommunen at skal skje.»* (informant 9) Da kan kommunen med utgangspunkt i denne delavtalen nekte å ta imot pasienten og sykehuset må derfor fortsette behandlingen. Hvis kommunen nekter å ta imot pasienten basert på dette punktet i delavtale 1 så kan ikke sykehuset fakturere dagbøter som de ellers har krav på ved utskrivningsklare pasienter. Her vil også delavtale 5 være viktig som sier at *«Hvis det ikke er mulig å løse uenighet om en utskrivningsklar pasient, meldes uenighet til ansvarlig for mottak i kommunen og til behandlende overlege på sykehuset. Da skal utskrivning og fakturering stilles i bero inntil det er arrangert et møte mellom beslutningsmyndige representanter for kommune og sykehus.»* (informant 9) Dette betyr at det må avklares raskt etter at problemet har oppstått gjennom et møte. Uenighet om utskrivningsklare pasienter meldes som avvik i sykehuset og det kommunale systemet så finner man som regel en løsning forklarer informant 9. Dette er et eksempel på hvordan

delavtalene som lager rammene for samhandling og koordinering i Helsefelleskapet er med på å beskytte partene, men også pasientene sine rettigheter blir ivaretatt. Ved at slike uenigheter må løses mellom partene styrker samhandlingsforholdet mellom dem ved at møter og diskusjoner blir innarbeidet i organisasjonen og institusjonalisert. Som igjen vil påvirke fremtidige valg gjennom stivhengighet prinsippet, og at det blir bygget tillit mellom partene som gjør det lettere å inngå avtaler. Dette er et juridisk styringsverktøy som påvirker hvordan organisasjonene arbeider med at sykehusene ikke kan skrive ut pasienter slik de ønsker, og at kommunen kan stille krav til deling av kunnskap og faglig kompetanse fra sykehusene.

Faglige virkemidler

Faglige virkemidler i denne sammenhengen betyr hvordan helsefaglig kompetanse er med på å påvirke samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Som nevnt tidligere i beskrivelsen av helsefelleskapet at det er etablert faglige samarbeidsutvalg hvor informasjon og kompetanse skal «flyte» mellom partene. Altså at begge parter skal være tilgjengelige til å stille med kompetanse og fag personer for å løse problemer knyttet til behandling av pasienter, og utarbeidelse av nye rutiner. Helsefaglige oppgaver er preget av stort sett standardiserte arbeidsoppgaver som er godt innarbeidet i organisasjonen og styres gjennom chain-management strukturer. Chain-management strukturer defineres som å *«koordinere et nettverk av ulike organisasjoner som sekvensielt etterfølger hverandre i produksjonen av en vare, tjeneste eller en politikk.»* (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Som vist tidligere i oppgaven i figur 2 har det norske helsevesenet blitt mer spesialisert og fragmentert i mindre spesialist-institusjoner. Som betyr at man i økt grad er avhengig av koordinering på tvers av institusjonene for å skape et helhetlig pasientforløp når pasienter beveger seg fra en institusjon til en annen for behandling. Denne måten å organisere på kan forklares gjennom prosesstenking. *«Et av de sentrale kjennetegnene på en moderne helse- og velferdstjeneste er utvikling av prosesstenking.»* (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) Denne måten å tenke på uttrykkes blant annet gjennom etablering av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. (Fineide & Ramsdal, 2014) Prosesstenking har som fokus hvordan man organiserer og utfører arbeidsoppgaver, og ved standardiserte arbeidsoppgaver er det lettere å koordinere standardiserte arbeidsoppgaver gjennom chain-management strukturer på grunn av forutsigbarhet i organisasjonene når man skal koordinere helsetjenester på tvers av flere organisasjoner og nivåer. Utgangspunktet for prosesstenking er en *«skepsis mot sentralisert styring og vertikal funksjonsinndeling i organisasjonene, og også mot fokus på organisasjonsstruktur og overordnede ledelsesformer.»* (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) Dette

prinsippet sammenfaller med samhandlingsreformen og «bottom-up» tilnærmingen til samhandling og koordinering hvor man ønsker input fra faglige miljøer som skal være med å påvirke styringsprosessene og beslutninger som tas høyere opp i organisasjonen. Det sentrale i alle helse organisasjoner er å gjøre folk friske, og det er det som er målet med samhandlingsreformen at dette kan gjøres med bedre kvalitet og mer kostnadseffektivt. Prosesstenkning gjør dette «ved å fokusere på organisasjonens kjerneoppgaver, det vil si det organisasjonen er til for: å gjøre pasienter friske, å finne gode løsninger på sosiale problemer osv. Når de verdiskapende prosessene er det primære for organisering og ledelse, vil dette kunne tilrettelegge for bedre samhandling med pasienter, kunder, brukere osv.» (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) Derfor er prosesstenkning og chain-management sentralt i koordineringen av norske helsetjenester for å nå målene i samhandlingsreformen om «å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)

Det faglige samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan ses i etableringen av det utadvendte sykehus og ambulante tjenester som er forklart i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Dette er et samarbeid som fungerer på tvers av nivå, institusjoner og faglige spesialiseringer. Informant 3 deler noen tanker rundt koordinering av arbeidsoppgaver som beskriver samarbeid mellom kommuner og sykehus: «Jeg tenker nok at i og med at folk stort sett bor i kommunen så må kommunen være tett på i hvert fall og kanskje den som koordinerer. For vi må på en måte hente spesialisthelsetjenester ut i større og større grad for at folk skal bo lengre hjemme, de skal få tjenester hjemme og vi snakker mye om det utadvendte sykehus, altså sykehuset må komme ut i pasientens hjem. Og jeg tror en del må koordineres fra kommunal side, men i samarbeid, men jeg heller mot at kommunen må ha en større del der. Men så er det noen ganger selvfølgelig det bare er snakk om spesialisthelsetjenester på høyt nivå og da må jo sykehuset gjøre det, men den pasienten skal også hjem, ut til kommunen så det må være et samarbeid.» Det kommer frem et poeng her som er viktig, nemlig at mesteparten av helsetjenester blir produsert i kommunene og det er her pasienter får mest behandling. Men som det også sies er det viktig med et samarbeid fordi pasienter har også behov for spesialisthelsetjenester som kun sykehuset kan gi. Informant 4 svarer dette på spørsmålet om samarbeid mellom kommuner og sykehus: «Jeg tror også det foregår mye godt samarbeid og det har det alltid gjort tror jeg på ren profesjonsutøvelse, altså mellom lege-lege og mellom personer lengre ut i det utøvende praksisfeltet da, der tror jeg det foregår veldig mye godt samarbeid». Dette

tyder på at det faglige samarbeidet i helsetjenestene har god erfaring med samarbeid på tvers av nivåer, men dette er ikke noe selvfølge og er prosesser og ruiner som må innarbeides over tid. Med at man ønsker å etablere «det utadvendte sykehus» må spesialisthelsetjenesten ut av sykehusene og hjem til der pasientene bor, noe som innebærer tett samarbeid med primærhelsetjenesten som har mest med pasienten å gjøre. Ramsdal (2019) sin studie viser «stor grad av kompatibilitet» (Ramsdal, 2019, s. 200) mellom organisasjonsløsninger på det operative nivået. Dette blir beskrevet som *«Dette er uttrykk for en gjensidig, sirkulær innovasjonsprosess: De overordnede konseptene blir «bekreftet» gjennom mange (men ikke alle) av de nye innovative, organisasjonsløsningene som blir utviklet ved hjelp av lokale prosesser knyttet til konkrete organisasjonsløsninger «på gulvet».* (Ramsdal, 2019, s. 200) Dette kan ses i sammenheng med «bottom-up» (Vabo, 2014) tilnærmingen til styring av helseorganisasjoner gjennom at ideer kommer nedenfra og oppover i organisasjonen og blir implementert som nye standardiserte oppgaver. Dette må koordineres på en slik måte at pasient håndteringen mellom nivåene blir «sømløst» som er et av målene til samhandlingsreformen. Informant 10 svarer dette på spørsmål om hvor han/hun føler samarbeidet mellom kommunene og sykehuset fungerer: *«Jeg jobber i en stabsavdeling ikke sant som jobber med det strukturelle, altså strukturer, verktøy for å understøtte god samhandling og vi som gjør det både i kommuner og sykehus tenker jeg har et godt samarbeid om det, og hvis du kommer ned på grasrotplan, altså mellom fagfolk som jobber nær pasienten så er erfaringen at i lang tid er et godt samarbeidsklima, altså man løser det til beste for pasienten. Så er det altså det å samhandle det rommer jo også at man kan være uenig, at det kan være prosesser som er vanskelige det er ikke det, det er ikke alt som er like lett, men viljen er der og ønsket er der om å få til dette og endringer på best mulig måte.»* Samhandling mellom personer som jobber nære pasienten på et faglig nivå virker å fungere bra. Samarbeidet som primær- og spesialisthelsetjenesten utfører gjennom helsefelleskapet kan ses på som desentralisering av helseområdene «barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.9) Ramsdal (2019) gir et innblikk i problematikken med desentralisering i *Spill og strategi i helsesektoren*. Her trekkes det frem et eksempel fra psykisk helse hvor han beskriver forholdet mellom oppgaveflytting slik: *«Når det gjaldt desentraliseringen av psykiatrien (som det viktigste element i de adferds faglige enheter), var dette problematisk idet denne forutsatte en nedbygging av sentralinstitusjonene. Fra faglig hold ble det påpekt at forslaget innebar en reduksjon av det sentraliserte tilbudet før de adferds faglige enheter var etablert og kommet i drift, og at disse enhetene heller ikke kunne*

erstatte det eksisterende tilbud til «tyngre» pasienter i fylket.» Her er et eksempel på hvordan forflytting av sykehusoppgaver til kommuner kan være problematisk gjennom at kompetanse og institusjoner ikke er like robuste eller har samme kapasitet som fører til et dårligere tilbud for pasientene. Helsefagspersonene fokuserer på å produsere best mulige tjenester for pasientene og ser kanskje mindre på strukturelle forskjeller mellom styringsnivåene, uten at jeg kan bekrefte dette. Det jeg mener med dette er at personer som jobber på et faglig nivå ikke fokuserer på de overordnede tingene ved samhandling og koordinering som arbeidsfordeling, delavtaler, og finansieringsproblematikk. Dette er Helsefelleskapet sin arbeidsoppgave å sørge for at dette koordineres og samhandles på en god måte slik at fagpersoner kan fokusere på tjenesteproduksjon og pasientvelferd. Her ser vi igjen hvordan chain-management strukturer kommer inn og forklarer hvordan dette kan koordineres i et landskap som er påvirket av prosesstenking. Det er mange ledd i produksjonen av et helhetlig pasientforløp og alle delene skal koordineres i samtid med hverandre fordi det *«sekvensielt etterfølger hverandre i produksjonen av en tjeneste»* (Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) noe som setter chain-management som et viktig koordineringsverktøy. For at forskjellige tjenester skal kunne koordineres på en god måte er det viktig med standardisering av pasientforløp og behandlingslinjer, eller prosesstenking. (Fineide & Ramsdal, 2014) Her er fokuset rettet mot de *«verdiskapende prosessene»* (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) istedenfor sentralisering styring og vertikal funksjonsdeling i organisasjonene samt overordnede ledelsesformer. (Fineide & Ramsdal, 2014) Dette skaper et miljø hvor individer innen helsefag (sykepleiere, leger og hjelpepleiere) kan fokusere på det som er verdiskapende prosesser, så kan ledere fokusere på de mer strategiske overordnede problemstillingene. Dette har vært et helsepolitisk ønske siden begynnelsen av 2000-tallet og kan ses i utviklingen av helseplaner og reformer hvor *«koordinert pasientflyt, pasientforløp og behandlingslinjer er sentrale virkemidler for å øke kvalitet og samordning av tjenestene»*. (Fineide & Ramsdal, 2014, s.2) Dette kan knyttes til Samhandlingsreformen som Fineide & Ramsdal forklarer: *«Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011–2015 (St.meld. nr. 16 (2010–2011) viderefører forløpstankegangen: «I et helhetlig pasientforløp er deltjenestene satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte. Målet er god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deltjenestene» (St.meld. nr. 16, 2010–2011:90). Her omtales pasientforløp ofte, og gjerne i forbindelse med oppfølging av Samhandlingsreformens intensjoner.»* (Fineide & Ramsdal, 2014, s.2-3) Denne måten å koordinere arbeidsoppgaver et faglig virkemiddel som er med på å bygge opp under intensjonene til Samhandlingsreformen. Ved at helsefagspersoner får mulighet til å fokusere på verdiskapende tjenester og

pasientforløp, og at det er lagt til rette for tverrfaglig samarbeid i form av ambulante teams og gjennom det utadvendte sykehus. De presenterte momentene påvirker samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på et faglig nivå og er med på å bygge tillit og relasjoner mellom organisasjonene, samt styrke den faglige kompetansen for begge organisasjonene.

Økonomiske virkemidler

Gjennom studien har jeg erfart av samhandling og koordinering ofte stopper når det er snakk om økonomiske problemstillinger eller spørsmål. Jeg vil nå prøve å presentere argumenter for hvorfor økonomiske virkemidler er særlig viktig i samhandlingen mellom kommuner og sykehus. Som presentert tidligere i oppgaven fungerer samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom Helsefelleskapet greit når det kommer til organisatoriske, juridiske og faglige virkemidler, men er problematisk når jeg det gjelder økonomiske. Hvis man ser på samhandlingsreformen så er et av de sentrale styringsgrepene kommunal medfinansiering av behandlingstjenester som opprinnelig var underlagt sykehusene. (Torjesen & Vabo, 2014) Dette blir gjort gjennom pasienter skal ha mer rehabilitering og behandling i hjemkommunen istedenfor på sykehusene. Dette blir regulerte gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 hvor det også er en ordning med «dagbøter», (Torjesen & Vabo, 2014, s. 139) som skal fungere som et økonomisk styringsverktøy. Hvis vi ser på ambulante team som skal være en del av det nye utadvendte sykehuset ser vi økonomiske koordineringsvirkemidler gjennom økonomiske finansieringsmodeller hvor «*Sykehusene får tilleggsrefusjon når helsepersonell yter behandling utenfor sykehusets vegger. Ambulante oppsøkende behandlingsteam innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i innsatsstyrt finansiering.*» (helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.40) Dette er en klar form for styring gjennom økonomiske finansieringsordninger hvor deler av helsetjenesten blir flyttet ut av sykehusene og hjem til pasienten. Dette betyr også at primærhelsetjenesten er med på å medfinansiere denne typen tjenestetilbud. Et av hovedproblemene i denne tematikken er forskjellige finansieringsordninger hvorav kommunen er strukturert etter rammefinansiering og sykehusene har en stykkpris finansieringsmodell.

Informant 4 skildrer problemstillingen ved å svare på hvordan samarbeidet mellom kommunen og sykehuset fungerer: «*Det som jeg tror er den store elefanten i alt det du spør om egentlig er de ulike finansieringsordningene, systemene, incentivene som foreligger i de 2*

nivåene. Og det skaper hindringer gang på gang hvis du forstår hva jeg mener med det. Vi kan godt være helt enig om samfunnsoppdraget, vi kan godt være helt enig i at det er godt samfunnsøkonomisk å gjøre det sånn og sånn, men når det kommer til stykket så har 2 budsjett, 2 forskjellige måter å jobbe på og drive på som gjør at det kan stoppe og stoppe. Hvem skal ta regninga, selv om samfunnsmessig er det lurt å gjøre det. Hvis regninga faller hos den ene og effekten kommer hos den andre så er det ikke så lett.»

Dette er ikke noe nytt fenomen og kommunalmedfinansiering har vært et lovpålagt finansieringsvirkemiddel i over 10 år. Kommunenes ramme finansieringsmodell gir ikke incentiver for å behandle flest mulig pasienter. Man har øremerkede midler som skal vare ett helt kalender år, og økte utgifter betyr at det blir mindre penger til andre ting. Sykehusene sin stykkprisfinansieringsmodell gir i motsetning incentiver til å behandle flest mulig pasienter ved at sykehusene får en sum penger basert på hvor omfattende behandlingen er og oppholdstiden på sykehuset. Det kan være problematisk med samhandling og koordinering mellom to styringsnivå som har så forskjellige økonomiske modeller fordi det ikke er tydelige og like incentiver for begge parter. Jeg vil nå dele noen eksempler som er kommet frem i studien hvor informantene deler sine erfaringer om dette temaet.

Informant 9: «Bare for å ta et eksempel; samme dagen da som vi har hatt et godt møte i OSS i Kristiansand på et hotell så står det jo da en lege i en situasjon på kvelden og bestemmer at en pasient skal skrives ut fra sykehuset i Flekkefjord, eller Kristiansand, eller Arendal. Som kommunen da, det kommunale mottaksenheten altså tjenestekontoret mener at nei denne pasienten mener vi ikke er i god nok form til å skrives ut, ja vel hører du sier det, men det beslutter jeg nå at denne pasienten skal skrives ut. Og det står jo i forskriften at det er sykehuset som definerer når en pasient er ferdig behandlet og utskrivningsklar. Så han legen som da står alene og tar denne beslutningen på vakt klokka 7 om kvelden så melder da den pasienten utskrivningsklar så må jo kommunen ta imot den pasienten 24 timer etterpå. Og da er den saken avgjort, og sånn at de har jo en beslutningskompetanse som, eller en definisjonsmakt da for å bruke det uttrykket i den situasjonen som sykehuset helt og fullt håndterer på egenhånd gjennom det lovverket vi har. Og ikke bare det, men hvis da kommunen ikke tar imot denne pasienten så har de jo også en sanksjoneringsfullmakt eller beslutning ved å da si nei vel men da får du 5200 kroner i bot for å ikke ta imot, altså sånn betalingsplikt da. Så min vurdering er at så lenge du har slike økonomiske modeller eller incentiver hvor den ene parten både kan beslutte å sanksjonere ovenfor den andre parten så vil du aldri oppnå noe likeverdighet i samhandling mellom sykehus og kommune.»

De juridiske og økonomiske virkemidlene legger i dette tilfellet ikke til rette for økt

samhandling og koordinering ved at sykehusene fult og alene sitter på kompetanse for å bestemme om en pasient er utskrivningsklar eller ikke. Og at sykehusene har fullmakt til å belaste kommunen økonomisk hvis de mener at pasienten er for syk til å bli behandlet i primærhelsetjenesten. Som nevnt tidligere kan kommunen nekte å ta imot slike pasienter gjennom delavtale 6 hvis det går på bekostning av pasientens sikkerhet eller tjenestetilbud i form av at kommunen ikke har faglig kompetanse til å behandle pasienten. Videre er det et til eksempel fra informant 9 som berører pasientforløpet som Samhandlingsreformen hadde som mål å forbedre og gjøre mer sømløst i overgangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten:

Informant 9: «Ja jeg ville nok begynne med å si at staten burde i sterkere grad utforme finansieringsordninger som understøtter samhandlingen fra hjem til hjem, altså fra en pasient er hjemme og blir syk og legges inn via legevakt til sykehus, fra sykehus og ut til kommunale institusjoner og hjem igjen. Så burde det vært noen systemer som i sterkere grad understøtter den handlingen eller det forløpet og da må staten etablere lov og forskrifter og finansieringsordninger som bidrar til at dette koordineres på en bedre måte.»

Her etterspør informantene mer statlig involvering i form av juridiske og økonomiske virkemidler. Det er den samme problemstillingen som informant 4 kommer med gjennom «*Hvem skal ta regninga, selv om samfunnsmessig er det lurt å gjøre det*». Dette er representanter fra kommunesiden av Helsefelleskapet, og jeg har dessverre ikke data til å gjøre en komparativ analyse på dette emnet, men det er interessant når man leser Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 hvor det står at regjeringen vil «*gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter. Tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Dette er altså et av målene med Helsefelleskapsreformen og er nedfelt i Nasjonal helse- og sykehusplan, men nå er vi i 2022 hvor intervjuene ble gjennomført og det er enda ikke kommet slike finansieringsordninger på plass ifølge informantene. Videre beskriver informant 9 dette:

Informant 9: «Ja det er jo igjen det som jeg har vært innom flere ganger altså styringsverktøyene er jo finansieringsordningene, budsjetter og den totale kapasiteten vi har på sykehus og kommune til sammen da. Som legger opp, som blir på en måte grunnlaget for å realisere det som står i nasjonale helse og sykehusplan. Og igjen da så savner vi, nå blir det jo litt sånn hva vi ikke har, vi har styringsverktøy til å kunne fatte en del felles beslutninger på prosjekter og forsøk som vi vil utvikle, men igjen så opplever jeg at det mangler

finansieringsmuligheter.» Igjen hvis vi ser på nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 så står det «*Finansieringen oppleves ikke som hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, og tilpasses raskere. De regionale helseforetakene involveres og bidrar systematisk i vurderinger av hva som er ønsket tjenesteutvikling, som grunnlag for videreutvikling av finansieringsordningene. Kvalitetsbasert finansiering er innrettet for å understøtte sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 40) Finansieringsordningene skal ikke være til hinder for utvikling av nye tjenester, men som det kommer fram i studien er det til hinder fordi finansieringsordningene ikke er på plass. Et annet interessant moment å se på er at det står skrevet «*Kvalitetsbasert finansiering er innrettet for å understøtte sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling».* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 40) Men hva betyr dette? Er finansiering kun rettet mot å understøtte spesialisthelsetjenesten, og ikke både spesialist- og primærhelsetjenesten? Det skal også understøtte samhandlingene, men som vist tidligere i drøftingen så oppleves ikke dette for Helsefelleskaps representantene fra kommunene. Altså det finnes mye godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og gjennom Helsefelleskapet. Det er lagt godt til rette for samhandling og koordinering på nesten alle områdene som vil si juridisk, organisatorisk og faglig, men kommer til kort på økonomi biten ifølge det som kommer frem fra informantene i studien. Informant 4 beskriver dette slik: «*Det er det vi ofte opplever at vi er enige om retningen vi vil at det skal være bra, men så lever på så ulike vis når det kommer til hverdagen og budsjettene våre. Det er et problematisk område og det vet alle om, men det er så svært for det handler om statens finansieringsordninger og refusjonsordninger og drift. Og så lenge vi er 2 nivåer og ikke 1, det hadde jo kanskje vært det optimale at det var et felles eierskap slik som noen land har, som for eksempel Finland og der er det jo bare 1 oppdrag mens her har vi 1 oppdrag med 2 ulike pengebinger da.»* Her kommer det frem at man kan være enig om de strategiske målene og hvordan dette skal gjøres, men det kommer frem at en del av samhandlingen stopper opp når det er snakk om å legge penger inn i prosjektene. Det er også en interessant komparativ analyse som kunne vært gjort mellom nordiske land på hvordan helsestrukturen ser ut og hvordan dette fungerer på forskjellige måter, men jeg skal la den ballen ligge med hensyn til oppgavens omfang. Men det er en interessant observasjon at det norske helsevesenet sin to-delte struktur påvirker samfunnsoppdraget som her er folkehelse. Med en slik strukturering av det norske helsevesenet er chain-management viktig for å sørge for at Samhandlingsreformen sine intensjoner om økt samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

blir realisert. Hvor dette gjøres gjennom koordineringsvirkemidler som er presentert i funnene ovenfor.

Konklusjon – Funn 1

I drøftingen har jeg tatt for meg og svart på problemstillingen på hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder, med spesielt fokus på styring og koordinering mellom primær- (kommunene) og spesialisthelsetjenesten (sykehusene).

Konklusjonen av drøftingen er som følger:

Studien viser at informantene oppfatter at styrings- og koordineringsvirkemidlene som helsefelleskapet har tatt i bruk påvirker samhandling og koordinering mellom kommuner og sykehus i positiv retning på områdene organisatorisk, juridisk og faglig, men erfarer at det er utfordringer med de økonomiske styringsvirkemidlene. De organisatoriske virkemidlene som er presentert i drøftingen med ansvarfordeling og «*bottom-up*» (Torjesen & Vabo, 2014, s.143) strukturer legger til rette for at partene føler seg likestilt i samhandling og koordineringsarbeidet. Dette knytter også flere styringsnivå tettere sammen gjennom brukerrepresentasjon og faglig representasjon i alle nivå. Som det kommer frem i drøftingen kan forankrings prosessene av vedtak være problematiske på grunn av kommunenes og sykehusenes forskjellige organisatoriske struktur.

De juridiske styringsvirkemidlene kommer frem i form av lovpålagt samarbeid mellom kommuner og sykehus, og delavtalene som partene selv inngår. Helsefelleskapet har som nevnt ikke noe beslutningsmyndighet og er et konsensusorgan, men delavtalene regulerer rettigheter og plikter som partene har ovenfor hverandre. Jeg oppfatter i intervjudata at det er en stort sett positiv holdning til delavtalene og det arbeides stadig flere delavtaler for å regulere samhandling og koordinering. Et problemområde som kommer frem i drøftingen er utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten hvor kommunene til tider får pasienter de ikke har kompetanse til å behandle. Delavtalene kan derfor justeres noe i forhold til hvor pasienter med stort behandlingsbehov skal behandles, og det kan stilles spørsmålsteget ved om denne praksisen styrker et mer «*helhetlig pasientforløp*.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.14)

De faglige styringsvirkemidlene kommer i form av faglige samarbeid på tvers av nivåene i en «*chain-management struktur*» (Torjesen & Vabo, 2014) Som det kommer frem i drøftingen er det faglige arbeidet påvirket av «*prosesstenkning*» (Fineide & Ramsdal, 2014) som innebærer

at det faglige nivået fokusere på å skape gode tjenester med kvalitet. Det faglige nivået har representasjon i alle styringsnivåene som vist i figur 3, og gjennom «*bottom-up*» (Torjesen & Vabo, 2014) tilnærmingen til styring får de påvirke beslutningsprosessene gjennom for eksempel helsepolitiske toppmøtet. De faglige styringsvirkemidlene kan også ses gjennom det utadvendte sykehus og ambulante tjenester som er med å styrke kompetansen til både primær- og spesialisthelsetjenesten, som igjen er med på å underbygge et mer helhetlig pasientforløp. Det kommer frem i intervjudata at det faglige samarbeide fungerer bra og det har det i en lengre tidsperiode som tyder på at *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) sine intensjoner er godt implementert.

De økonomiske styringsvirkemidlene kommer i form av statlige finansieringsordninger og medfinansiering fra kommunene og sykehusene. Som det kommer frem i studien er det største problemet forskjellige finansieringsmodellene i kommuner og sykehus. Det avdekkes også at det ikke er tilfredsstillende økonomiske incentiver til samhandling fordi sykehusene får mer penger per pasient som blir behandlet gjennom stykkprisfinansiering, mens kommunene taper i større grad penger gjennom sin rammefinansieringsmodell. I intervjudataene blir det avdekket at kommunene savner mer statlige finansieringsordninger når det kommer til det utadvendte sykehuset, utskriving av pasienter, og annet prosjektarbeid mellom partene. Det kommer også frem at det er problematisk at sykehusene sitter på kompetansen til å skrive ut pasienter og ilegge kommunen dagbøter for pasienter kommunen ikke tar imot. Det burde gjøres en gjennomgang av finansieringsordningene som eksisterer og utbedre ordningene i større grad, samt innføre nye finansieringsordninger slik at man kan realisere målene i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)

Funn 2 – Pasientopplevelsen av Helsefelleskaps-reformen

Jeg vil nå presentere data som er innhentet på hvordan pasienter opplever og blir påvirket av arbeidet som er gjort i kjølvannet av reformene som er diskutert i oppgaven. Dataene som blir brukt her er hentet fra personer som sitter i og rundt Helsefelleskapet som vil si at det er personer som sitter på et overordnet strategisk nivå og ikke er direkte tett på pasienten. Dette betyr at det ikke data fra pasienter, eller pasientgrupper noe som gjør at dataene ikke forklarer hvordan pasientene faktisk oppfatter det, men jeg synes det er interessant å se på hvordan de som lager vedtak, utarbeider rutiner og produserer nye helsetjenester oppfatter pasientenes behov. Jeg vil strukturere dette kapittelet med at jeg tar for meg hva de 10 informantene har delt av informasjon om pasientopplevelsen og drøfter denne informasjonen fortløpende, og til slutt gjøre en konklusjon av funn.

Grunntanken i tjenesteproduisering av helsetjenester er at pasienten skal være i sentrum hvor det er ønskelig at det finnes best mulig tjenester til beste prisen. Samhandlingsreformen ønsker i større grad en klarere pasientrolle hvor *«pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14) Som betyr at pasientene skal i større grad være en del av egen behandling og være med i beslutningsprosesser som omfatter egen helse gjennom *«struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14) Dette blir også understreket i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 hvor det første som er skrevet er et sitat fra en pasient som sier: *«Brukermedvirkning er livsviktig. Å bli lyttet til bekrefter at du er verdt noe. Det har både en egenverdi og en terapeutisk verdi. Hvis pasienter får være med å påvirke sin egen behandling, blir de bekreftet som mennesker som kan og vet og teller.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.2) Dette sitatet er en illustrering av hva som er essensen i planen og veien videre for utvikling av helsetjenester gjennom samhandling og koordinering. Som nevnt legger nasjonal helse- og sykehusplan stor vekt på at pasienten skal være en viktig aktør i eget pasientforløp og behandling gjennom for eksempel pasientgrupper skal være representert i hvert helsenivå (se figur 3), men hvordan blir pasientens behov oppfattet og påvirket av dem som arbeider med utvikling av helsetjenester? Jeg vil nå presentere data som er kommet frem i studien fra Helsefelleskapet som arbeider overordnet strategisk med samhandling og koordinering av helsetjenester.

Helsefelleskapet i Agder er et overordnet strategisk samarbeidsorgan hvor man er fokusert på samhandling og koordinering gjennom å finne løsninger på problematikk innen helsetjenester hvor man deler på pasientforløpet. Dette er personer som har leder roller i kommuner og sykehus hvor man utarbeider nye rutiner, samarbeidsavtaler for utførelse av helsetjenester og etableringen av nye pasientforløp. Men hvordan blir dette arbeidet opplevd av pasientene som er i et pasientforløp? Informant 1 svarer dette på spørsmål om hvordan brukere opplever implementeringen av Helsefelleskapet: *«Det er et godt spørsmål. Det er jo med brukerrepresentanter inn i helsefelleskapet som på en måte kan komme med sine synspunkter og ta det tilbake til brukerorganisasjonene. Sykeleier forbundet er også representert og de har også pasientens fokus i sin tankegang, men generelt ut i drift er jeg ikke sikker at det er så mange som vet om helsefelleskapet. Når jeg jobbet klinisk i kommune var jeg ikke klar over at det fantes et helsefelleskap, det fant jeg først ut av når jeg kom på et annet nivå i kommunen.»*

Det kommer frem her at brukerorganisasjoner og sykepleier forbundet er viktige aktører som bidrar med informasjon og innsikt i hva som er pasienters behov. Dette tyder på at implementeringen av intensjonene i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) har vært vellykket på dette området. En interessant observasjon her er hvordan informanten tror at pasienter ikke vet om Helsefelleskapet og understreker dette med at personen selv ikke var klar over det. Man kan ikke forvente at pasienter skal sette seg inn i hva som skjer innen helse-governance, men det kan være problematisk når det skjer endringer i behandlingsforløp og pasienter ikke er klar over det som kan påvirke hvordan man måler effekter av implementerte helsepolitiske tiltak. Videre svarer informant 1: *«Sånn generelt sett det som helsefelleksapet jobber med er kanskje ikke så relevant hvis du for eksempel jobber i hjemmesykepleien eller som vernepleier i en bolig fordi at du merker ikke så konkret til endringene vil jeg si. Men det skal jo på en måte påvirke det som blir jobbet med ut i kommunen også, men det kan også ha med forankring videre ned i fra helsefelleskapet og ut til 25 kommuner.»* Det er et poeng at personer som jobber på det faglige nivået tett på pasienten i helsetjenestene ser tydeligere hva pasientene trenger av tjenestetilbud. Men det er på det strategiske nivået beslutningen om hva som skal gjøres bestemmes og det er derfor viktig med gode informasjonskanaler hvor denne informasjonen når opp til det strategiske nivået. Et av problemene med et fragmentert helsevesen som beskrevet av Gröne m.fl (2001) er; *«i et fragmentert helsesystem blir pasienter ofte overført til andre departementer eller institusjoner uten komplett informasjon om pasientens tilstand, medisinske historikk, tjenester som er utført, eller utskrivning av medisiner fra andre leger.»* (Gröne m.fl, 2001, s.3) Denne tematikken er noe som Samhandlingsreformen og senere

nasjonal helse- og sykehusplan ønsker å bøte på gjennom økt informasjonsflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er at av regjeringens mål at «*Helsesdata skal i større grad enn i dag kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9) Som skal realiseres gjennom økt finansiering i teknologi og standardiserte informasjonssystemer samt innføre ny lov om e-helse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Informant 2 beskriver hvordan brukernes behov and helsetjenester blir oppfattet av Helsefelleskapet: «*I helsefelleskapet så ser vi at de er klare og analytiske i forhold til det for å kunne kartlegge og planlegge for fremtiden. Og de er bevisst på de utfordringene som er ligger der med enkelte grupper spesielt dette med økende antall eldre.*» Dette betyr at Helsefelleskapet får innsikt i informasjon for å gjøre vedtak, og dette kommer gjennom pasientgruppene og fastlegeordningen som i følge nasjonal helse- og sykehusplan skal være på plass som vist i figur 3.

Informant 3 kommer med en interessant vinkling på samme spørsmål: «*Jeg tror jo ikke at de plutselig opplevde noe veldig annerledes, men jeg tenker at det er med på da å sikre at kommunene og sykehusene samarbeider og at det er til det beste for pasientene som skal få helsetjenester. Og dette med at en er opptatt av det skal være like gode tjenester uavhengig av hvor du bor i en kommune, om du bor i byen eller bor langt ute i yttergrensen at en på en måte sikrer likeverdighet i tjenestetilbudet.*» Her er pasientene med på å underbygge samhandling mellom tjenestenivåene ved å gi tilbakemelding gjennom brukerrepresentasjon om hvilke tjenester de trenger. «*Det er ulike brukergrupper som er representert inn og representerer brukerne og kan formidle brukernes behov inn.*» (informant 3) Det kommer klart frem her at ordningen rundt brukerrepresentasjon i alle ledd er godt iverksatt i nivåene i primær- og spesialisthelsetjenesten. Men det er også et annet viktig moment som informant 3 kommer med: «*jeg tenker at brukernes representanter faktisk ikke er så veldig aktive i Helsefelleskapet, om det betyr at de synes de blir godt ivaretatt eller om de synes det er vanskelig å formidle på den arenaen vet jeg ikke.*» Det er lagt til rette for brukerrepresentasjon og det er iverksatt i de forskjellige styringsnivåene, men de oppleves ifølge informant 3 som «lite aktive». Det kommer også frem usikkerhet rundt grunnen til dette om brukerrepresentantene stort sett er fornøyd med hvordan deres interesser blir ivaretatt, eller om det er vanskelig å formidle budskapet til riktig arena. Som vist tidligere i funnet beskriver informant 1 hvordan han/hun ikke var klar over Helsefelleskapet sin eksistens, dette kan være en indikasjon på dårlig kommunikasjon og informasjonsflyt, men jeg kan ikke bevise eller konkludere basert på data materialet jeg har ervervet meg. Informant 3 svarer videre på hvor

viktig samhandling mellom tjenesteyter og bruker er for Helsefelleskapet: «*Jo jeg tenker at det er kjempeviktig for det jo faktisk brukerne vi er til for, altså vi skal få på plass tjenester som innbyggerne/brukerne av helsetjenestene er fornøyd med så vi er jo veldig opptatt av det, hva som vil fungere best for brukerne. Så jeg tenker at vi tar hensyn til det, men igjen så er ikke brukerrepresentantene så veldig aktive akkurat på den arenaen. Så det kan jo være noe å reflektere over.*» Det som er viktig å ta med seg fra dette utsagnet er at Samhandlingsreformen sine hovedgrep om en klarere pasientrolle gjennom at «*pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.14) er implementert og forstått i Agder regionen. Igjen så blir det kommentert at brukerrepresentantene ikke er særlig aktive på denne arenaen noe som kan være bekymringsverdig ved at reformen bygger på at økt pasient involvering i eget pasientforløp. «*...sammen med pasientorganisasjonene og øvrige berørte aktører arbeides med hvordan pasientene og deres organisasjoner i større grad kan trekkes med i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.14) Om tilfellet er slikt at brukerrepresentantene ikke er aktive i dette arbeidet faller en del av intensjonen bort ved at aktørene på det overordnede strategiske nivået i Helsefelleskapet utarbeider tjenester for pasientene, men hvis ikke man får tilstrekkelig feedback så kan det være vanskelig å utarbeide gode tjenester som pasienten trenger. Dette kan spesielt være problematisk innenfor de desentraliserte helseområdene som Helsefelleskapene skal samhandle på hvor pasientgruppene er «barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.9) Som nevnt tidligere i oppgaven har studien til Ramsdal (2019) vist at forflytting av helsetjenester som historisk har vært underlagt spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten kan være problematiske og tidkrevende (Ramsdal, 2019).

Informant 4 beskriver noe av det samme som er presentert i oppgaven på spørsmålet om hvordan brukere av helsetjenester opplever implementeringen av Helsefelleskapet. «*For å være ærlig så tror jeg veldig få av de som mottar helsehjelp har noe veldig føling med eller mening om dette. Det blir alt for langt, altså det er jo ikke de som føler så veldig på at det er et helsefelleskap som består for å si det sånn, det blir for langt unna. Jeg tror ikke at brukerne vil kunne si at fordi vi har fått et helsefelleskap så fungerer det så bra, det tror jeg ville vært veldig rart og jeg tror ikke de har noen opplevelse av det.*» Som det blir presentert her mener informant 4 at brukere av helsetjenester ikke har innsikt i hvordan tjenestetilbudet blir

utarbeidet. Dette er å anse som sannsynlig i og med at den enkelte pasient er innom helsetjenester for å få behandling for sykdom eller plager og hvem som utarbeider tjenestetilbudene er ikke interessant. Det som imidlertid er interessant er at pasientene ikke opplever noe endring i tjenestetilbudet etter Helsefelleskapet ble innført i 2019. Dette kan ha sammenheng med at dette er langvarige prosesser og virkninger av dette kan være vanskelig å måle før det har eksistert over en tidsperiode. Men det kan også tyde på at implementering av Helsefelleskapene ikke har direkte stor innvirkning i hvordan helsetjenester blir produsert og gitt til pasientene. Dette er spørsmål som burde vært stilt til brukerorganisasjoner og representanter for å få et mer tydelig bilde på sammenhengen mellom Helsefelleskapet og opplevd pasientforløp, men det får være til en annen studie. Et av målene i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) var økt pasientinvolvering i eget behandlingsforløp og ble videre forsterket i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Det kan argumenteres for at denne manglende pasientforståelsen for helsefelleskapet kan være problematisk hvis man ønsker å oppnå mer pasientinvolvering. Videre beskriver informant 4 hvordan brukernes behov av helsetjenester blir oppfattet av Helsefelleskapet: *«Det som har vært en sak og det som ligger der litt også er dette med når ramler pasienten ned i kommunen og når er han i sykehus. Dette med døgnplasser i sykehus det er jo et stort tema, døgnplasser i kommunen og døgnplasser i sykehus. Når er man syk nok for å få en døgnplass på sykehus, og når må man bare holde seg hjemme og få hjelp der. Der er ikke kommunene og spesialisthelsetjenestene enig tror jeg. Ofte så vil kommunene mene at det må være flere døgnplasser i sykehus fordi det er vanskelig for kommunen å håndtere det både kompetansemessig og personellmessig ute i en kommune i et enkeltstående hjem.»* Dette er en problematisering av nasjonal helse- og sykehusplan sitt mål om det utadvendte sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) hvor behandling av pasienter skal i større grad skje i pasientens hjem. Dette er et grep for å redusere antall sykehusinnleggelse gjennom at flere pasienter kan behandles i primærhelsetjenesten. Denne formen for behandling er ifølge Grimsmo (2015) med på å komplisere pasientforløpet, og tyder på at det bidrar til fragmentering av pasientforløpet. (Grimsmo, 2015) Dette kan ses i sammenheng med teorien om «*pigeonholing*» (Mintzberg, 1983) hvor den som favoriserer tradisjonelle metoder utelukker nye som i dette tilfellet er det utadvendte sykehus fordi dette representerer forholdvis noe nytt. (Mintzberg, 1983) Dette betyr i praksis at fastleger som mottar syke pasienter velger å sende dem til sykehus for innleggelse fremfor primær-helsetjenesten, noe som tyder på at faglig kvalitet er viktigere enn reduksjon av sykehusinnleggelse. Det betyr ikke at primærhelsetjenesten ikke har faglig kvalitet, men som presentert tidligere i oppgaven

har kommunene til tider mangel på kompetanse eller bemanning for å behandle enkelte pasientgrupper. En av grunnene til dette er forskjellige institusjonelle rutiner hvor kommunale innleggelses ofte er planlagte, men sykehusene opplever langt flere akutte innleggelses. Tradisjonelle tenkemåtene tar lang tid å endre før de blir institusjonalisert i helsetjenestene. Viktigheten av samhandling mellom pasientene og tjenesteyter blir understreket av informant 4 gjennom at *«brukerrepresentantene har vært med hele veien og er jo viktige bidragsytere inn og de har jo absolutt pasient og brukerstemmen der... Men vi er enige om at det er pasientene og brukerne vi skal forsøke å lage gode tjenester for uavhengig av hvor vi befinner oss, så er det jo det som er oppdraget, så det er vi enige om, men det er når vi kommer ut i feltet og skal gjøre det at det kan komme til en del stå punkter da spesielt på grunn av penger.»* Brukerrepresentantene spiller en viktig rolle i samhandling- og koordineringsprosessene som det blir fremstilt her. Men det blir også poengtert som nevnt tidligere i oppgaven under drøfting av økonomiske styringsvirkemidler at økonomiske spørsmål ofte stopper arbeidet om samfunnsoppdraget.

Informant 5 beskrev en del av de samme momentene som har vært presentert tidligere og det begynner å danne seg et mønster med at Helsefelleksapet ikke er sikre på hvordan pasientene blir påvirket av arbeidet. Informanten svarer dette på spørsmålet hvordan brukere av helsetjenester har blitt påvirket av implementeringen av Helsefelleskapet: *«Det er vanskelig å si, jeg håper at de har fått mer strømlinjeformet behandlingsreise, men jeg tror ikke noen enkelt innbygger tenker at før og etter Helsefelleskaps etableringen var liksom en stor endring, dette er jo noe som har vært gradvis utviklet.»* (Informant 5) Det kommer frem i denne studien at arbeid på det overordnede nivået virker noe adskilt fra fagfeltet hvor man behandler pasienter. Det er kanskje vanskelig å måle effektene av Helsefelleskapet, men det er lite innsikt i data på hvordan samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten påvirker pasientene. Videre svarer informant 5 på hvordan brukernes behov for helsetjenester blir oppfattet slik: *«Vi bruker jo en del tid på å analysere behov, vi har analysegrupper sammensatt fra begge parter. Vi har jo veldig stor oppmerksomhet på at de neste 10 til 20 årene så vil behovene endres dramatisk fordi at antall eldre blir så mye større. Altså hvordan både sykehus og kommuner skal greie å håndtere dobbelt så mange gamle mennesker med så mye større potensiale for skrøpelighet og sykdommer som en skal ha behandling og hjelp for. Det er jo det store dilemma som vi har sammen og det handler da i første rekke om å ha tilstrekkelig med personell og kompetanse både på sykehussiden og i kommunehelsetjenesten.»* Dette er imidlertid en kontrast til det som er presentert tidligere

hvor det her kommer frem at det brukes ressurser og tid på analyse av demografiske utfordringer i regionen. Her blir skrøpelige eldre trukket frem som et eksempel som er et av områdene Helsefelleskapet jobber med for å forbedre pasientforløpene. Analysene poengterer at Helsefelleskapet har egne analysegrupper som sikrer data og informasjon som skal i tillegg til brukerrepresentantene påvirke utredelsen av nye samarbeidsavtaler og pasienttilbud i Agder regionen. Analyse av pasientbehov er en viktig del av Samhandlingsreformen sitt hovedgrep om en «Klarere pasientrolle» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009, s.14) Informant 5 understreker et viktig poeng i denne drøfting gjennom «*Helsefelleskapet har jo ikke noen rolle over for brukere direkte så Helsefelleskaper er jo bare på koordinering og samarbeid på en side. Ja vi har jo brukerrepresentasjon i alle organene og det er nyttig for altså brukerne har en stemme inn i dette samarbeidet og bruker den konstruktivt.*» Altså det er naturlig at det er avstand mellom det overordnede strategiske arbeid Helsefelleskapet gjør og pasientene. Men på samme tid skal brukere og pasienter av helsetjenester være aktive i egen behandling og pasientforløp; «*pasientene og deres organisasjoner i større grad kan trekkes med i arbeidet.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14) Dette er to motsigende effekter hvor man på den ene siden skal arbeid med samhandling og koordinering av helsetjenester på et strategisk nivå, og samtidig skal pasienter og brukerrepresentanter være med i arbeidet for å fremme sine interesser. Forskjellige interesser kan være problematisk for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. «*Når jeg har studert utviklingen av sykehussystemet i Østfold, ser en hvordan denne utviklingen skjer innenfor nasjonale rammer der helsemyndigheter på ulike nivå samspiller (eller motarbeider) hverandre. Som vist til ovenfor preges utviklingen i sektoren av helsepolitiske spill – som fremstår som et etablert, her forstått som «institusjonalisert», kjennetegn ved måten beslutninger tradisjonelt ble fattet på – og som fremdeles preger – sektoren.*» (Ramsdal, 2014, s. 34-35) Man kan forstå beslutningsprosessene som blir gjort i Helsefelleskapet gjennom det Ramsdal (2014) beskriver som et politisk spill. Ved at kommunen og sykehusene «motarbeider» hverandre til tider fordi beslutningsprosessene i de respektive organisasjonene er institusjonalisert og man ønsker å ivareta sine institusjonelle interesser. Dette kan påvirke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient gjennom at styringsnivåene forsøker å sende pasienter til den andre part for å gjøre det enklere for seg selv. Et område hvor en kan se dette som et potensielt problem er gjennom det utadvendte sykehus og flere sengeplasser i kommunen hvor pasienter skal utskrives fra sykehusene og sendes hjem til kommunen. Det som kommer frem i studien her er at dette er vanskelig å koordinere på grunn av at pasienter sine interesser er noe helt annet enn hva kommunene eller sykehuset sine interesser i tjenesteproduksjonen er. Slik det

intervjudataene viser så kommer det frem at det blir «høyt» nivå i Helsefelleskapet for at den enkelte pasient eller bruker kan sette seg inn i og forstå hva som skjer, dette er ikke noe unaturlig, men er kanskje en problematikk hvis man ønsker et tettere pasientsamarbeid i alle styringsnivåene. Informasjonsflyt er viktig for at pasientinvolveringen som er beskrevet i Samhandlingsreformen ikke blir symbolsk i den forstand at det ser fint ut på papiret, men i realiteten så har den liten innvirkning i samhandling- og koordineringsarbeidet.

Videre i studien beskriver informant 6 hvordan brukerrepresentasjon og Helsefelleskapet påvirker hvordan brukerne av helsetjenester opplever implementeringen av Helsefelleskapet i Agder. *«Det er jo et veldig interessant spørsmål fordi vi har jo brukerrepresentasjon inne i Helsefelleskapet, men hvorvidt det har kommet ut til pasientene at man har noe som heter Helsefelleksapet er vel kanskje noe tvilende tenker jeg. Dette er jo en relativt byråkratisk forordning, men som på en måte har fått dette med at man arrangerer årlige helsepolitiske toppmøter gjør jo at det har blitt mer politisert også at man forstår hva som er politikken og hva som er administrasjonen i det vil holder på med. Men hvor den enkelte pasient ute er kjente med dette eller interessert det tør jeg ikke si. Jeg vil kanskje tvile at dette er noe som ligger veldig langt fremme i pannebrasken på den enkelte pasient.»* (Informant 6) Det kommer frem i intervjuet at Helsefelleskapet er relativt byråkratisk og med dette påvirker forholdet organisasjonen har til pasienter. Brukerrepresentantene kan forstås som en bro mellom pasienter og Helsefelleskapet gjennom at brukergrupper deltar på helsepolitiske toppmøter, helsefelleskapsmøter og er ellers representert i alle styringsnivå innen helsetjenestene. Det er viktig rolle hvor pasienter som ellers ikke er klar over hvem som produserer helsetjenester eller hvordan dette arbeidet utføres kan få sine interesser ivaretatt gjennom brukerrepresentasjon. Men det er en igjen ett tankekors at en organisasjon som Helsefelleskapet som arbeider med samhandling og koordinering av helsetjenester ikke har stor innsikt i hvordan arbeidet påvirker pasientene. Dette hadde vært interessant å observere og måle effekter fordi dette kunne vært informasjon som kunne vært med å føre retning i tjenesteproduksjonen. Som beskrevet av informant 6 så finnes det virkemidler som legger til rette for samhandling mellom tjenesteyter og pasient gjennom for eksempel helsepolitiske toppmøter. Videre i intervjuet beskriver informant 6 hvordan brukere av helsetjenester har blitt påvirket av implementeringen av Helsefelleskapet med utgangspunkt i psykisk helse og rus. *«Altså for eksempel har vi innenfor et område som heter fagområde for psykisk helse og rus så tror jeg jo det at en har kjørt utenpå fordeler med å få implementert en fagordning i alle kommunene har vært viktig. Og det er klart det er en kvalitetsforbedring for innbyggere*

som har en utfordring innenfor psykisk helse og rus det er klart.» Det kommer frem i studien at brukernes tilbud innen psykisk helse og rus har blitt bedret i primærhelsetjenesten etter at Helsefelleskapet ble etablert. Dette er et av områdene som står beskrevet i nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023; *«utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9)

Helsefelleskapet sitt samhandlings og koordineringsarbeid innenfor området psykisk helse og rus virker å gi effekt for brukerne av tjenestene i Agder regionen. Dette har blitt gjort gjennom styrking av primærhelsetjenesten sin faglige kompetanse og institusjonell kapasitet innen helseområdet. Samhandlingsreformen kan ses i dette gjennom beskrivelsene av restrukturering av kommunale roller hvor *«Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.85) er et av hovedtiltakene innenfor psykisk helse og rus. Helsefelleskapet i Agder har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å *«prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.17) som man kan argumentere for har klart ved å se på dataene i studien. Informanten påpeker viktigheten av å forstå behovene til brukerne for å levere gode tjenester gjennom *«det må jo være retningsgivende for oss hva vi da har av kunnskap om pasienter.»* (Informant 6) Igjen kommer det frem i dataene at samhandling mellom bruker og tjenesteproducent er viktig for at kvaliteten på tjenesten skal bli bedre, og at pasientene blir mer involvert i eget behandlingsforløp. Informant 6 forklarer dette slik: *«Altså for å kunne levere gode helsetjenester så er vi helt avhengig av god samhandling mellom tjenesteyterne og pasientene, også at tjenesteyterne har god samhandling internt i kommunene og eksternt eksempelvis mot sykehuset. Men altså dette med å forstå den myndiggjorte pasientforståelsen av akkurat det pasienten ønsker blir hørt, altså innbyggerne våre har høyere og høyere kompetanse til å forstå sitt eget sykdomsbildet på en mye bedre måte nå enn for noen år tilbake. Så det er klart det at samhandlingen må også endres i syn av at informasjonssamfunnet vårt er i en rivende utvikling.»* (Informant 6) Her blir et interessant moment trukket frem i form av hvordan pasienter sin forståelse av egen helsesituasjon påvirker hvordan pasienter samhandler med helsetjenesten. Med økt tilgang til internett og informasjon gir dette økt innsikt i behandlinger og helsetjenester som betyr at brukere og pasienter kan i større grad forstå eget behandlingsforløp og sykdom. Informant 6 mener at dette må tas i betraktning når det kommer til samhandling mellom helsetjenesten og pasienten. Dette er også et av målene i nasjonal helse- og sykehusplan hvor Helse- og

omsorgsdepartementet legger til rette for et sammenhengende pasientforløp hvor pasienten er involvert i eget forløp gjennom å «*tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.17)

Informant 7 gir samme svar som tidligere informanter på spørsmål hvordan brukere av helsetjenester opplever implementeringen av Helsefelleskapet: «*Jeg tror ikke de har hørt om det en gang, jeg tror ikke det er noe pasienter vet hva helsefelleskapet er, jeg visste det knapt selv og jeg er leder innenfor helse. Det er ganske høyt travende sånn så som ny tar det litt tid å komme inn i det. Jeg tror det er bra, men jeg tror ikke det er noe pasienten merker eller har hørt om.*» (Informant 7) I studien kommer det frem en del like svar, og grunnen for at jeg velger å presentere alle er som sagt for å vise at det er et mønster. Pasienter har stort sett lite innsikt i hvordan prosessene for utarbeiding av helsetjenester fungerer, og dette er naturlig med tanke på at pasientene er opptatt av eget behandlingsforløp hvor det er lite interessant å vite hvem som produserer tjenestene. Dette kan også ses i lys av «*prosesstenkning*» (Fineide & Ramsdal, 2014) gjennom at fagpersoner «*fokuserer på organisasjonens kjerneoppgaver*» (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) som i dette tilfellet er «*å gjøre pasienter friske, å finne gode løsninger på sosiale problemer osv.*» (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) Dette kan være på å forklare hvordan pasienter og brukere av helsetjenester ikke er klar over Helsefelleskapet og dens arbeid. Nettopp fordi at leger og sykepleiere fokuserer på pasienten og behandling, noe som fører til at pasienten som er mest i kontakt med fagpersoner også fokuserer på dette. Denne måten å tenke på er med på å understøtte samhandling mellom fagpersoner og pasienter som igjen vil gi bedre informasjon tilbake til tjenesteprodusentene som her er Helsefelleskapet. «*Når de verdiskapende prosessene er det primære for organisering og ledelse, vil dette kunne tilrettelegge for bedre samhandling med pasienter, kunder, brukere osv.*» (Fineide & Ramsdal, 2014, s.1) Informasjonen som leger og sykepleiere for blir dermed formidlet oppover i hierarkiet og viser til hvordan dette er strukturert etter «*bottom-up*» (Torjesen & Vabo, 2014) tilnærmingen til organisering. Videre beskriver informant 7 hvordan Helsefelleskapet oppfatter brukernes behov for helsetjenester: «*Som økende, det er jo klart det er jo en ting med Helsefelleskapet at de jobber jo mot de demografiske utfordringene som kommer, det er jo den av den nasjonale sykehusplanen, og det er jo klart en ting at hvis pasientene skal merke noe så er det en ting når de blir lagt inn i sykehus, men det er jo en kommune side også som må øke ganske kraftig på tjenester.*» (Informant 7) Her kommer det frem at Helsefelleskapet arbeider ut ifra den nasjonale helse og sykehusplanen i forhold til

punktet «*skrøpelige eldre*». (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9) som er en av fokus områdene til Helsefelleskapene. Dette skaper problemer for primær- og spesialisthelsetjenesten med tanke på behandlingskapasitet ved en økende eldre befolkning som stadig trenger mer behandling og helsetjenester. Som nevnt tidligere i tidligere i oppgaven under kapittelet Nærmere om Helsefelleskapet, står vi ovenfor en kapasitetsproblematikk hvor det mangler fagpersonell i de fleste kommuner samt fastleger. Dette er kanskje den største problemstillingen Helsefelleskapene står ovenfor per dags dato, og gjør samhandling og koordinering mellom styringsnivåene og pasientene enda viktigere.

Informant 8 kommer poengterer at det er vanskelig for personer som sitter i Helsefelleskapet å svare på hvordan implementering av organisasjonen påvirker brukere, og at det er problematisk å måle effektene av implementeringen. «*Det bør du jo egentlig spørre brukerne om mer enn meg tror jeg fordi jeg sitter på den andre siden og det er jo et brukerutvalg og brukerrepresentanter jeg tenker de vil være bedre rustet til å svare på det enn det jeg kan. Også er det jo et måleproblem her fordi du klarer jo ikke få målt hvordan det ville vært hvis Helsefelleskapet ikke var der. Jeg tror du vil få en kombinasjon av at her er det mange ting som kunne vært gjort mer eller vært fulgt opp bedre også vil du kanskje få noen eksempler på det at man har hatt samarbeid i helsenettverket har representanter en forskjell og en fordel enn om det ikke hadde vært noe.*» (Informant 8) Som intervjudataene viser her er det igjen vanskelig for personene som jobber i Helsefelleskapet å ha innsikt i hva pasientene sine behov er. Denne informasjonen kommer som sagt fra brukerrepresentasjon og helsemøter hvor representanter fra brukere og tjenesteprodusenter møtes og diskuterer ønsket retning for arbeidet videre. Det blir også trukket frem her en problemstilling knyttet til måling av effekter hvor det er vanskelig å gjøre en komparativ analyse av før og etter implementering av Helsefelleskapene fordi man ikke kan isolere det som en enkelt variabel fordi det er flere ting som er implementert. Videre beskriver informant 8 hvordan brukerne har blitt påvirket av implementeringen av Helsefelleskapet. «*Igjen så er det jo brukerne som burde mene mest om det, men det er jo en dreining i at flere skal kunne få mer hjelp uten å nødvendigvis må ligge på sykehus og det er jo noe som forsterkes nå i de nye signalene som kommer også nå at sykehuset skal mer ut til kommunene og mer ut å bistå kommunene til å gi hjelp nærmere pasienten.*» (Informant 8) Det som blir beskrevet her er et av prinsippene i *nasjonal helse- og sykehusplan* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) hvor man ønsker mer behandling hjemme hos pasientene gjennom ambulante tjenester og det utadvendte sykehuset. Dette er ett av områdene som brukerne kan merke implementeringen av Helsefelleskapet, nettopp

gjennom at flere tjenester blir flyttet bort fra sykehusene og til pasienten. «*..det kan bety noe for eksempel for de som trenger intravenøs behandling eller, altså istedenfor å ligge inne på sykehus for å få det så kan du få det hjemme i ditt eget hjem mot at hjemmesykepleien kommer og ser til deg.*» (Informant 8) Videre beskriver informant 8 hvordan dette påvirker brukerne, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten: «*Og for pasienten så vil jo de aller fleste pasienter være veldig fornøyd med det fordi de kan være hjemme i sin egen stue og sove i sin egen seng og sykehuset er jo fornøyd fordi de slipper jo en del inneliggende pasienter mens kommunehelsetjenesten vil da måtte stille opp med bruk av deler av sin hjemmesykepleie på noe som sykehuset tidligere gjorde.*» (informant 8) Intervjudata viser at det blir mer ansvar og oppgaver lagt på kommunene og primærhelsetjenesten gjennom at behandlinger som tidligere var sykehusinnleggelse kan gjøres hjemme hos pasienten av personer i hjemmesykepleien. Dette betyr at sykehusene får redusert innleggelse som øker kapasiteten til å håndtere andre pasienter, men det gir samtidig et økt press på kommunene til å øke kapasiteten. Som nevnt tidligere i oppgaven skal sykehusene stille med «*Ambulante tjenester og samarbeidsteam*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) for å hjelpe til denne behandlingen med faglig kompetanse og kapasitet. Denne måten å behandle på gjør det lettere for pasienter gjennom at man ikke trenger å fysisk reise til et sykehus hvor det på grunn av geografi kan være store avstander til sykehuset. Informant 8 trekker frem en problemstilling som har vært presentert tidligere og omhandler finansieringsordninger av helsetjenestene. «*Fordi kommunene har sitt budsjett og sykehusene har sitt budsjett. Hvis en endring betydde at sykehuset sparte ressurser for 10 millioner i året og endringen betydde at kommunene måtte ut med 5 millioner mer så er det jo samfunnsmessig klokt at dette blir gjort fordi da har man en nettogevinst på 5 millioner at det blir på den nye måten. Sykehuset er kjempe fornøyd for de sparer 10 millioner, men for kommunene vil det være et problem for de skal finne de 5 millionene, og det er jo dette som av kjerner i samhandlingsutfordringene hvordan klarer du å gjøre det som er bra for pasienten og samfunnsmessig bra, og ikke bli for mye hindret av det som er bedriftsøkonomisk mulig.*» Som det kommer frem her så kan det være problematisk med slike tiltak fordi selv om det er samfunnsøkonomiske gevinster å hente, så har primær- og spesialisthelsetjenesten forskjellige økonomiske budsjetter. Dette kan gjøre som nevnt ovenfor at samhandling og koordinering av tjenester og oppgaver kommer i stå på grunn av økonomiske uenigheter. Igjen blir det etterlyst mer tilrettelegging gjennom økonomiske finansieringsordninger selv om det allerede «*fra 2012, stilt midler til rådighet for å oppmuntre kommunene til tidlig utprøving av øyeblikkelig hjelp-tjenester.*» (Torjesen & Vabo, 2014, s. 144) Og i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er ett av målene å «*videreutvikle*

finansieringsordningene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8), men som det kommer frem i intervju dataene så har ikke dette lyktes helt. Informant skildrer hvordan informasjonskanalene fungerer i Helsefelleskapet gjennom dette eksempelet. «Vi er jo et samvirke eller samhandlingsorgan som skal prøve å gjøre noe med systemene og strukturene, men de som kjenner tettest på behovene der og da er jo de som står nærmere pasienten tenker jeg. Også formidles jo dette selvfølgelig oppover systemet som at nå syns for eksempel slag pasienter at det er for dårlig logoped kapasitet i kommunene ikke sant. Også blir det gjenre et problem som aggregerer seg opp til noe som Helsefelleskapet tar tak i, men det er klart Helsefelleskapet er jo, de som sitter det er jo ikke i direkte pasientkontakt...det er jo hjemmesykepleien og doktorene, det er jo de som egentlig sitter med den behovsforståelsen sånn i førsteinstans.» Igjen viser intervjudataene at Helsefelleskapet ikke direkte har kontakt med brukerne av helsetjenestene, og som diskutert tidligere vil dette være naturlig. Informasjonen blir som beskrevet av informant 8 flyttet opp over i systemet, og kommer frem til Helsefelleskapet gjennom møtevirksomhet med fag personer eller brukerrepresentanter. Men det er et tankekors at organ som skal være tjenesteproducent ikke alltid har informasjon om hva som er det beste for brukerne. Noe som kan påvirke det helhetlige behandlingsforløpet til pasientene gjennom at behov kanskje ikke blir riktig oppfattet til rett tid før det blir vedtatt endringer i behandlingsforløpet. Et annet moment med denne typen behandling utenfor sykehus er at dette krever også mye tillit mellom tjenesteyter og bruker for at ordningen skal fungere optimalt. «Jeg tror samarbeid er viktig det, altså forståelse er viktig, forventings avklaring er viktig og på en del områder er samarbeid veldig viktig. Skal en for eksempel klare å bruke en del av denne helse- og velferdsteknologien altså hvis den skal kunne få en større plass for å gi trygghet så krever jo det at brukerne er villig til å ta det i bruk og villig til å stole på det og villig til å si at istedenfor å ha besøk av en sykepleier natten så vil jeg heller ha et kamera som sjekker at jeg ligger i sengen min.» (Informant 8) Her blir det trukket frem av tillit er en viktig del av behandlingsforløpet, og kanskje enda viktigere i fremtiden gjennom økende grad av teknologiske løsninger for behandling. Dette er et av målene i nasjonal helse- og sykehusplan hvor et av punktene beskriver det som informant 8 forteller: «Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Spesialisthelsetjenester som før krevde fysisk oppmøte utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Dette er enklere for pasientene og frigjør tid som helsepersonellet kan bruke på andre pasienter.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 7) Teknologi medbringer nye utfordringer i samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter og det er derfor viktig med

brukerrepresentasjon og koordinering mellom partene for at innføringen av de nye systemene og teknologien skal fungere godt.

Informant 9 fortsetter beskrivelsen av hvordan brukerne opplever implementeringen av helsefelleskapet som tidligere vist ved andre informanter. *«Jeg vil jo tro at de representantene for brukerne de opplever jo helsefelleskapet antakeligvis som nyttig for å få god oversikt og kunnskap, nå skal jo ikke jeg svare for de, men jeg vil jo tro det. Men jeg tror ikke brukerne opplever noen endring, det må bli veldig indirekte over tid så kan det være at brukerne vil oppleve implementering av helsefelleksapet ved at vi opptrer, at vi lykkes i å samordne og koordinere pasientforløpene bedre, klarer å utvikle mere lokale tjenester, digitale tjenester og ambulante tjenester, det er vel mer det håpet jeg har da at brukerne har det.»* (Informant 9)

Det blir trukket frem her at brukerne nok ikke er klar over implementeringen av Helsefelleskapet, eller føler noen store endringer på grunn av liten tidshorisont. Som informant 9 beskriver så vil brukerne kanskje oppleve endringer gjennom arbeidet Helsefelleskapet gjør i form av øke kvaliteten på pasientforløpene og tjenestene. Mønsteret med lite innsikt i hva Helsefelleskapet er og gjør fortsetter, samt liten innsikt i hva pasientene sitt syn er. Dette med at informasjon skal flyte oppover i organisasjonene og nå nivået hvor tjenester blir produsert (bottom-up tilnærming til styring) viker ifølge dataene som lite optimalisert i form av at informasjonsflyten er begrenset til et fåtall møter i året. Informant 9 svarer dette på spørsmålet hvordan brukernes behov blir oppfattet av primær- og spesialisthelsetjenesten. *«Det er jo et omfattende spørsmål da, men det er vel i essensen av det de tunge brukerne, altså de som virkelig etterspør helsetjenester ta for eksempel alvorlig psykisk syke eller multisyke eldre som er 85 år med masse diagnoser som ofte er inn og ut av sykehus, eller en ungdom da som er storbruker av psykiatri tjenester. Så vil jeg tror at de opplever at, de etterspør igjen da at disse tjeneste må henge veldig godt sammen og utgjøre ett tilbud til pasienten, men at de opplever det som veldig oppdelt det er det jeg tror brukerne oppfatter, og det er jo noe av det Helsefelleskapet skal prøve å bøte på da, eller forbedre.»* (Informant 9) Hvis man skal tolke ordlyden i intervjudataene er det som vist tidligere hos samtlige intervjuobjekter en usikkerhet i hva pasientene mener de trenger. Det jeg mener med det er at det kommer ikke frem i studien konkrete svar på hva pasienter ønsker av tjenester, men det er heller en litt vag beskrivelse av hvor man ønsker at veien skal gå. Det er klart at tunge brukere som ofte er inn og ut av behandling får stemmen sin hørt mer enn pasienter som er til behandling 1 gang hvert 10 år. Som informant 9 svarer så er det viktig at pasientene føler at tjenestetilbudet og pasientforløpet henger godt sammen, og da blir *«sømløse»*

(Torjesen & Vabo, 2014, s. 152) Dette er viktig ettersom det er et av hovedmålene til Samhandlingsreformen gjennom å «utvikle bedre helhetlige pasientforløp» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14) Til slutt beskriver informant 9 viktigheten av samhandling mellom brukere og tjenesteyter på denne måten: «Ja det er jo kjempeviktig altså sykehuset har jo sånn uttaltmål såkalt samvalg, at du skal kunne være med å beslutte selv, det er jo til syvende og sist en lege som avgjør hva slags behandling du skal få, men at du i stor grad kan være med å påvirke det. Så det tror jeg at det kommer til å bli mer og mer sentralt, det kan gå på alt fra hvordan hva er det du ønsker deg nå i siste fase av livet ditt, hva er viktig for deg som pasient, det tror jeg blir mer og mer relevant og jeg tror også at både sykehus og kommuner i mye sterke grad enn før har det veldig langt fram i sin tenkning når de behandler pasienten. Altså likeverdigheten mellom tjenesteyter og pasient er blitt veldig mye mer styrket til pasientens fordel de siste årene.» (Informant 9) Sykehusene i Agder har allerede innført et av målene i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) om økt pasient involvering i eget behandlingsforløp. Viktigheten av samhandling og koordinering mellom bruker og tjenesteyter blir poengtert av informant 9 som en sentral del av arbeidet som gjøres. Et annet viktig moment som kommer frem i intervjuet er likestillingen mellom bruker og tjenesteproducent. Brukere og pasienter blir i større grad likestilt med leger og sykepleiere i eget behandlingsforløp som betyr at pasientenes tanker og ønsker blir vektlagt i større grad enn tidligere. Dette er en positiv utvikling med tanke på målene i Samhandlingsreformen og nasjonal helse- og sykehusplan som diskutert tidligere er en viktig del av den nye behandlingsstrukturen.

Informant 10 fortsetter i samme mønster som tidligere informanter og beskriver hvor brukermedvirkning er viktig på spørsmålet om hvordan brukere av helsetjenester opplever implementeringen av Helsefelleskapet. «Det kan jeg egentlig ikke svare på, det er et spørsmål som må rettes mot pasientene både den enkelte pasient som er brukere av tjenestene, men kanskje også brukerutvalg altså de som representerer og jobber mer strategisk. Men det som jeg vet da er at brukermedvirkning på et tjenestenivå altså det at vi har brukerrepresentasjon på alle arenaene våre i Helsefelleskapet for eksempel. Det opplever de som viktig, som en viktig oppgave, de er med på å påvirke utviklingen også må man jo spørre de selv i hvilken grad de er fornøyde med, ja i hvilken grad de får være med å påvirke osv. Men strukturene er der nå for en sånn gjennomgående brukermedvirkning på tjenestenivå, strategisk nivå som jeg representerer da.» (Informant 10) Intervjudataene viser her at målene i nasjonal helse- og

sykehusplan om økt brukermedvirkning i alle styringsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) er iverksatt og blir tatt i bruk. Igjen er det så kommer det frem at individene som arbeider på det strategiske nivået i Helsefelleskapet ikke har god innsikt i hva pasientene og brukerne av helsetjenestene ønsker. Denne informasjonen kommer som nevnt tidligere opp i systemet gjennom møtevirksomhet og brukerrepresentasjon i møtene mellom partene. Det kommer også frem her at brukerne opplever brukermedvirkningen i nivåene som viktig, inkludert det strategiske nivået i Helsefelleskapet. Videre kommer informant 10 med interessante opplysninger knyttet til informasjonskanaler mellom brukere og tjenesteyter som kan forbedre kommunikasjonen mellom partene. *«Det som er litt spennende som jeg kan si det er at vi er jo opptatte i mye større grad å få inn brukererfaringer. Så i sykehuset og dette vil bli tatt inn i Helsefelleskapet også jobber vi med det som kalles for proms og prems målinger og det handler jo om at vi på en mer systematisk måte skal ta inn brukernes erfaringer og brukernes rapportering på effekter av behandling og oppfølging. Så dette kommer på en helt annen måte og jeg tenker det er viktig å bruke det på en helt annen måte også sånn at vi får den type erfaring tilbake fordi det er jo sluttproduktet, jeg begynte jo med å si hvorfor er vi til? Jo vi er jo til for å skape pasienttjenester, pasienttjenester med kvalitet og sikkerhet og da vil vi framover kunne innhente og få et annet kunnskapsgrunnlag på dette som vi igjen kan jobbe med på mitt nivå i forhold til å utvikle, forbedre tjenester.»* Her presenteres nye strukturer for å få inn mer og bedre brukerinformasjon og erfaringer. Dette vil i større grad gi bedre innsikt i brukernes behov og ønsker når dette nye systemet blir implementert i Helsefelleskapet slik som i sykehusene i Agder. Som informant 10 beskriver er denne erfaringen og informasjonen viktig for å *«å skape pasienttjenester, pasienttjenester med kvalitet og sikkerhet»* (Informant 10) gjennom et større kunnskapsgrunnlag. Dette kan ses som en videreføring av målene i nasjonal helse- og sykehusplan hvor *«pasienten er aktiv deltaker»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) hvor de nye systemene for proms og prems målinger legger til rette for dette. *«Igjen så tenker jeg at vi helt sikkert har en vei å gå, men jeg tenker jo at brukerrepresentasjon som jeg nevnte er en viktig kanal, altså de jobber jo hele tiden på vegne av pasientgruppene for å løfte den stemmen og for å løfte inn behov og være pådriver ikke sant på vegne av brukerne, så det tenker jeg er en helt klar vei inn i systemene våre.»* (Informant 10) Det poengteres igjen viktigheten med brukerrepresentasjon for Helsefelleskapet og at dette er noe som organisasjonen har fokus på, og med de nye informasjonssystemene vil det bli lettere å få informasjon og erfaringer opp på det strategiske nivået. Videre beskriver informant 10 viktigheten av samhandling mellom tjenesteyter og bruker med å poengtere at sykehusene i Agder har mye fokus på dette og bruker ressurser på

forbedring. *«Dette er jo det primære, dette er jo en viktig del av samhandlingen og da er du nede på en måte på det pasientnære møtet sant. Det er jo helt essensielt at det skal fungere godt dette er jo når vi snakker om samhandling hva det er for noe så handler det også om en kompetanse, en måte å jobbe på, en holdning som skal være synlig også i det pasientnære møtet. Og her er det mange i sykehuset som jobber med å forbedre det eller styrke det. Vi jobber strukturert med det som vi kaller samvalg for å styrke kvaliteten på det og egentlig at vi gjør det i større grad og det handler om å ta beslutninger sammen, at pasienten tar beslutninger sammen med sin behandler knyttet til utredning, behandling og oppfølging, og det påvirker altså kompetanse i samvalgs kommunikasjon og de prosessene der påvirker jo denne samhandlingen direkte mellom en fagperson en bruker.»* (Informant 10) Som det kommer frem her i intervjudataene så bruker sykehusene i Agder mye tid og ressurser på forbedring av samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter. Som nevnt tidligere jobber Helsefelleskapet med å implementere et nytt system for innhenting av brukerinformasjon som vil gjøre Helsefelleskapet i Agder bedre rustet til å skape bedre tjenester for brukerne. Det er vanskelig å måle effektene av vedtakene ettersom det er kort tidshorisont å se det ut ifra, og dette må ses gjennom et langsiktig perspektiv. Dette finner vi igjen i Torjesen & Vabo (2014) som skriver: *«De langvarige effektene av Samhandlingsreformen gjenstår derfor å se. Vi problematiserer likevel de hovedgrepene som er gjort, og spør om de bidrar mer til strategisk spill enn til koordinering av aktuelle pasientforløp – og dermed måloppnåelse.»* (Torjesen & Vabo, 2014, s.139) Dette betyr at de langvarige effektene av vedtakene ikke kan måles før det har gått en lengre tidsperiode, men allerede nå kan man se noen effekter i forhold til de nye systematiske informasjonskanalene som skal fange opp brukernes erfaringer i Helsefelleskapet. Men det gjenstår å se om Torjesen & Vabo (2014) sin påstand om at hovedgrepene i samhandlingsreformen er mer ett strategisk spill enn koordinering av pasientforløpene.

Konklusjon – Funn 2

I drøftingen har jeg tatt for meg og svart på problemstillingen på hvordan ulike styrings- og koordineringsvirkemidler som Helsefelleskapet har tatt i bruk bidrar til bedre samhandling og integrerte og fordelaktige helsetjenester til pasienter i Agder, med spesielt fokus på hvordan Helsefelleskapet i Agder bidrar til bedre samhandling og integrerte helsetjenester til fordel for pasientene. Konklusjonen av drøftingen er som følger:

Som det kommer frem i intervjudataene har personene som jobber med strategisk utvikling av helsetjenester i Helsefelleskapet en vag innsikt i pasientenes behov og ønsker. Denne informasjonen kommer frem i form av brukerrepresentasjon i diverse helsemøter, men som det også er vist i drøftingen oppleves ikke som særlig aktive. Dette er problematisk når det kommer til innhenting av bruker informasjon og erfaringer som kan være førende for arbeidet som Helsefelleskapet i Agder jobber med ettersom pasientene skal ha større innvirkning i eget pasientforløp. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Som drøftet i oppgaven arbeider sykehuset med nye systemer som skal ta inn brukernes erfaringer og rapporteringer på en mer systematisk måte, dette er et steg i riktig retning for økt pasient samhandling. Helsefelleskapet arbeider også med å få et slikt system innført, men det kommer ikke frem i intervjudataene at kommunene i Agder holder på med et slikt arbeid som kan tyde på at kommunene henger litt etter på dette området. Det er konsensus blant alle 10 informantene om at pasientmedvirkning og samhandling er viktig for det arbeidet som gjøres i Helsefelleskapet i Agder på de fire pasientgruppene som beskrevet i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 som er «*barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) Ut ifra dataene og drøftingen i oppgaven konkluderes det at kommunikasjonskanalene mellom brukere og helsefelleskapet er sub-optimale og kan forbedres ettersom det kommer frem et mønster hvor informantene har liten innsikt i brukernes behov og ønsker. Samtidig kommer det frem at brukerrepresentantene virker lite aktive i samhandlingsprosessene som også er problematisk. Det er vanskelig å måle de langsiktige effektene av arbeidet og videre forskning på områdene er nødvendig for å kunne få en god forståelse av virkningene av samhandling mellom pasient og tjenesteyter.

Kilder

- Anders Grimsmo (2015) Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2015* (Utgave 17) doi: 10.4045/tidsskr.15.0810
- Dalen, M. (2004). Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Sage Publications. Qualitative Inquiry*, Volume 12. Number 2.
- Grimsmo, A. & Audhild, L. (2015). Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen. *Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*. Trondheim
- Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (2001) Integrated care - A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* – Vol. 1, 1. <http://www.ijic.org/>
- Helsedirektoratet (2019, 02. mai). *Krav til samarbeidsavtaler*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>
- Helsedirektoratet (2022, 1. juni). *Helsefelleskap*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2022, 01. juni) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet, KS (2019, 23. oktober). *Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/19102_3_hellesfelleskap_avtale.pdf
- Jacobsen, D. I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer?* Bergen: *Fagbokforlaget*.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave). Oslo: *Gyldendal Akademiske*.
- Listersamarbeidet (2022, 01. juni). *Helsenettverk Lister*. Hentet fra <https://www.listersamarbeidet.no/helse/helsenettverk-lister>
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Ramsdal, H. (2019). *Spill og strategi i helsesektoren – eksempler fra Østfold*. Cappelen Damm Akademisk. DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.86>
- Ringard Å., Sagan A., Sperre Saunes I., Lindahl A. K. (2013) Norway: health system review. *Health Syst Transit*. 2013;15(8):1-162. PMID: 24434287
- Rodriguez, C., Langley, A., Beland, F., & Denis, J.-L. (2007). Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network. *Administration & Society*, 39(2), 150.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. F. (2011). Promoting coordination in norwegian health care. *Gjøvik University College Institutional Archive*
- Selznick, Philip. (1984). *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. California: *University of California Press*.
- Sørlandets sykehus (2022, 14. februar). *Helsefelleskapet Agder*. Hentet fra <https://sshf.no/helsefaglig/samhandling/oss-helsefelleskap-pa-agder#overordnet-strategisk-samarbeidsutvalg-oss>
- Sørlandets sykehus (2022, 14. februar). *Kontakter samhandling i kommuner og sykehuset*. Hentet fra <https://sshf.no/helsefaglig/samhandling/oss-helsefelleskap-pa-agder#kontakter-samhandling-i-kommuner-og-sykehuset>
- Sørlandets sykehus (2022, 14. februar). *Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS)*. Hentet fra <https://sshf.no/seksjon/samhandling/Documents/Representanter%20OSS%202022-01-16.docx.pdf>
- Tikkanen, R. Osborn, R. Mossialos, R. Djordjevic, A. & Wharton, G. A. (2020). *International Health Care System Profiles – Norway*. *The Commonwealth Fund*. Hentet fra <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>

- Torjesen, D. A., Hansen, H. F., Pinheiro, R. & Vranbæk, K. (2017). The Scandinavian Model in Healthcare and Higher Education: Recentralising, Decentralising or Both?. *Scandinavian Journal of Public Administration* 21(1): 57-80.
- Torjesen, D. O. & Vabo, S. I. (2014) Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.) *Velferdsorganisering* (s. 138-157) Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Denne intervjuguiden skal virke som en veileder til dialogen mellom intervjuer og intervjuobjekt. Den er ikke førende i den forstand at intervjuobjektet velger selv hva de ønsker å svare på, og har mulighet til å komme med informasjon som de anser som viktig for tema dersom de mener noen spørsmål blir utelatt. Intervjuobjektet vil bli anonymisert på grunn av hensyn til håndtering av persondata, og gir intervjuobjektet mulighet til å komme med informasjon uten at det kan spores tilbake til individet.

Om organisasjonen

Hva er grunnen til at helsefelleskapet ble dannet?

Hva slags rolle har helsefelleskapet?

I hvilken grad mener du at implementeringen av helsefelleskapet har ført til realisering av målene om økt samhandling og koordinering i primær- og spesialisthelsetjenesten?

Er du tilfreds med organiseringen av helsefelleskapet? (Valg av deltakere, Ansvar veksles annethvert år mellom sykehus og kommune) På hvilken måte kunne det vært organisert annerledes?

Hvordan er arbeidsoppgaver, ansvar og beslutningsmyndighet fordelt mellom kommunene og sykehusene?

Funksjonalitet, arbeidsoppgaver og samarbeid

Hvordan har implementeringen av dette vedtaket påvirker pasient situasjonen/flyten for kommunen/sykehuset?

Hvordan har helsefelleskapet påvirket samhandling or koordinering mellom kommunene og mellom kommuner og sykehus?

På hvilken måte føler du at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset fungerer?

På hvilken måte har dere myndighet til å foreta beslutninger for å forbedre pasienthåndteringen i kommunen/sykehusene?

Hva slags arbeidsoppgaver jobber helsefelleskapet primært med?

Hvordan føler du at statlig implementering og koordinering av politikk/vedtak i kommunale/sykehus ansvarsområder fungerer?

Hvem mener du burde koordinere arbeidsoppgaver og tiltak for å sikre gode tilbud til pasienter? (Stat eller kommune)

Hvordan skal helsefelleskapet være med på å følge og gjennomføre den nasjonale helse- og sykehusplanen for 2020-2023?

Hvilke styringsverktøy har dere tilgjengelig for å realisere organisasjonenes mål slik som de er presentert i den nasjonale helse- og sykehusplanen?

Pasient opplevelsen

Hvordan opplever brukerne av helsetjenester implementeringen av helsefelleskapet?

På hvilken måte har brukerne av helsetjenester i kommunen blitt påvirket av implementeringen av helsefelleskapet?

Hvordan blir brukernes behov av primær-helsetjenester og spesial-helsetjenester oppfattet av Helsefelleskapet?

Hvor viktig er samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker for helsefelleskapet? (Hvor mye blir brukernes innspill vektlagt)

Regjeringen vil

- etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene
- at helsefellesskapene prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
- at kommuner og helseforetak i helsefellesskapet skal avtale hvordan de skal drive felles planlegging og utvikling
- understøtte helsefellesskapene gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, fremskrivingsverktøy og prediksjonsverktøy
- be helsefellesskapene om innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan
- skape det utadvendte sykehus
- gi rom for lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak
- oppfordre helsefellesskapene om å drøfte hva som kjennetegner en vellykket kultur for samarbeid
- gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter
- tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling

