

Koordinering av standardiserte pasientforløp

En studie knyttet til kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp

Av

Arnt Egil Hasfjord

Avhandling avlagt ved

Handelshøjskolen i København for graden

Master of Public Administration 2012





SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR- /KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): Arnt Egil Hasfjord

Tittel: Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp?

Studieprogram: Master of Public Administration

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre
Kan frigis fra: 30.04.12

Dato: 29.03.12

Arnt Egil Hasfjord
underskrift

Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp?

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
1 Figurliste	6
2 Forord	7
3 Sammendrag	8
4 Innledning	9
4.1 <i>Pasientforløp sett i perspektiv</i>	10
4.2 <i>Pasientforløpets faser</i>	12
4.3 <i>Faktorer som innvirker på planleggingen av pasientforløp</i>	16
4.4 <i>Organisatoriske forhold ved pasientforløp</i>	17
4.5 <i>Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsesektoren</i>	19
4.6 <i>Pasientrettigheter, revisjoner og tilsyn</i>	21
4.7 <i>Aktørers påvirkning på planlegging og koordinering</i>	22
4.8 <i>Effektivisering av pasientforløpene og endringene i perioden</i>	23
4.9 <i>Oppsummering</i>	23
5 Problemstilling	24
5.1 <i>Oppsummering</i>	25
6 Metode	26
6.1 <i>Valg av metode for datainnsamling</i>	27
6.2 <i>Valg av datakilder</i>	27
6.3 <i>Valg av undersøkelsesdesign</i>	28
6.4 <i>Oppsummering</i>	29
7 Teori	30
7.1 <i>Kulturelt perspektiv</i>	30
7.2 <i>Max Weber</i>	30
7.3 <i>Jürgen Habermas</i>	32
7.4 <i>Schaffer og Huang</i>	33
7.5 <i>Valg av teoretisk tilnærming</i>	36
7.6 <i>Oppsummering</i>	37
8 Analyse	38
8.1 <i>Presentasjon av Inntakskontorene</i>	39
8.2 <i>De organisatoriske strukturer og prosessers innflytelse på standardiserte pasientforløp</i>	40
8.3 <i>Hvordan har Inntakskontoret tilnærmet seg endring i organisatoriske strukturer og prosesser etter innføring av standardiserte pasientforløp?</i>	43

8.4	<i>Planlegging og koordinering</i>	45
8.5	<i>Elektronisk samhandling</i>	47
8.6	<i>Kostnader og kvalitetsindikatorer</i>	50
8.7	<i>Relasjonen mellom pasient og system sett i forhold til makt og kommunikasjon</i>	52
8.8	<i>Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet</i>	58
8.9	<i>Oppsummering</i>	60
9	Avslutning	62
10	Kildehenvisninger	63
11	Vedlegg	65
11.1	<i>Respondenter</i>	65
11.2	<i>Intervjuguide</i>	66

1 Figurliste

Figur 1 <i>Styringslinja</i>	10
Figur 2 <i>Verdien for pasienten skapes i en kjede av aktiviteter (kilde, egen)</i>	13
Figur 3 <i>Hovedoversikt over aktiviteter ved Inntakskontoret (Kilde, egen)</i>	14
Figur 4 <i>Tidsfrister for håndtering av henvisningen (Helse Midt-Norge RHF, strategi 2020, 2012)</i>	14
Figur 5 <i>Hovedområder som påvirker planlegging og koordinering av pasientforløpet (Kilde, egen)</i> .	17
<i>Figur 6 Kommunikasjonsskjemaet til Habermas (1981:II, s. 193; 1985:II, s 127). A og B betegner to kommunikasjonsdeltakere, og de stiplede pilene hvordan deres respektive kommunikative handlinger henviser til ulike verdener. (Bråten 2010)</i>	32
Figur 7 <i>Hovedkonklusjoner</i>	60

2 Forord

*”Jeg har sittet her på gangen, ventet helt siden i går
Jeg har snakket med de fleste, men jeg mangler Ø. Nygaard
Og på toppen av det hele kommer de og sier nå,
Du er strøket fra programmet, og vil brev i posten få”*

(Vers fra sangnummer i sykehusrevy, 2004. Staverløkk, Hasfjord)

Studiet Master of Public Administration har vært en flott reise for å få fordypet seg i tema som både er interessant faglig sett, men ikke minst meget utbytterikt og aktuelt i forhold til mitt arbeid som rådgiver ved Helse Midt-Norge RHF.

Som innledningen til forordet indikerer, er pasientforløp et område som har opptatt min yrkeskarriere de siste 12 årene. Det er skrevet mye om pasientforløp, men som oftest på et overordnet nivå som fenomen, i samhandlingsperspektiv, eller hvordan pasientforløpet oppleves og virker når pasienten har kommet til behandling. Min interesse for masteroppgaven ligger i hvordan det standardiserte pasientforløpet blir planlagt og koordinert ved Inntakskontoret.

Jeg har fått mye støtte, og har hatt mange interessante diskusjoner med det miljøet i Norge som er engasjert i pasientforløp, og som har bidratt med gode innfallsvinkler. Respondentene i undersøkelsen har tatt utfordringen og bidratt med sin store kunnskap og erfaring.

Størst takk går til min veileder som har vært uvurderlig i forhold til økt forståelse og progresjon i arbeidet med masteravhandlingen.

Arnt Egil Hasfjord

3 Sammendrag

Det er utviklet mange definisjoner som skal beskrive pasientforløp, og det er ulike metodiske tilnærminger for hvordan utviklingen pasientforløpene prosjekt organiseres, og hastigheten for når sluttproduktet skal foreligge. Dette ble vurdert når Helse Midt-Norge RHF landet på en definisjon på pasientforløp, og hvordan en helhetlig skulle tilnærme seg prosjektorganiseringen ved å involvere alle aktører som har et "eierskap" til pasientforløpet. Det er mange faktorer som i arbeidsprosessen i pasientforløpets faser. For å forstå den enkelte prosess er det viktig å ha et helhetsperspektiv på alle prosesser i pasientforløpet. Det er mange aktører, både internt og eksternt, som påvirker planleggingen av forløpet. De interne aktørene er en del av de organisatoriske rammer skal koordineres, og med alle elektroniske systemer som skal være den bærende faktoren som verktøy for å ha oversikt over pasienter og aktiviteter, er dette det som vil ha fokus i oppgaven.

Kapittel 5 trekker sammen de faktorer beskrevet i kapittel 4 sammenfattet til en problemstilling for å undersøke hvilke faktorer som påvirker planleggingen og koordineringen pasientforløpet sett i et kulturelt perspektiv, ved følgende formulering: "Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp?" Denne søkes løst ved hjelp av forskningsspørsmål som tar for seg de 3 elementene i problemstillingen. Det ble utviklet en intervjuguide med både lukkede og åpne spørsmål for å kunne ha et mer dynamisk intervju hvor muligheten for å få mer bredde i svarene.

I kapittel 6 har jeg redegjort for ulike metodevalg, og hva som er valgt som metodisk tilnærming i oppgaven. Virkeligheten oppfattes forskjellig, og jeg har derfor valgt en kvalitativ undersøkelse med en deduktiv tilnærming med få respondenter (N-studie), en såkalt case studie som er begrenset til 2 enheter.

I kapittel 7 er teorien skissert. Den som vil nyte godt av et offentlig tiltak må overvinne flere barrierer i form av terskelen, køen og skranken i det administrative fordelingssystemet. Disse barrierene kan være mer eller mindre enkle å forsere alt etter hvordan det offentlige forvaltningsapparatet og det tilhørende regelverket er utformet. Hovedtrekkene i problemstillingen og vurdert mot teoretisk tilnærming vil modellen fra Schaffer og Huang, og som er bearbeidet og supplert av Bleiklie, Jacobsen og Torsvik, danne grunnlaget for analysen av undersøkelsen og problemstillingen.

Kapittel 8 har forsøkt å beskrive sammenhengen mellom funn i intervjuene og teoretisk forståelse. Relasjonen mellom pasient og system på både et organisatorisk og kommunikativt grunnlag er beskrevet med spesielt henvisning til kommunikative ferdigheter.

Som en konklusjon mener jeg de faktorer som er beskrevet i tab 7 har med hjelp av teoretisk tilnærming gitt en god indikasjon på at innføring av standardisert pasientforløp har hatt innflytelse på organisatoriske strukturer og prosesser i henvisning- og vurderingsfasen ved Inntakskontorene, samt at det har vært en utvikling i hvordan relasjonen mellom pasient og systemet i perioden etter at standardisering av pasientforløpene ble innført.

4 Innledning

Pasientforløpene har utviklet seg mye de siste 100 år, og utviklingen har vært tilpasset forhold ved den medisinske utviklingen. Det har i hovedsak vært preget av individuell tilpasning til den enkelte pasient, og mindre tatt hensyn til organisatoriske forhold som økonomi og pasientbelegg i sykehuset. I de siste 10 årene har sykehusene vært i fokus med kravet om kostnadskontroll. I tillegg har tilsynsmyndighetene satt fokus på den kvaliteten som ytes gjennom sine kontroller med virksomheten. I 2002 gikk sykehusene gjennom en reform ved etableringen av de Regionale Helseforetakene (Helse og Omsorgsdepartementet 2002). Dette var en ny styreform som har tatt tid å etablere, med mange utfordringer, og ikke minst økonomiske. Etter hvert har enkelte Regionale Helseforetak fått kontroll på både drift og økonomi. Driften ved i sykehusene er kompleks og av en slik karakter at det gir mange utfordringer å planlegge pasientene i et standardisert forløp.

Pasientforløp er ikke noe nytt fenomen, og at pasientforløpet er under påvirkning av mange faktorer fra begynnelse til slutt er heller ikke noe nytt fenomen. Florence Nightingale satte i 1860 pleie og omsorg i system (www.wikipedia.no 2012). Alle pasienter er i pasientforløp uansett om de er standardisert eller ikke. Mange forløp er gode, mens andre er preget av plunder og heft, og noen ganger kan dårlige planlagte forløp medføre uheldige hendelser. Standardisering av pasientforløpene er i prinsippet heller ikke noe nytt, men det har lenge vært tilstrebet å gjøre tjenestene noenlunde likt. Vi vet også at det er store variasjoner i behandlingen som ikke kan forklares med at pasientene er forskjellige. Det er derfor et ønske fra sentrale myndigheter om å redusere variasjonene innenfor helsetjenesten, og det er i igangsatt arbeid med mange forskjellige aktiviteter på flere områder for å imøtekomme dette (Helsedirektoratet 2010). Helse Midt-Norge har innført begrepet Standardisering av pasientforløp, som ved hjelp av en prosjektmetodikk skal kunne kartlegge, analysere og redesigne nye pasientforløp.

Begrepet standardiserte pasientforløp er knyttet til en systematisk gjennomgang av forløp med målinger, systematisk forbedring basert på best mulig kunnskap og systematisk etablering og oppfølging av ny standard. Det er ikke pasientene som skal ikke standardiseres, men måten vi tilbyr tjenesten på som kan standardiseres for de fleste av pasientene. Pasienter som ikke skal følge en standard skal selvfølgelig få tilpasset tilbudet. Når helsetjenesten har definert et standardisert behandlingstilbud, med en rekke standardiserte aktiviteter skal dette planlegges og koordineres i hver eneste innleggelse av en pasient.

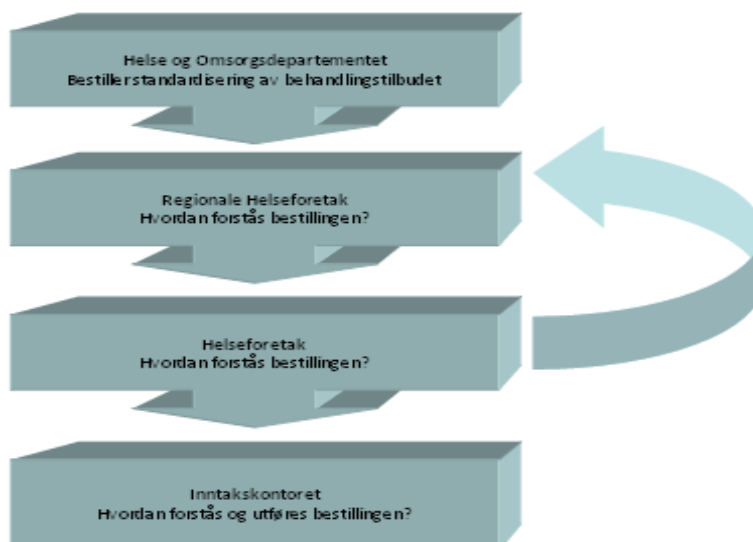
I denne masteravhandlingen er motivasjonen å undersøke prosesser som påvirker planlegging og koordinering av standardiserte pasientforløp i henvisnings- og vurderingsfasen, blant annet hvordan disse ulike faktorene understøtter eller motvirker disse prosessene, og hvordan

personellet ved Inntakskontorene håndterer de forhåndsplanlagte pasientforløpene. Oppgaven begrenses til å omhandle elektive pasienter som har fått standardisert sitt behandlingstilbud.

4.1 Pasientforløp sett i perspektiv

De fleste Helseforetak i Norge driver med en eller annen form for forbedringstiltak i forbindelse med pasientforløp. Men hva menes egentlig med pasientforløp? Har vi gode definisjoner som er etterprøvd, og som vi vet fungerer i praksis? Er forståelsen av pasientforløp lik fra det overordnede leddet, via det administrative nivået og ned til det enkelte HF og sykehus? Og hvordan arter dette seg i den enkelte klinikk og avdelingen, og den enkelte medarbeider?

I 2008 kom standardisering av pasientforløp inn som en ny metodisk tilnærming for å forbedre pasientforløpene i Helse Midt-Norge, både i innhold og i tidsbruk, og med fokus på kvalitet og riktig bruk av ressurser. Ved flere sykehus i Norge og i utlandet var det utviklet metodisk tenkning for å forbedre pasientforløpene, og Helse Midt-Norge RHF ønsket å gjøre tilsvarende i egne Helseforetak. Det ble innhentet inspirasjon fra forskjellige metodiske tilnærminger, og disse ble satt sammen i en form som var tilpasset forholdene i Helse Midt-Norge. Den metodiske tilnærmingen er prosjektorganisering med deltakelse fra alle interessentene i pasientforløpet, og de har som oppgave å kartlegge, analysere og redesigne pasientforløpet, samt gjøre dette klart for implementering.



Figur 1 Styringslinja

Den enkle modellen er med å gi et overordnet perspektiv for å vise hvordan pasientforløp blir forstått og hvordan det blir håndtert, og når det enkelte Helseforetak (HF) skal rapportere tilbake, og om de da har klart å innfri bestillingen fra RHF av et mer standardisert tilbud til pasienten. Og ikke minst er det i tråd med det som Helse- og Omsorgsdepartementet har hatt av intensjon når dette ble bestilt? Hvordan forstår de overordnede myndigheter bestillingen de gir? Bildet er kompleks med alle sine muligheter for tolkning, og det er da viktig å gi en oversikt over de ulike definisjonene av pasientforløp. Dette vil igjen knytte seg til hvilke metoder som velges for å løse oppgaven med å lage og etterleve pasientforløp.

Det er flere varianter av definisjoner av pasientforløp. I Norge er det hentet inspirasjon fra miljø ved utenlandske sykehus, og til dels omgjort til norske forhold. Og det er ikke en ensartet oppfattelse av hva de ulike tilnærmingene innebærer. Det er hentet inspirasjon fra de ulike retningene og definisjonene, og i Helse Midt-Norge ble det hentet inspirasjon fra de ulike retningene og definisjonene og begrepet standardiserte pasientforløp ble besluttet innført.

I Helse Sør-Øst er begrepet behandlingslinje i stor grad benyttet. Det norske ordet behandlingslinje kan oversettes til engelskspråklige uttrykk som ”clinical pathway, critical pathway, integrated care pathway, clinical protocol, care map, care track og critical path. Helse Sør-Øst har med behandlingslinjer definert begrepet som: *"Dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koplek til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater"* (Helse Sør-Øst RHF 2012).

Helse Sør-Øst bruker også begrepet ”behandlingsforløp”, som er definert som ”Pasientens gang gjennom helsetjenesten og de faktiske møter og aktiviteter som inntreffer sett fra behandlerens ståsted (inkluderer ulike behandlingsteam og enheter som til sammen utgjør behandlingskjeden)” (Helse Sør-Øst RHF 2012).

En behandlingslinje er en fastlagt organisering av et behandlingsforløp for den aktuelle pasientgruppen (Helse Sør-Øst RHF 2012).

I tillegg bruker de også begrepet ”pasientforløp” ”Beskrivelse av pasientens gang, fra symptomer oppstår, gjennom helsetjenesten og de faktiske møter og aktiviteter som inntreffer, sett fra pasientens perspektiv” (Helse Sør-Øst 2010).

Ved enkelte rehabiliteringsinstitusjoner har de også konstruert begrepet ”Rehabiliteringsforløp”, som er et: ”Et rehabiliteringsforløp er en dokumentert beskrivelse av forventet forløp for en definert diagnosegruppe, Rehabiliteringsforløpene bidrar til å skape struktur, forutsigbarhet og standardisering, ved å omsette kunnskapsbasert praksis til

handling. Prosessene kvalitetssikres, og bidrar til at gjeldende lovkrav etterleves.” (Ringerike sykehus HF 2008).

”Lean i helsevesenet” er et begrep hentet fra industrien. Dette vil i hovedsak gå ut på å kartlegge ikke-verdiskapende aktiviteter i helsetjenesten og eliminere disse. Det store fokuset er at aktivitetene i behandlingsskjeden skal ha verdiskaping, og det som industrien betegner som ”waist”, altså sløsing, eller ”ikke-verdiskapende aktiviteter elimineres (Helsebiblioteket 2012).

Begrepet ”Fast track” brukes som definisjon på en begrenset del av et pasientforløp. «Fast track»-modellen, som er en kunnskapsbasert multimodal behandlingsmodell beregnet for kirurgisk virksomhet for eksempel på en operasjonsstue, eller en enkelt avdeling (Legeforeningen 2012).

Gjennombruddsprosjekt er en prosjektmetodikk for kvalitetsforbedring som har fokus på en meget kort prosjektfase i kartleggingen av forløpet, analysen og redesign av pasientforløpet (Legeforeningen 2012).

Til sist er det begrepet ”Standardiserte pasientforløp”. Begrepet ble etablert når Helse Midt-Norge RHF skulle finne en standard som skulle gjelde for regionen. Det ble da hentet inspirasjon fra de andre regioner og utlandet og sammenfattet en definisjon som skulle beskrive målet for et pasientforløp. ”*Et standardisert pasientforløp er implementering av en dokumentert beskrivelse av et planlagt pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater. I det beskrevne pasientforløp inngår både kliniske og ikke-kliniske prosedyrer, tid og samhandling*” (Helse Midt-Norge RHF 2008).

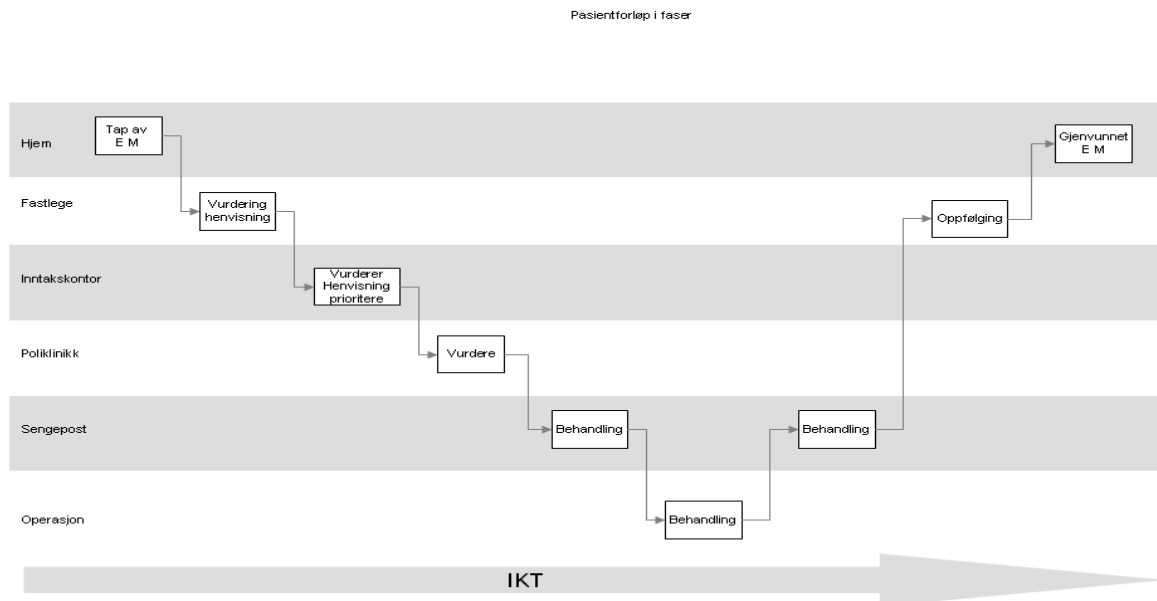
Denne definisjonen er den som nå ligger til grunn for utarbeidelse av pasientforløp, hvor forløpet er standardisert. Det er viktig å presisere at det ikke er pasienten som skal standardiseres, men de aktiviteter som er nødvendig for at pasienten skal få den mest optimale behandling.

4.2 Pasientforløpets faser

De fleste elektive pasientforløp gjennomgår faste faser. For å gi et helhetsbilde av de ulike fasene vil jeg redegjøre forløpenes ulike faser. Oppgaven skal orientere seg mot pasientforløpets første fase, henvisnings og vurderingsfasen. For å nøste opp i utfordringene kan en skissere et konkret vanlig pasientforløp i ulike faser. Denne prosessen beskriver de elektive pasientforløpene. Henvisnings- og vurderingsfasen utøves i hovedsak ved

Inntakskontorene. I denne fasen av pasientforløpet skal alle de standardiserte og ikke-standardiserte forløp koordineres.

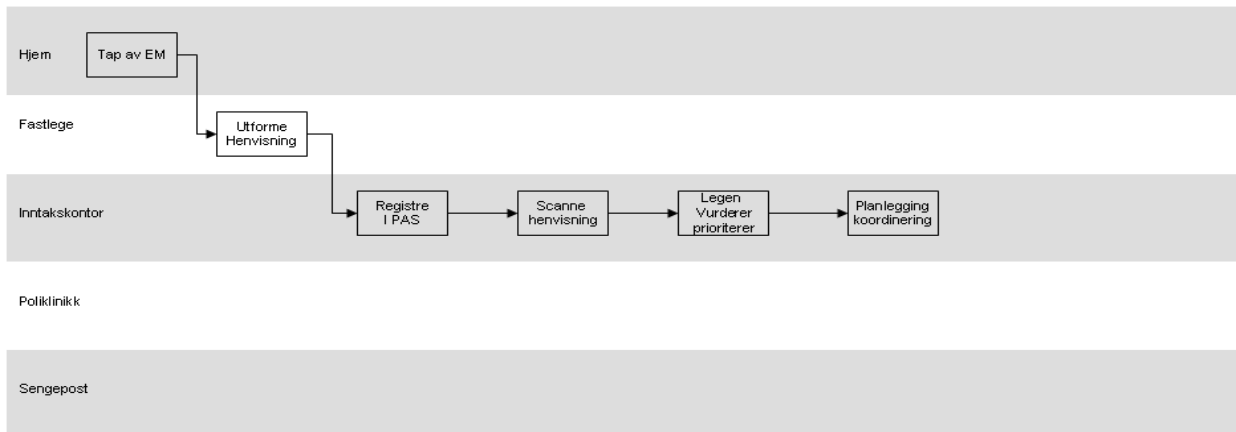
Denne hovedoversikten kan brytes ned til en mer detaljert beskrivelse av et vanlig pasientforløp hvor helheten beskrives. Denne viser et vanlig antall hovedarenaer (inntakskontor, poliklinikk osv.) som er involvert i forløpet. Oppgaven forholder seg isolert til Inntakskontoret som arena for undersøkelsen, og dens rolle i input til videre prosess.



Figur 2 Verdien for pasienten skapes i en kjede av aktiviteter (kilde, egen)

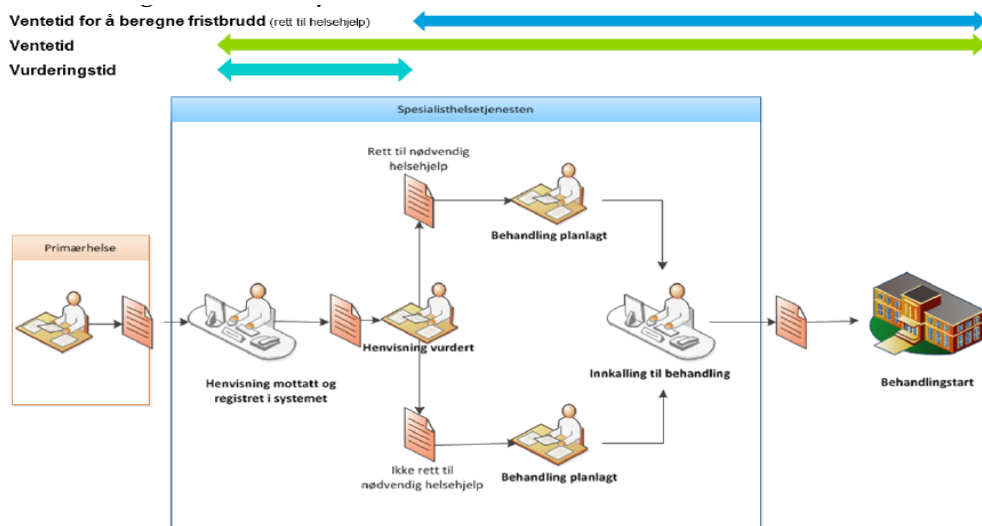
Figuren over viser et klassisk pasientforløp fra tap av egenmestring (EM) til gjenvunnet EM eller oppnådd maksimal behandling. I alle overgangene mellom de ulike nivåene er det manuelle overføringer av informasjon om pasienten fra det ene Informasjonsteknologi-systemet (IKT) til det andre. I tillegg vil systemer som omfatter blant annet røntgensystemer og lab.-prøvesvar ikke være integrert i en enhetlig håndtering.

Denne hovedprosessen kan igjen brytes ned til detaljerte prosesser i ved hver arena. I hvert ledd i denne prosessen vil hver aktivitet bestå av mange enkeltprosedyrer. Og pasientinformasjonen vil flyte både i elektronisk form og i form av tradisjonell håndtering av informasjon via papirutgaver.



Figur 3 Hovedoversikt over aktiviteter ved Intakskontoret (Kilde, egen)

Modellen nedenfor viser også pasientrettigheter for prioritering av henvisning, og frister i forhold til tid, og når disse beregnes.



Figur 4 Tidsfrister for håndtering av henvisningen (Helse Midt-Norge RHF, strategi 2020, 2012)

I henvisnings- og vurderingsfasen tar fastlegen kontakt med sykehuset i form av en henvisning. I henvisningen er det redegjort for pasientens tilstand og de ulike undersøkelsene som er gjort på forhånd, og hvilken tilstand fastlegen mistenker, og hva fastlegen ønsker at spesialist skal vurdere.

Denne henvisningen sendes enten som brev eller elektronisk. I sykehuset blir henvisningen registrert i det pasientadministrative systemet (PAS), og klargjort for vurdering. En lege vil da vurdere henvisningens innhold, kvaliteten på innholdet, og om henvisningen inneholder nok opplysninger til å kunne kalle inn pasienten til en poliklinisk konsultasjon.

Det er som regel en prosess for pasienten før han tar kontakt med sin fastlege for hjelp. Mange har kjent på sine plager en stund før de tar kontakt. Tilgjengeligheten til tilbudet som fastlegen skal gi kan også oppleves som en terskel, hvor lett tilgjengelig er fastlegen på telefon, og er det mulighet for å bestille time via nettet? Oppgaven vil ikke ta for seg denne problemstillingen, men jeg ønsker å beskrive at allerede her vil pasienten møte utfordringer i møte med helsevesenet.

Henvisningen kommer som regel som vanlig brev og blir scannet inn pasientjournalen, men det er nå også mulighet for at fastlegen kan sende denne elektronisk. Det er et eget nasjonalt prosjekt som skal løse utfordringene med elektronisk samhandling og effektivisering. En vesentlig faktor er at innholdet i henvisningen er standardisert. Det vil lette arbeidet for den legen i spesialisthelsetjenesten som skal vurdere henvisningen. Mangelfulle henvisninger krever et ekstra arbeid for å innhente nye opplysninger, og kan forlenge vurderingstiden. Den maksimale tiden for å vurdere en henvisning er 30 virkedager.

Når alle opplysninger foreligger kan det ha betydning for den videre prosess hvordan henvisningen blir håndtert. Det er muligheter for å ta i bruk elektroniske vurderingsvedlegg slik at all saksbehandling skjer elektronisk, men det også mulighet for standard saksbehandling via papir.

I vurderingsfasen skal den vurderende legen tar legen stilling til de opplysninger som foreligger i henvisningen, samt om det er mulig tilgjengelig informasjon fra eventuelt tidligere opphold. Foreligger alle opplysninger? Tilgangen på røntgenbilder er her noe som Inntakskontoret skal forberede ved å ha dette lagt inn det elektroniske systemet. Når legen har vurdert henvisningen blir denne overført til Inntakskontoret for planlegg og koordinering av de aktiviteter som den vurderende lege har forordnet og de øvrige som naturlig i henhold til prosedyrer er nødvendig i det aktuelle pasientforløpet. Til denne prosessen reises det flere spørsmål til graden av bruk av elektroniske prosesser, tilgjengelig informasjon og hvordan den brukes videre i planleggingen. Dette gjelder dokumentering av konsultasjonen ved digital diktering, og hvordan håndterer sekretæren oppfølgingen av legens vurderinger, og som videreformidling av time til behandling.

I poliklinikk fasen skal legen undersøke pasienten for det han er henvist for. Dette er vanlig i forhold til planlegging av kirurgiske inngrep. Ifølge fig 3 viser det hovedprinsippene i

vurderingen av henvisningen. Legens videre vurdering på poliklinikken inn mot pasientrettighetene (rett til prioritert behandlingsfrist, rett til behandling eller avslag til behandling ut fra de ulike prioriteringsveilederne), vil igjen gi en endelig avklaring til behandling eller ikke.

I behandlingsfasen kommer resultatet av all planlegging. Pasienten skal i utgangspunktet møte helsetjenesten som skal ha forhåndsplanlagt alle aktivitetene som er nødvendig for å gjennomføre behandlingen. Her foregår det en rekke aktiviteter, registrering i det pasientadministrative systemet hvor det er en kobling til ventelister og frister. Pasienten skal journalføres av flere yrkesgrupper. Deretter er det en rekke tiltak som utføres av støttepersonell, blodprøver etc. All dokumentasjon blir elektronisk dokumentert, og ligger tilgjengelig for de aktørene som er involvert i pasientforløpet.

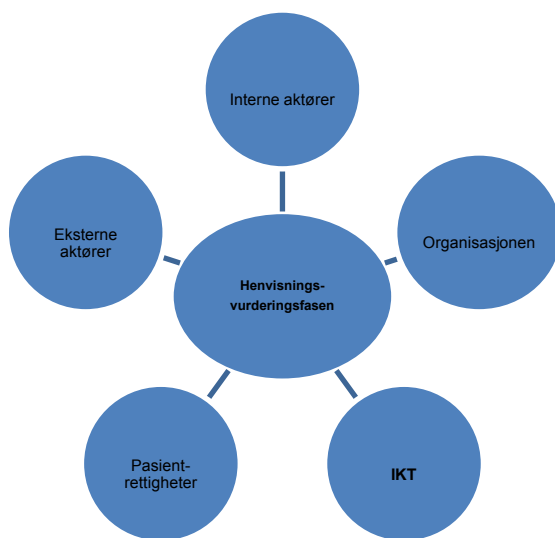
Når pasienten er ferdigbehandlet skal han følges opp av 1. linjetjenesten. Fastlegen skal ha sin epikrise (oppsummering av behandlingen og anbefalinger for oppfølging).

Innkallingsprosedyrer. Fastlegen skal da følge opp sin pasient. Og ikke minst har også pasienten et ansvar for følge opp videre behandling. Det er altså samhandlingen mellom aktørene og resultatet av denne som vil gi input til den videre prosessen.

4.3 Faktorer som innvirker på planleggingen av pasientforløp

Unødvendig liggetid pre- per- og post skyldes som regel ikke god nok plan over de aktiviteter som pasienten skal gjennom, og ikke minst ikke tilfredsstillende koordinering av ressursene som skal utføre aktivitetene. Dette medfører også manglende kontroll på utgiftssiden, og ikke minst inntektssiden. Dette vil igjen medføre lenger ventetid for de som står i pasientkø. Altså, den ideelle situasjon er å overføre de pasienter som ikke trenger innleggelse til poliklinisk behandling, samtidig ta inn nye pasienter som krever innleggelse og dermed få bedre kontroll med inntekter.

I mange tilfeller styres endringene retrospektivt, dvs. styring ved hjelp av ”bakspeilet”, og organisasjonene har ikke systemer for å endre retning for nok. Og det er mange faktorer som vil påvirke planleggingen. Følgende modell beskriver de faktorer som vil påvirke Inntakskontoret i sin planlegging og koordinering av pasientforløpet.



Figur 5 Hovedområder som påvirker planlegging og koordinering av pasientforløpet (Kilde, egen)

Det er mange forskjellige maktstrukturer som med ulike agendaer har påvirkning på planleggingen. Pasienter er hovedpersonen og har mulighet for å påvirke sitt pasientforløp. I hvilken grad pasienten hevder sine rettigheter og følger opp disse mot sin fastlege og mot Inntakskontoret kan være med å påvirke resultatet. Dette belyses i analysedelen. Leger, operatører, anestesipersonell, sykepleiere, og sekretærer er naturlige interne aktører som vil ha mulighet for å påvirke planleggingen av pasientforløpet. Det er viktig her å presisere at det er planleggingen av de som tjenesten har standardisert som behandling.

4.4 Organisatoriske forhold ved pasientforløp

Med organiseringen menes den strukturelle forhold ved organisasjonen, som for eksempel er det planlagt ferie på samme tid for alle yrkesgrupper? Det vil være vanskelig å planlegge aktivitet når de ulike aktørene er tilgjengelig på ulike tidspunkt. De ulike Inntakskontorene er ulike oppbygd med ulik kompetanse. Noen har bare sekretærer, og noen har blanding av fagprofesjoner som f. eks. sykepleiere. Dette forholdet belyses videre i oppgaven. I tillegg har den ordinære avviksregistrering og læringsløyfa påvirkning av aktiviteten ved Inntakskontoret i de saker som omhandler inntaksprosessen.

I utgangspunktet foreligger det ideelle standardiserte pasientforløpet som grunnlag for det tilbudet sykehuset ønsker å tilby pasientene. Når pasienten skal få tilbudet om behandling er det en rekke aktiviteter som skal planlegges og ikke minst koordineres. Det er viktig at denne prosessen forløper så raskt som mulig slik at pasienten kan komme i gang med

behandlingsforløpet, og etter den standard som sykehuset har lagt for forløpet. Altså, aktivitetsplanlegging er å samkjøre alle de ressursene og aktiviteter som skal til for at pasientforløpet skal kunne gjennomføres som planlagt. Koordinering av de ulike timebøkene (for eksempel bestilling av time til røntgen i forkant av en operasjon) i de ulike forløpene byr på utfordringer. Hvordan pasienten blir fraktet fra hjemmet til behandlingssted og tilbake skal også ta hensyn til. Det skal også informasjon tilbake til pasienten, og ikke minst tilbakemelding til fastlegen som har rekvirert. Disse aktivitetene utgjør den hele koordinering av aktiviteter som er nødvendig for at pasienten kan komme inn til sitt behandlingsopplegg.

Ressursstyring og aktivitetsplanlegging har utfordringer i forhold til problemstillingen. Det er mange ulike yrkesgrupper som har sin rolle i gjennomføringen av pasientforløpet. Legen/operatør, assistentlege, anestesilege, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, teknikere, radiografer, sykepleiere og hjelpepleiere. Alle disse har sin turnus. Sykdom oppstår og endringer må gjøres både på lang og kort sikt. Alt dette må koordineres slik at nødvendig ressurs er tilgjengelig når det standardiserte pasientforløpet skal planlegges gjennomført innen de tidsfrister som er satt.

Det brukes forskjellige systemer for ressursstyring i helsesektoren. Noen foretak har gode elektroniske systemer, andre har hybrider av manuelle systemer kombinert med elektroniske systemer, og det er ulikt hvordan de utvikles og blir brukt. Noen steder har de års-planlegging, og andre har ordinære turnuser som går over ulike tidsintervaller. Og det er også forskjeller mellom yrkesgruppene. Leger kan ha forskjellige planer enn hva sykepleiere har, og dette vises også forskjellig. Og tilgjengeligheten er også forskjellig. Ressursstyringen innbefatter ikke bare fra dag til dag, men også høytider og ferier. Og et viktig område er om ressursen koordinert i sin helhet, for eksempel er de ulike profesjonene koordinert til å ha samme ferieperiode?

Utfordringene står i kø når ressursene skal koordineres i planleggingen av pasientforløpet. Hvor godt tilgjengelig er oversikten over ressursen når den enkelte planlegger et standardisert pasientforløp? I en bedre planlagt drift, og for få frem en mer dynamisk planlegging av tilgjengelig ressurs, kreves det gode logistikksystemer. Til dette er det også knyttet behov for gode ressursstyringssystemer. Påstanden vil da også være at vi vil få en kvalitetsheving, spesielt for den enkelte pasient som kan unngå unødig innleggelse og få adekvat behandling. Denne utviklingen skjer i et tempo som kan være vanskelig å følge med i. Hvordan utøvelse av ledelse er knyttet til Inntakskontoret vil ha betydning for hvor autonom de enkelte ved Inntakskontoret er.

Forvaltning betyr styring eller administrasjon, og begrepet brukes gjerne om den virksomheten som utøves av offentlige myndigheter (www.wikipedia.no 2012). Begrepet forvaltning kan

defineres som ”et samlebegrep for å betegne en rekke organisasjonsforhold som trekk ved stillingsstrukturer, personale, prosedyrer osv.” (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989).

Forvaltning har tidligere ikke fokusert på valgfrihet og medbestemmelse, altså gitt begrepet et brukerperspektiv. I de senere årene har dette vært i utvikling, og brukerne har fått endret sin ”status”. De politiske føringene har resultert i et ønske om å bryte med de tidligere, til dels dypt rotfestede, forestillinger om hvordan forvaltningen skal fungere.

Med offentlig forvaltning mener Regjeringen ”en sterk og effektiv offentlig sektor som gir innbyggerne gode tjenester, valgfrihet og medbestemmelse. Offentlig sektor skal være i stand til å ivareta hensynet til kvalitet, tilgjengelighet, rettferdighet og økonomisk effektivitet” (www.regjeringen.no 2006). Og via den parlamentariske styringsløyfen skal brukerne si sin mening om hvordan dette fungerer.

Verken HOD, RHF’et eller HF’et har en egenberettigelse. Disse institusjonene er etablert for å gjennomføre tiltak som direkte eller indirekte skal komme pasientene til gode. De skal gjennomføre den vedtatte politikk, gjennom de lover og instruerte oppgaver fra det politiske system.

Organisasjonsteorier og organisasjonssosiologien har fokusert på det indre forholdet i organisasjonen mellom de ansatte, og i mindre grad mot mottakere av tjenestene. Utfordringen ligger i å lokalisere de mekanismer i den offentlige forvaltning som i samhandlingssituasjonen mellom Inntakskontoret og brukere, og mellom inntakskontoret og de øvrige interessentene som er nødvendig for at pasientforløpet skal forløpe som planlagt standardiserte forløp. Problemstillingen i oppgaven er å påpeke trekk ved forvaltningen (inntakskontoret), ved pasientene og ved de øvrige interessentene som kan påvirker planlegging og koordinering av pasientforløpet. En kan anta at ressurssterke interessenter kan få større innpass i planleggingen og koordineringen av det standardiserte pasientforløpet, og utfordringen vil også ligge i hvordan Inntakskontoret ivaretar de pasienter som ikke er ressurssterke.

4.5 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsesektoren

Helsevesenet i Norge var tidlig ute med å digitalisere sine informasjonssystemer, og har nå en tilnærmet fullstendig utbredelse av elektroniske pasientjournaler (Aanestad og Olaussen 2010, 10). Nasjonal strategi for IKT skal omsettes til lokale forhold, både regionale og HF-nivå. Og til disse er det også knyttet mange frittstående applikasjoner som understøtter den elektroniske journalen, men som ikke nødvendigvis er elektronisk integrert i hverandre. IKT skal være et hjelpemiddel og en kvalitetssikring for pasientbehandlingen, men IKT i helsevesenet har lenge vært en utfordring. Fra samhandling i sykehusinterne pasientforløp, og ikke minst

elektronisk samhandling på tvers av 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet 2009). Det er mange ulike systemer knyttet til pasientforløpet som ikke ”kommuniserer” med hverandre, og det er vanskelig å styre utviklingen av både nye og gamle systemer. I boken “IKT og samhandling i helsesektoren” brukes begrepet “digitale lappetepper, eller sømløs integrasjon?” (Aanestad og Olaussen 2010). Diskusjonen her går om forhold vedrørende de store omfattende IKT-systemene, hvordan disse henger sammen.

Når det gjelder IKT i helsesektoren, er dette et stort og omfattende område. Fra overordnede strategier ned til brukernivå. Behovet for effektive systemer på brukernivå er ikke alltid forankret i de nasjonale retningslinjene. Det vil være fordeler ved å ha nasjonale føringer for en felles IKT-struktur med tanke på overførbarhet av informasjon og likhet ved alle foretakene. En konkret barriere er også datatilsynet som har sitt regelverk å forholde seg til. Tidligere Helseminister Bjarne Håkon Hansen har uttalt at hindringer for å få etablert gode rutiner og systemer skulle vurderes. (Aanestad og Olaussen 2010, 173), men det er store og tunge systemer som skal endres og forbedres og det er en tidsdrivende faktor.

Informasjon og kommunikasjonsteknologi er forbundet med effektivisering av helsetjenesten, også pasientforløp. Det foreligger nasjonale IKT-strategier som gir føringer til de ulike selskapene som utvikler programvare til helsesektoren. Dermed blir det en viktig problemstilling om hvilke strategier har de ulike foretakene på innføring av teknologi. Som følge av krav om effektivisering vil en kunne oppnå en del ved å ta i bruk teknologi. (Sosial og Helsedirektoratet 2006).

En god del av IKT-strukturen er felles, men områdene rundt IKT og pasientforløp er nødvendigvis ikke lik. Dette har å gjøre med ulike behov, og hvordan en ser på utviklingsmuligheter for IKT i sin klinikk.

Nasjonalt behandles IKT forskjellig. Det foreligger ikke et ensartet system som hvert foretak, eller sykehus, skal forholde seg til. Som følge av dette får en systemer som ikke ”snakker” sammen, og er kompatible med hverandre.

Det at IKT-utviklingen i alle deler av helsevesenet har utviklet seg forskjellig byr på mange utfordringer når de ulike enhetene skal samhandle. Dette gjelder innad i det enkelte HF, mellom HF og ikke minst mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Planleggingen av pasientforløp skjer i stor grad via IKT. Det er bærende for hva som faktisk skjer i samhandlingen mellom de ulike aktørene i pasientforløpet og hvordan de enkelte aktørene løser utfordringene i forhold til de muligheter de har med tilgjengelige IKT-verktøy og etablerte rutiner.

Til systemene knytter det seg flere utfordringer som blant annet om funksjonaliteten er tatt i bruk fullt ut. Det foregår en intern utvikling i de fleste applikasjoner som brukes, og det er ulikt i hvilken grad de ansatte er med i brukerforum for å styre utviklingen. Dette er et tema i oppgaven.

Når pasientforløpet skal standardiseres, og IKT er arbeidsverktøyet for å få dette gjennomført, og dette er ulikt utviklet, vil dette by på utfordringer. De gevinster som IKT kunne bidratt med er ikke tilgjengelig, og manuelle rutiner må etableres (Aanestad og Olaussen 2010, 43). For å utøve god forvaltning mellom aktørene er det viktig at kommunikasjonen mellom disse er god. Og når det legges opp til elektronisk samhandling, og dette ikke er fullt ut utviklet, vil det etableres rutiner som kan virke tungvint, og hindre effektive prosesser. En del av undersøkelsen vil omhandle hvordan Inntakskontoret opplever elektronisk samhandling.

I tillegg til manuelle rutiner er IKT en vesentlig faktor for å få planlagt pasientforløpet på en effektiv måte. Dette gjelder logistikksystemer som Operasjonsplanleggeren (OpPlan), journalsystemet, røntgensystemet osv. Dette er en faktor som belyses i oppgaven..

4.6 Pasientrettigheter, revisjoner og tilsyn

Pasientene får mer og mer oppmerksomhet i forhold til sine rettigheter i forbindelse med pasientbehandling. De gis rettigheter i forhold til frister for vurdering av henvisningene, og frister for når de skal komme til behandling. Pasientene vurderes også i forhold til rett til nødvendig helsehjelp. Kriteriene for å få rett til nødvendig helsehjelp er beskrevet i nasjonale veiledere for de ulike sykdomsgruppene. Og fristene er satt i forhold til generelle vurderinger for hva som er medisinsk forsvarlig ventetid for den enkelte tilstand. Og disse fristene skal koordineres med de øvrige forhold som skissert ovenfor.

Pasientene kan også velge å benytte seg av ordningen Fritt sykehusvalg. Har pasienten fått innvilget rett til nødvendig helsehjelp opplyses pasienten om retten til å velge annet sykehus innenfor samme nivå, og som tilbyr samme behandling. Dvs. at pasienten ikke kan velge for eksempel Rikshospitalet da dette faller inn under et annet nivå i helsetjenesten om behandling kan gis på et lokalsykehus. Selve om pasientene benytter denne ordningen i ulik grad, medfører det ekstra arbeid med håndtering (Helsedirektoratet - Fritt sykehusvalg 2012).

Om et sykehus ikke vil klare å innfri pasientens rettighet i forhold til nødvendig helsehjelp, har pasienten mulighet for å benytte seg av assistanse fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) som er en ytre etat under Helsedirektoratet som blant annet skal ivareta sentrale helserettigheter gjennom forvaltning av for befolkningen (www.helfo.no 2012)

HELFO vil på vegne av pasienten ta kontakt med det aktuelle sykehuset som har innvilget en rettighet, og gi det aktuelle sykehuset en frist på 14 dager til å gi et behandlingstilbud. Dersom ikke sykehuset klarer å innfri fristen som er satt, vil Helfo sørge for at pasienten får et tilsvarende tilbud til. Konsekvensen er at sykehuset som har innvilget fristen blir økonomisk belastet i større grad for behandlingen som gis på et annet sykehus.

Fristene som settes gir de som skal koordinere pasientforløpet en utfordring. Fristen er en tilleggsfaktor når det gjelder planleggingen av pasientforløpet. Er nødvendig ressurs til stede for å kunne innfri fristen? Hvor mange som har fått innvilget frist for nødvendig helsehjelp står i kø? Vil det være konflikt i prioriteringen når antall pasienter overstiger det som er kapasiteten på den enkelte operasjonsstue eller poliklinikk?

Det drives en utstrakt kontroll med helsevesenet i alle ledd. Fra rapportering (fig 1), og til tilsyn av Helsetilsynet ved fylkeslegene, Datatilsynet, Mattilsynet osv. I tillegg har Pasientombudene en rolle for å ivareta pasientens interesser. Disse aktørene vil utøve en kontroll med sykehuset forholder seg til lovverket, og har forsvarlige systemer for å håndtere dette. Helsetilsynet i Sør-Trøndelag har påpekt i et av sine tilsyn mangelen på gjennomgående systemer som også indirekte vil påvirke IKT-systemer. Formålet med tilsynene er at virksomheten forholder seg til det lovverk og retningslinjer som foreligger og kan skape økt effektivitet. (Helsetilsynet 2012)

De store pasientorganisasjonene er også med å påvirke pasientforløpene både direkte og indirekte. Og dette kan ha betydning for hvordan pasientforløpet utformes og prioriteres.

4.7 Aktørers påvirkning på planlegging og koordinering

Helse Midt-Norge har i sin visjon ”*på lag med deg for din helse*” (Helse Midt-Norge RHF 2009). I dette ligger samhandling med pasienten. Et godt gjennomført pasientforløp starter som regel med en god plan over de aktiviteter som pasienten skal gjennom og koordinering av ressurser. Pasienten kan her være med å påvirke sitt forløp ved å være aktiv i oppfølging sin henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette gjøres ved å påvirke legen som har henvist, eller direkte ta kontakt med Inntakskontoret. Teorien om terskel, kø og skranke (Schaffer og Huang 1975) for å belyse forhold knyttet til pasientens kontakt med Inntakskontoret.

Intern og ekstern påvirkning av planleggingen skjer både direkte og indirekte. Det er ulike instanser som har som oppgave å føre tilsyn med virksomheten. Helsetilsynet ved fylkeslegen vil behandle klager, og føre tilsyn med driften ved gjennomgang av deler av virksomheten. Helseministeren har bestemt at fra 01.07.12 skal Kunnskapsdepartementet håndtere avvik ved virksomheten for å skape en lærende organisasjon (Helsedirektoratet 2012). Pasient- og

brukerombudet er også en aktør som skal være en kontrollinstans for å sørge for at pasienten får oppfylt sine rettigheter (Pasient og brukerombudet 2012). Det er også en indirekte påvirkning av brukerorganisasjoner, som kan gi føringer for hvordan tjenesten skal prioriteres, for eksempel Kreftforeningen, og andre store aktører.

Den konstante faktoren ved Pasientrettighetsloven, og de øvrige lovverkene som gir pasienten rettigheter, skal ligge til grunn for håndteringen av henvisningen, og planlegging og koordinering mot innleggelsen. Ofte er det denne som kontrollinstansen vil føre tilsyn med.

4.8 Effektivisering av pasientforløpene og endringene i perioden

Ved økt krav til bedre kapasitetsutnyttelse økt pasientbehandling vil dette medføre at alle ledd i organisasjonen må forbedre sine aktiviteter. Det handler i hovedsak om å få bedre kontroll over sine ressurser og planlegge disse mot den aktiviteten den enkelte enheten skal levere inn til pasientforløpet. I perioden 2008-2011 viser utviklingen en økt pasientbehandling ved Nevrokirurgisk avdeling fra 1200 opererte pasienter i 2008 til 1450 pasienter i 2011. Denne økningen i aktivitet på operasjonsstuen har medført at gjennomsnittsbelegget på 16 senger i sengeposten har økt fra 70 % til 86 %. Til sammenligning ble det operert 850 pasienter i 2004 med en kapasitet på 24 senger + korridor plasser og med 90 % belegg. Det viser at planlegging av logistikk krever mye av alle ledd, men ikke minst til den enheten som skal ha oversikt og koordinere pasientforløpet (Kilde, respondent C).

4.9 Oppsummering

Det er utviklet mange definisjoner som skal beskrive pasientforløp, og det er ulike metodiske tilnærminger for hvordan utviklingen pasientforløpene prosjekt organiseres, og hastigheten for når sluttproduktet skal foreligge. Dette ble vurdert når Helse Midt-Norge RHF landet på en definisjon på pasientforløp, og hvordan en helhetlig skulle tilnærme seg prosjektorganiseringen ved å involvere alle aktører som har et "eierskap" til pasientforløpet. Det er mange faktorer som i arbeidsprosessen i pasientforløpets faser. For å forstå den enkelte prosess er det viktig å ha et helhetsperspektiv på alle prosesser i pasientforløpet. Det er mange aktører, både internt og eksternt, som påvirker planleggingen av forløpet. De interne aktørene er en del av de organisatoriske rammer skal koordineres, og med alle elektroniske systemer som skal være den bærende faktoren som verktøy for å ha oversikt over pasienter og aktiviteter, er dette det som vil ha fokus i oppgaven.

5 Problemstilling

Som skissert i kapittel 1 er det mange faktorer som påvirker planleggingen av pasientforløpet, og disse faktorene er nødvendigvis ikke med når det enkelte standardiserte pasientforløpet ble utarbeidet.

Kapittel 1 beskriver definisjonen av pasientforløp, og hva som ligger til grunn for hva et pasientforløp skal inneholde. I hovedsak vil definisjonen omhandle behandlingstilbudet når pasienten fysisk kommer inn til behandling. Men i definisjonen er det også ment at pasientforløpet skal ha en ”effektiv ressursutnyttelse”, og ”tid og samhandling” (s.10 og fig. 4). Det er ikke bare den enkelte enhet som skal sørge for effektiv ressursutnyttelse, men denne skal koordineres og begrepet ”utnyttelse” vil strekke seg i en videre sammenheng ved at denne også utnyttes ved bedre koordinering og håndtering av flaskehalsene.

De organisatoriske forhold i sykehuset som helhet vil ha betydning for den enkelte avdelings planlegging av driften, og denne må igjen være en del dette. IKT er et stort tema som i denne sammenhengen ikke tar for seg alle utfordringer, men likevel er et område som har stor betydning for planlegging og organisering.

Pasientrettigheter har klare føringer for hvordan tjenesten skal utføres, og hva som her krav til leveranser. Til dette hører også tilsyn av virksomheten med. Pålegg fra tilsynsmyndighetene er ikke gjenstand for diskusjon og vurdering, men skal tas til følge. Driftsmessige forhold som medfører at medfører både tilsyn og vedtak om endring er prosesser som påvirker endringer i organisatorisk sammenheng, men også kan ha følger for hvordan mellommenneskelighet utføres. Forskningsspørsmålene er begrenset seg til og ikke å ta med dette forholdet.

Det er veldig mange interessenter mot et pasientforløp, og de kan ha ulik forståelse for helheten. Dette er tema som blir berørt i oppgaven. Interessentene er både interne aktører og eksterne aktører.

Jeg ønsker å undersøke de faktorer som påvirker planleggingen og koordineringen av pasientforløpet, og hvordan dette og de øvrige interessenter påvirker planleggingen av pasientforløpet i Inntakskontorene etter innføringen av standardiserte pasientforløp, relatert til prosesser og strukturer, sett i et maktperspektiv. Enhetene som skal undersøkes er Inntakskontorene ØNH, og NKIR ved St. Olavs Hospital HF. Hvordan oppleves innføring av standardiserte pasientforløp for Inntakskontoret, sett i et kulturelt perspektiv? Hva som påvirker planleggingen og koordineringen for å få mest mulig flyt i tjenestene når pasienten kommer inn til behandling. Hvordan har standardisert pasientforløp påvirket Inntakskontoret organisering, utvikling og samarbeid med andre aktører i pasientforløpet?

Problemstilling:**Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp?**

Denne hovedproblemstillingen viser 3 forhold som leder til følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken innflytelse har innføring av standardisert pasientforløp hatt på organisatoriske strukturer og prosesser i henvisning og vurderingsfasen ved inntakskontorene ved St. Olavs Hospital HF i perioden 2009-2011?
2. Hvordan har relasjonen mellom pasient og system sett i forhold til makt og kommunikasjon utviklet seg i perioden 2009-2011?
3. Hvordan har systemet utviklet økt gjennomstrømming?

5.1 Oppsummering

Kapittel 4 trekker sammen de faktorer beskrevet i kapittel 1 sammenfattet til en problemstilling for å undersøke hvilke faktorer som påvirker planleggingen og koordineringen pasientforløpet sett i et kulturelt perspektiv, ved følgende formulering: ”Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige, kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp?” Denne søkes løst ved hjelp av forskningsspørsmål som tar for seg de 3 elementene i problemstillingen. Det ble utviklet en intervjuguide med både lukkede og åpne spørsmål for å kunne ha et mer dynamisk intervju hvor muligheten for å få mer bredde i svarene.

6 Metode

I denne delen av oppgaven redegjør jeg for ulike metodevalg. Med andre ord hvilke grep en kan velge for å undersøke virkeligheten eller empirien.

Dag Ingvar Jacobsen beskriver samfunnsvitenskapelig metode i boken: "Hvordan gjennomføre undersøkelser?". "Metode er en måte å gå frem på for å samle inn empiri. Metoden angir hvilke framgangsmåter som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten enten den oppfattes som objektiv eller som en menneskelig fortolkning" (Jacobsen:24 2003).

Det som her blir viktig å understreke at det ikke finnes noen "rett" metode eller oppskrift. Som Jacobsen skriver i boken "Hvordan gjennomføre undersøkelser", er det en grunnleggende uenighet om hva som er virkelighet, sannhet og ikke minst hvordan vi kan vite noe om denne virkeligheten. Begreper i denne sammenheng er altså virkelighet, sannhet og ikke minst kunnskap.

Den fortolkningsmessige retningen sier at det ikke finnes en objektiv sosial virkelighet. Dette fordi mennesker fortolker og legger forskjellige meninger i sosiale fenomener. Det vil si at alt må forstås i sin rette sammenheng eller kontekst. Man kan hevde at i nyere vitenskapsteori er det bred enighet om at vi bare kan få en delvis oppfatning av virkeligheten og at kunnskapen derfor har sine begrensninger. De ulike Inntakskontorene kan ha ulik oppfatning av virkeligheten, og ved undersøkelsen av prosessene er viktig å få frem nyansene fra respondentene.

Når det kommer til hvilken innfallsvinkel man skal velge for å fange opp virkeligheten, så skiller man gjerne mellom to forskjellige tilnærminger. Disse er deduktiv og induktiv datainnsamling. Deduktiv tilnærming vil si at forskeren først gjør seg noen antagelser eller forventinger om hvordan virkeligheten ser ut, for deretter å undersøke disse antagelsene. Om den såkalte forforståelsen stemmer overens med den undersøkte virkeligheten. Kritikken mot dette går på at forskernes forforståelse og forventninger gjør at funnene også blir lik forventningene. Man finner ikke ut noe annet enn det man har tenkt på. Utfordringen ligger i å være bevisst på dette forholdet, når intervjuet skal gjennomføres ved Inntakskontorene.

Alternativet til deduktiv tilnærming er induktiv tilnærming. Her går forskerne motsatt vei, og ikke fra teori til empiri som i en deduktiv tilnærming. Man starter rett opp med empirien eller datainnsamling for til slutt å gå i tenkeboksen og forme teorier og hypoteser (antagelser om sammenhenger). Ideelt sett har ikke forskeren forforståelse av fenomenene han skal forske på. Det er her viktig at ingen ting skal begrense hvilken informasjon den enkelte forsker samler inn. Induktiv tilnærming er ikke egnet for løsning av oppgaven slik den lagt opp.

I samfunnsvitenskapelig forskning er det to forskningsmetoder som er sentrale. Disse kalles henholdsvis kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode innebærer innsamling av data gjerne gjennom spørsmål/spørreskjema som lar seg omgjøre i tall, og videre bearbeiding i statistikk. Kvantitative data samles gjerne inn gjennom telefonintervju med svaralternativer, eller spørreskjema med svaralternativer.

Den andre metoden kalles kvalitativ. Denne metoden handler om tekstdata og er ikke så opptatt av talldata. Den vanligste måten å samle inn disse tekstdataene på er via intervjuer. Ansikt til ansikt intervjuer hvor forskeren gjerne på forhånd har skissert gangen i intervjuet og laget sentrale spørsmål. Disse sentrale spørsmålene har ikke svaralternativer, og målet er ofte å gå i dybden på et tema. Det å avdekke meninger, normer, sammenhenger og de underliggende faktorer som bestemmer oppfatninger. Dette er tilnærmingen jeg har valgt for å få frem nyansene i intervjuene.

6.1 Valg av metode for datainnsamling

Jeg har fra blant annet tidsperspektivet vurdert at det kan være mer hensiktsmessig med en kvalitativ undersøkelse, med en deduktiv tilnærming.

I utgangspunktet hadde det vært mulig og gjort en kvantitativ undersøkelse for å avdekke problemstillingen, og til dels ligger det godt til rette for å gjøre en slik utførelse. En kan miste verdifull informasjon ved denne tilnærmingen. I tillegg vil det være usikkert om hvor mange vil svare. Det vil også stille utfordringer til behandling av data i etterkant.

6.2 Valg av datakilder

Jeg ser for meg i oppgaven kvalitative tilnærming. Av aktuelle dokumenter kan være skriftlig informasjon, nasjonale retningslinjer, lovverk vurderinger.

I forskningsintervjuet kan det skisseres noen hovedpunkt:

- Hente beskrivelser fra den intervjuedes livsverden, med henblikk på å fortolke de beskrevne fenomenene, sekundærdata
- Den menneskelige interaksjonen i intervjusituasjonen
- Introduksjon - selve intervjuet – avrunding
- Om følelser i menneskelige interaksjoner

Jeg vurderer det som hensiktsmessig å gjøre hoveddelen av undersøkelsen via intervju. Dette knyttes opp til de 2 første forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmål 1 og 2 henter empiri respondenter fra Inntakskontorene. De ulike intervjuemetodene beskrives som følgende:

- Spørsmål med faste svaralternativ i en fast rekkefølge
- Spørsmål i en fast rekkefølge, innslag av åpne svar
- Intervjuguide med tema, fast rekkefølge, med noe faste svaralternativ
- Intervjuguide med tema, fast rekkefølge, og kun åpne svar
- Samtale uten intervjuguide, uten sekvens i samtalen

Jeg har valgt en intervjuguide med tema, i fast rekkefølge med noe faste svaralternativ. Dette for ikke å være forutinntatt mot intervjuobjektene.

Utvalget av respondenter er konsentrert til sentrale aktører fra 2 Inntakskontor ved St. Olavs Hospital HF som har organisert seg noe forskjellig, men stilles de samme spørsmålene. I tillegg er det innhentet data om kapasitetsforbedring ved en av enhetene.

6.3 Valg av undersøkelsesdesign

Hva er det beste undersøkelsesopplegget for denne problemstillingen, intensive (dype), eller ekstensive (brede) opplegg, eller en kombinasjon av disse, altså en design-triangulering?

Fordelen med det intensive designet er at en kan få frem mange nyanser i problemstillingen, og få en helhetlig forståelse mellom undersøkelsesenheten og konteksten undersøkelsesenheten foregår i. Case studier og små N-studier er eksempler på metoder for undersøkelsesdesign rettet mot intensive opplegg. Case studier begrenses til en definert enhet, og N-studier (Numbers) innebærer intervjuer med få personer innenfor enheten som skal undersøkes.

Ekstensiv design vil bety og undersøke mange enheter med formål å få en presisering av omfanget av problemstillingen. Fordelen med denne metoden er at det er mulig lettere å generalisere de funn som gjøres.

Design-triangulering vil være kombinasjon av disse vil være og først intervjuer noen få for å få frem relevans og det spesifikke i konteksten, og dernest knytte denne mot en ekstensiv undersøkelse.

For den aktuelle problemstillingen vil jeg velge intensiv design og N-studie. Begrunnelsen for dette er at det er få personer som har detaljkunnskap om det som skal undersøkes.

6.4 Oppsummering

I kapittel 5 har jeg redegjort for ulike metodevalg, og hva som er valgt som metodisk tilnærming i oppgaven. Virkeligheten oppfattes forskjellig, og jeg har derfor valgt en kvalitativ undersøkelse med en deduktiv tilnærming med få respondenter (N-studie), en såkalt case studie som er begrenset til 2 enheter.

7 Teori

Makt i et moderne samfunn kan betraktes i et kommunikasjonssystem, heller enn et kommandosystem, og kan ses på som et gode hvor de sosiale institusjoner må ha evne til å regulere samfunnsborgernes handlinger for å få samfunnet til å fungere. Det er et skjæringspunkt i begrepene *makt over* og *makt til*. I et pasientperspektiv er det interessant å se om pasienten har en reell påvirkning i planleggingen av sitt pasientforløp, eller er det andre faktorer/interessenter som har den reelle påvirkning.

Det er Inntakskontoret ved St. Olavs Hospital HF som er undersøkelsesenheten. For å belyse de problemstillingene som personellet ved inntakskontorene skal løse, er det interessant å belyse dette ut fra teori om makt. Maktforhold kan ligge i selve organisasjonsstrukturen med sin kultur, historie og utvikling, men også i hvordan makt utøves i kommunikasjonen med den enkelte interessant i henvisnings- og vurderingsprosessen (jfr. fig 3). Blant flere teoretikere velger jeg å belyse 3 modeller som belyser ulike innfallsvinklinger. Max Weber som tar for seg den institusjonelle makt, og Jørgen Habermas som belyser den kommunikative, diskursive tilnærmingen, og Schaffer og Huang som belyser forhold med terskel, kø og skranke. I de påfølgende avsnitt redegjøres det for hvordan de ulike modellene kan være med å belyse de forhold som er skissert i problemstillingen.

7.1 Kulturelt perspektiv

Problemstillingen ses på i denne oppgaven fra et kulturelt perspektiv.

”Et mønster av felles, grunnleggende antakelser som en gruppe er kommet fram til etter hvert som den har løst sine problemer når det gjelder ytre tilpasning og integrering, som har fungert godt nok til å bli betraktet som holdbare, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forbindelse med disse problemene” (Schein 1992).

7.2 Max Weber

Max Webers verk er *”et av de mest ambisiøse forsøk i samfunnsvitenskapen på å forstå i hvor høy grad maktforhold er vevd inn i samfunnslivet”* (Engelstad 1998-2003, 15)

Det kan skisseres tre grunntrekk i Webers tenkning rundt samfunnsmessige forhold:

- *”Sosiale prosesser oppstår som resultat av handlinger utført av aktører som er meningsseekende. Aktører fortolker sin egen situasjon, og de fortolker andre aktørers oppfatning av sin situasjon, innbefattet dem selv. Tolkningen av aktørers forståelse er en forutsetning for å forstå samfunnet”*
- *”Aktører samhandler innenfor et sosialt fellesskap som er mer eller mindre instituert, det vil si at de forholder seg til lover og regler, organisasjoner, ordninger og rutiner”*

- ”Disse institusjonene anerkjennes som rimelige og rettmessige, noe som gjør at de ikke bare skaper føringer eller hindringer på handlinger, men de omfatter også normer og krav. I denne forstand er de legitime” (Engelstad 1998-2003)

Weber definerer makt som:

”ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber 1971).

Forutsetningen for at makt skal fungere må den ha som formål å oppnå et ønsket resultat der en får gjennomslag for sin vilje. En standard handlingsmodell som betrakter aktøren i sosial samhandling kan deles inn i fire forskjellige forhold:

- Med sine kunnskaper og tro oppfatter hvordan verden er
- Langsiktige verdier og mål (anerkjenner og følger normer)
- Et sett av midler eller ressurser (fysikk, talen, eiendom, penger, råderett)
- Alternative handlingsmuligheter

Disse forhold kan tas i betraktning når makt i relasjon mellom aktører skal beskrives.

Forvaltningen (kap 1,4) er ifølge Weber (1964) et sett med byråkratiske organisasjoner med definerte kjennetegn som ”et skrevet regelverk som gir en klar fordeling av rettigheter og plikter, oppgaver og autoritet, bruk av skriftlig kommunikasjon og oppbygging av arkiv, en klar atskillelse av person og posisjon eller rolle, rekruttering fra en spesialisert utdannelse, ansettelse p fast lønn og med muligheter for en livslang karriere” (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989).

Ifølge Weber skulle dette sikre et regelstyrt, upersonlig og funksjonelt forhold mellom organisasjonens tjenestemenn og dens klienter på den ene siden og mellom tjenestemennenes innbyrdes på den andre siden. Disse normene er oppsummert som:

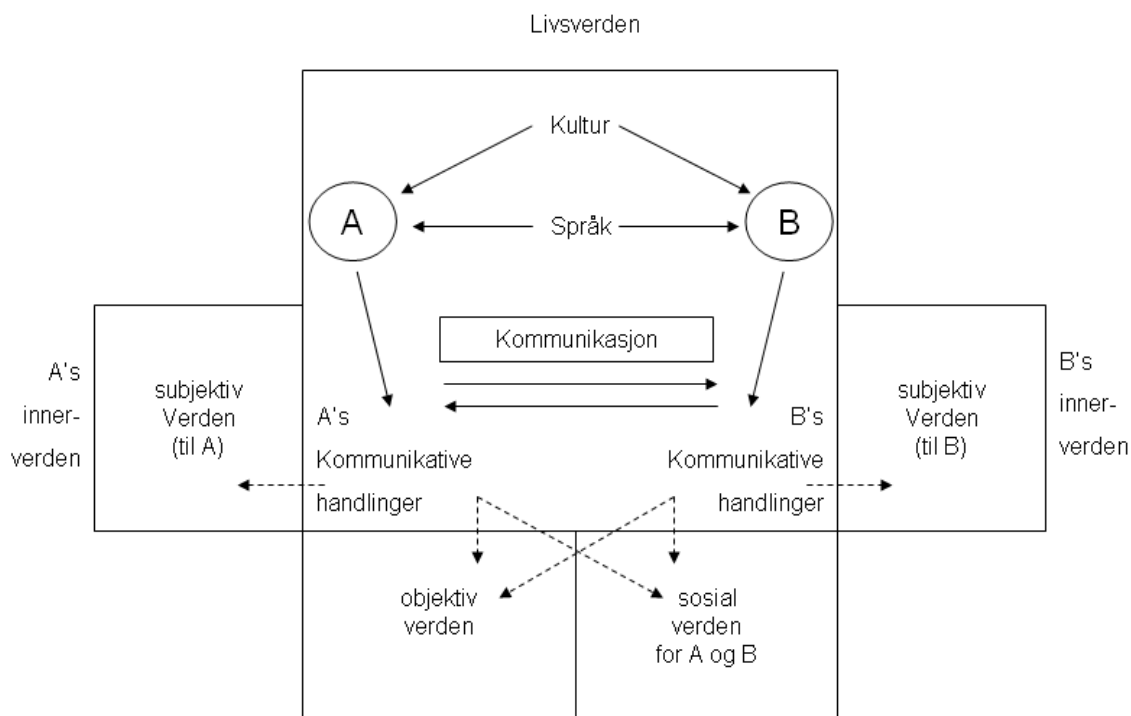
- Universell (ensartet) saksbehandling i den betydning at like tilfeller behandles etter de samme reglene
- Spesifikk orientering med hensyn til det som etter nærmere definerte regler er sakens kjerne
- Følelsesmessig nøytral holdning til klienten, slik at tjenestemennene bare engasjerer seg i de sider ved klienten som defineres som saklig relevante (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989, 284).

7.3 Jürgen Habermas

Habermas beskriver forholdet mellom et sosialt system og livsverden, og den kulturelle tradisjon må gjøre tilgjengelig formelle begreper for de 3 verdener:

- Den objektive verden som den samlede helhet av størrelser som det er mulig å utsi sanne utsagn om
- Den sosiale verden som den samlede helhet av legitimt ordnede mellompersonlige forbindelser
- Den subjektive verden som den samlede helhet av opplever som taleren har privilegert tilgang til

Følgende modell beskriver de ulike forhold for de ulike aktørene



Figur 6 Kommunikasjonsskjemaet til Habermas (1981:II, s. 193; 1985:II, s 127). A og B betegner to kommunikasjonsdeltakere, og de stiplede pilene hvordan deres respektive kommunikative handlinger henviser til ulike verdener. (Bråten 2010)

Kommunikasjonen mellom A og B kommer i stand i kraft av den kultur og det språk de har felles, og livsverden danner rammen om og horisonten for dett kulturmessige og språklige fellesskapet. Dermed kan Habermas utlegge forholdet mellom den felles, intersubjektive livsverden til to kommunikasjonsdeltagere som er konstitutiv for forståeliggjøring, og de formelle verdener som henvisningsdomener om hvilke forståeliggjøring er mulig. Taler og

tilhører gjør seg forståelig innenfor og ut fra sin felles livsverden (med kultur, språk og kommunikasjon) og om noe i den objektive, sosiale eller subjektive verden, som qua verdener for henvisning blir liggende utenfor deres felles livsverden. Habermas påpeker veien til kommunikativ rasjonalitet med vekt på intersubjektivitet og diskursive prosesser.

Gjennom den herredømmefrie kommunikasjon, menneskelig frigjøring og diskurs møter A og B på et mer balansert nivå i et maktperspektiv.

Habermas har 2 forskjellige vinklinger på forholdet mellom aktører, og hvordan maktbegrepet kan forstås. Habermas tilnærming til de kommunikative formen hvor det legges vekt på diskurs vil i oppgaven vektlegges.

7.4 Schaffer og Huang

Schaffer og Huang (1975) tok utgangspunkt i at ”*det er en sammenheng mellom fordelingen av offentlige goder og struktureringen mellom offentlige goder og struktureringen av forholdet mellom forvaltningen og brukerne av offentlige tiltak*” (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989). Spørsmålet blir hvordan brukerne oppnår tilgang til goder som tilbys av det offentlige. Schaffer og Huang tenkte seg verdifordelingen, via administrative fordelingsystemer, forutsetter at forholdet mellom aktørene (brukere og forvaltere) følger strukturerte regler, og må oppfylle følgende kriterier for å få tilgang til sine rettigheter:

1. De må demonstrere at de kvalifiserer for å motta en ytelse
2. De må akseptere de eksisterende regler for prioritering
3. De må møte tjenestemennene som representerer det offentlige administrative apparatet.

(Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989)

For å beskrive et administrativt fordelingsystem kan dette betegnes som en *tilgjengelighetsstruktur* som deles inn i 3 elementer:

1. **En terskel** (er et sett av adgangsregler som avgrenser potensielle brukere til nærmere bestemte kategorier)
2. **En kø** (et sett av prioriteringsregler for hvordan køen av brukere skal avvikles)
3. **En skranke** (et sett av regler for tildeling og for hvordan samhandlingen mellom tjenestemann og bruker skal foregå)

I følge Schaffer og Huang er et perfekt administrativt system når *tilgjengelighetsstrukturen* følger disse enkle reglene og er allment kjent, alle brukere behandles likt uten utøvelse av

skjønn. Det må foreligge et fullstendig samsvar mellom brukernes behov og tilbud og fordeling av goder fra det offentlige.

Motsetningen er et fordelingsystem som har en komplisert *tilgjengelighetsstruktur*, hvor regler er utvetydige og kompliserte. Reglene for fordelingen av goder er ikke kjent, og varierer over tid. Muligheten for skjønn er til stede og ulikebehandling finner sted. Det er et misforhold mellom det brukeren forventer og det tjenesten tilbyr av offentlige goder.

Schaffer og Huang tilgjengelighetsteori består av 2 begrepssett. Det ene som består av de tre elementene beskrevet ovenfor, med terskel, kø og skranke, og som **til sammen** utgjør *tilgjengelighetsstrukturen*. Det andre begrepssettet består av de 3 regelsettene som konstituerer elementene i strukturen.

Isolert sett kan disse 3 regelsettene sees på som et klassifikasjonsskjema som er velegnet til å lokalisere samhandlingsproblemer i forholdet mellom forvaltningen og brukerne. Følgende spørsmål kan reises:

- Hvor oppstår problemene i tilgjengelighetsstrukturen?
- Hvorfor oppstår problemene i tilgjengelighetsstrukturen?

Egenskaper ved brukerne og trekk ved fordelingsystemet som organisasjon

Det er forskjell på hvordan de ulike brukerne tilnærmer seg. Det er egenskapene til brukeren som bestemmer graden av det tilbudet han får fra det offentlige. Den som er mest ressurssterke får større mulighet til å benytte seg av offentlige tjenester enn de som ikke er det. Muligheten for kø-sniking er til stede for de som kjenner regelverket og har høy status. De trekk ved organisasjonen som et system har en forenklet forestilling om omverdenen, og forsøker å tilpasse relevante situasjoner fra omverdenen til sine rutiner. Organisasjonen har behov for å vise ensartethet, og den ønsker å forholde seg til de brukere som ligger nærmest opp til det virkelighetsbildet og det regelverk organisasjonen arbeider med (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989, 289).

Beslutningsteori

Den forenklete teoretiske tilnærmingen må suppleres med en beslutningsteori, hvor egenskaper ved fordelingsystemet og brukerne trekker inn egenskaper ved den samhandlingssituasjonen som ytelsen fordeles i (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989)

Det er i samhandlingssituasjonen der brukeren er i kontakt med forvaltningen for å oppnå et gode hvor aktørene opplever problemer. Brukeren må ta initiativ for å komme i kontakt med det offentlige, som i denne sammenheng vil være å ta kontakt med sin fastlege for å søke råd og hjelp for sine problemer. Det kan beskrives som 3 element for å passere *terskelen* til *tilgjengelighetsstrukturen*

1. Brukeren må erkjenne sitt behov og ha kunnskap om at det offentlige kan bidra til å avhjelpe dette behovet
2. Overvinne den fysiske og sosiale avstanden til hjelpeapparatet
3. Fremstille sin sak på en slik måte at han blir akseptert som berettiget

Brukernes tilgang til ytelsen reguleres først og fremst ved terskelen. Tildeling skjer etter klare regler, men systemets kapasitet kan veie tungt og det kan settes et tak på tjenesten (ref. pasienter som søkes inn fra andre regioner kan avvises med begrunnelse i at det vil gå ut over kapasiteten til og tilbud til pasienter fra egen region). Brukernes tilgang kan reguleres både ved terskelen og køen. Dette kompliserer tilgjengelighetsstrukturen, og kan medføre at tilbudet ikke fordeles etter klare regler.

Terskel

Det er ulike problemstillinger knyttet til terskel, spesielt bak de brukerne som ikke er ressurssterke. Det kan være et misforhold mellom tilgjengelig informasjon om en ytelse og hva brukeren oppfatter av informasjon på grunn av kunnskaper og evner. Samtidig kan det være problem for pasienten å innhente informasjon som er vanskelig tilgjengelig. Summen er at brukeren har manglende informasjon om et tilbud. Det kan også være at hjelpebehovet øker jo lavere en er på rangstigen. Det kan være en sammenheng mellom jo flere problemer en bruker har jo større krav stilles det til egen aktivitet og initiativ for å lykkes med å få offentlig hjelp (Eskeland og Finne 1973, Sørli 1978).

Terskelproblemer kan også knytte seg til strategier offentlige ansatte bruker for å beskytte seg mot stor pågang av brukere (telefonid, redusert tilgjengelighet). Forekomsten av og karakteren til slike strategier vil blant annet være avhengig av om tjenestemennene primært er opptatt av den enkelte brukers behov (Jacobsen 1965). Det er også en fare for at offentlige ansatte kan avvise brukere uformelt ved å unnlate å opplyse brukerne om deres rettigheter (Lindèn 1971).

Prioriteringsproblemer

Et perfekt administrativt fordelingsystem forutsetter at det ikke eksisterer prioriteringsproblemer. Den prioritering som finner sted foregår utelukkende etter ansiennitetsprinsippet (Schaffer og Huang 1975).

Prioriteringsproblemer kan oppstå som et resultat av den fremgangsmåten den offentlige ansatte benytter ved behandlingen av søknadene/henvisningen. Den faktiske regelanvendelsen kan avvike fra det formelle regelverket. Dette kan forekomme om regelverket ikke samsvarer med den offentlige ansattes problemoppfatning. Eller det kan være at reglene er uklare og kompliserte og gi rom for skjønnsutøvelse. Det kan også være en begrensning i tilbudet, hvor enkelte ikke får et tilbud (ref. pasienter fra andre regioner). De offentlige ansatte kan også opptre som advokater for enkelte brukere, og ikke bruke regelverket (ref. gi alle rett til *nødvendig* helsehjelp).

Der muligheten for styring av det offentlige regelverket er svar, vil tjenestemennenes skjønn og brukernes ressurser og aktivitet påvirke resultatet av fordelingen av goder.

Transaksjonsproblemer

Modellen med et perfekt administrativt fordelingsystem forutsetter at det ikke eksisterer transaksjonsproblemer mellom de offentlige ansatte og den enkelte bruker. Det er et samsvar mellom brukernes forventninger og responsen fra den offentlige ansatte. (Schaffer og Huang 1975). Uklare og kompliserte adgangs- og prioriteringsproblemer kan skape usikkerhet og konflikter, både for de offentlige ansatte og brukeren (Sherif 1976). Det kan også være uklart om hvem som deltar i samhandlingen. Leger kan påvirke utfall av for eksempel trygdeytelser. Der det foreligger uklare adgangs- og prioriteringsregler blir selve samhandlingen uforutsigbar både for de offentlige ansatte og brukeren. Spørsmålet om berettigelse og tildeling av et offentlig tilbud først blir avgjort ved skranken, slik at egenskaper ved den offentlige ansatte og brukerens aktivitet i samhandlingssituasjonen blir avgjørende.

7.5 Valg av teoretisk tilnærming

Hovedproblemstillingen for oppgaven er ”*Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige, kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp?*” Den teoretiske tilnærmingen brukes henholdsvis ulikt på forskningsspørsmålene:

1. Hvilken innflytelse har innføring av standardisert pasientforløp hatt på organisatoriske strukturer og prosesser i henvisning og vurderingsfasen ved inntakskontorene ved St.

Olavs Hospital HF i perioden 2009-2011. Webers teori anvendes her for å se på forholdet i den institusjonelle makten.

2. Hvordan har relasjonen mellom pasient og system sett i forhold til makt og kommunikasjon utviklet seg i perioden 2009-2011. Schaffer og Huang beskriver forholdet mellom pasient og tjenestetilbyder med begrepene terskel, kø og skranke.
3. Hvordan har systemet utviklet økt gjennomstrømming – en kvalitativ studie ved Inntakskontoret ved NKIR?

7.6 Oppsummering

I kapittel 6 er teorien skissert. Den som vil nyte godt av et offentlig tiltak må overvinne flere barrierer i form av terskelen, køen og skranken i det administrative fordelingsystemet. Disse barrierene kan være mer eller mindre enkle å forsere alt etter hvordan det offentlige forvaltningsapparatet og det tilhørende regelverket er utformet. Hovedtrekkene i problemstillingen og vurdert mot teoretisk tilnærming vil modellen fra Schaffer og Huang, og som er bearbeidet og supplert av Bleiklie, Jacobsen og Torsvik, danne grunnlaget for analysen av undersøkelsen og problemstillingen.

8 Analyse

Det er valgt ut 2 informasjonsenheter for å gi svar på de 2 første forskningsspørsmålene. Det er respondenter fra 2 ulike Inntakskontor som ble forespurt om å være informanter til forskningsspørsmålene. Det ble innhentet tillatelse fra ledelsen fra begge enhetene.

Intervjuene hadde en varighet på 1.5 timer og det ble gjort opptak av intervjuet. Dette for lettere kunne ta igjen informasjon som kunne glippet om jeg skulle ta notater fra intervjuet. Dette viste seg å være veldig verdifullt da jeg fikk tilgang på mye informasjon. Opptaket ble så transkribert og fordelt inn i hovedområder.

I metodekapitlet har jeg skissert valg i forhold til datainnsamlingen. I dette kapitlet ønsker jeg i første omgang å gjengi nærmere hvordan vi gikk frem når skulle bearbeide våre funn. Jeg analysert vår empiri gjennom ved å ta tak i det som respondentene svarer, og trekke fortløpende slutninger. Jeg kategoriserer datamaterialet fra hovedinndelingen fra kapittel 3 og forsøker å se årsakssammenhengene.

Jeg vil foreta en univariat analyse ved å analysere svarene fra en og en respondent, og til slutt gjøre en sammenstilling av funnene.

Jeg mener dette er en hensiktsmessig tilnærming for å analysere svarene opp mot forskningsspørsmålene 1 og 2. Til forskningsspørsmål 3 er en kvantitativ tilnærming og er tatt med for å underbygge eventuelle funn fra de 2 første forskningsspørsmålene.

Ut fra dette håper jeg å kunne finne mulige variabler og indikatorer på mine forskningsspørsmål 1 og 2, og dermed kunne si noe om hovedproblemstillingen om hva som er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av pasientforløp.

8.1 Presentasjon av Inntakskontorene

Avdeling for Øre- nese- hals

Øre-nese-halsavdelingen har regionsykehusfunksjon for Helse Midt-Norge innen øre-nese-hals. Avdelingen håndterer problemstillinger som ikke lar seg ivareta av fastlege eller privatpraktiserende øre-nese-halsleger. Avdelingen tar hånd om utredning, diagnostikk, medisinsk og kirurgisk behandling innen fagområder som kreft, audiologi, nese og bihulesykdommer, laryngologi og foniatri, søvnrelaterte sykdommer og ørekirurgi. Øre- nese halsavdelingen inntakskontoret består av 3 ansatte, 2 sekretærer og 1 sykepleier med lang erfaring innen planlegging og koordinering.

Nevrokirurgisk inntakskontor

Nevrokirurgisk Inntakskontor består av 2 ansatte, hvor en er sekretær og en er hjelpepleier, med leder fra sengepost. Begge har lang erfaring i inntaksarbeid. De planlegger ca. 1400 innleggelser årlig.

8.2 De organisatoriske strukturer og prosessers innflytelse på standardiserte pasientforløp

Innledning

Det er planlegging og koordineringen av det standardiserte pasientforløpet som er i fokus. Sykehuset er ut fra sine premisser organisert hensiktsmessig og med en mening bak, men pasientens opplevelse av tilbudet kan oppfattes forskjellig. Til de organisatoriske strukturer og prosessers innflytelse på det standardiserte pasientforløpet vil jeg fokusere på ressursmessige forhold, og forhold knyttet til aktivitetsplanleggingen, og hvilke faktorer som påvirker disse mot planleggingen av pasientforløpet.

Sykepleieren uttrykker det slik:

Respondent B

”Dette er noe vi jobber med hele tiden, og er en av målsettingene i forhold til et av de pasientforløpene vi jobber med nå. Det er det her med tiden, vi skal ned med tiden”.

”på en måte har vi fokus på å spare tid i alle ledd. Og som har blitt aksept for at vi faktisk kan flytte andre pasienter fra programmet for å få inn pasienter som haster mest, og det har det blitt aksept for. Og hvis jeg går inn og bestemmer at den skal inn der, og da må vi flytte noen andre, så gjør vi det”, ” er det en kreftpasient som haster mer så er det klart at vi flytter vi på den som ikke haster så mye”.

*”Og da er viktig å presisere at det er snakk om medisinske årsaker, **ikke** det at en pasient sier at han vil ha innfridd sine rettigheter med hjelp av HELFO, og at det da kan blir dyrt for sykehuset”*

Her er en form for skjult makt. Sykepleieren har organisasjonens målsetting om forbedring og mer effektive pasientforløp som et fremtredende mål. Det er gitt ansvar til sykepleieren for indirekte å kunne utøve prioriteringer mellom pasienter. Pasienter som med sine rettigheter kan risikere å få endret tid til oppstart av behandling, og dette kan skje flere ganger, som regel uten at det går ut over fristene som er satt (fig 4).

Begrepet skranke (Schaffer og Huang) beskriver et sett av regler for tildeling og for hvordan samhandlingen mellom tjenestemann og pasient skal foregå. Det er også en terskel for brukere som ikke er ressurssterke og ikke kan argumentere (Habermas) for sine rettigheter. Sykehuset har tydelig prioriteringsproblemer, og det er utfordringer til det å utøve skjønn i disse prosessene. Sykepleieren gir uttrykk for å være bevisst sine handlinger, men faren for at også offentlige ansatte kan opptre som advokater for enkelte brukere er også tilstede. Spørsmål om

berettigelse og tildeling av tilbud avgjøres i skranken, og samhandlingssituasjonen blir derfor avgjørende (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989).

Et pasientforløp skal koordineres blant mange, og da blir det en prioriteringssak, og hvordan prioritere riktig. I dette området kan det oppstå konflikter. Sykepleieren uttrykker det slik:

”Ja, og det er hele tiden at du veier hensyn opp mot hverandre når det gjelder pasienter Og da kan det være mange hensyn å ta. Og hva er det som er viktigst å prioritere? Og det er klart at det er kreftpasienter de må i de fleste tilfeller gå foran”.

”Jeg har videreutdanning i ledelse og administrasjon. Og jeg ser at jeg har veldig god nytte av denne videreutdanningen min når jeg sitter og jobber med det her. Jeg merker godt at jeg drar med meg mye kunnskap derfra hele veien, og på en måte kan stå ovenfra og se ned på det som et perspektiv, og liksom på en måte se løsninger og finne veier å gå for å få løst ting. Så jeg tror jeg har veldig god nytte av denne videreutdanningen jeg har når jeg skal planlegge, og ikke minst det her med struktur”.

Uttalelsen her sier noe om styrkeforholdet når en forvalter har tilegnet seg formalkompetanse i en spesialisert utdanning for å kunne imøtekomme organisasjonens mål. Dette i tillegg til fagkompetanse og erfaring gir en styrke til å se helheten. Sykepleieren er dermed i en situasjon der den sosiale samhandlingen gir makt, og dermed kan utøves både til å nå organisasjonens mål, men også kan bidra til å se helhet også for pasienten.

Dette i tillegg til kunnskap om pasientrettigheter og prioriteringsveilederen vil gi mulighet for en balansert tilnærming til å løse organisasjonens mål. Sykepleieren sier det slik:

”Det er jo helt klart at pasientene har sine rettigheter, og de skal vi prøve å innfri så best vi kan. Men det er klart at noen ganger så kan jo det bli litt sånn, at en balanserer litt, men vi må jo stort sett forholde oss til det (pasientrettighetene)”.

”Har ikke gått så nøye inn i den (prioriteringsveilederen), fordi det er jo legene som sitter og prioriterer, men jeg forholder meg jo til den prioriteringen som er gjort på henvisningsvedlegget. Og det følger jeg ganske så klart, og det opplever noen ganger at ikke alle grupperinger følger like bra. På en måte poengtert at det er noen frister vi skal forholde oss til. Og de skal vi innfri. Og så det her med å tenke forløp i forhold til dager, de 20-dagene som vi skal forholde oss til fra vi mottar henvisning til påbegynt behandling”.

Forvaltningen av pasientrettigheter kan bli mer rigid når en kjenner til lovverket. Ved ikke å kjenne til innholdet i rettighetene og de krav som en skal forholde seg til, er det lettere å utøve

skjønn. Prioriteringsproblemene (Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik 1989) som beskrives kan medføre at de med god kunnskap unngår store variasjoner når det skal utøves skjønn. En kan trekke en slutning om at prinsippene vedrørende terskel, kø og skranke (Schaffer og Huang 1975), og tesen om at et perfekt administrativt fordelingsystem er gjeldende når prioriteringsproblemene ikke er tilstede, eller i det minste sterkt redusert.

Tilgjengeligheten til tjenesten vil oppleves av pasientene som forskjellig. Det enkelte Inntakskontoret er organisert forskjellig. Noen har etablert telefontid for å kunne prioritere å få tid til planleggingen, mens andre vil ha ressurs tilgjengelig for å kunne håndtere telefonen til enhver tid.

Respondent B

“Det er en ”ond” sirkel, ved at pasienten ringer fordi han ikke har fått brev, og det igjen medfører et vi får mindre tid til å planlegge logistikken. Når pasienten har fått den informasjonen han trenger, er det ikke behov for å ringe til inntakskontoret. Opplevelsen er at da har ikke pasienten ”så vondt lenger”, fordi han vet hva han skal gjøre. Da har han fått beskjed”.

Oppsummering

I forhold til aktivitetsplanlegging er organisasjonen med sitt system og innhold slik rigget at pasienten kan få lang ventetid, for eksempel får pasienten lang ventetid fordi en venter på en enkelt behandler for å få best mulig resultat.

Begge informantene gir uttrykk for å føle en avmakt i ikke kunne imøtekomme pasientens uttrykte behov. Altså: Inntakskontoret kan føle en avmakt i ikke å imøtekomme pasientens rettigheter og forventinger på grunn av de rammene som er i organisasjonen. Denne overføres til pasienten ved at han fratras muligheten for å påvirke sitt forløp. Uansett argumentasjon fra pasienten om sine smerter, så er det umulig å få imøtekommet pasientens uttrykte behov.

Pasienten fratras en reell påvirkning fordi Inntakskontoret sitter på definisjonen på hva som er mulig og ikke.

8.3 Hvordan har Inntakskontoret tilnærmet seg endring i organisatoriske strukturer og prosesser etter innføring av standardiserte pasientforløp?

Innledning

Som beskrevet i kap.1 har standardiserte pasientforløp en klar definisjon, og for å utarbeide et standardisert pasientforløp krever det at de aktører som skal bidra inn til pasientforløpet er med og utformer det som skal være standarden. Det vil være ulike grunner til at et pasientforløp skal standardiseres.

Sykepleieren sier det slik:

Respondent A

”vi opplever det at pasienten gir tilbakemelding på at det er lang tid å vente. Og den de dagene de venter på å få komme inn (til behandling) er den verste tiden, og tiden fra de tar en biopsi til at svaret foreligger. Og med bakgrunn i det så har vi jobbet ut nytt system, fordi at på en måte tar imot henvisningen pr faks (på de som haster), og at vi har et fast telefonnummer som fastlegen kan ringe og oppgi fødselsdata på pasienten og si at nå sender vi faksen. Og så sendes den til poliklinikken med en gang, og skannes inn (i journalen), og blir lagt til lege som skal prioritere med en gang. Og kanskje denne blir prioritert samme dag. Og så går den videre i systemet til meg som da finner biopsi-dato å sende over til røntgen og bestiller og alt det der. Og med bakgrunn i det så har vi fått ned ventetiden.”

”Og så i tillegg så er jo patologen kommet på banen, om at hvis vi setter opp pasienten til biopsi en dag, så har de lovet oss at vi skal få biopsisvaret innen 48 timer. Tidligere gikk det ofte ei uke eller mer. Og så har vi også fått stråleavdelingen på banen. På torsdager har vi vurderingsmøte, hvor vi vurderer alle svarene fra pasientene, har dem inn og snakker med dem, og gir de et behandlingsvalg. Og som de må ta stilling til, og hvis det da blir snakk om strålebehandling, og får beskjed om det på det møtet på torsdagen så får de informasjon om hva strålebehandling er for noe, litt om bivirkning, og alt det der. Så blir de da ofte tatt inn til CT-doseplan dagen etterpå, og får gjort det i samme seansen, altså den fredagen. Og da har de på en måte fått gjort alt i løpet av ei uke. Tidligere brukte vi en uke på biopsisvaret, og så ble det søkt om strålebehandling på vurderingsmøtet, så gikk det gjerne ei uke eller flere før de ble tatt inn til CT-dose-plan. Og så tok det ei uke fra CT-dose-plan til oppstart av strålebehandling. Og det gjør det alltid, for det at de beregningene der er så nøye at det tar tid å få beregnet det. Men, altså allerede her har vi kortet ned tiden veldig vi, den siste tiden etter at det begynte å bli mer fokus på det, og etter at vi begynte å jobbe med forløpet. Så på en måte så har vi startet på forløpet og fått til forandringer underveis”.

”Men også at vi startet opp med å jobbe med det forløpet, inviterte vi til et møte hvor vi skisserte hvordan forløpet faktisk kunne komme til å se ut, og da inviterte vi bildediagnostikk,

patologen og strålebehandlingen. Det var på det møtet at det kom frem at da vi å tilby svar på biopsi innen 48-timers, bildediagnostikk sa at det bare var å ta kontakt hvis det var problem så skal vi ordne timene. Stråleavdelingen kom på banen og sa at da kan vi i de tilfellene hvor det blir bestemt hvilken strålebehandling. På torsdagsmøtet kan vi tilby å holde åpent så vi kan tilby CT-dose-plan, og lagging av maske på fredag. Og det har jo kortet ned ventetiden for pasienten veldig”.

”at de da faktisk så at det her kan vi faktisk bidra med noe. Her kan vi være med på korte ned ventetiden, med en gang. Og det ganske fantastisk å oppleve. Det var helt utrolig”.

Dette viser at det er en lærende organisasjon som retter seg etter de beslutninger som er fattet i systemet. I henhold til Weber er aktørene i institusjonen noen som forholder seg til lover, regler og rutiner (Engelstad 1998-2003, 15). Weber forklaringsmodell for det offentlige sykehus vil kanskje komme til kort på grunn av kompleksiteten og samfunnsmessige endringen som har funnet sted siden teorien ble lansert, men det vil fremdeles være element i Webers teori som er gjenkjennbare for å kunne beskrive hvordan en stor og kompleks institusjon fungerer.

Et annet aspekt er hvordan samhandlingen skjer internt mellom aktørene. Tidligere kunne dette by på store utfordringer, men på grunn av fokuset på å standardisere pasientforløpene har det tvunget seg frem nye samarbeidsformer. Maktstrukturene blant de ulike interessentene har endret seg, og aktørene møtes på et mer felles plan. Innad i sykehuset er det en felles kultur. Interessentene innad har mer til felles enn pasientene på ”utsiden”. De ulike ”livsverdener” (fig 6) og den kommunikative tilnærmingen er beskrivende for denne prosessen. Gjennom prosjektfasen for å utarbeide det standardiserte forløpet har aktørene vært likeverdige, har oppnådd enighet og maktfaktoren er flatet ut. Der en tidligere kunne oppleve at den enkelte enhet hegnet om egne ressurser, er det nå samarbeid om et felles mål som råder.

Oppsummering

Det er mekanismer i organisasjonen som viser at den er en lærende organisasjon. På grunn av krav om samhandling både internt i sykehuset, og mot eksterne aktører, har det oppstått behov for nye samarbeidsformer. Der en tidligere kunne se klare maktstrukturer viser nå respondentene at det har oppstått nye arenaer der aktørene opptrer mer likeverdig og maktfaktoren mellom aktørene er jevnet ut.

8.4 Planlegging og koordinering

Innledning

Jeg søker i dette kapitlet å se mer inngående på faktorer i planleggings og koordineringsfasen. For å oppnå en vellykket gjennomføring av et standardisert pasientforløp må alle aktiviteter og ressurser planlegges og koordineres. Fordi Inntakskontoret har god kunnskap om forløpsprosessen tar de denne rollen og utfordringene, selv om vurderende lege burde ha forordnet nødvendige undersøkelser (fig 6). Sykepleieren uttrykker følgende:

Respondent A

”Jeg tar egentlig på en måte ansvar for å få et optimalt forløp, fordi at jeg vil at alt skal være ordnet på forhånd, i stedet for at vi får oss kjempeoverraskelser den dagen pasienten kommer inn. Og så plutselig ser at det er ting som må gjøres, og som medfører forsinkelser i forløpet. Og det synes jeg ikke noe om”.

”Og fordi at jeg på en måte setter meg inn i pasientens situasjon ved å lese journal og kontakter pasienten og får sammenstilt informasjon jeg har fått ved å lese journal og henvisning med det som pasienten sier, og så danner jeg meg et bilde. Og da kan det hende noen ganger at jeg ser at her burde det kanskje være gjort noe, og da tar jeg kontakt med legen og foreslår tiltak. Og veldig ofte så blir det slik som jeg har skissert”.

”Indirekte kan du si, hvis jeg lar være kan vi ende opp med kaos den dagen pasienten kommer og så ser de (legene) at det skulle vært gjort undersøkelser i forkant. Så kan vi risikere at vi ikke får undersøkelsene og så blir det forsinkelser for pasientens sin del. Og det er en av mine ”kjepphester”. Jeg på en måte veldig pasients advokat altså”.

”jeg har såpass lang erfaring i behandling av kreftpasienter og i nærkontakt med kreftpasienten og jeg vet hvor skoen trykker, og jeg vet hvor viktig den utredningsbiten er, og at de (pasientene) får tilstrekkelig informasjon, det blir gjort riktige undersøkelser, og at tiden på en måte er så viktig for de (pasientene), og slipper å vente så lenge, og ikke lenger enn høyst nødvendig. Fordi jeg vet hvor fælt de har det. Mange ringer og sier at det er så lenge å vente”.

”viktig å fange opp dette i forkant, fordi viss det ikke blir fanget opp blir det ikke noen god situasjon for pasienten, og heller ikke for pårørende”.

Respondent B

“Det som f.eks. har med bilder å gjøre, tar jeg ofte egne beslutninger om og bestiller nye bilder. Er jeg tvil så må jeg spørre en av legene. Det samme gjelder pasienter som har blitt bra, og ikke trenger behandling, så strykes disse av programmet og pasienten”.

Inntakskontoret blir portvoktere og sørger for at de som kommer inn porten er klar for forløpet. Er det slik at det her er noe som legen egentlig skulle ha både forutsett, og bestilt? Det betyr at inntakskontoret har indirekte styring, og både direkte og indirekte makt over planleggingen? Det kan ligge en konflikt i at Inntakskontoret opptre som “advokater” for enkeltpasienter. Regelverket skal sørge for likebehandling.

Det som egentlig også sies er at de skulle ønske at ikke var sånn. De skulle ønske at pasientforløpet gikk på en sånn måte at når en var til legen så var det ferdig ordnet. Og vi organiserer oss på en sånn måte fordi en aktør ikke gjør helheten til å begynne med. Legen gjør det til slutt men det er et ekstra påminningsledd her som egentlig allerede burde vært gjort i utgangspunktet.

Oppsummering

Respondentene indikerer her at Inntakskontoret har en stor oppgave, ikke bare i forhold til planleggingen og koordineringen, men også er en kontrollinstans for å sjekke at andre har utført nødvendig input til neste prosess. Dette har medført at det har etablert seg rutiner ved Inntakskontoret hvor de utfører dermed oppgaver som nødvendigvis skulle vært utført i forrige ledd. Kompetansen til Inntakskontoret blir i stor grad styrket ved dette, og med det følger også at Inntakskontoret kan få større makt. Dette betyr nødvendigvis ikke noe negativt, men det indikerer at samarbeidet mellom aktørene kan bli bedre.

8.5 Elektronisk samhandling

Innledning

IKT-kompetanse er ulik ved Inntakskontorene. IKT berører de aller fleste samhandlingssituasjoner mot pasienten, som telefon, journalsystem og logistikk-system og ressursstyringssystemer, er dette systemer som ikke kommuniserer godt nok med hverandre. Hvordan oppleves dette for Inntakskontoret som skal håndtere de fleste av disse systemene, og har de kunnskap om alle funksjonaliteter i det enkelte system?

Respondentene uttrykker det slik:

Respondent A

”det finnes sikkert noen områder som jeg ikke kjenner til. Men jeg bruker Operasjonsplanleggeren veldig aktivt både i planlegging, og i forhold til operasjon. Den brukes også til lettpostpasienter (poliklinikk). Og bruker Doculive (journalen) veldig mye, og PAS (pasientadministrativt system) og PACS (røntgenbestillingssystem). Det er de verktøyene jeg bruker mest. Og det er sikkert noen funksjoner som jeg ikke er veldig stø på. Vi jobber veldig mye med elektroniske henvisninger, og bruker elektronisk vurderingsvedlegg, og bruker veldig aktivt Doculive med å sende beskjeder, og undersøkelser som mangler. Vi bestiller det meste elektronisk”.

Respondent A

*”hvis den OpPlan forsvinner så vet jeg ikke helt hvor jeg skal begynne å bruke som planleggingsverktøy. Fordi jeg synes det er veldig viktig fordi det er program som det fleste bruker og kan gå inn å se det som er planlagt. Der har lagt inn alt som er planlagt med undersøkelser osv. Der føler jeg at jeg kan legge inn alt av opplysninger. Samtidig så er personalopplysninger om pasienten tilgjengelig i systemet. Jeg bruker den også i forbindelse med screening (pasienten blir oppringt og utspurt om allergier, medisiner og tilstand)”.
”Vi registrer mange ganger samme opplysninger flere steder”.*

”Det er ofte vi ønsker det skulle vært annerledes og mer lett vint, spesielt PAS som jeg synes er gammeldags og tungvint som kunne vært forenklet. Faks brukes for de som er utenfor sykehuset, og håper på at det blir mulighet for de til å sende henvisninger elektronisk. Da vil jo den biten bli ivaretatt der. Men foreløpig for å spare tid bruker vi faks. Faksen skannes inn i Doculive. Henvisningen fakses fra fastlegen, og deretter skannes inn i journalen. Og deretter går prosessen videre elektronisk. Da legges det ved et elektronisk vurderingsvedlegg som går videre”.

Respondent B

“Når informasjon som vi trenger kommer fra fastlegen, og når den elektroniske henvisningen kommer og inneholder det den skal. Vi får en del elektroniske henvisninger. Det er mer og mer. Det legger seg rett inn i Doculive, og vi legger ved et elektronisk vurderingsvedlegg, det spares arbeid, en slipper å skanne. Det beste er når bildene er tatt her, da slipper vi å innhente CD 'er. Det har ikke kommet ennå, altså den elektroniske overføringen mellom Curato og UNI LABs, der er det fremdeles CD 'er. Det er bra når pasienten har vært på poliklinikk og er henvist videre til operasjon at alle opplysninger er elektronisk. Det går til egne elektronisk postboks i Doculive”.

“Tror jeg kan de som er nødvendig. NKIR inntakskontoret har tatt i bruk de funksjonaliteter som er i de ulike applikasjonene som vi trenger. Vi bruker OpPlan for mer enn den er opprinnelig laget for. Vi har gått lenger”.

“Den er minimal. Den er der i liten grad. Da tenker jeg OpPlan. Fordi jeg sitter med et inntrykk at vi som bruker det er ikke så viktig. Hvis jeg ikke har OpPlan da er det ikke vits i å komme på jobb. Det er jo det jeg bruker. Det er et kritisk system for å få utført jobben”.

“Der er det mye å hente. Flere og flere pasienter sender mail, og vi har ikke lov å svare tilbake på e-post. Det er ikke lov å sende medisinske opplysninger i posten. Det å få sendt brevene elektronisk. Ellers er OpPlan et internt kommunikasjonsmiddel hvor alle på avdelingen kan se det som er planlagt”.

Logistikk og aktivitetsplanlegging henger også sammen med ressursstyring, altså ikke planlegging av ressursen, men tilgang på oversikt over ressursen. Den viktigste ressurs er lege-plan, altså legeressurs inn mot aktiviteten, men også andre typer ressurser som turnuser for sykepleiere. Det er også her ulik praksis på området. Inntakskontoret uttrykker det slik:

”det er tungvint ja. Vi har ei vaktliste i papirform som vi må forhold oss til, og det kunne vært ønskelig med at det har vært noe annet der, og jeg synes at det systemet som brukes her er forferdelig gammeldags. Jeg har nylig tatt det opp igjen (med ledelsen), og de sitter og utarbeider disse planene manuelt, og det er mange ganger skjev fordeling (av ressursen). Og jeg tenker at det må... Det hadde vært veldig greit at det hadde vært koblinger mellom et planleggingsverktøy og i forhold til ressursstyringen”.

”Det ble tatt opp på siste driftsmøte at noe må gjøre med planene fordi det er av og til veldig skjevfordeling”.

Respondent B

“Det er en jobb, men vi får det til. Vi har veldig bra kommunikasjon med MR, men det er personavhengig av hvem. De er veldig service-innstilt overfor oss”.

“Legene bruker Excel-ark og vi overfører det til OpPlan. Det er en manuell operasjon, men det er bedre enn tidligere. Vi ønsker at PRS (personalressursstyrings-system) skal brukes. Aktivitetsplanleggingen er bedre. Det er et møte i begynnelsen på året, og dette registreres manuelt inn i OpPlan”.

Oppsummering

Oversikten over tilgjengelig ressurs er avgjørende for planleggingen og koordineringen av pasientforløpet. Den teoretiske rammen som er valgt vil ikke direkte kunne kobles, men indirekte kan dette ha følger for tilgangen på informasjon når Inntakskontoret har kontakt med pasienten. Dette kan medføre at pasienten får ekstra ventetid før behandling fordi tilgangen på informasjon er begrenset, eller tar tid før den foreligger.

Det knytter seg mange utfordringer til håndtering av den elektroniske samhandlingen når pasientforløpene skal både planlegges og iverksettes. De ansatte uttrykker at de har liten påvirkning av strategier og utvikling, og det er ikke lagt til rette for det heller. Selv om den teoretiske rammen rundt problemstillingen ikke dekker fullt ut dette området, ses IKT på som et kommunikativt middel internt på sykehuset og eksternt mot leverandører av tjenester inn til sykehuset, og mot pasienten. Inntakskontoret har stor kunnskap om applikasjonene som brukes, men har liten innflytelse på hvordan disse skal utvikles. De detekterer også forhold som kan bli kritiske om planleggingssystemet ikke fungerer.

8.6 Kostnader og kvalitetsindikatorer

Innledning

Det er satt fokus på en del kvalitetsindikatorer som det enkelte foretak skal forbedre seg på. Dette henger sammen med kapasitetsmessige faktorer. Det er klare krav om å unngå bruk av plasser i korridor for pasienter, og det andre er ventetid, med krav om maks ventetid på 65 dager for alle ventende. Selv om ledelsen har satt fokus på dette kan det være mulig at dette ikke Inntakskontoret har vært bevisst på forholdet. Og er kostnader et element når Inntakskontoret skal planlegge et pasientforløp, og på hvilken måte?

”For eksempel i forhold til pasienter som er langveis fra. Så planlegger jeg veldig ofte en utredningsdag den ene dagen, og narkose dagen etter, og bor på pasienthotellet i mellom. Kontra hvis jeg har en pasient som er herfra, da tar jeg litt lenger, ett par dager, i mellom. I forhold til reisetid og reisekostnader. Når de først er her ... det er derfor jeg er veldig nøye med logistikkbiten, at alt skal være forhåndsbestilt og planlagt. Fordi det vil medføre flere døgn her som igjen vil påføre oss kostnader. Det er derfor jeg synes det er så viktig at den gode planleggingen, og vi på en måte har sett og kartlagt alt som vi skal gjøre med den enkelte pasienten, og at alt blir gjort samtidig. For å unngå forlengelser og fordyrelser i forhold til forløpet. Vi prøver så lang det er mulig å få dette koordinert. Jeg tenker veldig mye økonomi, det er noe jeg har med meg fra da jeg jobbet som avdelingssykepleier”

”Det har vært en veldig utvikling siste 2 år. Spesielt det siste året har vi jobbet veldig iherdig med dette. Vi går kritisk gjennom listene og følger med. Vi har møter hver mnd. i forhold til status. Det er en del som er flyttet mye på, både av sykehuset og pasientutsatt. Selv om de siste ikke medfører fristbrudd, så tenker vi på disse også. Jeg er streng og når en pasient ringer og ønsker utsettelse (pasientutsatt = si fra seg retten til nødvendig helsehjelp), påpeker alvoret. Jeg har faktisk avsluttet flere fra ventelisten som f.eks skal til syden. Nå utarbeides det en retningslinje på dette på ortopedisk avdeling, og den har vi tenkt å adoptere. Den sier at når pasienten har fått 2 tilbud om behandling, og avslår det 3., da avsluttes ventelisten. Ny henvisning må da komme fra fastlegen. Det utvises skjønn, og det beror på årsaken til ønsket om utsettelse. Vi er ofte for ”snill”, i alle fall en del av oss. Vi jobber med å få ”luket ut” de som har stått veldig lenge. Disse ringes, eller blir tilsendt et eget standard brev og spørres om de fremdeles ønsker å stå på ventelisten”.

Respondent B

“Portørene tar seg betalt for å hente CD ‘er på Curato og UNI labs. Dette fordi vi ikke har elektronisk overføring. Det koster også tid når jeg må legge inn ekstern CD inn i vårt elektroniske system. Og så må jeg skrive en henvisning til rtg for at de skal legge inn denne

manuelt. De må også gjøre en ekstra jobb med skanne CD med røntgenbilder og beskrivelse inn i systemet”.

“Jeg tar ut lister for fristbrudd hver fredag, og vi jobber aktivt med å unngå fristbrudd. Vi har god oversikt over tallene. Vi har ca. 20 stykker (fristbrudd) til enhver tid”.

Oppsummering

De siste 2 årene har det vært et økende fokus på kvalitetsindikatorer og kostnader. Fokuset har dreid seg om at ved å forbedre tjenesten vil en kunne skape kvalitet for pasienten. Liggetiden har gått drastisk ned. I følge respondent C er det drastisk endring i pre- per og post liggetid for pasientene. Selv om dette bare er en enhet viser det at systemet er lojalt mot ledelse og prøver å iverksette tiltak for å imøtekomme krav. Egenskapene i organisasjonen som dette viser vil også være med å påvirke kommunikasjon og forholdet til pasientene. For å oppnå målsetting om kortere liggetid, kortere ventetid må organisasjonen ha klare mål. Systemet kan oppfattes som rigid, men blir enklere å overholde. Utøvelse av skjønn vil kunne gå på bekostning av organisasjonens målsetting om kostnader og kvalitet.

8.7 Relasjonen mellom pasient og system sett i forhold til makt og kommunikasjon

Innledning

I forhold til forskningsspørsmål 2 som tar for seg relasjonen mellom pasient og system, er det en utfordring for Inntakskontoret er å kunne ivareta pasientens opplevelse av og ivaretagelse og råderett og innflytelse over egen situasjon. De ulike forholdene vil gjerne kunne komme i konflikt med hverandre. På den ene siden skal hensynet til pasienten veie tungt, men hele tiden blir det en avveining om det passer i systemet. Den kommunikative forståelsen fra begge aktører, både Inntakskontor og pasienten vil være viktig for hvilket resultat en ender opp med. Men ikke minst også opplevelsen som pasienten vil sitte med.

Respondent A

“Det er veldig frustrerende, for vi må ta pasienten på alvor. Pasientene har jo vondt og feil skjer jo, dessverre. Og da må pasienten selvfølgelig etterlyse. Til syvende og sist er det pasienten som må passe på at han får den behandlingen skal ha, eller i alle fall følge med. Egentlig skal det ikke være sånn men... Vi har ikke noe idiotsikkert system”.

“Det kan oppleves som at pasienten ringer og ”maser”. Vi ønsker ikke at pasienten skal ringe og mase. Vi ønsker at pasienten skal legge frem sitt problem for legen, og så skal legen viderefremme sånn at pasienten får en hastegrad, slik at vi kan planlegge ut fra det. Men, noe mer påvirkning fra pasienten da, ønsker vi ikke. Men, pasienten tar kontakt”.

“Jeg sier ikke at vi ikke vil ta oss av henvendelsene. Jeg mener vi vil ha de opplysningene vi trenger for å kunne planlegge den behandlingen pasienten skal ha fra legen. Det har jo med ressurser å gjøre. Vi har ikke kapasitet til å snakke med alle sammen. Men samtidig så har pasienten det behovet da”.

Respondent B

”jeg må da alltid være imøtekommende overfor pasienten, og overfor pasientens meninger om det aktuelle, og jeg må være ydmyk overfor pasienten”.

”jeg prøve å finne ut hva er det pasienten har fått av informasjon, hvor er pasient hen i forløpet sitt. Er han i en krise? Har han fått vite at han har fått kreft? (Altså) hvor er han hen? Jeg må prøve å kartlegge, og det må jeg veldig forsiktig, så jeg ikke ”tramper” over og sier noe som jeg ikke burde ha sagt. Så jeg må hele tiden prøve å finne ut hva de har fått av informasjon, og har oppfattet selv, med å stille åpne ledende spørsmål når jeg snakke med dem. Og så når jeg har på en måte fått.. og så må jeg kvalitetssikre at det jeg har oppfattet er riktig, at ved å stille spørsmål som ”forstår jeg deg rett når...?”. For først da føler jeg at jeg kan møte pasienten på deres nivå, og ivareta pasienten best mulig. Og finne ut av hva er det

egentlige vedkommende har behov for av hjelp fra meg, og hva kan jeg bidra med her. Så det er veldig viktig for meg når jeg jobber med pasientforløpene direkte rettet mot hver enkelt pasient.”

I sykepleierens første med pasienten vil det være for å kartlegge situasjonen. Weber sier at *”Sosiale prosesser oppstår som resultat av handlinger utført av aktører som er meningssøkende”*. Sykepleieren har fra sitt faglige ståsted et bevisst forhold til hvilken situasjon pasienten befinner seg i, og ønsker å møte pasienten på et likeverdig nivå. Maktbalansen mellom aktørene er ikke fremtredende i denne fasen. Habermas sin tilnærming med den herredømmefrie tilnærmingen, og diskursen vil kunne beskrive sykepleierens tilnærming. Pasienten kan her få en opplevelse av at tilgangen på tjenesten er overkommelig, altså lav terskel (Schaffer og Huang) for å kunne komme med sine meninger og behov.

Samtalen endrer så karakter når sykepleieren sier: *”men samtidig så må jeg prøve og på en måte realitets orientere vedkommende”*, men samtidig *”prøve å tilpasse det deretter så jeg ikke sier noe som på en måte blir en,.... At jeg sier noe som de ikke er klar over sjøl. Så det beror på hva de har oppfattet og forstått sjøl. Og da må jeg prøve å gi informasjon i forhold til det nivået, og passe på at jeg ikke sier noe som de ikke har fått informasjon om. For den informasjonsbiten er det legen som egentlig skal ivareta, jeg kan ikke..... jeg må passe meg så jeg ikke gjør noe overtramp der”*.

Her forskyves maktbalansen over til fagprofesjonen, og utgangspunktet med likeverdighet og herredømmefrie tilnærming har endret seg til at sykepleieren kommer over i en maktposisjon. Weber beskriver forvaltningen med definerte kjennetegn hvor normene er at det skal være en universell saksbehandling, og en nøytral holdning til pasienten. Ifølge fig 6 er det en forskjell i pasientens opplevelse av det språklige fellesskapet. Dermed er det ikke balanse mellom aktørene.

Tilnærmingen fra sykepleieren beveger seg fra den mellommenneskelige og likeverdige tilnærmingen til en fagrettet tilnærming hvor ikke bare faget står i fokus, men også de organisatoriske forhold. Og terskelen for pasientens tilgang til tjenesten kan risikere å heves.

Når det gjelder hvordan de ulike fagprofesjonene opptrer. En medisinskfaglig utdannet vil nødvendigvis ha fortrinn i kunnskap om sykdom og forløp. Det er også ansatt sekretærer ved Inntakskontoret og dette vil også prege det indre miljøet. Sykepleieren uttrykker det slik:

Respondent B

”er en faglig konsulent for dem, som hjelper de i situasjoner hvor de kommer til kort”

”Ut fra mine erfaringer så tror jeg at det er vanskelig for de har ikke den grunnkunnskapen som vi (sykepleiere) har”

”jeg opplever veldig ofte at det på en måte kan være vanskelig å se at det er et menneske bak henvisningen (henvisningspapiret fra fastlegen). Og også veldig ofte at det kan være vanskelig å forstå betydningen av hastegraden i mange tilfeller, så jeg tror ikke at en sekretær kan ta over en jobb som sykepleieren gjør, fordi det er en helt annen grunnkunnskap, og en helt annen forståelse av situasjonen. Helt annen forutsetning for både kommunisere og å gi informasjon. Og da med begrunnelse i fagkunnskap. Og ikke minst det som har med pasienterfaring å gjøre. Det å ha jobbet nært pasientene som får en alvorlig diagnose, og som er i krise og lære å håndtere det.”

”Det å ha jobbet nært pasientene som får en alvorlig diagnose, og som er i krise og lære å håndtere det. De erfaringene der er gull verdt når du sitter og har samtaler med pasientene. I alle fall erfarer jeg det selv at den kunnskapen jeg har (tilegnet meg) fra før av og har jobbet i klinikk med slike pasienter, det er så viktig”.

”kan hjelpe de på en veldig god måte ut fra at du kan danne deg et helhetsbilde, at du kan fylle de fleste situasjonene rundt pasienten. Fordi at du kommer nært, og at du opparbeider veldig tillit. Så det tror jeg har veldig stor betydning”

Sykepleieren bruker sin kunnskap om kommunikasjon og mellommenneskelige erfaring for å kunne håndtere de vanskelige samtalene. Webers tilnærming til en rigid og regelstyrt organisasjon er ikke tilstrekkelig for å beskrive kompleksiteten i forhold til pasientene. Imidlertid er bildet også komplekst i forhold til sykepleierens perspektiv på fagutdanning. Det er et forhold mellom aktørene innad i sykehuset som også kan beskrives ut fra et maktperspektiv.

Standardiserte pasientforløp er gjennomgående for hvordan driften skal organiseres, og grunnleggende kunnskap om dette vil være viktig for å få planlagt og koordinert pasientforløpene. Hvordan opplever Inntakskontoret det når pasienten prøver å ta styring, ved ikke å være imøtekommende i forhold til informasjon han har fått?

Respondent B

“Pasienten får standard informasjonsskriv. Der det står om rettigheter, og vi informerer om det når pasienten ringer og er frustrert. Da informeres det igjen om frister, og hvis sykehuset bryter denne så kan pasienten kontakte HELFO for å få hjelp hvis vi ikke har gitt et tilbud. Inntakskontoret gjør det som er mulig for å gi et tilbud”.

Respondent A

”det er ikke så ofte jeg opplever det. Jeg bruker da kunnskapen min til å forklare hvorfor systemet er som det er, og at det i tilfelle diagnose og utredning er veldig nødvendig at ting er godt planlagt og vi har de rette folkene til stede for å få gjort utredningen på riktig måte, og for det beste for vedkommende, og for å få et godt resultat i andre enden. Jeg bruker veldig mye tid på å forklare hvorfor, og betydningen av at ting må gå i riktig rekkefølge og hvor viktig det er å ha de rette fagpersonene til utføre utredningen, og at det er viktig at de er tilstede når vedkommende skal utredes. Og med bakgrunn i det så opplever jeg veldig forståelse”

”Og det er da de først blir veldig ydmyk og skjønner at det er her de er godt ivaretatt, og her blir ting utført slik som det skal, og at de får en grundig forklaring på hvorfor systemet er som det er, og at ikke har noe betydning for det endelige resultatet, men at det har betydning for at du får en god prosess gjennom hele forløpet”.

Dette kan betraktes på flere måter. Skjult makt i forhold til at det sykehuset som har ”fasiten”, og pasientens behov for å bli møtt reduseres til fordel institusjonens og systemets makt. Terskelen er hevet og pasienten blir satt i kø ut fra gitte prioriteringsregler. Schaffer og Huang mener et perfekt administrativt system tilgjengelighetsstrukturen følger de enkle reglene og disse er kjent for alle parter. Fra dette perspektivet kan en trekke en slutning at prosessen som er beskrevet vil ikke gi likeverdige parter i et system med klare regler, men hvor resultatet er slik at pasientene til slutt må innrette seg etter systemet.

I relasjonen mellom Inntakskontor og pasient kan det være forskjellig hvordan pasienten blir møtt og forstått når pasienten er fysisk tilstede, og når han ikke er det.

Respondent B

“Tror ikke jeg vil behandle de forskjellig, men jeg har muligheten til å avdekke mer fordi at du får en øyekontakt og du har muligheten til å lese kroppsspråk, og du oppnår en litt annen kontakt. Folk er jo veldig forskjellig da, enkelte meddeler veldig mye pr telefon, mens andre har problemer igjen med å meddele muntlig under 4 øyne. Mens andre har veldig god forutsetning for å meddele noen ting under 4 øyne igjen. Så folk er jo så forskjellig”.

“Men man har jo mulighet til å ha pasienten foran seg så har en jo mulighet til å lese kroppsspråk, og det kan jo si veldig mye, det kan gi deg veldig mye. Ansiktsuttrykk, mimikk kan jo si veldig mye. Og der kan du jo få en umiddelbar forståelse for hvor pasienten er hen, og hvor skoen trykker hen. Og da kan du jo og på en måte se at her må jeg inn å gjøre noe”

“Kanskje det er pasienter som strever med ernæring, har gått og ikke fått i seg mat på lenge, får ikke i seg noen ting, er helt uttørret, har ”stående hudfold”, ja i det hele tatt at det er nødvendig å gjøre tiltak der og da. Og det kan da være kjempebra det, fordi det kan være med på å bygge folk opp slik at de tåler behandlingen. Hvis du ikke har møtt de og ikke kunne gjort tiltak så kunne det resultert i at de rett og slett ikke kan gjennomføre behandlingen”.

Når pasienten møter opp vil også automatisk lese kroppsspråk, og vi får mye annen informasjon, men Inntakskontoret kan også komme i den skvis der den sterkeste argumentasjon blir rådende, og at du (inntakskontoret) blir den ”tapende” part, og en kan prioritere denne pasienten inn foran noen andre, fordi den (pasienten) har møtt opp fysisk. Habermas sin teori om den herredømmefrie diskurs, hvor den sterkeste argument vinner vil beskrive dette forholdet (fig &). Og ikke minst kommunikasjonsmessige forholdet og tolkning av både kroppsspråk og svarene og sette det her i en sammenheng. Kompetanse og ferdigheter innen kommunikasjon henger sammen med erfaring og profesjon. Et element i forhold til kommunikasjonsmodellen til Habermas (fig 6) er når pasienten har et annet kulturelt ståsted enn den ansatte på Inntakskontoret. Opplevelsen av sykdom og smerte kan komme til ulikt uttrykk i samtalen. Det er da en utfordring i å kunne imøtekomme en pasient som har en annen “livsverden”, og et annet språk. Det er da en kunst å få bragt dette til et felles ståsted slik at pasienten får en opplevelse av i bli ivaretatt.

Respondent A

“vi har telefontid. Vi ønsker en ekspedisjon som kan sile telefoner. Vi bruker veldig mye av tiden på å håndtere telefoner som andre kunne ha silet. Samtaler med enkle spørsmål fra pasienten som: er henvisningen mottatt, er den vurdert, når får jeg time. Slik at vi kunne fått tid til å gjøre det som vi er god på. Vi sitter veldig mye i telefonen”.

“Følger ikke noen standard. Det er viktig å få fortalt pasienten om rettighetene. Er aldri uhøflig, pasienten skal føle seg ivaretatt, og vi prøver det på en effektiv måte. Og hva pasienten kan forvente seg. Pasienten lurere ofte på når han får brev”.

Respondent B

“Argumentene må være bedre nå enn før, de kjøper ikke det enkle. Oftere må jeg si at sånn er det, jeg kan ikke gjøre noe mer. De er mer opplyst om rettighetene. Det er en oppfatning at det ”lønner seg å ringe og mase”. Indirekte så vil vi ha de som ringer mer i ”bakhodet” og kan påvirke planleggingen av logistikken”.

Altså: Inntakskontoret kan føle en avmakt i å imøtekomme pasientens rettigheter og forventinger på grunn av de rammene som er i organisasjonen. Denne overføres til pasienten ved at han fratras muligheten for å påvirke sitt forløp. Uansett hva du sier med smerter som

argumentasjon, så er det umulig å få det til. Pasienten fratas en reell påvirkning fordi Inntakskontoret sitter på definisjonen på hva som er mulig og ikke.

Oppsummering

Tilnærmingen fra sykepleieren beveger seg fra den mellommenneskelige og likeverdige tilnærmingen til en fagrettet tilnærming hvor ikke bare faget står i fokus, men også de organisatoriske forhold. Det antydes i svarene fra respondentene at det er ulik tilnærming til pasienten, og dette kan relateres til ulik faglig ståsted. De opplever det som vanskelig skulle forholde seg til sykehusets organisering og rammer, og samtidig ivareta pasientens behov. De ulike teknikkene i tilnærming styres strategisk av sykepleieren. Sekretæren gir uttrykk for å forholde seg mer til regelverket og rettigheter. I forhold til problemstillingen gir dette et nyansert bilde av hvordan aktørene forholder kommunikasjonsmessig seg til pasienten. Maktbalansen er beskrevet som en dynamisk prosess, og som av sykepleieren i starten av samtalen lar seg være på et likeverdig nivå, men styrer over til at maktbalansen går i sykehusets fordel fordi det er en sterk premissleverandør. Dette balanseres også mot de rettigheter pasienten har og plikter som sykehuset har til å innfri disse.

8.8 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

En god undersøkelse skal måle det den faktisk sier den skal måle, altså ha en begrepsmessig gyldighet. Den skal ha intern gyldighet, altså sannsynliggjøring av at forhold som samvarierer også henger kausalt sammen. Resultatene skal kunne generaliseres, altså overføres til andre områder. Til slutt skal de være reliable, altså pålitelige.

Utfordringene vil være mange. De viktigste hensyn en må ta er å la seg speile av andre for å få tilbakemelding om at det er fornuftig det som undersøkes, samt sammenligne mot eventuelt andre undersøkelser. Skjevhet i svar vil kunne påvirke representasjonen av intervjuobjektene. I og med jeg undersøkte bare 2 enheter var det vanskelig å få frem en lik balanse mellom disse.

Respondentene var valgt ut for å forsøke å belyse om det er forskjell i tilnærmingen på bakgrunn av fagprofesjon. Undersøkelsens gyldighet kan diskuteres, men mange klare svar på problemstillingene kom til uttrykk. De informantene som ble intervjuet har lang erfaring, men noe ulikt ståsted. Den lange erfaringen tilsier at problemområder og utfordringene de har hatt bygger på gjentatte hendelser. Dermed kan en anta at en vil finne tilsvarende opplevelser ved andre Inntakskontor.

For å få en god oversikt har jeg satt hovedkonklusjonene i en tabell.

Forsknings spørsmål	Hovedkonklusjoner	Kritiske faktorer
<p>Hvilken innflytelse har innføring av standardiserte pasientforløp hatt på organisatoriske strukturer og prosesser i henvisning og vurderingsfasen ved Inntakskontorene ved St. Olavs Hospital HF i perioden 2009-2011</p>	<p>Gjennom økt krav til kvalitet og økonomi har standardisering av pasientforløpene bidratt til at rutiner ved Inntakskontorene har blitt endret ved bedre kunnskap om pasientrettigheter, økt forståelse for helheten både i organisasjonen.</p> <p>Respondentene var tydelig på at IKT som internt og eksternt kommunikasjonsmiddel ikke var effektivt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskap om rettigheter • IKT som kommunikasjonsform innad og utad • IKT i forbindelse med aktivitetsplanlegging fungerer bra, men er sårbart • Ressursstyringssystemer er manuelle • Konflikt mellom pasientens behov og organisasjonens evne til å imøtekomme disse innenfor rettighetsfrister for pasienten. • Kapasiteten utnyttes bedre
<p>Hvordan har relasjonen mellom pasient og system, sett i forhold til makt og kommunikasjon utviklet seg i perioden 2009-2011?</p>	<p>Pasientene oppleves som mer bevisst sine rettigheter. De har også fått flere rettigheter og muligheter gjennom Fritt sykehusvalg og Helfo.</p> <p>Inntakskontorene håndterer dette i forhold til sine kunnskaper og rammer. Svarene indikerer at det er forskjell i kommunikative ferdigheter mellom sykepleier og sekretær, og med bakgrunn i at pasientene oppleves som mer bevisst sine rettigheter stilles det også større krav til kompetanse ved Inntakskontoret.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikative forskjeller
<p>Hvordan har systemet utviklet økt gjennomstrømning i</p>	<p>Funnet fra respondent A tilsier at det har i lang tid vært fokus på å behandle flere pasienter. Det er</p>	

perioden?	nærliggende å tro at også andre enheter har opplevd samme effekt ved å arbeide aktivt med pasientforløp. Men dette må kartlegges ved hjelp av en kvantitativ undersøkelse.	
-----------	--	--

Figur 7 Hovedkonklusjoner

8.9 Oppsummering

Kapittel 8 har forsøkt å beskrive sammenhengen mellom funn i intervjuene og teoretisk forståelse. Relasjonen mellom pasient og system på både et organisatorisk og kommunikativt grunnlag er beskrevet med spesielt henvisning til kommunikative ferdigheter.

Fig 7 beskriver hovedtrekkene i funnene fra intervjuene. Jeg har i masteravhandlingen ønsket å undersøke om det er kritiske faktorer ved planlegging og koordinering av tjenestene til et standardisert pasientforløp mot organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige forhold. Ved hjelp av 3 forskningsspørsmål har jeg forsøkt å søke svar til denne problemstillingen.

Når det gjelder det første forskningsspørsmålet om hvilken innflytelse har innføring av standardiserte pasientforløp hatt på organisatoriske strukturer og prosesser i henvisning og vurderingsfasen ved inntakskontorene ved St. Olavs Hospital HF i perioden 2009-2011, har jeg fått en indikasjon på at det har hatt endring i måten tjenesten, altså organisatoriske strukturer, blir utført på.

Det andre forskningsspørsmålet om hvordan relasjonen mellom pasient og system sett i forhold til makt og kommunikasjon har utviklet seg i perioden 2009-2011, er det også indikasjoner som går i retning av pasientene har fått styrket sin posisjon gjennom rettigheter og et sterkt kontrollorgan. Likevel kan en forstå respondentene dit hen at sykehuset fremdeles har en avgjørende makt.

Det tredje forskningsspørsmålet om hvordan har systemet utviklet økt gjennomstrømming har vært en undersøkelse der jeg har fått informasjon fra Nevrokirurgisk avdeling og avklart utviklingen i kapasitetsforbedring. Dette har vært en avstemming for å kunne si at det har vært en endring i organisatoriske strukturer og prosesser. Denne endringen har kommet etter at det ble systematisk jobbet med pasientforløp.

Disse 3 spørsmålene gir da svar på om hva som er kritiske organisatoriske og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et standardisert pasientforløp. De kritiske faktorene er:

- Kunnskap om rettigheter
- IKT som kommunikasjonsform innad og utad
- IKT i forbindelse med aktivitetsplanlegging fungerer bra, men er sårbart
- Ressursstyringssystemer er manuelle
- Konflikt mellom pasientens behov og organisasjonens evne til å imøtekomme disse innenfor rettighetsfrister for pasienten.
- Kapasiteten utnyttes bedre
- Kommunikative forskjeller

På bakgrunn av disse funnene og sett i lys av forskningsspørsmålene kan jeg konkludere med at spørsmålet i hovedproblemstillingen indikerer at det er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til det standardisert pasientforløp.

9 Avslutning

Som forordet indikerer så har jeg har i mange år på flere plan interessert meg for pasientforløp og mekanismene for å drive frem bedre tilbud til pasientene. Det meste som finnes av litteratur og forskning er på *fenomenet* pasientforløp og om det virker etter hensikten, og om det i det hele tatt blir tatt i bruk. Det er skrevet mye og utviklet ulike metoder for å utvikle pasientforløp. Og de ulike metodene er gjerne utprøvd og med dokumentert effekt. Det som har vært min motivasjon er ikke å se om pasientforløp virker, men om å belyse de faktorer som er med på å påvirke planleggingen og koordineringen av tjenestene.

Jeg har forsøkt å synliggjøre ulike tilnærminger og ulik begrepsbruk til pasientforløp og satt det i sammenheng med overordnede føringer fra Helse- og Omsorgsdepartementet, og om tjenestene i sin helhet kan rapportere tilbake at oppgavene er løst etter intensjonene.

Det er i avhandlingen forsøkt å avklare følgende hovedproblemstilling: Hva er kritiske organisatoriske, relasjonsmessige og kapasitetsmessige faktorer ved planlegging og koordinering av tjenester til et pasientforløp. Ved hjelp av intervju kan forhold knyttet til 2 forskningsspørsmål vurderes som kritiske. Det 3. forskningsspørsmålet viser et en klar utvikling av kapasitetsforbedring.

Som en konklusjon mener jeg de faktorer som er beskrevet i tab 7 har med hjelp av teoretisk tilnærming gitt en god indikasjon på at innføring av standardisert pasientforløp har hatt innflytelse på organisatoriske strukturer og prosesser i henvisning- og vurderingsfasen ved Inntakskontorene, samt at det har vært en utvikling i hvordan relasjonen mellom pasient og systemet i perioden etter at standardisering av pasientforløpene ble innført.

10 Kildehenvisninger

- Bleiklie, Ivar, Knut Dahl Jacobsen, og Jan Thorsvik. «Forvaltningen og den enkelte.» 1989.
- Bråten, Stein. *Kommunikasjon og samspill*. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2010.
- Christensen, Tom, Tom Lægreid, Paul G. Roness, og Kjell Arne Røvik. *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 3. opplag. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
- Engelstad, Fredrik. *Makt- og demokratiutredning*. 1998-2003.
- Eskeland, og Finne. 1973.
- Helse Midt-Norge RHF. 2008.
- . *Styrets årsberetning*. 2009. <http://www.helse-midt.no/no/Om-oss/Samling-av-arsrapporter/Arsrapporter/Arsrapport-2009/Styrets-arsberetning/> (funnet 2012).
- Helse og Omsorgsdepartementet*. 2002. www.regjeringen.no (funnet 2012).
- Helse- og Omsorgsdepartementet. *Sterkere styring med nasjonal IKT i helsesektoren*. 14. Januar 2009. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/sterkere-styring-med-nasjonal-ikt-i-hels.html?id=542666> (funnet mars 2012).
- Helse Sør-Øst. 2010.
- Helse Sør-Øst RHF. *Elektronisk arena for samhandling og åpenhet - Behandlingslinje fra hjem til hjem*. mars 2012.
- Helsebiblioteket*. mars 2012. www.helsebiblioteket.no.
- Helsedirektoratet . 2010.
- Helsedirektoratet - Fritt sykehusvalg. *Fritt Sykehusvalg*. mars 2012. <http://www.frittisykehusvalg.no/start/> (funnet mars 2012).
- Helsedirektoratet. *Kunnskapssenteret - Meldeordningen*. 2012. <http://www.kunnskapssenteret.no/Meldeordningen/Hjem> (funnet mars 2012).
- Helsetilsynet. *Helsetilsynet*. mars 2012. <http://helsetilsynet.no/> (funnet mars 2012).
- Jacobsen. 1965.
- Jacobsen:24. *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. 2003.
- Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, SiV HF. 2010.
- Legeforeningen. *Legeforeningen*. Januar 2012. <http://legeforeningen.no/fag-og-fagutvikling/gjennombruddsprosjekter/>.
- Pasient og brukerombudet. mars 2012. <http://www.pasientombudet.no/> (funnet mars 2012).

- Ringerike sykehus HF. «Pasientfokuset Redesign.» mai 2008.
- Schaffer, Bernard, og Ven-hsien Huang. *Distribution and the Theory of Access. Development and Change*. 1975.
- Schein, E. H. *Organizational Culture and Leadership*. 1992.
- Sherif, Peta. *Sociology of the Public Bureaucracies 1965-1975*. Sage Publications, 1976.
- Sosial og Helsedirektoratet. *Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor*. IS-1416, Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, 2006.
- Sørli, Jon Erik. *Små industiforetaks tilgang til kapital fra Distr. Utbyggingsfond. En studie av fondets virksomhet i Telemark 1970-1975. Arb.rapp. nr 2. Det off. regelverk og ressurssvake brukergrupper, INSS*. Universitetet i Bergen, 1978.
- Weber, Max. *Makt og byråkrati*. Gyldendal, 1971.
- www.helfo.no. 2012.
- www.regjeringen.no. 2006.
- www.widipedia.no. 2012.
- Aakvaag, Gunnar C. *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS, 2008.
- Aanestad, Margunn, og Irene Olaussen. *IKT og samhandling i helsesektoren*. Redigert av Vebjørn Andreassen. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag, 2010.

11 Vedlegg

11.1 Respondenter

Respondent A Berit Svestad	Nevrokirurgisk avdeling, Inntakskontor - sekretær
Respondent B Grete Jensen	Øre- Nese- Halsavdeling, Inntakskontor - sykepleier
Respondent C Helge F. Hansen	Nevrokirurgisk avdeling, Stabsavdeling - økonomikontr.

11.2 Intervjuguide

Hovedproblemstilling 1	Hovedproblemstilling 2
Bakgrunn:	Bakgrunn:
Kommunikasjon og rettigheter	Organisatorisk struktur, systemer og kvalitetsindikatorer
Forskningsspørsmål:	Forskningsspørsmål:
Tema: Kommunikasjon	Tema: Organisatorisk struktur
<i>Hvordan ivaretar inntakskontoret pasientens opplevelse av ivaretagelse (råderett) og innflytelse over egen situasjon?</i>	<i>Hvordan er ansvar og myndighet ved Inntakskontoret delegert?</i>
<i>Hvordan opplever Inntakskontoret det når pasienten ønsker å ta styring over planlegging av pasientforløpet?</i>	<i>Hvordan er sammensetningen av profesjoner ved Inntakskontoret? (innledende spørsmål)</i>
<i>Gis pasienten mulighet til å utøve sine rettigheter i møte med institusjonen?</i>	Tema: Systemer
<i>Hvordan blir pasient møtt i telefonen?</i>	<i>Hvordan utføres ressursplanleggingen?</i>
<i>Hvordan forløper samtalen med pasienten seg? Beskriv</i>	
<i>Følger samtalen med pasienten et mønster?</i>	Målsetting
<i>Beskriv</i>	<i>Kartlegge hvordan i forhold til maktutøvelse/avmakt i forhold til pasienten, og opplevelsen til den enkelte saksbehandler. Opplevelsen av hvordan dette fungerer vil være viktig.</i>
Målsetting	
<i>Analysen kan gi svar på om det er et mønster ut fra hvilke kategorier som kan gjenkjennes som maktutøvelse eller resultat av avmakt.</i>	
<i>Kategorier</i>	
<i>skyldte på legen,</i>	
<i>holde tilbake info,</i>	
<i>manglende oversikt etc.</i>	
<i>Hvordan følges samtaler opp?</i>	<i>Hvordan er tilgangen til relevant informasjon om ressurser?</i>
<i>Er det forskjell på oppfølging når pasienter møter fysisk?</i>	<i>Hvordan er aktivitetsplanleggingen?</i>
Målsetting	
<i>Er det forskjell på utøvelse av rollen i et maktperspektiv når pasienten er fysisk til stede? Er det mer vanskelig å argumentere?</i>	
<i>Hvordan kommuniseres det med øvrige interessenter i planleggingen av pasientforløpet?</i>	<i>Hva fungerer best i planleggingen og koordineringen av pasientforløpet?</i>
<i>Hvilken innflytelse har de ulike aktørene i planleggingen av gjennomføringen av pasientforløpet?</i>	<i>Hvorfor fungerer dette?</i>
<i>Hvilke utfordringer er det i oppfølgingen av samtalen?</i>	<i>Hvordan påvirkes gjennomføringen av Standardiserte pasientforløp?</i>
	<i>Er den enkelte bevisst kostnader i fm planlegging av pasientforløpet?</i>

<i>Hvilken IT-kompetanse har den enkelte (med tanke på kvalitetssikring av inndata/sekundærdata)</i>	<i>Hvordan oppleves tilgang på informasjon om ressurser?</i>
<i>Har du påvirkning på utvikling av IKT-systemene?</i>	<i>Hvordan oppleves systemer som skal ivareta aktivitetsplanleggingen?</i>
<i>Hvordan er kunnskapsnivået til dagens ledere som skal sørge for implementering av IKT-systemene?</i>	Tema: Rettigheter
<i>Kan standardiserte pasientforløp påvirke IT-utviklingen?</i>	<i>Hvordan ivaretas pasientens rettigheter?</i>
<i>Har IKT-systemene manglende funksjoner for å kunne gjøre planlegging og koordinering bedre?</i>	<i>Hvor er flaskehalsene?</i>
<i>Kan IKT systemene være til hjelp å foreta hurtigere endringer?</i>	Tema: Kvalitetsindikatorer
<i>Har du god nok kjennskap til alle funksjonaliteter i systemene du bruker?</i>	<i>Hvordan ivaretas kvalitetsindikatorene i planleggingen av pasientforløpet?</i>
<i>I hvilken grad bruker Inntakskontorene IKT-systemene i planleggingen av pasientforløpet?</i>	<i>Har kvalitetsfokuset endret seg i perioden 2009-2011?</i>
<i>Utdanningen av helsepersonell for å imøtekomme de krav som stilles til ferdigheter?</i>	<i>Hvordan har kvalitetsindikatorene påvirket gjennomføringen av pasientforløpene i perioden 2009-2011</i>
	<i>Hvordan påvirker kvalitetsindikatorene planleggingen av pasientforløpet?</i>
Bruke IT-systemer som kommunikasjon	<i>Hvilke faktorer har betydning (positive og negative) for gjennomføring av standardisert pasientforløp?</i>
Teoretisk grunnlag	
Jürgen Habermas?	Max Weber?
Diskusjon	
Notater:	Hvordan opplever inntakskontoret den institusjonelle makt?
Den herredømmefrie samtalen	
Teorien må forme forskningsspørsmålene	
Hvordan håndterer Habermas pasientens følelsesuttrykk?	
	Hvordan påvirkes planleggingen av pasientforløpet av de organisatoriske forhold?