



Masteroppgave

Samhandling - virkemiddel for bedre koordinering av helsetjenester?

En studie av en intermediærenhet og en korttidsenhet

Hillevi Knudsen

BE311E Masteroppgave

MBA i helseledelse

[2010]



Handelshøgskolen
i Bodø

FORORD

Denne oppgaven avslutter det erfaringsbaserte masterstudiet Master of Business Administration (MBA) i Helseledelsen – et studie ved Handelshøgskolen i Bodø i samarbeide med Helse Nord RHF. Oppgaven er skrevet høst 2009 og teller 30 studiepoeng. Høgskolen i Bodø har tilrettelagt et meget godt studium med aktuelle temaer og mange inspirerende forelesere samt flotte samlinger.

Jeg vil benytte anledningen til å rette en stor takk til min arbeidsgiver, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, for at jeg fikk anledning til å delta på studiet og for at jeg fikk lagt arbeidsforholdene godt til rette slik at jeg kunne gjennomføre studiet.

På bakgrunn av min egen erfaring, og ikke minst på bakgrunn av forslag til ny helsereform, hadde jeg et ønske om å se på samhandlingen mellom spesialist og primærhelsetjenesten der samhandlingsverktøy var etablert. Samhandlingsbegrepet inneholder mye og det har vært lærerikt og inspirerende å få anledning til å sette seg inn i samhandlingens mange fasetter.

Til kollegaer, venner og familie! I forbindelse med dette studiet og ikke minst skriveingen av oppgaven har mange av dere bidratt på ulike måter. I diskusjoner, til barnepass, i gode samtaler og tekniske utfordringer. Dere har vist samhandling i beste ånd. Takk skal dere ha.

Noen har bidratt ekstra mye og brukt av sin fritid og arbeidstid. Derfor ønsker jeg å spesielt rette en stor takk:

- Til alle mine informanter. Uten dere hadde jeg ikke kunnet skrevet denne oppgaven.
- Til Aud Obstfelder. For gode samtaler og mange gode råd.
- Til Hilde Nordhus. For det flotte samarbeidet vi har hatt gjennom hele studiet. Jeg vil savne det.
- Til min veileder, professor Inger Johanne Pettersen. Positiv, profesjonell og konstruktiv i all sin tilbakemelding. Det inspirerte og oppmuntret.
- Til Geir. Som pushet meg av gårde utallige søndagsmorgener gjennom hele studiet.
- Til Aurora og Viljar. Som bidro med ”sin” forståelse og hjelpsomhet i mammas fravær. Uten forståelse fra de hjemme hadde jeg ikke skrevet denne oppgaven høsten 2009.

Tromsø, 12. januar 2010

Hillevi Knudsen

SAMMENDRAG

Temaet for denne masteroppgaven er å beskrive kjennetegn i samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, der intermediærenheter og korttidsheter er etablert. Mitt inntrykk er at profesjonelle ikke alltid evner å se hverandre som likeverdige partnere i samarbeidsforholdet. Aktørene kan til dels ha ulik kjennskap til hverandres arbeidsplasser og roller i pasientens behandlingsforløp.

Oppgaven bygger på deltakende observasjon og intervjuer med relevante mennesker i helsetjenesten. Jeg har altså en etnografisk tilnærming. Jeg har gjennomført 6 intervjuer: to sykepleiere og fire sykepleieledere fra henholdsvis intermediærenhet, spesialisthelsetjenesten og korttidsavdeling i to ulike kommuner. Målet med undersøkelsen er å identifisere noen kjennetegn rundt samhandling der man har etablert et samhandlingsverktøy. Datainnsamling ble gjort over to uker, og analysen har skjedd i etterkant. I tillegg har jeg lest rapporter og dokumenter som beskriver samhandling og hvilke føringer som sier noe om fremtiden.

Aktørene jeg har snakket med fremhever at det er mye god samhandling, og alle beskriver at samhandlingen er blitt bedre i de senere år. Endringene er kommet som følge av flere samhandlingstiltak. Det er opprettet stilling for eldreoverlege som har tatt tak i avvik i overføring av pasienter mellom nivåene. Det er etablert avvikssystem mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Enhetene er åpne for hospitering og deltakelse på kurs, men i praksis utføres ikke slik hospitering. En utfordring som trekkes frem er at pasienter skrives ut uten epikrise og i tillegg er det ikke alltid samsvar mellom epikrise og kurve. Korttidsavdelingen beskriver større utfordringer enn intermediærenheten med hensyn til tilgjengelighet av spesialisthelsetjenesten. Aktørene i intermediærenhet opplever at de blir respektert og har fått en høyere "status". Spesialisthelsetjenesten ser på disse som en forlenget arm og et viktig bidrag.

Hovedforskjellen slik jeg ser det er "eierforholdet" primær- og spesialisthelsetjenesten har til intermediærenheten som et felles prosjekt, samt at god struktur – definerte og gjennomarbeidede rutiner er beskrevet og kjent. Implementering av kriteriene har tatt tid og årsaken til dette kan være sammensatt. Oppsummert kan jeg konkludere med at etablering av intermediærenhet har utviklet en større kompetanse på samhandling.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the characteristics of cooperation between primary healthcare and specialist healthcare where intermediate units and short term units are established.

My observations show that professionals not always treat each other as equal partners in a working relationship. Knowledge of the others professional qualifications and role in the patients cycle of treatment is limited.

The dissertation is based on participating observation and personal interviews with relevant respondents in the health care sector. I have chosen an ethnographic methodology. In total there are 6 interviews: two nurses and four head nurses distributed between intermediate units, specialist healthcare and short term units in two different municipalities.

The aim of my research is to identify some trends and similarities of cooperation where procedures for cooperation are in place. The data collection was done during two weeks and thereafter the findings were analyzed. In addition, I have analyzed secondary material like reports and documents describing interaction and strategies for the future.

My respondents report that there is a lot of cooperation going on, and that this has improved significantly the last few years. Among other elements, a new position as geriatric doctor has been established, focusing on the transference of patients. One of the challenges detected, is that patients are discharged without finally doctor's note and in addition finally doctor's note does not always comply with medicine records.

Respondents from short term units report greater difficulties regarding availability of specialist services. On the other hand, the intermediate unite experience newfound respect and status. Respondents from the specialist service regards the intermediate unit more as their representatives and regard respondents think they have been able to fulfil their intentions.

The main difference is seen in ownership felt by the primary- and specialist healthcare towards the intermediate unit as a common project. In addition there are differences in the way this is structured and whether operational routines are documented and implemented. Implementing of criteria has been slow and this can be caused by several reasons.

In summery, my conclusion is that by establishing intermediate units, greater interactions skills between actors have been developed.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
1 INNLEDNING	1
1.1 Aktualisering	1
1.1.1 Intermediærenhet	2
1.1.2 Korttidsenhet	2
1.2 Bakgrunn for tema	3
1.3 Problemstilling	4
1.4 Sentrale begreper i problemstillingen	5
1.5 Oppgavens struktur	5
2 TEORI	6
2.1 Samhandlingskompetanse	6
2.2 Kommunikasjon	7
2.3 Dialog	8
2.4 Tillit	8
2.5 Læring	9
2.6 Organisasjonsstruktur og kultur	10
2.7 Helse jus	12
2.7.1 Lov om spesialisthelsetjeneste	13
2.8 Helseøkonomi	13
3 METODE	15
3.1 Valg av metode	15
3.2 Utvalg	16
3.3 Bruk av kvalitativ metode	16
3.4 Avgrensning	17
3.5 Reliabilitet og validitet	18
3.6 Metodekritikk	18
4 EMPIRI	19
4.1 Samhandlingskultur – felles forståelse	19
4.2 Inklusjons og eksklusjonskriteriene – struktur – kultur	20
4.3 Overføring fra spesialisthelsetjenesten	22
4.4 Likeverdige behandlingspartnere?	22
4.5 Kommunikasjon og dialog i samhandlingen	23
4.6 Kompetanseoverføring versus læring	25
4.7 Tillit og god samhandling	27
4.8 Overføring av informasjon	28
4.9 Oppsummering	29
5 DISKUSJON	30
5.1 Samhandlingskultur- felles forståelse	30
5.2 Bidrar organisering og struktur til bedre samhandling?	31
5.3 Kommunikasjon og dialog er grunnleggende i samhandlingen	32
5.4 Kompetanse versus læring på tvers av nivåene	34
5.5 Tillit i samhandlingen – hva betyr det?	36
5.6 Helsejuss spiller en rolle	37
5.6.1 Dokumentasjon	37

5.6.2 Avvik.....	37
5.6.3 Veiledningsplikt til kommunehelsetjenesten.....	38
5.7 Et samfunnsøkonomisk perspektiv på samhandling.....	38
6 KONKLUSJON.....	40
LITTERATURLISTE.....	41
Vedlegg 1.....	43
Vedlegg 2.....	47
Vedlegg 3.....	48

1 INNLEDNING

1.1 Aktualisering

Denne oppgaven handler om samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Samhandling har fått økt oppmerksomhet og har et sterkt fokus i dagens helsedebatt, blant annet fordi helsetjenestens ressursbruk har økt betydelig de senere år uten at det har fått forventet effekt. I 2007 gikk nesten hver femte offentlige krone til helsetjenester (Pettersen et al., 2008). Det er flere og sammensatte årsaker til de utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor og samhandling trekkes frem som en løsning på disse store omfattende utfordringene.

Noen av de utfordringer som trekkes frem er økt antall pasienter med store komplekse og omfattende hjelpebehov, krav til en mer brukervennlig tjeneste og økt brukervennlighet på grunn av pasienters medbestemmelse. Det er økt krav til spesialisering og kvalitet. Økt grad av spesialisering har gitt store utfordringer når de ulike hjelpeinstanser og tjenestenivå skal koordinere sin tverrfaglige bistand og hjelp. Stor pågang samt store og omfattende tjenestebehov medfører selvfølgelig økt press på ressursene. Det har medført store utfordringer med hensyn til å gi pasienter gode og individuelt tilpassede tjenester til riktig tid og på rett nivå. Helseorganisasjonene har etter hvert blitt store og komplekse og de evner ikke alltid å samhandle på tvers i den grad de gjorde tidligere. Tette skott, byråkrati samt sterkere strukturelle, kulturelle og økonomiske forhold har fått utvikle seg i en retning som ikke har motivert til samhandling. Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47) tar opp at det er få tjenester som er rettet inn mot helheten og som skal ivareta pasientens behov for koordinerte tjenester.

Forskjell i målforståelse kan bidra til samhandlingsproblemer fordi det påvirker kommunikasjon og hvordan problemstillinger vektlegges. Spesialisthelsetjenesten er i sin organisering og sin funksjon preget av at målet er medisinske helbredelse. Primærhelsetjenesten har et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47) trekker frem at kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten samt kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter, er de viktigste virkemidlene for å oppnå mer effektiv bruk av sykehusene.

Årsaken til de nevnte utfordringene er sammensatt. Antall eldre øker, levealderen øker, det er større alderskull og levestandard samt at medisinsk utvikling fører til at man lever

lenger på tross av sykdom. Det økte presset på spesialisthelsetjenesten har medført et behov for å redusere antallet liggedøgn ved å ferdigbehandle pasienter på et lavere nivå. Dette har igjen presset frem behandlingsenheter som ligger mellom den tradisjonelle primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandling krever at ulike fagtenester må organisere seg tverrfaglig og fleksibelt, noe som igjen skaper behov for nye samhandlingsmodeller. En løsning på slike utfordringer har vært at flere kommuner har opprettet korttidsenheter og/eller intermediærenheter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

1.1.1 Intermediærenhet

Intermediærenheter er enheter som har som mål å behandle pasienter som trenger mer oppfølging enn primærhelsetjenesten kan gi, men som ikke har behov for hele spesialisthelsetjenestens tilbud. Hensikten er at pasienten skal få adekvat behandling og et mer individuelt tilpasset tilbud på et lavere nivå. Dette innebærer at pasientene ikke trenger å være ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten før overføring til primærhelsetjenesten. Andre navn disse avdelingene har er etterbehandlingsavdeling, forsterket sykehjemsavdeling eller forsterket korttidsavdeling. Intermediærenhetene har definert inkludering og ekskluderingskriterier for pasientgruppene de har ansvar for. Driftsansvaret ligger hos kommunen, mens den styrkede bemanningen dekkes av spesialisthelsetjenesten. Beslutning om overføring av pasient skjer via en telefonsamtale mellom sykepleiere i spesialisthelsetjeneste og sykepleier i intermediærenhet. Formelt vedtak om overføring i henhold til kommunehelseloven fattes av sykepleier i intermediærenhet under første henvendelse. På mange måter kan man si at intermediærenheten har vokst fram av politiske motiver for å redusere kostnadene ved at pasienten skulle få behandling på et lavere kostnadmessig nivå. Det er dokumentert at opprettelse av intermediærenheter har medført færre re-innleggelses og at pasienter som får komme til behandling i en slik enhet trenger mindre hjelp og tilrettelegging i det videre forløp (Garåsen et al. 2005, Lyngroth et al. 2009). I tillegg viser brukerundersøkelse bedre pasienttilfredshet av å få behandling på et lavere nivå (Lyngroth 2009, Sletnes 2009).

1.1.2 Korttidsenhet

Korttidsenheter er et kommunalt tiltak og er forskjellig fra intermediærenheter i den forstand at de er opprettet fordi flere kommuner ikke har hatt gode nok tilbud til å ta i mot pasienter som spesialisthelsetjenesten har definert som ferdigbehandlet. Man har derfor sett en opphopning av såkalte ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten. Dette medførte at flere kommuner opprettet korttidsplasser for pasienter som trenger mer pleie og behandling

etter opphold i spesialisthelsetjenesten, i påvente av å komme hjem eller til et vurderingsopphold av hvilke tilbud kommunen anså som hensiktsmessig å tilby.

Korttidsenheten har også et tilbud om avlastningsopphold til pasienter i kommunen som kan trenge et midlertidig mer omfattende tilbud enn de kan få i hjemmet.

Overføring og kontakt administreres mellom spesialisthelsetjenesten og enhetslederne i kommunen. Således har korttidsavdelingen liten innflytelse på inntak. De blir først kontaktet når overføring er bestemt via enhetsleder og etter vedtak fattet etter vanlige regler og prosedyrer for overføring av pasient mellom nivåene til hjemmet, rehabilitering eller korttidsenhet. Korttidsavdelinger har noe styrket ressurser sammenlignet med sykehjem. Enhetene har vokst fram som følge av at kommunene så at de måtte ta et større ansvar for disse pasientene i tråd med kommunehelseloven. Et middel som kan ha presset kommunene til å ta et større ansvar er innføring av døgnmulkt.

1.2 Bakgrunn for tema

Jeg har gjennom flere år jobbet som sykepleier og sykepleieleder i helsevesenet, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten. Gjennom disse årene har jeg erfart mange utfordringer når pasienten har vært ferdigbehandlet på spesialisthelsetjenestnivå og skal overføres til et lavere nivå, hvor pasienten trenger et tilrettelagt tilbud fra primærhelsetjenesten. Jeg kan nevne en eldre dame som "bodde" et år på en medisinsk avdeling. Pasienten hadde hatt hjerneslag, var lammet i en side og hadde taleproblemer. Vår avdeling ble pasientens hjem fordi kommunen ikke hadde ressurser eller evnet å tilrettelegge for å ta pasienten hjem eller til institusjon. Det å oppleve å være en belastning for sin kommune, er en uverdigg situasjon for pasient og pårørende. Mange av problemene jeg har erfart har sitt utspring i mangel på pleie og omsorgsressurser samt institusjonsplasser, og ikke i at den behandlingen pasienten trengte var særlig spesialisert. Mangel på institusjonsplass er et velkjent problem.

Min erfaring som sykepleier og sykepleieleder er at god dialog og kommunikasjon er bærebjelken for god samhandling. Mangel på tillit og likeverdighet mellom aktørene er andre viktige faktorer som kan redusere evnen til samhandling. Når samhandlingen har blitt en utfordring, er min erfaring at respekt og ydmykhet for hverandres oppgaver tidvis har vært fraværende.

I forbindelse med etablering av et spesialisthelsetjenestetilbud ved et distriktsmedisinsk senter var min erfaring at viljen og forankring i fagmiljøet var tilstede.

Utfordringene oppstod når de økonomiske ressurser skulle fordeles.

Det siste året har jeg jobbet med prosjektarbeid i forbindelse med forbedring av pasientforløp. I dette arbeidet har vi også sett på pasientflyten etter at pasienten var ferdig i spesialisthelsetjenesten. Utfordringene har vært å få kommunehelsetjenesten med på å forplikte seg til en spesiell pasientgruppe fordi likehetsprinsippet er sterkt og de er bekymret for at kostnadene vil øke i en allerede presset kommuneøkonomi.

Min erfaring som kliniker, leder og prosjektkoordinator har gjort at jeg har fått interesse for samhandling generelt. På bakgrunn av at jeg har deltatt som representant fra spesialisthelsetjenesten i en arbeidsgruppe som har utredet etablering av intermediearenhet i egen kommune, var det en ytterligere motivasjon for studere hva som skal til for at slike enheter skal fungere godt og hva som er "suksesskriteriene" for god samhandling.

1.3 Problemstilling

Jeg ønsker å finne hvilke kjennetegn og tiltak som bør vektlegges og prioriteres når man etablerer nye behandlingseenheter som krever samhandling, og som igjen kan bidra til å utvikle samhandlingskompetanse.

Min problemstilling er som følger:

Hva kjennetegner samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten der intermediearenheter/korttidseenheter er etablert?

- en studie av en korttidseenhet og en intermediearenhet

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å intervju helsepersonell som har erfaring med denne type samhandling. Jeg har intervjuet sykepleiere i en korttidseenhet i egen kommune som har som et av sine mål å ta inn ferdigbehandlede pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Intermediearenheten er valgt på bakgrunn av den erfaring de har opparbeidet seg over flere år med samhandling med spesialisthelsetjenesten. Ved å velge to ulike organisatoriske enheter som begge samarbeider med spesialisthelsetjenesten, hvorav bare en er et direkte samarbeidsprosjekt, tror jeg det er mulig å identifisere kjennetegn og faktorer for å få til god samhandling.

1.4 Sentrale begreper i problemstillingen

Samhandling er et uttrykk for "helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte" (St.meld. nr 47:13).

Primærhelsetjenesten er den del av helsetjenesten som kommunen har ansvaret for. Ansvaret omfatter helse og omsorgstjenester, helsefremmede og forebyggende helsearbeid, diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering.

Spesialisthelsetjenesten er den delen av helsetjenesten som staten har ansvaret for. Ansvaret omfatter blant annet ansvar for sykehus tjenester og akuttmedisinsk beredskap, utdanning av helsepersonell og forskning, samt opplæring av pasienter og pårørende.

Definisjon av **intermediærenhet** fra Helse Sunnmøre HF sier følgende:

"En intermediæravdeling er en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem. I tillegg til sykehjemmet er intermediærposten opprustet med legetjenester (daglige tilsyn), sykepleietjenester, fysioterapi og ergoterapi. Liggetiden skal være avgrenset og siktemålet er utskrivning til hjemmet. Det er i utgangspunktet kommunen som skal ha driftsansvar, men sykehuset skal bistå faglig med opplæringstiltak og evt. støttetjenester".

1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 2 presenterer jeg de teoretiske begrepene som underbygger analysen og diskusjonen. I kapittelet om metode vektlegger jeg å gi den utdypende beskrivelse av mitt valg av metode og design, samt fremgangsmåten ved datainnhenting. Til sist diskuterer jeg svakheter ved metoden og mulig tiltak som kan underbygge en troverdig og autentisk historie. Empiri kapittelet hvor jeg presenterer mine funn har jeg delt inn i flere ulike deler med overskrifter som henviser til hovedteamet. Jeg avsluttet kapittelet med en oppsummering. I diskusjonskapittelet drøftes funn fra informantene, egen erfaringer, samt eventuelle føringer fra sentrale dokumenter og rapporter opp mot relevant teori. I kapittel 6 gir jeg en kort gjennomgang av mine hovedfunn og presenterer noen tanker jeg har gjort meg i forhold til hva man kan vektlegge i organiseringen av helsetjenesten i framtiden for å styrke samhandlingen.

2 TEORI

2.1 Samhandlingskompetanse

Samhandling fordrer kompetanse på en del områder som det ikke har vært særlig grad av fokus på tidligere. Jeg vil fokusere på struktur, dialog, tillit, kommunikasjon, læring, jus og økonomi. Samhandling er for meg noe mer enn samarbeid ved at det involverer større grupper og krever mer kompetanse enn mange har i dag. Det er mange forhold som inngår i samhandlingen og mange forhold må utvikles skal kompetansen på samhandling bli god.

Johannessen og Olsen (2008) trekker frem at den økende grad av kompleksitet og endringstakt og mye oppmerksomhet på kreativitet, innovasjon og kontinuerlige endringer, innebærer et helt annet behov for å ivareta eksterne relasjoner enn tidligere. Det igjen avhenger imidlertid av tilbakemelding, som igjen fremmer fleksibilitet. Kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring er grunnleggende sosiale mekanismer knyttet til vår samhandlingskompetanse. De sier videre at evnen til å lytte er avgjørende for å oppnå god kommunikasjon. Det innebærer at vi må utvikle våre lytteferdigheter, der større grad av samstemthet, oppmerksomhet, åpenhet for positive intensjoner og empati er sentralt.

Undersøkelser viser også at primærhelsetjenesten opplever fravær av likeverdighet som et problem i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og det er derfor viktig å ha fokus på dette. (Sinteff Helse, 2008). Forfatterne (Johannessen og Olsen, 2008) sier videre at samhandlingskompetanse har en bestemt funksjon: å dyktiggjøre hver og en av oss slik at vi klarer oss best mulig i ulike sosiale sammenhenger. Samhandlingskompetanse har i seg selv kontrollmekanismer og er forankret i konkrete kontekster, for eksempel grupper som har klare normer og verdier. Forstått på denne måten kan utvikling av samhandlingskompetanse sies å være læring av hvilke grenser for samhandling som eksisterer i den konteksten vi til enhver tid befinner oss i.

De fleste har gjennom erfaringer lært ulike måter å samhandle på i ulike kontekster. Vi lærer å kjenne disse ulike kontekstene ved tre hovedstørrelser: kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring. Hvis vi kommer inn i en situasjon vi ikke kjenner, kan det tenkes at vår væremåte blir å reagere slik at vi minimaliserer muligheten for å bli avvist (Johannessen og Olsen, 2008:157). Informanten i primærhelsetjenesten refererte til at: ” *noen ganger støter man på personer som har det veldig travelt. Man blir avvist, føler at man maser eller at de*

synes noe er åpenbart som vi ikke synes er like åpenbart". Det informanten har opplevd kan være mangel på kompetanse om samhandling.

Overført til samhandlingen mellom ulike nivåer i helsetjenesten, kan man påstå at samhandlingskompetanse er viktig for å få til en god samhandling. Samhandlingskompetanse er å hindre at noen mennesker kommer i en posisjon hvor de føler seg avviste. Det at ingen føler seg avvist og "latterliggjort" blir sentralt i samhandlingen. Dette problemet kan illustreres ved situasjoner hvor en pleier ringer til tre ulike leger for å drøfte et problem og blir avvist. Slike situasjoner indikerer at vi har et arbeid å gjøre for å bygge kompetanse på samhandling.

2.2 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet "communicere" og betyr å meddele, melde, stå i forbindelse med eller underrette om. Mer presist kan vi kanskje si at kommunikasjon er den prosessen der en person, gruppe eller organisasjon overfører en type informasjon til en annen person, gruppe eller organisasjon, og der mottaker får en viss forståelse av budskapet. Konkret kan informasjonsoverføringen dreie seg om muntlige utveksling ansikt til ansikt, telefonsamtaler, videokonferanser, skriftlige brev eller elektronisk post (Kaufmann og Kaufmann, 2009).

"I overgangen til et globalisert kunnskapssamfunn ser vi til dels store endringer i måten vi kommuniserer på. Ny teknologi, nye organisasjonsformer, økende endringstakt samt nye måter å lede og organisere på er viktige drivkrefter i denne endringen. Sammenslåinger, og større enheter fører til at vi må vite mer om hvordan andre organisasjonskulturer kommuniserer for at våre budskap skal bli forstått (Johannessen og Olsen, 2008:155). Forfatterne trekker inn dette med måten en overbringer et budskap på direkte mellom mennesker og også via elektroniske virkemidler som viktig. Kaufmann og Kaufmann (2009) trekker i tillegg inn lateral kommunikasjon – det vil si når formidlingen foregår på samme nivå (profesjon og/eller avdeling) i organisasjonen. De sier videre at forskning viser at kollegaer av samme profesjon kommuniserer oftere og raskere med hverandre, og at de mulige fordreiningene av budskap er langt færre her enn ved kommunikasjon nedover og oppover. Jeg inkluderer lateral kommunikasjon i teorikapitlet fordi det kan være et moment å vite om når ulike profesjoner skal samhandle.

2.3 Dialog

Dialog er en åpen kommunikasjonsform hvor hensikt er å forstå, undersøke og oppdage. God dialog og samhandling oppnås gjennom at man ser hverandre som likeverdige parter, noe som innebærer at alle parter skal bevare sin verdighet i de løsninger som velges. Man skal unngå ”vinnere” og ”tapere” i samhandlingsforholdet. Johannessen og Olsen (2008) trekker fram Michalko som sier om dialog at dens gjennombrudd kan skje gjennom enkel, åpen og ærlig konversasjon, uten å forsøke på å endre andres sinn og uten bitter argumentasjon.

Grunnreglene i dialogen er å ikke bruke argumenter, ikke avbryte og å lytte med forsiktighet.

”I dialogen samskaper man, derfor skal man iaktta uten fordommer, helst uten noen forutinntatte begreper, selv om dette er ekstremt vanskelig. Man skal prøve å sette fortiden til side og lytte uten å vurdere eller evaluere den andre. Det er å la den andre snakke helt til punktum, uten å avbryte, uten kommunikasjon, verken indre eller ytre. Dette er selvsagt en nesten umulig oppgave, men gjennom øvelse blir det en del av den genuine dialogen, der det kreativt nye vokser fram” (Johannessen og Olsen, 1998:313). I mange tilfeller er vi for opptatt av vårt eget ståsted slik at vi ikke evner å lytte til hva den andre part sier.

2.4 Tillit

Det finnes ingen uomstridt definisjon av hva tillit er og det kan i følge Grimen (i Molander og Terum, 2008) være vanskelig å skille fra andre fenomener som blant annet tro, tiltro og fortrolighet.

Grimen (i Molander og Terum 2008) hevder at det er vanlig å anta at tillit letter overføring av informasjon og kunnskap. Stoler man på avsenderen, behøver man ikke stadig undersøke om det han sier er holdbart. Mistror man avsenderen så har man grunn til å mistro det han vil formidle. Dette synet kan overføres til Kaufmanns teori om horisontal kommunikasjon og kan speilvendes til at hvis man mistror mottakeren, har man en grunn til å ikke formidle informasjon til ham. Hvis den mottaker man mistror er en budbringer, kan kommunikasjonsskjeder bli brutt, ikke bli opprettet, ta lengre tid eller koste mer enn man ønsker (Kaufmann og Kaufmann, 2009).

En annen antagelse er at tillit gjør samarbeid lettere. Tillit gjør det mulig å bygge på hverandres arbeid. Hvis man stoler på dem som har utført forutgående arbeidsoperasjoner, trenger man ikke kontrollere eller gjøre alt på nytt. Tillit til forutgående ledd i en arbeidsprosess reduserer omfanget av det som må gjøres før produktet kan bearbeides videre.

For det tredje åpner tillit opp handlingsrom for tillitsgiveren, som ellers ikke ville ha eksistert. Det hevdes også at tillit reduserer kompleksitet. Livet blir enklere for den som viser tillit (Grimen i Molander og Terum, 2008).

Johannessen og Olsen (2008) trekker inn at tillit i tillegg er nært relatert til ærlighet. Å holde tilbake informasjon vil bare slå tilbake på deg selv og tillit vil da være vanskelig å bygge opp igjen. Hovedregelen i tillitsbygging er alltid å vise respekt for andre parter og deres arbeid. Hvis vi i utgangspunktet ikke har respekt for dem, bør du ikke gå inn i kontekster, fordi manglende respekt viser seg i vår kommunikasjon. I forholdet mellom primær og spesialisthelsetjenesten er man prisgitt å samarbeide på tross av at tilliten kanskje ikke alltid er tilstede.

Jeg har erfart at i flere situasjoner rundt samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har det å bli kjent med hverandre, trygg på hverandre, trygg på at egen uvitenhet/kunnskap ikke slår negativt tilbake på en selv, vært viktig for å bygge tillit. Samtidig har jeg også erfart brudd i tillit ved at pasientens tilstand er beskrevet bedre enn den i virkeligheten er.

Eide et al. (2005) presenterer to former for tillit. Den ene formen framstår spontant og umiddelbart. Den andre er noe som utvikles og vokser fram over tid. Her vil erfaringene man har med hverandre være avgjørende. I samarbeidsforhold vil noen mennesker umiddelbart møte andre med en selvfølgelig tillit, mens mange mennesker har gjort erfaringer gjennom ulike samarbeidsprosesser som har gjort dem skeptiske og mistenksomme. Det er ikke uvanlig at begynnelsen på et samarbeid vil være preget av en avventende holdning til hverandre.

2.5 Læring

Begrepet læring kan defineres som *”tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter som er relativt permanente, og som har sitt utgangspunkt i erfaring”* (Kaufmann og Kaufmann, 2009:187). For å skille mellom læring og utvikling som skyldes biologisk betinget modning, hevder forfatterne at læring har sitt utgangspunkt i erfaring. Jeg vil illustrere dette gjennom et tilfelle informanten i intermediearenheten beskriver som sin erfaring. Læring og kompetanse har skjedd gjennom flere år med erfaring, stabilitet i staben samt at de har utviklet en kultur og vilje til å lære ved å bruke oppslagsverk, hospitering og å stille spørsmål. Dette har medført at de nå spør riktigere spørsmål for å få kunnskap om pasientens tilstand der opplysningene er mangelfulle. Forfatterne Kaufmann og Kaufmann trekker også frem organisasjonslæring som

et prosjekt med sikte på å avdekke og korrigere den gjeldende kunnskapen som organisasjoner har og som kan virke hemmende på ny læring.

Læring og erfaringsoverføring kan ha både med den direkte faglige kompetanseoverføring rundt en spesiell pasient og behandling, og det kan ha med læring av hvordan vi samhandler og overfører vår erfaring til den andre part.

Johannessen og Olaisen (2007) trekker frem enkeltkrets-læring. Dette er læring der man hovedsakelig justerer eksisterende prosedyrer og rutiner ved å rette opp avvik og feil. Dette er den enkleste formen for læring. Eksempel her kan være at en sykepleier påpeker en feil ved en aktivitet, uten å foreslå endringer som kan forbedre aktiviteten. Aktiviteter innenfor organisasjoner krever imidlertid mye ny problemløsning. Dersom aktørene setter spørsmålsteget ved grunnpremissene for jobben, og kanskje finner mangler og feil ved disse, er vi over i det de kaller dobbelkretslæring, noe som innebærer muligheter for mer radikale endringer.

Eksempel på dobbelkretslæring kan være en sykepleier som får en beskjed på et gitt tidspunkt og utfører denne beskjeden ut fra egen erfaring. Den samme beskjeden på et senere tidspunkt, kan utløse en annen respons, fordi en annen situasjon eksisterer på dette tidspunktet. Et annet eksempel er en sykepleier som konstaterer en feil og samtidig bruker sin kliniske kunnskap til å komme med forslag for å rette opp feilen (Johannessen og Olaisen, 2007).

Forfatterne Lahn og Jensen (i Molander og Terum, 2008) tar for seg dette at man i dag trenger modeller som i større grad enn tidligere griper den nye kompleksiteten i arbeidslivet og som løsrives fra skolekonteksten. De sier videre at profesjonsutøvere dyktiggjøres gjennom praksis og samhandling.

2.6 Organisasjonsstruktur og kultur

Grund (2006:193) sier at det i for alle ledere og organisasjoner, er viktig å forstå samspillet mellom den formelle strukturen og den mer uformelle kulturen. Strukturen er definert, som ansvarsrelasjoner mellom enheter og mennesker, gjennom regler og instruksjoner og det tradisjonelle planarbeidet med utforming av mål, budsjetter og forhandlingsplaner. Kulturen formes av verdier, normer og virkelighetsoppfatninger og de mer uformelle nettverk og dialoger som etableres i alle organisasjoner. Thorsvik (samling, 2008) hevder at

organisasjonsstruktur påvirker atferd ved at:

1. Den gir retningslinjer for arbeidet og fremmer stabilitet i atferden.
2. Den begrenser atferden til aktiviteter som er relevant for målrealisering.
3. Den fremmer koordinering.

Det trekkes også her frem at et strukturelt perspektiv på organisasjoner setter fokus på hvordan organisasjonsstrukturen bør utformes for å realisere mål og får oss til å tenke systematisk omkring:

1. Hvordan spesialisering kan fremme kompetanse og yteevne?
2. Hvilke former for koordinering som vil være mest effektiv?

Thorsvik (2008) tar videre med organisasjonskultur, som han definerer som et mønster av grunnleggende antagelser, verdier og normer, utviklet av en gruppe. Etter hvert lærer de å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon og finner en kultur som fungerer tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og som på den måten læres bort til nye medlemmer som "den riktige" måten å oppfatte, tenke og føle på.

Kulturen påvirker vår atferd ved å angi hvilken informasjon som er viktig og sentral og hvilken som kan utelukkes. Kulturen sier oss hva som er passende atferd når personer skal foreta et valg på vegne av organisasjonen, samt at vage regler og uklare mål gir rom for å anvende personlig skjønn som kan være sterkt preget av kulturelle forhold (Thorsvik, 2008). Det kan trekkes en linje til der en av informantene i intermediearenheten sier: "*det er de siste par årene at vi har fått flere og flere riktige pasienter*". Å endre en kultur i spesialisthelsetjenesten, å få de til å erkjenne at denne enheten (intermediearenheten) faktisk har regler og retningslinjer utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, har tatt tid.

Koordinering og styring av virksomheter i en organisasjon er nøkkelaktiviteter for å utnytte ressurser på best mulig måte. I høy grad spiller kvaliteten i mellommenneskelig samhandling og enkeltindividets trivsel og velvære inn. Når vi tenker over alle de aktivitetene og oppgavene som skal samordnes i en organisasjon, vil vi fort finne ut at lederskap og kanaler for kommunikasjon er meget viktige struktureringsredskaper for å holde "hjulene" i gang. Samordningsspørsmål løses gjennom forskjellige former for strukturering av aktiviteter, gjennom ledelse og gjennom formelle kommunikasjonskanaler.

2.7 Helse jus

Formålet med dokumentasjon hevder Molven (2002:233) er ”*primært å sikre at behandlings- og pleiepersonalet til enhver tid har mest og best mulig relevante bakgrunnsopplysninger for sitt videre arbeide*”. I praksis blir pasienter ofte behandlet av flere enheter i helsetjenesten, for eksempel av primærlege, lokalsykehus, universitetssykehus, hjemmesykepleie m.m. Disse vil ofte ha behov for å utveksle opplysninger som viser hva som er tenkt, funnet og gjort.

Utlevering av journalopplysninger også innad i helsetjenesten forutsetter i utgangspunktet samtykke jfr. prinsippet i helsepersonelloven § 22 (Molven, 2002).

Hvor langt kan personell ved sykehus gå i å sende tilbakemeldinger til primærhelsetjenesten? Dette er det ikke adgang til med mindre behandlerne mener det er påkrevd for at personell i denne tjenesten skal kunne gi ”forsvarlig helsehjelp”. Ellers kreves det samtykke fra pasient (Molven, 2002:257). Forfatteren sier videre at helsepersonelloven § 25 sier at taushetsbelagte opplysninger kan ”*gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp*”. Bestemmelsen, sier forfatteren, gjelder ved samarbeid mellom helsepersonell, både internt og eksternt. Bestemmelsen innebærer at f eks primærlege og helsepersonell i sykehus og sykehjem kan kommunisere fritt så lenge det skjer i slikt øyemed.

Av journalforskriften § 9 fremgår det også at ”*ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Ut fra dette kan fastslås at epikrise ikke er et arbeidsredskap bare mellom leger*” (Molven, 2002:248). For pasienter som trenger omfattende pleie og omsorgstilbud fra kommunen, vil det være naturlig at sykepleietjenesten i sykehuset skriver en sammenfatning av den helsehjelp som de har hatt ansvar for, med tanke på anvendbarhet for den som skal overta oppfølging av pasienten.

Videre hevder forfatteren at: ”*telefaks eller elektroniske medier bør som regel ikke brukes til å overføre opplysninger med mindre det er av særlig stor betydning for helsehjelpen. I så tilfelle bør det foretas anonymisering eller kryptering av opplysningene for å forhindre at uvedkommende får tilgang. Telefaks kan benyttes dersom pasienten samtykker, eller dersom det gjelder lite ømfintlige opplysninger, dvs. slik som ikke er å regne som taushetsbelagte*” (Molven, 2002:249). Jeg vil her nevne at av egen erfaring brukte vi ofte tid og ressurser på å ringe mottaker for å avklare bruk av telefaks samt å anonymisere det som skulle sendes etc. Det følte mange ganger usikkert og utrygt å fakse over sensitive

opplysninger, men vi stod i en situasjon hvor vi ikke hadde noe valg fordi forsendelse per post tar tid og pasienten var på vei. Tradisjonelt har dokumentasjonen til sykepleierne og en del annet helsepersonell blitt sett på som mindre viktig, særlig i forhold til legenes dokumentasjon. Dette faglige synet har forandret seg i senere tid, noe som gjenspeiles i den nye helsepersonelloven. Nå har alt helsepersonell fått dokumentasjonsplikt og deres dokumentasjon er en del av journalen (Molven, 2002:234).

2.7.1 Lov om spesialisthelsetjeneste

Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 sier at: *”Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mot helseforetak til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsen påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift”*.

Spesialisthelsetjenesten har altså en plikt til å gi råd, veiledning og opplysninger til kommunehelsetjenesten. Min erfaring er at det foregår en del veiledning, men at veiledningen er tilfeldig og ikke satt i system. Informanten i korttidsenheten sier noe om hvordan spesialisthelsetjenesten deler sin kunnskap *”i gitte situasjoner kan man vel få litt utvidet rapportering, men jeg har inntrykk av at det sitter veldig langt inne”*.

Den andre informanten uttrykker seg som følger: *”Man kan ikke alltid stole på å få hjelp. Det er frustrerende når man står alene her som sykepleier med en dårlig pasient”*. I en artikkel i Tidsskriftet Norske Lægeforening (2002:122) viser Høie til en arbeidsgruppe som har kartlagt spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Gruppen konkluderer med at veiledningsplikten er lite kjent og lite forankret i sykehusledelsen. Veiledningen som foregår er tilfeldig.

2.8 Helseøkonomi

I 2007 gikk nesten hver femte offentlige krone til helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten alene stod for om lag 8,5 % av den offentlige ressursbruken. Dette viser at helsesektoren også er av stor nasjonaløkonomisk betydning. Sektoren sysselsetter nær 100 000 årsverk og forvalter over 90 milliarder kroner, noe som har betydning for både befolkningens helse og for sysselsetting og økonomi (Pettersen et al., 2008).

Magnussen et al. (NOU 2008:2:64) sier at så lenge etterspørselen etter behandling er større enn tilbudet, vil ulikheter i tjenestetilbudet påvirke forbruksratene. Ulikheter på tilbudssiden kan være knyttet til forskjeller i ressurstilgang, effektivitet, organisering og

ledelse m.v. Utvalget sier videre at gjennom forebygging vil helsevesenet bidra til å redusere behov, men et godt utbygd helsevesen og utvikling av ny medisinsk teknologi kan også bidra til å avdekke behov og å skape nye behov.

Utgiftene øker og myndighetene har vært tvunget til å reise spørsmål rundt organisering, finansiering og styring av helsetjenesten. Styring i helsesektoren berører viktige forhold som har å gjøre med prioritering mellom helsetiltak og pasientgrupper. Vi observerer en ubalanse mellom den raske teknologiske utviklingen og de økonomiske og styringsmessige rammer som setter grenser for hva helsetjenesten kan utrette. Det vil til enhver tid eksistere et etterspørselsoverskudd i helsesektoren. Det vil oppstå køer og dertil hørende fordelingsproblematikk. Prioriteringsdebatt vil derfor stå sentralt (Pettersen et al., 2008:13).

Et viktig steg synes å være samhandlingsreformen. Intensjonen med denne er at man ønsker at primærhelsetjenesten skal overta behandling på et tidligere tidspunkt. Dette innebærer at pasienten flyttes til et lavere nivå, samt at man ønsker primærhelsetjenesten skal fokusere på et mer omfattende forebyggende arbeide. Et sentralt element i samhandlingsreformen, er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger (St.meld. nr. 47).

Dagens finansieringssystem understøtter ikke på en tilstrekkelig god måte arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Finansieringsordningene tilrettelegger ikke for at forvaltningsnivåene og tjenestestedene forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp, eller at det mer generelt inspireres til å finne de gode praktiske innretningene og samarbeidsordningene. De ulike aktørene har separate systemer som i liten grad inviterer til å se egne tjenester i et helhetlig forløps perspektiv (St.meld. nr. 47).

Helsetjenestene er ofte forbundet med følelsesmessige oppmerksomhet rundt liv, død, helse, omsorg og utdanning. Bare det å konkretisere sykehustjenesten slik at de er målbare, medfører en stor utfordring. Et grunnleggende premiss for samfunnsøkonomiske vurderinger er at vi har begrensede ressurser til rådighet. Av dette følger at vi må forvalte disse ressursene best mulig. Vi får derfor to utfordringer: hvordan skal vi fordele og hvordan sikre optimal og god utnyttelse av ressursene (Pettersen et al., 2008:16). Mange spørsmål i samhandlingsreformen handler om disse grunnleggende spørsmålene.

3 METODE

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for de metodiske valg som er gjort for å belyse studiens problemstilling og for å oppnå hensikt og mål med oppgaven. Deretter forklarer jeg mitt valg av metode. Det prinsipielle skillet mellom kvalitative og kvantitative metoder dreier seg om hvordan data registreres og analyseres. Kvalitative metoder bygger på tekst, mens kvantitative metoder anvender tall som analyseverktøy (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2009).

3.1 Valg av metode

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Ordet kvalitativ henviser til kvaliteten, det vil si karaktertrekkene og egenskapene ved fenomenene. Den kvalitative metoden har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvalitativ metode går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet, samt å formidle forståelse. Metoden bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi og fortolkning, hermeneutikken. En hermeneutisk tilnærming innebærer en tolkende lytting til mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2009).

Jeg har valgt en kvalitativ metode fordi jeg ønsker å få en spesiell type data som omhandler samhandlingen mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne i den ene kommunen samhandler mellom spesialisthelsetjenesten og intermediaærenhet. Pasienten ferdigbehandles på et lavere nivå. Den aktuelle intermediaærenheten ble etablert i 2003 og hadde tidligere funksjon som korttidsenhet. Sykepleierne i den andre kommunen jobber i en korttidsenhet, etablert i 2005, med den funksjon å ta i mot ferdigbehandlede pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Denne korttidsavdelingen er det planer om å omgjøre til en intermediaærenhet i fremtiden.

Korttidsavdelinger er drevet av primærhelsetjenesten, mens intermediaærenheter er et samarbeidsprosjekt mellom spesialist og primærhelsetjenesten. I korttidsenheten er det enhetslederne i de ulike sonene som bestemmer inntak. I intermediaærenheter har begge nivåer innflytelse fordi inkluderings og ekskluderingskriteriene danner grunnlaget for inntak og er utformet i samarbeid. Jeg har brukt opptak/lydbånd fordi jeg da lettere kan gjengi intervjuene.

3.2 Utvalg

Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2009) sier at det ofte er vanskelig å avgjøre på forhånd hva som vil være nok antall informanter å intervjuer. Det er et spørsmål om hvor mange intervjuer som det er praktisk mulig å gjennomføre pga tid til rådighet og omfang av oppgaven. Utvalget jeg har består av 6 informanter. Antall informanter er et valg jeg har tatt blant annet pga tidsperspektivet og omfanget av oppgaven. Utvelging er viktig i all forskning fordi prosessen har stor innflytelse på analysen av dataene.

Mitt utvalg er strategisk fordi jeg har bestemt på forhånd hvilken målgruppe forskningen skal rette seg mot for å samle data. Målgruppen er sykepleiere og sykepleieledere som jobber med samhandling mellom to nivåer. Det neste trekket jeg gjorde var å velge ut informantene, kriteriene som skal ligge til grunn for rekrutteringen og hvor mange som skal være med. Slik sett kan man si at utvelgingen av personer er hensiktsmessig (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2009).

For å få en nyansert informasjon og ikke minst noe mer objektiv informasjon og kunnskap om kjennetegn ved samhandlingen mellom de to nivåer, ønsker jeg å intervjuer leder av intermediærenheten og korttidsenheten, samt to ledere av spesialavdelinger i spesialisthelsetjenesten. De har kjennskap til organisering og ansvar i linjen og de kan ha bakgrunnsinformasjon som jeg tror kan avdekke noen kjennetegn ved samhandlingen.

Jeg valgte å intervjuer to sykepleiere som jobber ytterst i organisasjonen, ved henholdsvis intermediærenheten og ved korttidsavdelingen. Det er sykepleiere som er direkte involvert i den daglig samhandlingen og som kan gi meg en subjektiv tilnærming fordi de vil ha mer praktisk erfaring.

3.3 Bruk av kvalitativ metode

Kvalitative metoder med bruk av samtale kan brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventinger og nyanser av hendelser og atferd. Derigjennom kan en oppnå en større forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2009). I min studie søkte jeg å forstå de ulike partenes opplevelse og erfaringer av hvordan de opplever samhandlingen, om etablering av intermediærenheten og korttidsenheten har bidratt til bedre samhandling. På grunn av tidsaspektet valgte jeg å se på samhandlingen i nivået mellom spesialisthelsetjenesten og en

forholdsvis liten del av primærhelsetjenesten hvor man har etablert verktøy som krever samhandling.

Johannessen, Kristoffersen og Tuft (2009) sier at gjennom intervjusituasjonen søker intervjueren å få deltakerne til å beskrive opplevelsen, tanker og vurderingen av en spesifikk situasjon. Intervjuer med individuelle informanter kalles også dybdeintervju eller semi-strukturert intervju, der man har en intervjuguide i stikkordsform. Fordelen med individuelle intervjuer er at man kan holde en relativt god struktur slik at man får tak i dybde og nysaner i den enkelte informants personlige opplevelse og holdning. Jeg velger å bruke semi-strukturert enkeltintervju som datasamlingsmetode fordi det kan gi meg anledning til å få fram informantens kunnskaper, opplevelse, erfaringer, meninger og holdninger til samhandling. Jeg jobber alene og finner det enklere å forholde meg til en person framfor en større fokusgruppe på tross av båndopptak. I etterkant har jeg skrevet ut/transkribert intervjuene. Det medførte at jeg fikk god oversikt over innholdet. Dialektiske ord er omgjort til bokmål i sitatene.

I forbindelse med forberedelsene til intervjuprosjektet har jeg vært i kontakt med min veileder som mener det ikke er behov for dispensasjon fra "regionalt etisk råd" på bakgrunn av at pasienter ikke er med i undersøkelsen. Jeg kontakter ledere i de ulike enhetene med formelt brev via e-mail, med informasjon om undersøkelsen og får positiv bekreftelse til å utføre undersøkelsen. I forkant av intervjuene sender jeg ut en formell henvendelse der jeg kort orienterer om studiet, problemstilling, anonymitet og retten til å trekke seg fra prosjektet.

Jeg har valgt å ikke sende spørsmål i forkant fordi jeg ønsker å få spontane formuleringer på samhandlingen. I etterkant av intervjuene sendte jeg sitatene til informantene for korreksjon og godkjenning. Jeg fikk en tilbakemelding som medførte små justeringer.

3.4 Avgrensning

Mitt mål har vært å intervju sykepleiere som har kunnskap og erfaring i overføring av pasienter mellom nivåene og som er kjent med målsettingen med tiltaket. Jeg har valgt å utelate intervju med spesialisthelsetjenesten i kommunen med korttidsenhet pga tidspress og antall intervjuer, jeg har selv erfaring fra denne og kan bruke en del av disse erfaringene i analysen – på den måten får jeg en rolle som deltakende observatør. Intervjuguiden består av totalt 17 spørsmål med flere underspørsmål. I planleggingen av intervjuene testet jeg intervjuet på en kollega som medførte noen små justeringer.

3.5 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet kan defineres som metodens målesikkerhet. Det vil si i hvilken grad flere målinger gir de samme svar. Vurderingen av reliabilitet er dermed knyttet til om den valgte prosedyre for innsamling og bearbeiding av data gir oss pålitelige og representative data og funn (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2009). Min strategi for å forhindre en vilkårlig subjektivitet er å i invitasjonen til intervjuobjektene klargjøre tema, hensikt og mål med intervjuene. Dette gjentas i innledningen til selve intervjuet. Intervjuguide utarbeides slik at den skal sikre at sentrale spørsmål blir berørt.

Jeg ønsket ikke å ha en streng struktur og ville derfor å unngå ledende spørsmål, fordi det kan oppfattes som en begrensning av informantens kreativitet og frie tenkning. Dessuten brukte jeg lydbandopptak slik at intervjuet kunne skrives ordrett av. Ved denne transkriberingen kan også kroppsspråk, stemninger som latter, irritasjon og entusiasme bidra til å gi inntrykk fra feltarbeidet.

3.6 Metodekritikk

Mitt utvalg ble gjort på bakgrunn av egen erfaring fra egen organisasjon. Dermed er utvalget svært begrenset. Min egen rolle som aktør vil også påvirke tolkning av data. Det at jeg er sykepleier fra et helseforetak og er opptatt av samhandling, kan bidra til at informantene ønsker å fremstille sin arbeidsplass i et bedre lys. Dessuten kan man som informant generelt ønske å framstå i et best mulig lys når man skal beskrive egen arbeidsplass og egen samhandling med andre. Dermed blir min studie ikke objektiv, den preges av valg av informanter og av mine egne erfaringer og fortolkninger. Studien kan derfor ikke generaliseres, men den kan gi nyttig kunnskap innenfor et aktuelt samfunnsspørsmål.

4 EMPIRI

I dette kapittelet vil jeg presentere datamaterialet som omhandler informantenes opplevelse av samhandlingskultur – kommunikasjon/dialog, kompetanse og tillit. I tillegg vil jeg herunder ta med sitater som kan settes inn i sammenheng med lover og regler som omhandler informasjon som bør utveksles ved overføring av pasient mellom nivåene. Til siste vil jeg diskutere økonomiske effekter etablering av behandling på et lavere nivå kan medføre. På bakgrunn av egne erfaringer vil jeg underveis også kommentere noen utsagn.

4.1 Samhandlingskultur – felles forståelse

Jeg valgte innledningsvis å få informantene til å si noe om hva de forstod med samhandlingskultur. Samhandling kan defineres ulikt ut fra hvilket ståsted man har og hvilken erfaring man har. Informant A har en bred utdypning av samhandlingskultur og trekker inn:

"Samhandlingskultur går på at de som skal samhandle har et felles mål klart for øyet, at man er villig til å respektere hverandres styrker og svakheter, uten å sette seg selv på den "høye hest" og gjøre livet vanskelig for den man skal samhandle med. Men at man viser smidighet begge veier og at man innser at man er likeverdige samarbeidspartnere og at ingen er overordna eller underordna, fordi at man er gjensidig avhengig av hverandre for å få til et best mulig tilbud for den pasienten det gjelder. Så det er viktig at pasienten er i fokus da. Det er jo et honnørord, men det er hele grunnlaget for hele samhandlingskulturen og at det også skal være, at man skal forstå at dette med samhandling har sammenheng med at det er best mulig utnyttelse av samfunnsmessige ressurser og at rett pasient, på rett plass til rett tid".

Informanten nevner mange av de egenskaper som min erfaring med samhandling dreier om.

Informanten trekker inn at samhandling med pasienten i sentrum som et honnørord, og jeg støtter informantens tanker om å unngå å "misbruke" begrepene. I tillegg trekker informanten inn felles mål, respekt og likeverd som avgjørende for samhandlingen. Informant B trekker frem i sin definisjon av samhandling at:

"Jeg tenker kultur, måten vi oppfører oss på overfor hverandre, hvilke regler vi har, om vi har en felles oppfattelse".

Informantene fra korttidsavdelingen har her refleksjoner som også kan bunne i egenopplevde erfaringer. De refererer til verdier som gjenspeiler utfordringer de har i hverdagen i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Informant C i spesialisthelsetjenesten forklarer mer hvorfor de trenger et godt samarbeid:

"Det er helt nødvendig at vi har et godt samarbeid. På denne avdelingen trenger over 50 % av pasientene hjelp fra kommunen".

Informant D har ikke tenkt så mye over dette, men henviser til konkrete prosjekter om samhandling:

"Har ikke tenkt så mye over det. Det jobbes med et samhandlingsprosjekt i kommunen og det er for å se hvordan det tilrettelegges for pasienten ved hjemreise".

På samme spørsmål sier informanten E fra intermediearenheten om samhandlingskultur:

"Åpenhet, respekt for hverandre tenker jeg. At vi har forståelse for hverandre sine arbeidsområder. Vi samhandler med sykehuset, det er jo en ting, men vi samarbeider også med forvaltning, hjemmesykepleie og pårørende, alle disse må vi ha tett relasjon med for at det skal blir bra for pasienten når han kommer hjem".

Informanten trekker her inn alle samhandlingspartnere de samhandler med og vektlegger her at relasjonen til alle må være bra. Informant F beskriver samhandlingskultur slik:

"Samhandlingskultur innebærer, at det er en sender og en mottaker her, å ha en forståelse av det samme. Ofte opplever vi kanskje, eller om det er vi som føler på at spesialisthelsetjenesten kan bli veldig kritisk til vår avgjørelse hvis pasienten ikke fyller kriteriene, at dem blir litt sur i telefonen når vi ber dem ta kontakt med helse og velferd".

Informanten signaliserer her at det ikke alltid er like greit, noen kan bli sure når de ber dem kontakte andre instanser fordi deres enhet ikke er den riktige for den pasienten det henvises om. Den beskrivelsen er en opplevelse også jeg har hatt i samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten.

4.2 Inklusjons og eksklusjonskriteriene – struktur – kultur

For å minimere konflikter mellom samarbeidspartnere kan god struktur være et godt utgangspunkt. Jeg ønsket å få informantene til å si om kriteriene var godt kjent, fordi man av og til kan oppleve at det lages kriterier på et overordnet nivå, uten at det alltid er implementert ytterst i organisasjonen. Informant A beskriver deres enhet og kriteriene slik:

"Kriteriene er i henhold til en samarbeidsavtale som er inngått med sykehuset. Det forutsetter at de skal være ferdigbehandlet ved sykehuset." "vi har ingen 100 % klare eksklusjonskriterier". "Vi er heller ikke en ren behandlingsavdeling, vi tar også inn folk som er her i påvente av fast sykehjemsplass".

Vedkommende trekker inn mål med enheten:

"Primært er vi opprettet for å ta unna for ferdigbehandlede pasienter på sykehuset, men, det er hjemmetjenesten som legger de inn. Det er di som eier plassene etter egen fordelingsnøkkel".

Personalet er kjent med kriteriene, sier informanten, vedkommende trekker samtidig inn at det ikke alltid er helt greit når de får for mange ressurskrevende pasienter.

"Personalet er kjent med kriteriene. Noen ganger har det oppstått problematikk hvis vi får inn for mange urolige og demente pasienter, det er tross alt ei avdeling hvor vi også kan ha terminale kreftpasienter".

På spørsmål om det alltid er enighet sier informanten at:

"Det hender vi må gå noen runder med hjemmetjenesten og diskutere hvem de velger å legge inn".

Informant B trekker eierforholdet til enheten, at eierskapet er plassert i et annet ledd:

"Nei, jeg oppfatter det ikke som det er en klar definisjon fordi det er hjemmetjenesten som eier plassene. Og det er de som definerer hvem som skal komme hit".

Informanten nevner også at:

"Vi har et vidt spekter/et bredt spekter av pasientklientell som kan komme både fra sykehuset og fra hjemmet".

Informantene A og B jobber i samme korttidsenhet, men de har ulike roller. I denne enheten er det ikke definert kriterier, men det er definert mål med enheten. Informant C fra spesialisthelsetjenesten har klar formening om eierskapet til intermediearenheten:

"Det er definert, det er satt opp kriterier for hvem som skal få komme til intermediearenheten".

"Intermediearenheten er et samarbeid mellom sykehuset og kommunen. Det som er meningen er at det skal være en forlengende arm av behandling".

På spørsmål om kriteriene er godt kjent svarer informant D:

"Kriteriene er godt kjent i avdelingen. Vi snakker ikke så ofte om dette, det er noe vi har levd med siden 2003 da intermediearenheten ble åpnet."

Begge informantene fra spesialisthelsetjenesten har samme opplevelse, kriteriene er godt kjent. Informant E beskriver at kriteriene er blitt mer forankret fordi de kan se at pasientene de får er mer og mer riktige, men det har tatt tid:

"Ja, det mener jeg de er nå, vi får mer og mer de rette pasientene." "Vi har sjelden disputer med sykehuset"

"Dette har tatt tid og så er det jo utskiftninger der nede....det er stor turnover der".

"De siste par årene har vi fått mer og mer riktige pasienter, før ble vi mer "lurt". " Opplysningene var ikke alltid sannferdig".

Informant F bekrefter egentlig det som informant E sier ved at:

"Kriteriene er godt kjent. En etterbehandlings avdeling".

Det kan synes som at der kriterier er godt kjent og implementert, skaper dette en bedre forståelse for hverandres oppgaver. Informant F trekker også inn deres kommunikasjon til hjemmesykepleien som viser nytten av elektronisk verktøy:

"Vi har beskjedjournal på vårt datasystem hvor vi skriver direkte beskjed til hjemmesykepleien om at for eksempel at i morgen så kommer NN hjem, se nye vedtak. Vi har sjeldnere telefonisk kontakt nå, i starten hadde vi ikke denne beskjedjournalen, og da måtte vi ringe og brukte veldig mye tid på å få tak i folk. Det har lettet arbeidet vårt veldig, at vi kan ha en direkte kommunikasjon begge veie".

"Vi kan legge inn beskjed om at pasienten kommer i overmorgen. Dagen etter kan vi gå inn og sjekke om de har lest beskjeden og gjort noe med det, fordi da har det kommet opp på deres arbeidslister og det ser vi på data og da vet vi at ting er greit."

Dette er et godt eksempel på at elektroniske verktøy letter arbeidet og er også i samsvar med egen erfaring.

4.3 Overføring fra spesialisthelsetjenesten

På bakgrunn av egen erfaring ønsker jeg å finne om det har skjedd en endring med hensyn til å respektere utsendelsestidspunktet og hvordan aktørene forholder seg til avtaler og til hverandre. Informant A sier her om dette:

"Vi ønsker å få pasienten på formiddagen, da er vi best bemannet og vi har mer tid til å innhente ekstrainformasjon. La oss si det kommer to pasienter kl1500, en sykepleier er på jobb. Dette har vi gjentatte ganger tatt opp med avdelingene, om få pasienten til oss tidligere, det har skjedd at de til og med har kommet på kvelden". "Det ser ikke vi, at det ikke kan gjøres noe med. Det skyldes på ambulanskapasitet etc. men, vi klarer jo å få folk inn på sykehuset til gitte tidspunkter med ambulanse, avtalt på forhånd eller som øyeblikkelig hjelp. Vet ikke helt om de ikke forstår hvordan vi er bemannet. De kunne vært litt mer serviceminded i forhold til å samhandle bedre til dette med utskriving."

Informantens svar gjenspeiler min egen erfaring. Det var ofte tidkrevende og utfordrende å få pasienten utskrevet til avtalt tid, noe som ofte bunnet i at epikrisen ikke var ferdig. Informant F sin erfaring er at overføring av pasient skjer i samsvar med avtale:

"Stort sett kommer pasienten til kl 1200, fordi pasienten stort sett er avklart når de ringer til oss og det er kun den epikrisen som skal skrives. Kan av og til være at de må til en røntgen kontroll eller lignende men da ringer de og varslar. Da har vi fått bekreftet at de kommer og kan klargjøre rom og gjøre vedtakene".

Min erfaring er at man tilstreber å sende pasienten ut tidligst mulig ut, men flere faktorer kan forsinke utsendelse. Intermediærenheten og spesialisthelsetjenesten har implementert gode rutiner på utsendelsestidspunkt og eventuell varsling hvis utsettelse.

4.4 Likeverdige behandlingspartnere?

Et viktig element i samhandlingen er likeverdighet og respekt. På bakgrunn av det spurte jeg informantene hvordan de opplevde dette. Informant B sier her:

"føler ofte at spesialisthelsetjenesten rangerer seg høyere. De tror kanskje ikke vi vet så mye". "noen ganger blir vi betraktet som likeverdig - andre ganger ikke".

I forhold til epikrise og avvik sier informanten at:

"vi har fått eldreoverlege, det er blitt fulgt veldig opp og ting er blitt mye bedre etter at denne kom inn i bildet. Det er blitt bedre. I det siste er det blitt mindre avvik".

Ansettelse av eldreoverlege nevner begge kommunene som et viktig tiltak. Min erfaring er at der man har lege har man også mer innflytelse og argumentasjon blir tatt mer på alvor.

Informant C sier følgende om likeverdighet og respekt:

"Jeg tror det er en liten vei å gå der. Jeg hører jo litt holdninger, fra begge parter er det i hvert fall mangel på forståelse for hverandres arbeidsdag, det opplever en hele tiden. Vi har opplevd, i hvert fall her, at sykepleier og lege ønsker å bestemme at den pasienten skal dit og dit og må ha hjelp, må på sykehjem, de bestemmer på en måte over kommunen".

Den opplevelsen hun beskriver kan jeg støtte opp om med egen erfaring. Har selv kommentert at pasienten nok bør på sykehjem, og har tatt det for gitt at det var eneste løsning i mangel på kunnskap om kommunens ressurser og kompetanse. Informant D sier at:

"Intermediærenheten er en forlengelse av spesialisthelsetjenesten. Det er litt ventetid. "Det er jo ikke bare vår avdeling som bruker intermediærenheten". Intermediærenheten blir betegnet som en spesialisthelsetjeneste og vi kan melde pasienten uten saksbehandling".

Informanten beskriver her en respekt for sin samarbeidspartner. Vedkommende ser at brukerne er mange og at de skal serve mange brukere. På spørsmål til informant F om hvordan holdninger til hverandre er og hvordan vi ser på hverandre, sier informant F:

"er det spørsmål om noe, så stiller de (pårørende) fort spørsmålstegn med vår kompetanse, om vi klarer å håndtere ting her eller om de må inn på sykehuset. Men jeg synes det er blitt bedre, jeg synes eldre omsorgen i kommunen er kommet sterkere og fått et mer positivt bild".

Informantens beskrivelse er i tråd med noen av mine erfaringer når det gjelder samarbeid og holdninger til hverandre.

4.5 Kommunikasjon og dialog i samhandlingen

Kommunikasjon kan være fra det å samtale mellom to parter til å overføre informasjon elektronisk. Min erfaring gjennom mange års samarbeid med blant annet primærhelsetjenesten og også internt i avdelingen og mellom avdelinger i spesialisthelsetjenesten, er at god kommunikasjon og dialog kan resultere i gode løsninger. Dårlig kommunikasjon kan stoppe en prosess.

Jeg ønsket jeg å se på om kommunikasjon og dialogen mellom de ulike nivåer hadde noen kjennetegn. Derfor spurte jeg informantene om hvordan direkte kommunikasjon og dialog fungerer i praksis i forbindelse med overføring og om de praktiserer formelle samarbeidsmøter og møtepunkter. Informant A får en del tilbakemeldinger og sier følgende:

"Tilbakemeldinger fra de som i første rekke står for kommunikasjon er at stort sett går tingene smidig og greit, og noen ganger ikke fullt så greit. Av og til tror jeg at de på sykehuset tror at vi er i stand til å gjøre mer enn vi faktisk kan gjøre".

Jeg følger opp med å spørre om hva de gjør når det ikke går greit?

"Noen ganger har vi snakket med en avdelingssykepleier om problematikk. For eksempel: Det kan ha vært noe uheldig kommunikasjon, noen har blitt litt sur, da har man bare tatt direkte kontakt og man har stolt på at det blir tatt opp der og følges opp på fornuftig vi."

Informanten trekker frem dette med informasjon til pasient og pårørende som viktig:

"Jeg vet at det har skjedd at for eksempel leger på sykehuset har vært tydelig på at denne pasienten må ha fast sykehjemsplass. Pårørende kan være veldig oppsatt på det. Mens vedtaket som følger pasienten som hjemmetjenesten har gjort/ut fra hva de mener, er at vi skal utrede hvor pasienten bør dra etterpå. Det kan være

fast sykehjemsplass, det kan være omsorgsbolig, dra hjem". "Det er litt viktig at det ikke legges for mange føringer fra sykehuset på hva som skal skje etterpå". Enkelte leger har gjort det vanskelig, vet ikke om de kjenner til tilbudet i kommunen, for eksempel forskjellen på sykehjem og omsorgsbolig og hvor mye hjemmetjenesten kan tilby".

Min erfaring er at slike utsagn kan tyde på at samarbeidspartneren kjenner tilbudet for dårlig, at de har for liten kunnskap om hva den enkelte gjør. Dermed kommuniserer man lett forbi hverandre. Dette er en opplevelse jeg har erfart i tilsvarende situasjoner. Informant B beskriver at dialogen er bedre der vi kjenner hverandre:

"Generelt vil jeg si det er en god dialog. Men, noen ganger støter man på personer som har det veldig travelt. Man blir avvist, føler at man maser eller at de synes det er åpenbart det vi ikke synes var like åpenbart. Det kan være at det ikke alltid er like god og åpen dialog, men generelt synes jeg der er blitt ganske god. Så er det noen som ikke vet hva er for et behandlingssted. Dialogen er bedre hos de som kjenner til oss".

Informanten trekker frem dette med at kjennskap til hverandre bedrer dialogen og det støtter jeg. Min erfaring er at i de situasjoner vi innkalte kommunen til møte, fikk navn og noen ansikter å forholde oss til, har kommunikasjon gått mye bedre. Som sykepleieleder har jeg overhørt samtaler med kommunen, som har medført at jeg i etterkant har tatt i bruk veiledning i telefonkultur overfor egen stab. Dessuten har jeg selv opplevd å måtte overta overføringssamtaler på grunn av at situasjonen har låst seg. Informant C trekker inn dette med at dialogen er personavhengig og at ledere generelt har god dialog:

"Både og, det er veldig personavhengig hva og hvem man treffer. Stort sett på mitt nivå, på ledernivå, så opplever jeg stort sett at det går bra. Sporadisk har vi samarbeidsmøter med kommunen. Enhet for samhandling har nok mer kontakt, for der vet jeg at det er noen fra kommunen og fra sykehuset som jobber sammen".

Det må nevnes at denne informanten opplevde samhandlingen og dialogen med kommunehelsetjenesten lenger ut som byråkratisk og tungvint til tider. Informant D savner ingen møtepunkter og opplever derimot at dialogen er god:

"Møter har vi aldri hatt og det er ikke noe savn." "Det oppleves som en god dialog med intermediaærenheten, vi ringer av og til for å høre hvordan den og den pasienten ligger an i løypa".

Jeg vil her trekke frem at denne avdelingen hadde et veldig stabilt personale gjennom flere år som nok har bidratt til god kjennskap og riktig bruk av kriteriene. Informant E sier:

"Jeg har kommunikasjon med leder for samhandling, den er ganske uformell og de sier at all makt ligger på intermediaærenheten og meg, hvis det er uenighet er siste ordet vårt. Hvis uenighet løfter vi det et nivå høyere, hvis det blir noe krasj, vet nu ikke at vi har hatt de". "Men, ellers, hvis de er uenige (spesialisthelsetjenesten) ber jeg dem ringe enhet for samhandling selv".

Min erfaring er at klare ansvarslinjer opptrukket for samarbeidet, kan påvirke samhandling i en god retning. Informant F trekker med seg erfaringer fra tiden hun jobbet i korttidsenheten:

"Jobbet tidligere på korttidsavdelingen her. Dialogen har blitt bedre i forhold til at det er direkte kontakt".

Sitatet ovenfor viser at kommunikasjon og dialogen synes å inneholde mye bra. Flere nevner at "dårlig kommunikasjon" er personavhengig og noen utfordringer i gjenstår.

Ingen av informantene savner møteplasser i større grad. Min erfaring er at møteplasser bidrar til utveksling og kjennskap på en god måte, fordi det skaper direkte kommunikasjon. Ofte er det slik at man i mange tilfeller ikke har sett resultat av møtene før i etterkant.

4.6 Kompetanseoverføring versus læring

Kompetanseoverføring og læring har fokus i litteraturen og i samhandlingsperspektivet.

På spørsmål om det skjer eller har skjedd en kompetansebygging og kompetanseoverføring, om de kan nevne utfordringer de har og hvordan denne skjer i praksis, svarer informant A følgende:

"Vi har vært heldige å kunne rekruttere, ikke minst fra sykepleiesiden, ulik kompetanse, også fra spesialisthelsetjeneste".

På spørsmål om informanten har eksempler på der spesialisthelsetjenesten villig deler sin kunnskap eller ikke deler sin kunnskap svarer informanten følgende:

"I gitte situasjoner kan man vel få litt utvidet rapportering, men jeg har inntrykk av at det sitter veldig "langt inne" fra sykehuset. Vi hadde nylig et eksempel på en pasient som vi ønsket å få litt orientering om, ønsket å snakke med noen som hadde litt mer kjennskap til problematikken rundt vedkommende. Pasienten hadde en meget spesiell syke historie og var veldig ressurskrevende. Svaret fra sykehuset var at dette måtte klareres fra overlegen. Det var snakk om å få en fagperson bort som kunne prate et par timer med oss og gi rapport. Det ble fort nei og vi fikk ikke noe informasjon".

Eksempelet informanten trekker frem er ikke slik spesialisthelsetjenesten bør fremstå, med tanke på at spesialisthelsetjenesten også har et veiledningsansvar overfor primærhelsetjenesten. Informant B beskriver vansker med tilbakeføring ved at:

"Vi har et bredt spekter av pasientklientell som kan komme både fra sykehuset og fra hjemmet." Informanten nevner et eksempel: Hvis pasienten er sykere enn vi antok, vi ikke har kompetanse. Det skjer at det er vanskelig å få tilbakeført. Vi fikk en slaggpasient med pneumoni og sepsis, var helt blå/fiolett, vi hadde ikke sett pasienten før. Etter kort tid ble det klart at respirasjon var veldig dårlig. Problematisk å få sendt han tilbake, vi kan ikke undersøke hva som er på gang, vi kan ikke få tatt røntgen av lunger, vi kan ikke gi respirasjonsunderstøttende terapi. Da kan det være vanskelig og i visse situasjoner kan det kreves riktig mange telefonsamtaler og vi synes det er lettest å få henvende oss direkte til avdelingen, men de blir sur noen ganger. Da må vi om legevakten. Det kan bli vanskelig og av og til farlig for pasienten.

Dette er uverdigg og respektløst overfor pasienten. Slike situasjoner kan oppstå i mangel på samhandlingskompetanse og kunnskap om hverandre. Informant C beskriver kompetansen i intermediærheten som god og at ev re-innleggelser går smidig.

"Intermediærheten skal ikke være en venteplass for sykehjem. Det skal være en aktiv behandling der og målet med at de er der er at de skal blir bedre. Som sagt at de kan avslutte antibiotika behandling, de kan avslutte oksygenbehandling hvis det er midlertidig behov".

"Vi opplever å få pasienten i retur fra intermediærhet med begrunnelse da at pasienten har blitt dårligere igjen, slik at det er behov for sykehusinnleggelse. Det går smidig".

Informant D sier:

"Når de skal til intermediearenheten trenger de ikke være ferdigbehandlet. Vi kan godt sende en pasient som fortsatt får diuretika, antibiotika eller annen intravenøs. Vi er kanskje for lite flink til å sende pasienten opp til dem før de er ferdig med intravenøs behandling. For på IE har de lege daglig og dem har bra sykepleiedekning".

Informant E beskriver en aktiv og engasjert stab. Oppdatering faglig tar de ansvar for selv.

"Vi bruker oppslagsverk, vi har prosedyrer for sykepleiere. Vi ringer og spør hvis vi er usikker på noe. Spør og spør og spør til vi vet, slår opp og tar ut prosedyrer hvis dem lurer".
"Legene våre ringer og spør etter informasjon – det er veldig åpent sånn da. Ring og spør".

Informant F beskriver noen situasjoner som ikke samsvarer med rapporten de har fått:

"Vi opplever noen ganger at vi får pasienter som er veldig dårlig, kanskje mye dårligere enn det som kommer ut på papiret, helt klart. I vanlige ukedager går det greit. Det er leger på huset som kan være med å støtte opp om, men hvis pasientene kommer fredag ettermiddag er det ikke greit. Noen re-innleggelser på sykehuset forekommer. Vi har ganske sterk kompetanse i avdelingen og føler vi kan håndtere ganske mye. Vi opplever noen ganger at det ikke er samsvar mellom papirene og pasientens tilstand, men ikke så ofte. Vi er blitt flinkere på å sjekke ut sjøl, flinkere å stille spørsmål til sykepleierne".

På oppfølging spørsmål om kontinuitet i behandlingen svarer informanten:

"Vi merker noen ganger det er litt mer med dem som vi kan fange opp hvis man ser på helheten, vi avdekker andre ting. Dem er jo spesialisert på avdelingene på sykehuset og vi jobber på en annen måte".

Jeg aner at respondentene faktisk kan ha vel så god kompetanse i intermediearenheten som i en spesialavdeling som har veldig stor turnover. Korttidsenheten kan til tider oppleve utfordringer med at de får for dårlige pasienter og har vansker med å returnere disse. Begge enhetene opplever å få pasienter som er beskrevet friskere enn de er. Intermediearenheten og spesialisthelsetjenesten har greid å skape en åpenhet for å ringe og spørre. På direkte spørsmål om samhandling i form av hospitering svarer informant A:

"Vi pleier ikke å dra til spesialisthelsetjenesten for å få overføring av kunnskap, men, det er absolutt mulig hvis det er en helt spesiell problematikk vi trenger kunnskap om".
"Vi har hatt en del personale på eksterne kur. Det siste var to kurs over flere dager i samarbeide mellom kreftsykepleier i kommunen og sykehuset".

Informant B bekrefter at:

"Det er ikke vanlig. Vi kan hvis vi føler oss usikre, da kan vi helt sikkert dra".

Informant D fra spesialisthelsetjenesten kommenterer dette med at:

"Mange av de sykepleierne som er på intermediearenheten har vært og hospitert hos oss før de starta. Likedan har det vært sykepleier og lege herfra som har holdt internundervisning for dem".

Dette utsagnet bekreftes av informantene E og F som sier at:

"Da vi starta her hadde sykehuset kurs og de var her og holdt internundervisning. Intern kompetanseoverføring skjer her, mange sykepleiere har vært der". og at:
"Har vært og hospitert i flere omganger, både på lunge og hjerteavdelingen. Men det var mest i starten".

Etablering av samhandlingstiltaket i seg selv synes å skape en kjennskap til hverandre ved at det i oppstarten var en hospitering og et gjensidig undervisningsopplegg. Det nevnes at personale fra intermediearenheten hospiterte, at de kom fra spesialisthelsetjenesten og hadde undervisning. Det synes også som at stabiliteten av personell har blitt bevart, at kompetansebygging som hadde fokus i starten har vedvart. Videre har respondentene uttrykt at de har et system for opplæring og undervisning internt nå som ivaretar overføring av kompetanse til nye.

4.7 Tillit og god samhandling

Som helsepersonell i kommunen står man ofte veldig alene. Når utfordringer og problemer oppstår, er det viktig at personalet får kontakt med noen som kan hjelpe dem til å avklare et problem. Det har både med faglig forsvarlighet og tryggheten det bør være å jobbe med syke mennesker i primærhelsetjenesten å gjøre. Jeg spurte derfor informantene om hvordan tillit mellom de samarbeidende parter var, om de opplevde tillit til den enheten de skulle sende sine pasienter til og om de hadde tillit til at de ville få kontakt hvis de trengte dette. Informant B beskriver en utfordrende samhandlingssituasjon:

"Spesialisthelsetjenesten er ikke så lett å få tak i. Sykepleier er lettest å få tak i det.. Det er personavhengig. Med hensyn til legene kan det være store vanskeligheter og det er noen som er lettere å forhold seg til og å få tak i.

Erfaringsvis spør jeg om informanten har noen eksempler på tilgjengelighet og informanten trekker et eksempel fra nå nylig:

"I et nylig tilfelle snakket jeg med 3 leger, de henviste til hverandre, til slutt ringte jeg legevakten som så heldigvis ringte meg opp rask. Han måtte så kontakte en av de 3 legene for å få råd, fordi han ikke kunne svare på problemet. Det viste jeg, men fikk så en av disse i tale. Om det var 1,2 eller 3 vet jeg ikke, og var så snill å ringe tilbake slik at vi fikk avklart ting. Så noen ganger kan det virke uendelig vanskelig. Det er ille, fordi noen ganger kan det haste veldig".

"Man kan ikke alltid stole på å få hjelp. Det er frustrerende når man står alene her som sykepleier med en dårlig pasient som man gjerne vil gjøre det beste for og ikke minst det riktige. Vi har jo av og til noen som før i tiden ville vært innlagt".

Situasjonen hun beskriver opplevde jeg selv som nyutdannet sykepleier ved et sykehjem. Det kunne være vanskelig å få kontakt med lege for å få hjelp og mange situasjoner ble ubehagelig. På spørsmål om enheten som et samhandlingsverktøy har bidratt til tillit trekker informant B inn at tilliten til ytterste ledd i primærhelsetjenesten er blitt bedre ved at:

"Vi får faktisk tilbakemeldinger fra hjemmetjenesten om at tilliten er styrket, vi kan gjøre mer for pasienten. For eksempel kan det hende at pasienten kan komme hjem i stedet for til sykehjem ved å få et opphold her".

Informant C i spesialisthelsetjenesten beskriver god tillit og positiv syn på samhandlingen:

"Det føler jeg er en god tillit. Vi ser veldig positivt på intermediearenheten her".

Informant D beskriver resultatet av evalueringen etter oppstart som en styrking av tillit:

"Evalueringen var at pasientene hadde mindre behov for hjelp hvis de hadde vært på intermediaerenheten".

Informanten referer til de kriteriene som ble utarbeidet ved oppstarten. Det ble da gjort et forskningsprosjekt (Garåsen, 2008) som viste til at en stor gruppe pasienter trengte mindre hjelp enn forventet etter hjemkomsten. Informant F sier:

"Jeg trur at spesialisthelsetjenesten har fått et større innblikk i at primærhelsetjenesten har god kompetanse ute i kommunen". "Husker da vi startet prosjektet ble vi dømt nord og ned av spesialisthelsetjenesten fordi de mente vi ikke ville fylle behandlingsskjeden godt nok eller ikke klarte å behandle pasienten i forhold til oppfølging, men vi har jo vist at vi faktisk klarer det og unngår en del re-innleggelser".

Ut fra utsagnene til informantene som samhandler gjennom intermediaerenheten kan det synes som at tilliten oppleves som god. De har fått en større kjennskap til hverandre og stoler på hverandres kompetanse. De opplever at pasienten får en kvalitativt bedre behandling og et bedre forløp ved at man blant annet unngår re-innleggelser.

4.8 Overføring av informasjon

Fordi skriftlig informasjon om pasient er både en plikt og en lovpålagt oppgave ønsket jeg å finne kjennetegn på hvordan denne delen av samhandlingen fungerte. Informant A har følgende erfaring når det gjelder overføring av informasjon:

"Nå er det ofte slik at det ikke kommer noe, men det kommer i hvert fall en foreløpig epikrise. Det har vært en del avvik på at det ikke har skjedd. Da har vi gitt tilbakemelding. Mitt inntrykk er at dette er blitt bedre den senere tid. En periode var det mer vanlig at epikrise kom etter pasienten. Sykepleierreporter bruker å følge med".

Informant B bekrefter på en måte informant A sitt utsagn ved å kommentere at:

"Vi får epikrise elektronisk noen ganger, så vi kan ha den litt før. Det er sjelden, men det hender. Det mest typiske avvik vi har er manglende epikrise. Da skal vi registrere det, var ikke så flink til det før. Er ganske ofte avvik i forhold til medisiner, mellom epikriser og medisinkurve. Sykepleierreporter følger nesten alltid med".

Det at epikriser ikke følger pasienten er egentlig et velkjent problem i helsevesenet og er en utfordring som spesialisthelsetjenesten må ta på alvor. Informant C i spesialisthelsetjenesten sier følgende:

"Det er ikke alltid slik at legene får ferdig epikrisen når pasienten skal dra, fordi de skal komme til intermediaerenheten før kl 1300".

Det burde vært forberedt, men legene greier ikke å holde "tidsfristen". Informant D spesialisthelsetjenesten konstaterer at:

”Det skal være med sykepleiesammenfatning, epikrise, kopi av kurve og av siste blodprøver. Det varierer om vi klarer å følge opp dette, men i verste fall ringer vi og sier at vi fakser det over så snart det er klar”.

Sitatet tyder på at de har greid å etablere en rutine med å varsle om forsinkelser og på den måten kan de unngå frustrasjon hos motparten ved å informere om at de vet det mangler, men det kommer. Informant E fra intermediearenheten unnskylder dem med at:

”De har det så veldig travelt, spesielt en kirurgisk avdeling og jeg vet at epikrisene som kommer derfra er ”mager” og sein. Vi skriver avvik. Det har blitt bedre, det er sjeldnere at pasienten kommer uten epikrise. ”Ofte avvik om medisiner. Vi har avdekket flere feil siste året, mer enn før”.

I tillegg er epikrisene magre og det fører til at de må ringe og etterlyse, for eksempel retningslinjer for mobilisering til den aktuelle pasienten. Det at det ofte er avvik i medisinerer er uforsvarlig og noe som jeg vil komme tilbake til i analysen. Det at det ikke er samsvar mellom epikrise og kurve bekrefter også informant F:

”Ikke alltid samsvar mellom kurve og journal. Vi stoler på epikrise. Hvis vi ser i kurven noe som vi stusser på så ringer vi tilbake til avdelingen”.

Det at epikrise ikke alltid følger pasienten trekker alle informantene fram som en utfordring. I tillegg opplever informantene fra primærhelsetjenesten at det ikke alltid er samsvar mellom epikrise og medisinkurve der dette følger.

4.9 Oppsummering

Ut fra diskusjonen ovenfor kan jeg kort oppsummere følgende:

1. Samhandlingskompetansen er mer utviklet i intermediearenhet.
2. Kriterier, struktur og rammer, bidrar til at det er enklere å jobbe sammen.
3. Forbedringsverktøy – eldreoverlege og formelle avvikssystem har bidratt til bedre samhandling, men har forbedrings potensial.
4. Felles kompetanseutveksling som hospitering gjennomføres i oppstarten av intermediearenhet og i liten grad senere.
5. Overføring av pasientopplysninger er ikke alltid i tråd med lov og forskrifter.
6. Elektronisk kommunikasjonsverktøy bidrar til at man lettere får kontakt.
7. Kunnskap og kjennskap om hverandre bidrar til bedre dialog og respekt.
8. Pasienter kommer raskere til et lavere omsorgsnivå der intermediearenhet er opprettet.
9. Veiledningsplikten er tidvis fraværende mellom korttidsenheten og spesialisthelsetjenesten.

5 DISKUSJON

Formålet med denne oppgaven er å identifisere kjennetegn ved samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. For å svare på oppgaven ønsket jeg å finne ut hva informantene la i begrepet samhandlingskultur og hva som kjennetegnet den praktiske samhandlingen mellom nivåene. Jeg spurte også respondentene om deres forståelse om hvorvidt struktur og organisering påvirket samhandlingen. Videre kartla jeg respondentenes kjennskap til hvordan de opplevde kommunikasjon, dialog, tillit og hvordan de vurderte læringsaspektet i samhandlingen. Til slutt ønsket jeg å se på om overføring av pasientopplysninger er i tråd med lovverket og om samhandlingstiltak kan ha samfunnsøkonomisk effekt.

I analysen vil funnene bli diskutert nærmere i relasjon til egne erfaringer og teorier presentert tidligere i oppgaven, for å avdekke om det er spesielle kjennetegn ved samhandlingen som er viktig å ha med i videre arbeide.

5.1 Samhandlingskultur- felles forståelse

Helsepersonelloven § 4, 1 og 2 ledd sier at: ”Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”. Det innebærer at vi faktisk skal samhandle der det er nødvendig. Det er ulikheter mellom primær og spesialisthelsetjenesten, og det har etter hvert utviklet seg et byråkrati i kommunen som ikke er forenelig med spesialisthelsetjenestens behov for rask behandling av søknader. Dessuten er det ulike finansieringsordninger som hindrer samarbeid. Dette gjør at det er utviklet kulturforskjeller mellom sektorene. Med to så ulike institusjoner og sektorer vil man stå overfor utfordringer.

Undersøkelsen min viser at begrepet samhandlingskultur har ulikt innhold hos informantene. De er fra to ulike institusjoner, med ulik kultur, og hensikten med tiltaket er delvis ukjent for aktørene i korttidsenheten og samhandlende spesialisthelsetjeneste.

Min vurdering er at informantene i spesialisthelsetjenesten har en mer praktisk tilnærming til begrepet, mens informantene i primærhelsetjenesten har flere refleksjoner rundt samhandling og hva de legger i dette. Informantene i primærhelsetjenesten har gjennomgående en beskrivelse av samhandlingskultur som omhandler dette med felles mål, respekt og forståelse for hverandre, likeverdighet, regler og normer. En informant i

spesialisthelsetjenesten har ikke tenkt så mye over dette, men sier samtidig at de er avhengig av god samhandling for at de skal få pasientene ut. Der spesialisthelsetjenesten har vært inne i oppbyggingen av intermediaærenheten, antyder mine funn at det har bidratt til å viske ut kulturforskjeller. De ser på hverandre som en del av et fellesskap og har fått til en mer felles kultur ved at hensikten med tiltaket er kjent. Flere av informantene trekker inn faktorer rundt samhandlingskultur som kan beskrive selvopplevde erfaringer fra samhandling.

5.2 Bidrar organisering og struktur til bedre samhandling?

Thorsvik (2008) sier at organisasjonsstruktur påvirker vår atferd ved at den blant annet gir retningslinjer for arbeidet, den begrenser atferden og fremmer koordinering. I korttidsenheten er målene med enheten delvis kjent, men min erfaring er at de ikke er godt kjent i spesialisthelsetjenesten. En av informantene nevnte at de av og til må fortsette en behandling i korttidsavdelingen. Noen pasientene blir etter deres mening overført for tidlig og oppleves således ikke som tilstrekkelig behandlet hos spesialisthelsetjenesten. Mellom intermediaærenheten og spesialisthelsetjenesten er kriteriene godt kjent, spesielt hos de som har vært med fra oppstarten. Intermediaærenheten beskrev at de stadig oftere får de "rette" pasientene. Tidligere ble de "lurt". De sier videre at innarbeiding av struktur og rutiner har tatt tid.

Johannessen og Olsen (2008) beskriver at samhandlingskompetanse har i seg sterke kontrollmekanismer. Dette gjør at samhandling alltid er forankret i konkrete kontekster, for eksempel grupper som har klare normer og verdier. Forfatterne mener at vi i så måte kan forstå utvikling av samhandlingskompetanse til å være en læring av hvilke grenser for samhandlingen som eksisterer. Informantene fra intermediaærenheten og samarbeidende spesialisthelsetjeneste beskriver at de har hatt fokus på samhandling og kriteriene gjennom flere år. Slik sett kan man kanskje si at deres gruppe har implementert noen normer og verdier gjennom det samarbeidet de har hatt, og at resultatet er en utviklet kompetanse på samhandling. Respondentene i intermediaærenheten trekker frem at de underveis i prosessen har endret kriteriene ut fra endrede behov hos spesialisthelsetjenesten. De har blant annet fått inn en ny gruppe kirurgiske pasienter som medfører at de nå må tydeliggjøre kriteriene for ny samarbeidspartner. Dette viser at endring og samhandling er en kontinuerlig prosess.

Min egen erfaring fra samarbeide mellom spesialist og primærhelsetjeneste kan støtte opp om informantens vurdering om at samhandling er læring over tid. I et tilfelle med en

pasient som hadde en spesielt kompleks lidelse og hjemmesykepleie og som ofte var inne til behandling i spesialisthelsetjenesten, gikk vi noen runder med kommunen for å få dem til å endre sin organisering, slik at de skulle lykkes i behandlingen. Spesialisthelsetjenestens ønske var at kommunen dedikerte behandlingen til noen få personer rundt pasienten. Vår erfaring var at når pasienten ble satt opp til time hos oss, måtte det være på dager der vi visste at både erfaren lege og sykepleier med kunnskap om pasientens tilstand var på jobb. Hensikten var å unngå at pasienten skulle møte ukjent og uerfarent helsepersonell fordi kontinuiteten i behandlingen da ble avbrutt. Dette var en omstendelig prosess å få forståelse for. Det var også viktig at spesialisthelsetjenesten forstod at endret organisering hos kommunens personale, også medførte ringvirkninger som spesialisthelsetjenesten ikke så betydningen av. Da tiltaket etter hvert lot seg gjennomføre, ble pasienten og personalet tilfreds. De brukte etter hvert færre ressurser fordi behandlingen gikk smidig og raskt. Vi oppnådde et godt samarbeid, gode rutiner og struktur, både formelt og uformelt, rundt samarbeidet med pasienten.

Grund (2006) trekker fram at det er viktig å forstå samspillet mellom den formelle strukturen og den mer uformelle kulturen. Strukturen definerer ansvarsrelasjoner mellom enheter og mennesker, mens kulturen former verdiene, normene og virkelighetsoppfatningen. Strukturen som ble implementert, påvirket våre holdninger og verdier til hverandre i den kliniske arbeidshverdagen. Resultatet var at man over tid ble samarbeidspartnere, ikke motstandere, med ett mål – å gjøre det beste for pasienten.

Mine funn tyder på at opprettelsen av intermediaærenheten har bidratt til å viske ut kulturforskjeller. Ansatte i de ulike enhetene ser på hverandre som en del av et fellesskap. Informantene fra spesialisthelsetjenesten trekker inn at det gjenstår en del forbedringsarbeid rundt samhandlingen i linjen lenger ut (hjemmesykepleie).

Korttidsenheten trekker frem noen utfordringer i forbindelse med utsendelsestidspunktet. De har gjentatte ganger forsøkt å få spesialisthelsetjenesten til å forholde seg til deres ønsker om å få pasienten tidligst mulig på dagen. Årsaken kan være manglende struktur og kjennskap om hverandres drift. Intermediaærenheten opplever ikke dette som et problem. De har implementert avtaler og struktur og forholder seg til disse.

5.3 Kommunikasjon og dialog er grunnleggende i samhandlingen

Alle informantene beskrev at overføring av informasjon skjedde ved telefonisk kontakt. Kommunikasjon gjennom elektroniske verktøy var minimal i nivået mellom spesialist og

primærhelsetjeneste. Min egen erfaring er at kommunikasjon blir bedre og mer effektiv hvis de berørte parter har en direkte kommunikasjon seg imellom, ved at ansvaret blir tydeligere og interessekonflikter unngås. På den andre siden kan direkte kommunikasjon være utfordrende hvis aktørene mangler kompetanse på kommunikasjon og dialog.

Kaufmann og Kaufmann (2009) trekker frem kommunikasjonens funksjoner som de definerer som kontroll, motivasjon, samspill og tilbakemelding. En av informantene fra intermediærenhet beskrev at ved å bruke elektronisk melding til ytterste ledd i primærhelsetjenesten, kunne hun når som helst sende melding om en pasient uten å bruke mye tid og ressurser på dette arbeidet. I etterkant kunne informanten via dette systemet kontrollere at mottakeren hadde lest meldingen og startet en effektivering av oppgaven. Over halvparten av pasientene hadde behov for oppfølging etter utskrivelse fra intermediærenheten og mye av arbeidet gikk til å organisere slik planlegging. Motivasjonen bak elektronisk kommunikasjon vil her være at man får en god dialog og raskere feedback på forespørsel. På den andre siden medfører bruk av elektronisk verktøy mindre direkte dialog, noe som kan være en ulempe hvis målet er å oppnå god dialog og å bli kjent.

Kaufmann og Kaufmann (2009) trekker frem lateral kommunikasjon og viser til at forskning tyder på at kollegaer kommuniserer oftere og raskere med hverandre, samt at fordrøiningene av budskap er langt mindre her enn ved kommunikasjon oppover og nedover. Problemer ved ikke-lateral kommunikasjon kan være eksempelet hvor en av informantene sa at etter å ha ringt tre leger for å drøfte en pasient uten å få hjelp, valgte hun å ringe legevakten som har det medisinske ansvar (ikke spesialistkompetanse) for enheten. Her fikk hun hjelp til problemet ved at legevakten kontaktet en av de tre hun selv hadde ringt tidligere. Årsak til slike utfordringer kan være at de som har medisinsk ansvar opplever det enklere å kommunisere med en av samme profesjon, samt at spesialisthelsetjenesten ikke har et definert ansvar for korttidsenheten. På den andre siden har de et moralsk ansvar, og de har et veiledningsansvar overfor primærhelsetjenesten.

Intermediærenheten har en legedekning som gjør at sykepleierne tar få telefoner som omhandler medisinsk behandling til spesialisthelsetjenesten. Dette tar egen ansatt lege seg av og dermed oppleves kommunikasjonen som mer relevant i forhold til legene i spesialisthelsetjenesten. Intermediærenheten blir følgelig sett på som en del av spesialisthelsetjenesten. Sykepleier fra intermediærenheten beskrev det som enkelt å komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten og at det var en åpen kultur for å ta kontakt.

Johannessen og Olsen (2008) sier at manglende evne til å lytte er den største barriere for kommunikasjon og at hovedgrunnen til at folk ikke lytter som oftest er at de mest opptatt

av seg selv. Eide et al. (2005) sier at tverrfaglig samarbeid fordrer at vi må anerkjenne ukjente kollegers kompetanse i utgangspunktet, fordi vi i utgangspunktet vet mindre om dem enn de vi ellers omgås og som har samme bakgrunn.

Mine funn antyder at god dialog til tider kan være fraværende mellom korttidsenheten og spesialisthelsetjenesten. En av informantene trekker fram at samarbeidende part kan reagere negativt, at det av og til er så vanskelig at man må legge på telefonen og forsøke igjen senere. Grunnen til dette er at dialogen ikke er god. Evnen til å lytte og å anerkjenne samarbeidende part er i dette tilfellet fraværende hos spesialisthelsetjenesten.

5.4 Kompetanse versus læring på tvers av nivåene

En hospiteringsordning og evaluering som Stavanger universitetssykehus og omkringliggende kommuner gjennomførte, konkluderte med at hospitering er et egnet virkemiddel for bedre samhandling. Undersøkelsen viste at hospitering ga rom for å bli kjent på personnivå, det ga faglig og organisatorisk kunnskap, det ga kunnskap om samhandlingsverktøy på individuelt plan samt bedre pasientinformasjon på grunn av økt kunnskap. Dessuten utviklet hospiteringsordningen tillit mellom partene (Evalueringsrapport, 2008).

Intermediærenheten hadde i oppstarten flere runder med hospitering og utveksling av kompetanse og erfaring. Dette la grunnlaget for deres faglige trygghet, som jeg oppfatter de har i dag. Korttidsenheten har ikke praktisert utstrakt opplæring og hospiteringsordninger, men respondentene herfra sier samtidig at det kunne sikkert vært nyttig.

Ved direkte overføring og kommunikasjon sier sykepleier i intermediærenheten at de på bakgrunn av erfaring har lært å stille de riktige spørsmålene som gir dem riktig informasjon om pasientens tilstand. Korttidsenheten har ikke i samme grad vært med i prosessen når det gjelder den første informasjonsutvekslingen om pasientens tilstand med spesialisthelsetjenesten. De har ikke vært inne til vurderingsbesøk eller hatt kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten forut før bestemmelsen er tatt. Det er min erfaring at man da vil bruke mer tid i etterkant på å innhente nødvendig informasjon.

Min vurdering er at informantene i korttidsenheten, på tross av lite involvering i første fase av planlegging av overføring av pasient, er fornøyd med de rutiner de har ut fra at det er slik strukturen er bestemt. Intermediærenheten har gjennom erfaring med kommunikasjon og den pasientgruppen de har, bygget opp en kompetanse som gjør dem i stand til å stille de riktige spørsmålene. Dermed utvikler de en kompetanse som sikrer oversikt over pasientens

behov og tilstand før de skal ta i mot pasienten. Samtidig unngår de å ta imot pasienter de ut fra erfaring og kompetanse forstår har behov for et annet tilbud enn de kan tilby. Eksemplet fra intermediærenheten viser her dobbelkretslæring i praksis (Johannessen og Olaisen, 2007).

Lahn og Jensen (2008) hevder at enkelte tradisjonelle oppfatninger av læring som kunnskapsformidling er avleggs og at profesjonsutøvere dyktiggjøres gjennom praksis og samhandling. Informantene fra korttidsenheten trekker frem at det kan være vanskelig å få veiledning og undervisning og at samarbeidet går bedre der avdelingene har kjennskap til deres enhet. Det viser igjen at kunnskap og kjennskap til hverandre vil bedre samhandlingen. Korttidsenheten har ikke hatt fokus på hospitering, men de har deltatt på tversovergripende kurs. Det kan være flere årsaker til det, blant annet strukturelle forhold.

Thorsvik (samling 2008) sier at strukturen påvirker atferd ved at retningslinjer fremmer stabilitet og koordinering. Primærhelsetjenesten i begge kommunene har opprettet funksjon som eldreoverlege. Spesialisthelsetjenestene har opprettet egen avdeling for samhandling. Funksjonen til disse er blant annet å jobbe med avvik, retningslinjer og koordinering mellom nivåene. Informantene trekker frem at dette har medført mindre diskusjoner om mål og kriterier hos de som jobber nærmest pasienten. Ved at de kan løfte slike utfordringer til et høyere nivå, kan det bidra til å fremme kommunikasjon og dialog ytterst i organisasjonen.

Noen av informantene uttrykker ikke noe stort behov for å møtes. På den andre siden uttrykkes det at samhandlingen kan ha noen utfordringer. Samhandling fordrer at man møtes for å utveksle og overføre erfaring og kompetanse. Jeg vil trekke inn en erfaring jeg gjorde meg sist høst. I forbindelse med at ny samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skulle implementeres, ble det arrangert samhandlingsdager i spesialisthelsetjenesten. Dagene var bredt annonsert og tilrettelagt for deltakere som jobber ytterst i organisasjonen, samt ledere. Min observasjon var at svært få personell fra "gulvet" deltok. Derimot deltok flere ledere og mellomledere blant spesielt sykepleiere. Denne observasjonen delte jeg med dem som arrangerte dagen. Flere faktorer kan spille en rolle for hvem som deltar på slike fora: tid, prioritering, vektlegging og etterspørsel fra aktørene samt informasjon og publisitet om dagen.

Mine funn viser at ledere i sykehuset har et arbeid å gjøre hvis samhandling i fremtiden skal gjennomføres på lik linje med mange andre oppgaver. Bevissthet om at samhandlingskompetanse og kompetanseutveksling er viktig må vektlegges fordi resultatet vil bli at pasienter får et smidigere forløp.

5.5 Tillit i samhandlingen – hva betyr det?

Johannessen og Olsen (2008) henviser til at ærlighet er viktig for tilliten. Jeg legger i dette at det må være samsvar mellom beskrivelse av situasjonen slik den er og slik mottaker oppfatter situasjonen. Kaufmann og Kaufmann (2009) sier dette har med integritet å gjøre. Noen av respondentene har erfart at pasienter som overføres av og til ikke er i den tilstand som er beskrevet og at det kan være vanskelig å få returnert pasienter. Det at utskrivende instans ønsker å ”pynte” på pasientens tilstand, kan uttrykke en bekymring for at overføring ikke skal skje. Grunner til dette kan være at avdelingens drift er presset og det kan bunne i manglende tillit mellom partene. De kan ha en oppfatning av at korttidsenheten har en større kompetanse enn de reelt har, som en informant i korttidsenheten uttrykker: *”Av og til tror jeg at de på sykehuset tror vi er i stand til å gjøre mer enn vi faktisk kan gjøre”*.

Bakgrunn for at en slik kultur har fått utvikle seg kan være erfaringer man har fra tidligere: at dess lettere pasienten er ressursmessig, dess lettere er det å få pasienten overført. Eide et al. (2005) sier at mange mennesker har gjort erfaringer gjennom ulike samarbeidsprosesser som har gjort dem skeptiske og mistenksomme. I et hvert tverrfaglig samarbeid der et problem skal løses, vil aktørene implisitt forvente at partene opptrer sannferdig. Egen erfaring underbygger dette, for eksempel min ”gamle” avdeling som tok i mot pasienter fra intensivavdelingen. Pasientene viste seg ofte å være meldt mer stabil enn tilstanden faktisk var. Resultatet var at pasienten gikk i ”skytteltrafikk” mellom våre to avdelinger og det skapte frustrasjon for alle parter. Den beskrevne situasjonen skapte en mistillit om intensjonen til personalet i intensivavdelingen. Etter hvert valgte vi å oppsøke pasienten og avdelingens pleiere for å vurdere pasienten og etablere en mer direkte kommunikasjon. Avdelingens personale ble bedre kjent og partene fikk kunnskap om hvilken kompetanse som var tilstede. Dette skapte større tillit og medførte at når vi sa ”nei” til overføring, hadde samarbeidende avdeling tillit til at vår beslutning var gjort på bakgrunn av kompetanse, og ikke at driften av avdelingen var grunnlag for beslutning. Dette underbygges av Grimen (i Molander og Terum, 2008) når han sier at tillit letter overføring av informasjon og kunnskap. Stoler man på avsenderen, behøver man ikke stadig undersøke om det han sier er holdbart. I tillegg medfører kunnskap om hverandre mulighet for å bygge på hverandres arbeide.

En av informantene trekker inn at det kan være utfordringer når de trenger hjelp i en situasjon. At *”spesialisthelsetjenesten er ikke så lett å få tak i”* og *”man kan ikke alltid stole på å få hjelp og at det er frustrerende”*. Det å ikke ha denne tilliten til samarbeidende part kan

medføre uttrygghet. Kunnskap og kjennskap til hverandre vil være med på å bygge respekt og tillit, slik at spesialisthelsetjenesten ikke opptrer avvisende og utilgjengelig som i dette tilfellet. Eksempelet informantene fra intermediærenheten trekker frem er beskrivende. De ble dømt ”nord og ned” i oppstarten, men sier at blant annet færre re-innleggelsesviser at de har klart å fylle intensjonen. Dette viser at dokumentasjon og gode resultater kan være medvirkende til å bygge tillit og respekt.

5.6 Helsejuss spiller en rolle

5.6.1 Dokumentasjon

Molven trekker frem at dokumentasjon skal sikre rett og god behandling av pasienten. Den skal kunne brukes som ledd i intern kontroll og kvalitetssikring i virksomheten samt at den skal kunne danne basis for eksternt tilsyn (Molven, 2002). Informantene fra intermediærenheten og korttidsenheten beskriver at epikrise ikke alltid følger pasienten og at det ikke alltid er overensstemmelse mellom epikrise og medisinkurve når begge dokumenter følger med. Den erfaring de beskriver er uforsvarlig. Min erfaring er at det ikke alltid var rutine å kontrollere om det var samsvar mellom epikrise, medisinkurve og sykepleierapport før utsendelse. Det innebar at i mange tilfeller fikk primærhelsetjenesten tre dokumenter med opplysninger om pasientens medisiner.

En av informantene uttrykker at det er: *”Ikke alltid samsvar mellom kurve og journal. Vi stoler på epikrise”*. Min erfaring er at det ikke alltid er pasientansvarlig lege eller lege med kjennskap til pasienten som skriver epikrisen. Det kan i seg selv medføre feilkilder. På den andre siden har jeg også erfart at pasienter som kommer inn til spesialisthelsetjenesten, ikke alltid har riktige medisinsopplysninger fra primærhelsetjenesten. I ytterste konsekvens starter sykepleier en medisinerings av pasienten som er feil. Molven (2002) trekker frem journalforskriften § 9: *”ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging”*. Hensikten er altså at videre behandling skal være forsvarlig.

5.6.2 Avvik

En av informantene sier at *”En god del av det som sendes inn synes vi er flisespikkeri og unødvendig byråkrati og saksbehandling”*. Alle informantene trekker fram at de har systemer hvor avvik skal meldes, men at det ikke alltid blir gjort. Et avvikssystem kan være et godt og egnet redskap om det blir riktig brukt. Det kan vise hvilke avvik som eksisterer og videre

plassere ansvaret. Hva som er avvik er ofte individuelt og hvilken opplevelse man har av hendelsen. Dette er noe man som ledere må ta tak i for å skape en kultur og lik forståelse for hva som er avvik som kan rettes der og da og hva som er avvik som må meldes.

Analysematerialet er fra seks informanter fra to ulike kommuner. Informantene har samme erfaring, noe som kan indikere at avvik i epikrise og medisinkurve ikke er uvanlig. Igjen er dette eksempler på utfordringer som må løses både på systemsiden og på samarbeidssiden.

5.6.3 Veiledningsplikt til kommunehelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

Respondentene fra korttidsenheten uttrykker at mye er bra, men at det av og til er vanskelig å få tak i spesialisthelsetjenesten, at *"veiledning kan sitte langt inne"* samt at spesialisthelsetjenesten av og til *"blir sur hvis de ringer"*. Min egen erfaring er i samsvar med deres opplevelse. Veldig ofte foregår det en veiledning, men den er tilfeldig og er ikke alltid forankret i ledelsen eller systematisert. Mitt inntrykk er at veiledningen som gis, i mange tilfeller er personavhengig.

Undersøkelsen fra Fylkeslegen i Sogn og Fjordane (Tidsskr Nor Lægeforening 2002) viser at veiledningsplikten er lite kjent av personell i ledende stillinger ved sykehusene og at det ikke finnes noe systemtenking rundt veiledningsplikten. For at lov om spesialisthelsetjenesten § 6,3 skal fungere vil det innebære at spesialisthelsetjenesten må sørge for at veiledning til kommunehelsetjenesten systematiseres. Kommunehelsetjenesten må på sin side lære seg å bruke retten til veiledning og bli mer bevisste bestillere. Fravær av veiledning i etterspørselen kan være egnet til å registrere i et egnet avvikssystem. På den måten kan man få økt fokus, forankring i ledelsen og forankring ut i organisasjonen.

5.7 Et samfunnsøkonomisk perspektiv på samhandling

Pettersen et al. (2008) trekker frem at samhandlingsreformen har tvunget seg fram for å få bedre styring. Det er ønskelig å utnytte pengene maksimalt, slik at man får mest mulig igjen for hver helsekrone. Avtaler, struktur og økonomi bør ligge i bunnen før man etablerer samhandlingsverktøy. I noen tilfeller kan det være at økonomisk "straff" kan virke som insentiv og påvirke en endring til ønsket adferd. Eksempel her er innføring av døgnmulkt som informant A trekker inn.

Pettersen et al. (2008) sier videre at en av våre oppgaver er å forvalte de ressurser vi har best mulig. En av informantene trekker frem at de ikke kan innføre primærsykepleie på grunn av reduksjon i pleiestab for å spare penger. Andre trekker inn økonomien som årsak til for lite bemanning til å kunne drive med hospitering og opplæring. Min erfaring er at de siste årenes sterke økonomiske fokus har medført at ledere har måttet ta i bruk stor kreativitet, samt at det har vært en utfordring med hensyn til å tenke nytt rundt struktur, fag og organisering.

En utfordring for samhandling er at kommunene kan oppleve det som "lønnsomt" å sende pasienter til sykehusene, fordi de dermed ikke trenger å skaffe nødvendig kompetanse selv. På den andre siden kan også sykehusene se det som økonomisk fordelaktig å ta imot pasienter for så å skrive disse ut igjen ganske raskt, fordi sykehusene har stykkpris inntekter per pasient (Pettersen et al. 2008). Dermed kan samhandling fort bli et spill om økonomi. Det må følgelig lages finansieringssystemer som motiverer for hensiktsmessig samarbeid mellom nivåene.

Magnussen (samling, 2008) sier at desentralisering legger ansvaret på et lavere nivå og at vi må fordele ressurser til disse på en rettferdig måte. I tillegg kan geografiske områder være forskjellige mht befolkningens behov for tjenester. Målet er allikevel likeverdig tilgang. Magnussen sier videre at vi nå ønsker å bruke inntektssystemet til å jevne ut forskjeller. Samhandlingsreformen omhandler blant annet forslag om omfordeling av ressursene, at pengene skal følge pasienten i større grad. En annen finansieringsordning kan bidra til økt motivasjon og muligheter for eksempelvis etablering av intermediaærenheter og/eller andre samhandlingstiltak.

Opprettelse av intermediaærenhet og korttidsenhet har mange positive elementer: færre re-innleggelser, færre varige institusjonsplasser som sykehjem, færre liggedøgn i en dyr spesialistseng, færre sykehuskomplikasjoner og redusert behov for hjelp ved utskrivelse. Det har og medført en mer individuell vurdering av hvilke tiltak som er hensiktsmessig og mest riktig for brukeren. Det er sannsynligvis gode økonomiske insentiver for å satse på etablering av slike enheter. På den andre siden kan opprettelsen av intermediaærenhet/korttidsenhet ha medført lengre institusjonsopphold for pasienter som ikke nødvendigvis trengte det.

Det vil alltid være positive og negative økonomiske elementer med opprettelse av samhandlingstiltak, men det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å etablere fleksible ordninger for pasientstrømmer mellom forvaltningsnivå. Min erfaring er at man gjerne tenker avdelingsvis og på eget budsjett. Det vil være viktig at flere har evne til å tenke at målet må være samfunnsøkonomisk gevinst. Det vil kreve at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utvikler tillitsforhold over tid og skaper gode samhandlingsarenaer.

6 KONKLUSJON

Jeg stilte innledningsvis spørsmål om hva som kjennetegnet samhandlingen mellom spesialist og primærhelsetjeneste der man har opprettet samhandlingsprosjekt. Mine funn viser at samhandlingskompetanse har utviklet seg merkbart bedre der hvor begge parter har et eierforhold og del-ansvar til samarbeidsprosjektet. Samhandlingen mellom intermediærenheten og spesialisthelsetjenesten har en god og mer direkte dialog og kommunikasjon samt at tillit, struktur og kriterier er godt forankret. Dessuten var tilgjengeligheten for veiledning i større grad til stede i dette samarbeidsforholdet, enn i forholdet mellom korttidsenhet og spesialisthelsetjenesten.

Studien viser at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må gå sammen om prosjekter for å lykkes best mulig. De må legge forholdene til rette og være pådrivere for at helsepersonell møtes i felleskap rundt pasientforløpet.

Studien viser videre at spesialisthelsetjenesten bør systematisere sin veiledningsplikt og forankre den i ledelsen. Kommunen på sin side må lære seg å bruke retten til veiledning og bli mer bevisste bestillere. Videre må finansieringssystemene motivere for samhandling. Gode finansieringssystemer som motiverer til samhandling vil være et viktig bidrag til suksess med samhandlingstiltak. Det vil fordre at ledere evner å se samhandlingstiltakene i et helhetlig samfunnsøkonomisk perspektiv.

Samhandling må inn som en av mange ordinære arbeidsoppgaver i helsetjenesten og det må tas høyde for at samarbeidsprosjekter viser seg å ta tid samt krever ressurser og struktur.

Samhandling bør være noe mer enn bare en avtale mellom ulike parter. Min studie peker i retning av at både spesialist og primærhelsetjenesten har en jobb å gjøre i å implementere kultur for samhandling. Det krever at kommune og helseforetak, hver enkelt avdeling og dens leder, må sette fokus på samhandling og forankre det i organisasjonen.

I videre forskning vil det være interessant å utvikle et avvikssystem som er mer hensiktsmessig og målrettet for brukerne. Det kan gi kunnskap om samhandlingen som igjen gir mulighet for konkrete forbedringer.

Det bør legges til rette for at det i alle prosjekter gjøres kostnadsanalyser for å studere de økonomiske gevinster samhandlingen kan ha samt evaluere hvilke suksessfaktorer som er avgjørende for utvikling av god samhandling. På den måten vil ledere og politikere kunne forsvare tiltak og bruk av ressurser.

LITTERATURLISTE

- Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2005. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Garåsen, Helge, Jon Magnussen og R Windspoll (2008). *Eldre pasienter i sykehus eller intermediæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse*. Tidsskr Nor Legeforening 2008; 128: 283–5.
- Grimen, Harald (2008). *Profesjon og tillit. I profesjonsstudier*. Molander, Anders og Lars Inge Terum (red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grund, Jan (2006). ”Sykehusledelse og helsepolitikk” – dilemmaenes tyranni. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høye I. M (2002). *Spesialisthelsetjenesten svikter veiledningsplikten*. Tidsskrift Den Norske Legeforening. (122:2231).
- Johannessen, Asbjørn, Line Kristoffersen og Per-Arne Tufte (2009). *Forskningsmetode for økonomiske administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, Jon-Arild og Johan Olaisen (2007). *Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelige å styre?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, Jon Arild og Bjørn Olsen (2008). *Positivt lederskap. Jakten på de positive kreftene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kalseth, Birgitt og Pål Paulsen (2008). *Strategisk samarbeid - på papir og i praksis. En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober*. Sinteff. November 2008
- Kaufmann, Geir og Astrid Kaufmann (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lahn, Leif Christian og Karen Jensen (2008). *Profesjon og tillit. I Profesjonsstudier*. Molander, Anders og Lars Inge Terum (red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lyngroth, Svein og Kari Sletnes (2009). *Evaluering av geriatriløftet*. Drammen kommune, SBHF og Høgskolen i Buskerud. Rapport nr. 6188. Agenda.
- Magnussen, Geir og Svein Lyngroth (2007): *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten*. Agenda Utredning og Utvikling.
- Magnussen, Jon (2008). *Finansiering og organisasjonsformer i helsetjenesten*. Forelesning, samling i master i helseledelse, 17.4.2008.
- Molven, Olav (2006). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- NOU St. melding nr. 47 (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helsedepartementet.
- NOU 2008:2. Magnussen, Jon et al. (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Kompendium til modul 2 Virksomhetsstyring. Samling i master i helseledelse, 16-18. april 2008.
- Pettersen, Inger Johanne, Jon Magnussen, Kari Nyland og Trond Bjørnenak (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Thorsvik, Jan (2008). Ledelse av ekspertorganisasjoner. Forelesning, samling i Master i helseledelse, 29-31. oktober 2008.
- Tvedt, Agnes Lea og Bente Gunnarshaug (2008). *Pilotprosjekt. Hospiteringsordning mellom Stavanger Universitetssykehus og samarbeidende kommuner*. Evalueringsrapport.
- Lov 1999-07-02 nr 64: *Lov om Helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). Lovdata. Wikipedia.8.1.2010.
- Lov 1999-07-02 nr 61: *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). Lovdata. Wikipedia.8.1.2010.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Intervjuet planlegges som et halvstrukturert intervju, ved hjelp av utgangs spørsmål og en intervjuguide få deltakerne til å snakke fritt om sine forståelser av samhandlingen og sine opplevelse og erfaringer med samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten gjennom en intermediærenhet. Jeg ønsker å få fram hva sykepleie ledelsen ser fungerer bra og hva fungerer mindre bra for dem.

Problemstilling: ”Hva kjennetegner samhandlingen mellom spesialist og primærhelsetjenesten der intermediærenheter/korttidsenheter/etterbehandlingsavdelinger er etablert?”.

Innledning:

Kort orientering om min bakgrunn
Hensikt og mål med intervjuet
Snakke fritt om forståelse, erfaringer og opplevelse
Hva fungerer og hva fungerer ikke
Suksesskriterier

Kort orientering om tema og prosjektet

Etiske refleksjoner
Taushetsplikt/anonymisering
Rett til å trekke seg fra prosjektet
Rett til å lese egne sitat og komme med tilbakemeldinger før den leveres

Samhandlingskultur

Spørsmål 1

Kan du si noe om:
ditt ansvar
din rolle som avdelingssykepleier/koordinator
din myndighet

Spørsmål 2

Ut fra din vurdering, i hvilken grad antar du at bakgrunn og mål (eksklusjons og inklusjonskriterier) med intermediærenheten er kjent/kommunisert og forankret i alle ledd i din avdeling?
Hvis ikke, hvorfor tror du det ikke er kjent? Og hvorfor er det ulike forankring?

Spørsmål 3

Overføring av pasient avgjøres av avdelingssykepleier i IE som igjen reduserer byråkratiet. Hvordan har det påvirket samhandlingen?

Kan du beskrive praktiske rutiner ved planlegging og overføring?
Gi praktiske eksempler, hva skjer, hvem kontakter hvem?
Hvordan fokus har dere på planlegging av utskrivelse? Komme tidlig i gang?
Hvor får du informasjon som evt mangler? Gjennom samtale, møter, journal, opplysninger fra primærhelsetjenesten?
Er PAL og PAS implementert?
Individuell plan? Hvem starter arbeidet?

Spørsmål 4

Hva er årsaken i de tilfeller en overføring stopper/utsettes?
Er pasienten med spesielle behov sikret adekvat behandling og oppfølging ved overføring mellom nivåene?

Spørsmål 5

Hvordan forstår du (vil du definere) samhandlingskultur og hva innebærer det for deg?
Hvor ofte antar du at du samtaler eller har annen dialog (e-post osv) med personell fra spesialisthelsetjenesten i løpet av en arbeidsuke?
Hvordan vil du beskrive dialogen med disse personene?
(Åpenhet, god tone, forståelse)
I hvilken grad mener du at det er klare linjer i ansvarsfordelingen mellom nivåene?

Spørsmål 6

Utfordringer ved overføring mellom nivåene.
Dersom vanskelige situasjoner oppstår, hvordan løses disse?
(for eksempel når overføring av kompetanse ikke skjer, rådgivning ikke tilgjengelig osv)
Kan du gi eksempel på vanskelige situasjoner og evt. Løsning.
Kan du gi eksempel på gode situasjoner og reksjoner på disse?
I hvilken grad mener du at det sjelden er uenighet og/eller konflikter omkring konkrete pasientsituasjoner?

Spørsmål 7

Er gjensidig kompetanseoverføring og læring gjennom samhandling mellom intermediearenhet og spesialisthelsetjenesten i fokus hos dere? Og i hvilken grad er din erfaring at det er god kompetanse og ferdigheter i alle ledd?

Hvordan sikrer man at kompetanse er gitt?

Kan du beskrive hva dere konkret gjør?

Utarbeidet kompetanseplaner/program
Felles prosedyreprogram? (Doc-map el.)
Felles undervisning. Veiledning. Rullering. Hospitering.
Følge pasienten fysisk og overlevere kompetanse

Kommunikasjon og dialog

Spørsmål 8

Kan du si noe om hvordan dere samarbeider mellom behandlingsnivåene, både de formelle utfordringer og de mer driftsrelaterte utfordringer? Hvordan overføres informasjon om pasientbehandling og plan?
e-mai og telefon – daglig, ukentlig?
Felles pasientjournal?
Hvor ofte og hvem kontakt/møtehyppighet/tema for møter/ledelse av møte/struktur?

Oppstår det forsinkelser mht epikriser og pleieplaner?
Opplevs overføring av pasientinformasjon som tilfredsstillende?

Spørsmål 9

I hvilken grad mener du at du selv oppfattes som på lik linje/ at dine synspunkt blir like mye vektlagt som de synspunkt du møter hos dem du samarbeider med i spesialisthelsetjenesten/i intermediærenheten?

Hvordan er felles forståelse og kunnskap i samhandlingen?

Hvordan løser man utfordringer hvis intermediærenhet ikke kan ta i mot pga manglende kompetanse?

Er intermediærenheten / korttidsenhet involvert i vurdering om sykehjemsplass? Hvordan skjer det?

Opplever du at du blir betraktet som en likeverdig behandlingspartner og at din synspunkter blir tatt hensyn til i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?

Spørsmål 10

Hvordan er samarbeidet med fastlege?

Kan beskrive kommunikasjon/dialog med fastlege?

Mener du at fastlege kommer inn tidlig nok i planlegging av pasientforløpet?

Tillit

Spørsmål 11

I hvilken grad mener du at samarbeidspartnere (lege, sykepleiere, terapeuter) er lett tilgjengelig når du har behov for råd i konkrete pasientsituasjoner?

Spørsmål 12

I hvilken grad har du positive og negative erfaringer i forbindelse med at pasienten er sikret adekvat behandling og kontinuitet i oppfølging ved overføring mellom nivåene?

Har du eksempler?

I hvilken grad skjer det avvik i overføringer mellom nivåene og i henhold til avtalene og kan du nevne eksempler på avvik?

Er det etablert rutiner for tilbakemelding ved avvik? Kan du beskrive rutinene?

Hvor ofte i løpet av en vanlig arbeidsuke kan du oppleve at pasienter overføres før tiden pga overfylte senger i spesialisthelsetjenesten?

Mener du at disse situasjonene er på kanten av faglig forsvarlig?

Mener du at forventninger til kunnskap/kompetanse i intermediærenheten er relevant?

Spørsmål 13

Har samarbeidet med pårørende fokus og i hvilken grad trekkes disse inn i samhandlingen?

Har pårørende tillit til alle nivåene, møter dere motstand ved planlegging av overføring mellom nivåene? Hvorfor?

Spørsmål 14

I hvilken grad mener du at det er spesialistkompetanse lett tilgjengelig for intermediærenheten?

I hvilken grad kan du stole på å få hjelp når du trenger det?

Er opplysninger og informasjon lett tilgjengelig?

Spørsmål 15

Hvordan løser man inntak og utskriving når nivåene har fullt belegg?

Hvem gjøre inntak? Evt har du noen påvirkning på inntak, tungt belegg?

Er det felles inntaksmøter? Daglig, ukentlig, månedlig

Spørsmål 16

Hvordan mener du opprettelse av IE/korttidsenhet har bidratt til styrket/svekket tillit?

Hvordan kan opprettelse styrke tillit?

Har du erfaringer for at tillit og således samhandlingen har gitt synergi?

Har kompetanse i intermediearenhet styrket kompetansen til andre nivåer?

Spørsmål 17

Kan du gi eksempler på forhold som kan forbedres mellom de to nivåene og internt i henholdsvis primær eller spesialisthelsetjenesten og hvorfor?

Organisatoriske. Opplæring. Avtalene. Felles arenaer. Ledelse. Rutiner m.m

Spørsmål 18

Til Leder:

Hvordan er rekrutteringen av fagpersonell til intermediearenhet og hvor rekrutteres det fra? (spesialist eller primærhelsetjenesten)?

Vedlegg 2

Til avd.spl./fagkoordinator/driftssykepleier.

Dato: 13.10.09

Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med masterstudie i helseledelse.

I forbindelse med et mastergradstudium i helseledelse i regi av Helse-Nord og Høyskolen i Bodø, ønsker jeg å undersøke kjennetegn ved samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten der intermedieårerheter/korttidsavdelinger er etablert.

I mitt møte med deg ønsker jeg å snakke om hva som kjennetegner samhandlingen mellom nivåene. Jeg vil ha spesielt fokus på samhandlingskultur, tillit, kommunikasjon og ledelse av samhandlingen.

Jeg ønsker å gjennomføre intervjuet i uke 43.

Intervjuet vil i sin helhet bli tatt opp på bånd som vil bli slettet når oppgaven er ferdig. Når intervjuet skrives ut vil alle data være fullstendig anonymisert. Du vil få notat til gjennomlesning, med mulighet for tilbakemeldinger og korreksjoner. Dersom du da skulle finne at utsagnene ikke bør bestå, står du fritt til å trekke din uttalelse.

Min veileder er professor Inger Johanne Pettersen, e-mail: Inger.Johanne.Pettersen@hibo.no

Med vennlig hilsen

Hillevi Knudsen
Tlf 938 96468/776 28079
E-mail: hillevi.knudsen@unn.no

Vedlegg 3

Hei!

Jeg heter Hillevi Knudsen, er sykepleier og jobber som pasientforløpskoordinator i Nevro- og ortopediklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø.

For tiden jobber jeg med avsluttende mastergradsoppgave i helseledelse. Et 2-årig studium i helseledelse i regi av Helse-Nord og Høgskolen i Bodø.

Har gjennom flere år jobbet som sykepleieleder og vært opptatt av samhandling og kompetansebygging mellom de ulike omsorgsnivå. For tiden er jeg med i en arbeidsgruppe som utreder etablering av en "intermediærenhet/etterbehandlingsavdeling" mellom Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.

Min problemstilling er: "Hva kjennetegner samhandlingen mellom primær og spesialisthelsetjenesten der intermediærenheter/etterbehandlingsenheter er etablert?"

Fokus vil være samhandlingskultur, kommunikasjon, tillit og ledelse av samhandlingen.

Jeg søker nå etter kandidater til intervju. Har vært i telefonisk kontakt med:
Som har takket ja til å delta i intervjuundersøkelsen min.

Jeg planlegger å bruke 1 time til hvert intervju.

Båndopptaker vil bli brukt og informantene vil få oppgaven til gjennomlesning for korrektur og strykninger av sitat hvis ønskelig. De vil også få mulighet for å trekke seg fra prosjektet når de måtte ønske det.

Intervjuene er planlagt gjennomført uke 45.

Søker med dette om godkjenning til å gjennomføre intervjuet i deres avdeling.

Leder for utdanningsprogrammet og min veileder er: Professor Inger Johanne Pettersen, Høgskolen i Bodø/Høgskolen i Bodø. Mail: Inger.johanne.Pettersen@hibo.no

Med vennlig hilsen

Hillevi Knudsen
Telefon: 938 96468 / 776 28079