

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:

Navn / kandidatnr.:

SYK305H\_1

Ingeborg Winsjansen Skaret/8

## Organisasjonsstrukturens betydning for eldre, multisyke pasienters pasientforløp

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer i overgang mellom sykehus og kommune.

---

Dato: 16.11.20

Totalt antall sider: 105

## **Forord**

Denne studien markerer avslutningen på noen spennende år på masterprogrammet i Klinisk sykepleie, ved Nord universitet. Jeg har i denne prosessen vært så heldig å få møte mange kunnskapsrike og flotte mennesker som har inspirert meg som person, student og sykepleier. Det har vært svært givende å arbeide med masteroppgaven, men jeg må også innrømme at den har vært krevende til tider. Kort oppsummert har masteroppgaven gitt et enormt læringsutbytte og kompetansegrunnlag som er gull verdt for mitt videre arbeid innen helsetjenesten.

Det er mange bidragsyttere som skal ha all ære for fullføringen av denne masteren. Først og fremst vil jeg begynne med å si tusen takk til deltakerne i studien som lot meg få et innblikk i deres arbeidshverdag. Jeg er takknemlig for at de tok seg tid til å meddele sine erfaringer og med dette dannet grunnlag for kunnskapsutvikling innen dette forskningsfeltet.

Jeg vil deretter rette en stor takk til min veileder og med-veileder, Sevald Høye og Gro Rosvold Berntsen. Uten dere har ikke denne oppgaven vært mulig å gjennomføre. Dere har bidratt med mange konstruktive og motiverende tilbakemeldinger. Viktigst av alt- dere har utfordret meg og vært engasjerte, samt gitt meg selvtillit når min usikkerhet har vært som størst. Det har følt trygt å være masterstudent med dere som veiledere.

Min mann, samt nærmeste familie og venner har vært min største heiagjeng. Det er vanskelig å beskrive med ord hvor mye hver og en av dere har betydd for meg i denne prosessen. En særlig takk til Lise Marie Mathisen som tålmodig og forståelsesfull har bidratt med faglige diskusjoner og korrekturlesing- dette til stor nytte for min oppgave. Denne gjengen har vært rause med oppløftende ord og det har motivert meg til å stå på.

I tillegg har jeg opplevd stor velvilje fra min arbeidsgiver og mine arbeidskolleger, som har tilrettelagt for at jeg fikk tilstrekkelig rom og tid til å fullføre dette masterstudiet. Jeg håper at min masteroppgave har bidratt til ny kunnskap som kan komme andre i helsetjenesten til gode- dette være seg beslutningstakere, helsepersonell eller pasienter.

*Borkenes, 16.11.20  
Ingeborg Winsjansen Skaret*

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	ii
Innholdsfortegnelse .....	iii
Liste over tabeller.....	5
Sammendrag på norsk .....	6
Summary in English.....	8
1.0 INNLEDNING .....	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	10
1.2 Studiens hensikt.....	12
1.3 Problemstilling .....	13
1.4 Avgrensning .....	13
1.5 Tidligere internasjonal og nasjonal forskning .....	14
1.6 Forforståelse og refleksivitet.....	16
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME OG BEGREPSAVKLARING .....	18
2.1 Nasjonale føringer og virksomhetsutfordringer i helsetjenesten.....	19
2.2 Organisatorisk kompetanse som forutsetning for kvalitet i helsetjenesten .....	20
2.3 Begrepet organisasjon og helseorganisasjoner i Norge som system.....	21
2.4 Helseorganisasjoner i et strukturelt perspektiv .....	23
2.4.1 Organisasjonsform .....	24
2.4.1.1 Linje- og stabsorganisasjon- mekanisk organisasjonsform.....	24
2.4.1.2 Prosessorganisering- organisk organisasjonsform .....	25
2.4.2 Lederansvar .....	26
2.4.3 Felles møtearenaer.....	27
2.4.4 Kommunikasjonskanaler .....	28
2.4.5 Tverrfaglig teamorganisering .....	28
2.5 Helseorganisasjoner i et prosessuelt perspektiv .....	29
2.5.1 Pasientforløp.....	30
2.5.2 Samhandling.....	31
2.6 Kort oppsummering.....	32
3.0 METODOLOGI .....	33
3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign .....	33
3.2 Metode.....	36
3.2.1 Studiens kontekst.....	36
3.2.2 Populasjon og utvalg .....	38
3.2.3 Datainnsamling.....	40
3.2.4 Gjennomføring .....	41
3.2.5 Analyse av datamaterialet .....	42
3.3 Forskningsetiske betraktninger .....	45
4.0 RESULTATER .....	47
4.1 Samarbeid på tvers .....	48
4.2 Pasienten i sentrum.....	51
4.3 Organisasjonsform .....	54
4.4 Strukturell og organisatorisk fragmentering .....	56
4.5 Kompetanseutvikling .....	60

5.0 DISKUSJON .....	63
5.1 Felles verdigrunnlag .....	64
5.2 Gap mellom nåværende og ønsket praksis .....	66
5.3 Ledelsesengasjement, medvirkning og involvering .....	71
5.4 Organisasjonsform- til støtte eller begrensning i prosesser? .....	74
5.5 Gjensidig forståelse på tvers av fag, enheter og nivåer .....	78
5.6 Konsekvenser for videre praksis .....	82
5.7 Konsekvenser for videre forskning .....	84
5.8 Studiens styrker og svakheter .....	85
6.0 KONKLUSJON .....	87
7.0 Litteraturliste .....	89
8.0 Vedlegg .....	101
8.1 Vedlegg 1- Intervjuguide .....	101
8.1 Vedlegg 2- Godkjenning fra NSD .....	102
8.2 Vedlegg 3- Informasjonsskriv til deltakerne .....	103

## **Liste over tabeller**

Tabell 1: Oversikt over studiens utvalgte kommuner og tilhørende samhandlingsteam

Tabell 2: Demografisk data

Tabell 3: Eksempler fra studiens analyseprosess og utarbeidelse av koder, sub-tema og tema

Tabell 4: Oversikt over analysens koder, sub-temaer og tema

## Sammendrag på norsk

**Hensikt:** Eldre multisyke pasienter har varierende og langvarige behov for helsetjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Oppsummering av tidligere forskning viser at det er utfordrende å få til et sømløst pasientforløp for denne pasientgruppen, da multisyke pasienter opplever gjentakende svikt i overganger mellom sykehus og kommune. Helsepersonell opplever i denne sammenheng en rekke utfordringer relatert til samhandling og kontinuitet i klinisk praksis, som har sitt utspring i det organisatoriske og strukturelle rammeverket i helsetjenesten. Uklare ansvarsforhold i- og mellom helsetjenestenivåer, ulike perspektiver i omsorgsutøvelsen, samt oppgaveforskyvning, er eksempler som resulterer i brudd på pasientbehandlingen. Dette prosjektets formål er å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med å skape gode pasientforløp i helsetjenesten. Mer spesifikt søker studien svar på: Hvordan påvirker strukturelle organisasjonsforhold helsepersonells arbeid med helhetlige pasientforløp, i overgangen mellom kommune og sykehus?

**Metode:** Studiens design er beskrivende med kvalitativ tilnærming. Datainnsamlingen er gjort gjennom semistrukturerte fokusgruppeintervjuer i to norske kommuner, i perioden desember 2018- februar 2019. Datamaterialet er innhentet fra helsepersonell som arbeidet i kliniske organisasjonsenheter, som søkte å forbedre helheten i pasientforløpene for eldre, multisyke pasienter. 10 deltakere var med i studien. Hvert intervju varte i 1,5 time, og det ble gjort lydopptak. Innsamlet data ble transkribert ad verbatim og analysert etter kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** En oppsummering av analysens hovedfunn viser at organisasjonsform, lederansvar, felles møtearenaer og tverrfaglig teamorganisering fremheves av deltakerne som sentrale strukturelle faktorer, som fremmer eller hemmer kvaliteten på helsepersonells arbeid med å skape forsvarlige pasientoverganger. Denne studien fremhever utfordringer som eksisterer på system- og ledelsesnivå, som medfører konsekvenser for helsepersonell i klinisk praksis. Deltakerne beskriver prosessorganisering til å styrke kvaliteten i pasientovergangene for eldre multisyke pasienter. En av de største utfordringene i helsepersonells arbeid, er at de strukturelle forholdene i helsetjenesten ikke tilrettelegger for prosessorganisering. En nærværende og støttende ledelse som involverer de ansatte og har god kjennskap til helsepersonells arbeidsfelt, er nødvendig for å understøtte personalets arbeids- og behandlingsprosesser. Tverrfaglig teamorganisering og felles møtearenaer styrker samhandling mellom samarbeidende enheter og tjenestenivåer. På denne måten blir helsetjenestene koordinert og levert til rett tid basert på pasientenes individuelle behov og helsetilstand.

### **Konklusjon:**

Organisasjonsstrukturen er sentral for helsepersonells arbeid med å realisere prosesser og helsetjenester, som oppleves omsorgsfulle, fleksibel og individuelt tilpasset de eldre, multisyke pasienters behov. Helsepersonell avdekker gjentakende svikt i pasientforløpene. En sentral utfordring er at de nåværende helsepolitiske strategiene ikke definerer hvilke strukturelle forutsetninger som må være etablert i helsetjenesten for å understøtte kvalitet og helhet i pasientforløpene. For å møte fremtidens utfordringer er det behov for endring av omsorgsmodellen til denne pasientgruppen. En endring i måten vi utøver helsetjenestene på er viktig dersom man skal imøtekomme helsepersonells behov for å utøve forsvarlig klinisk praksis, og motvirke de negative konsekvensene som eldre, multisyke pasienter opplever i pasientforløpene. For å få dette til må det skapes en konsensus der pasientsentrert tilnærming

er overordnet dagens diagnosefokuserede behandlingsprosess. I tillegg bør man innhente erfaringer fra helsepersonell som jobber med komplekse pasientforløp som involverer mange parter, slik at en i større grad kan stille realistiske krav til organisering og beslutningstakere i helsetjenesten.

**Nøkkelord:** pasientforløp, samhandling, eldre, multisykdom, organisasjonsstruktur, tverrfaglig

## Summary in English

**Introduction:** Elderly patients with multimorbidity have various and long-term health-care needs, from secondary care and primary care. Summary of previous research shows that it is challenging to achieve an integrated care pathway for this group of patients, as patients with multimorbidity experience repetitive gaps in transitions between hospital and municipality. In this context, health-care providers experience a number of challenges related to interactions and continuity in clinical practice, which originate from the organizational and structural framework of the health service. Unclear responsibilities in and between health care levels, different perspectives in the practice of care and task shifting are examples that result in fragmented patient care. The purpose of this project is to investigate the experiences of health-care providers in creating integrated care pathway in the health service. More specifically, the study seeks answers to: How do structural organizational conditions affect health-care providers' work with integrated care pathway, in the transition between municipality and hospital?

**Method:** The design of the study is descriptive with a qualitative approach. The data collection is done through semi-structured focusgroup interviews in two different Norwegian municipalities, in the period December 2018- February 2019. The data was collected from health-care providers working in clinical organizational units, who sought to improve overall in the care pathway for elderly patients with multimorbidity. 10 participants participated in the study. Each interview lasted 1 hour and 30 minutes, and was audio recorded. Collected data were transcribed ad verbatim and analysed using qualitative content analysis.

**Result:** A summary of the analysis's main findings shows that organizational form, leader responsibility, mutual meeting arenas and interdisciplinary team organization are highlighted by participants to be key structural factors, which promote or inhibit the quality of health-care providers' efforts to create proper patient transitions. This study highlights challenges that exist at the system- and management level, which in turn leads to consequences for health-care providers in clinical practice. Participants describe process organization to improve the quality of transitions in the integrated care pathway for elderly patients with multimorbidity. One of the biggest challenges in the work of health-care providers, is that the structural conditions in the health service do not facilitate process organization. A supportive management who involves the staff and have a high awareness of the health-care providers challenges and opportunities for care integration, is necessary to support health-care providers' work- and care processes. Interdisciplinary teams and mutual meeting arenas strengthen interaction between cooperative units and service levels, so that healthcare services are coordinated and delivered at the right time based on patients' individual needs and health status.

**Conclusion:** The organizational structure is central to the health professionals' efforts to create caring, flexible care processes that are individually adapted to the needs of elderly patients with multimorbidity. Healthcare providers uncover repetitive gaps in the care pathway. A key challenge is that the current health policy strategies do not define what structural assumptions must be established in the health service, in order to support quality and overall in the care pathway. To meet the challenges of the future, there is a need for a change in the care model for this patient group. A change in the way we practice healthcare



services is important if we are to meet the needs of healthcare providers to deliver proper clinical practice, and counteract the negative consequences of care fragmentation experienced by elderly patients with multimorbidity. To achieve this, a consensus must be created where the patient-centered approach is the structuring principle, so that the diagnosis-focused treatment serves the individual's needs. In addition, experience should be gathered from health-care providers working with complex care pathway involving a plurality of voices, so that one can to a greater extent propose realistic design requirements for organization and decision-makers in the health service.

**Keywords:** care pathway, interaction, elderly, multimorbidity, organizational structure, interdisciplinary

## 1.0 INNLEDNING

### *1.1 Bakgrunn for valg av tema*

90 prosent av pasientene som utskrives fra sykehus til tjenester i primærhelsetjenesten, har multisykdom og mangeartede behandlingsbehov som må ivaretas samtidig (Forskningsrådet, 2016). Denne pasientgruppen opplever dermed pasientforløp bestående av mange kritiske overganger innad i- og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (K. K. Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017). En av de særlige utfordringene som multisyke pasienter opplever, er inkonsistens mellom helsetjenesten og pasientenes behov (Berntsen, Høyem & Gammon, 2014; Gill et al., 2014). Det fremheves i denne sammenheng et behov for diagnoseuavhengige pasientforløp, da denne pasientgruppen ikke er egnet for kliniske retningslinjer basert på enkelt diagnoser (Tinetti, Fried & Boyd, 2012; Vermunt, Westert, Olde Rikkert & Faber, 2018).

I Norge kan utfordringer som multisyke opplever, forklares med at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ulike organisasjonssystem og styringslinjer. Behandlingen i spesialisthelsetjenesten er standardisert gjennom behandlingslinjer og pasientens innleggelsesårsak og diagnose blir styrende for hva som skal skje videre i pasientforløpet. Planleggingen i pasientforløpet er kortsiktig og rettet frem mot pasientens utskrivning fra sykehus. I primærhelsetjenesten har målsettingene og forutsetningene for behandling et større fokus på pasientenes preferanser og deres samlede medisinske behov og funksjonsevne (Norsk helsenett, NTNU & Trondheim kommune, 2012). Helsepersonell fra primærhelsetjenesten tilstreber en langsiktig planlegging av pasientforløpene med mer kontinuerlig oppfølging uten en begynnelse og en slutt (Grimsmo et al., 2016). Det kan dermed være ulik forståelse av hva som er målet for tjenestene. De ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten beskrives til å være lite samstemte med tanke på hvilke problemstillinger som er viktigst å håndtere (Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016). Vesentlige forskjeller i perspektiv og tilnærming mellom spesialist- og primærhelsetjenesten fremheves til å vanskeliggjøre et pasientforløp tilpasset de ulike tjenestenivåenes funksjon og organisering. Resultatet blir et asymmetrisk samarbeid, hvor det er utfordrende å følge opp forløp som har blitt etablert i sykehus og som skal videreutvikles i primærhelsetjenesten (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013).

En nasjonal veileder gir innspill om organisasjonstiltak som skal støtte en strukturert oppfølging av pasienter med omfattende og sammensatte behov for helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2017). Det fokuseres i denne veiledningen på behov for tjenesteutvikling med en sterkere ledelse, økt kompetanse og tverrfaglig teamorganisering gjennom oppfølgingsteam. Den nasjonale helse- og sykehusplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) skriver i sin utredning at utfordringer relatert til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten blant annet må løses med endringer i organisering, kultur og ledelse. Men verken helselovgivningen eller kvalitetsforskriftene inneholder tydelige beskrivelser av hvordan helhetlige pasientforløp strukturelt skal organiseres i klinisk praksis. Dette utfordrer den nåværende organiseringen av helsetjenestene som skal forene helsepersonells behov knyttet til forutsigbare arbeidsrammer, samtidig som helsepersonell skal imøtekomme de mange variasjoner av behov som multisyke pasienter har i sine pasientforløp.

Helsetjenesten i Norge har de siste tiår gjennomgått systematiske omorganiseringer i form av kortsiktige- og langsiktige strategier. Dette for å forbedre helsetjenestetilbudets nåværende og fremtidige beskrevne utfordringer relatert til fragmenterte pasientforløp og økende antall eldre pasienter med flere kroniske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2013, 2015a, 2016). Herunder fremstår myndighetenes samhandlingsreform som sentral. Men en forskningsrapport (Forskningsrådet, 2016) som hadde til hensikt å evaluere Regjeringens godt forankrede samhandlingsreform, uttrykket at det var tvetydig om samhandlingsreformen har bidratt til en vellykket utvikling av helhetlige pasientforløp. Det fremheves her at en del av pasientene hadde fått mer oppstykkede forløp. Et annet gjennomgående funn var spesialisthelsetjenestens manglende forståelse for primærhelsetjenestens kompetanse, og at primærhelsetjenesten i mindre grad var i stand til å påta seg de faglige oppgavene som samhandlingsreformen forutsetter. Haukelien, Vike og Vardheim (2015) peker på økt arbeidsmengde og komplekse arbeidsoppgaver som medvirkende årsaker til at primærhelsetjenesten hele tiden er på etterskudd i møte med samhandlingsreformens krav. Et annet hovedfunn i deres forskning var at ledere og ansatte vurderte situasjonen i helsetjenesten ulikt. Slike forhold medførte en større sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen i utøvelsen av helsetjenester.

Min forutforståelse som ligger til grunn for denne studien, er at de strukturelle organisasjonsrammene ikke er tilpasset den økte arbeidsmengden og de komplekse

arbeidsoppgavene som helsepersonell i helsetjenesten opplever i møte med multisyke pasienter. Hellesø, Larsen, Obstfelder og Olsvold (2016, s. 58) fremhever denne kompleksiteten som sykepleiere står overfor i dag: «*Imidlertid er arbeidet med å organisere helhetlige og individuelt tilpassete behandlingsforløp blitt mer komplekst. Takten er hurtigere, teknologiene er mer avanserte og antall personer som er involvert, har økt betraktelig*». Slike uttalelser underbygger påstanden om at Helse- og omsorgstjenesten er i stadig endring grunnet helsepolitiske, medisinske og demografiske utviklingstrekk. Kravene til utøvelsen av helsetjenestene ser ut til å ha endret seg betydelig de siste årene. Samtidig virker det som at de strukturelle rammene som helsepersonell utøver tjenestene i, har stått på stedet hvil.

Hvordan påvirker strukturelle organisasjonsforhold pasientsikkerheten og helsetjenestens kvalitet? Bidrar de strukturelle rammene til frustrerte helsearbeidere som ikke klarer å levere tjenester som samsvarer med faglige vurderinger? Dersom tjenesteutøvere og administrativ ledelse i helsetjenesten opererer ut ifra ulikt målbilde, kan dette forsterke de utfordringer som helsepersonell beskriver ved ivaretagelse av multisyke pasienters pleie- og omsorgsbehov? Hva må eventuelt endres i organisasjonsstrukturen for å nå målet om helhetlige pasientforløp og trygge pasientoverganger?

## ***1.2 Studiens hensikt***

Den organisatoriske dimensjonen kan på dette grunnlag trekkes frem som en viktig kilde for å sikre samhandling og trygge pasientoverganger i- og mellom tjenestenivåer i helsetjenesten. Men det virker per i dag ikke til å være en enighet på nasjonalt nivå om hvordan vi på best mulig måte skal imøtekomme utfordringene med fragmenterte pasientforløp, og hvordan vi skal operasjonalisere overordnede handlingsplaner. Det fremstår som et påtrengende behov for å gripe fatt i flere av de beskrevne strukturelle svakhetene i et helhetlig pasientforløp. En forståelse for hvordan organisasjonsstrukturelle faktorer påvirker innholdet i klinisk arbeid for helsepersonell, synes å ha stor betydning både for pasientbehandlingen, arbeidsvilkår for helsepersonell og kvalitet på utøvelsen av helsetjenester. Dermed er formålet i denne studien å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell på pasientnært nivå har med å skape gode pasientforløp i helse- og omsorgstjenesten.

### ***1.3 Problemstilling***

Mer presist søkes det i denne studien svar på følgende problemstilling:

*Hvordan påvirker strukturelle organisasjonsforhold helsepersonells arbeid med helhetlige pasientforløp i overgangen mellom kommune og sykehus?*

Som hjelp til å svare på problemstillingen, er det et ønske om å finne svar på tre forskningsspørsmål. Jeg ønsker å få frem hvilke erfaringer helsepersonell som arbeider med eldre, multisyke pasienter har med:

- a) Hvilken organisasjonsstruktur fremmer helhetlige pasientforløp?
- b) Hvilken arbeidsorganisering på pasientnært nivå fremmer helhetlige pasientforløp?
- c) På hvilken måte kan administrativ ledelse være til støtte for helsepersonell i arbeidet med å skape helhetlig pasientforløp?

### ***1.4 Avgrensning***

Denne studien er en avsluttende masteroppgave i Klinisk sykepleie, hvor sykepleierens kliniske og organisatoriske rolle sammenholdes i et tverrfaglig perspektiv. Den organisatoriske kompetanse i helsetjenesten innebærer et samspill mellom det kulturelle, strukturelle og prosessuelle perspektivet. I denne studien vil det kulturelle aspektet ikke bli nærmere utdypet. Fokuset vil primært være på det strukturelle perspektivet og hvordan faktorer i det organisatoriske miljøet som helsepersonell praktiserer innenfor, legger premisser og forutsetninger for prosessutvikling som helhetlige pasientforløp innebærer. Denne studien foretar ikke en komparativ analyse hvor man gjør sammenligninger av pasientforløp i to ulike kommuner. Studien danner heller ikke grunnlag for noen form for kvalitetsevaluering av pasientforløpene som deltakerne refererer til. Studien konsentrerer seg om helsepersonell, og har ikke med deltakere fra administrativt ledelsesnivå innad de ulike kommunene. Heller ikke pasienter er intervjuet, og en kan dermed ikke bedømme den faktiske omsorgen som pasientene har mottatt og som deltakerne i studien refererer til.

### ***1.5 Tidligere internasjonal og nasjonal forskning***

I en studie av Schiøtz, Høst og Frølich (2016) fremkommer det en manglende oppmerksomhet i helsetjenesten på pasienters samtidige, multiple diagnoser. De påpeker at flere pasienter gjennomgår ukoordinerte pasientforløp bestående av ulike behandlere som ikke snakker sammen. Disse faktorene blir beskrevet til å redusere pasientsikkerheten og forsterke pasientenes opplevelse av underbehandling av deres ulike, komplekse problemer. Denne studien, understøttet av en rekke andre (Moffat & Mercer, 2015; Rijken et al., 2012; Wallace et al., 2015), fremhever behovet for å omorganisere måten en utøver helsetjenester til denne pasientgruppen på. Det har de siste 10 til 20 årene vært et økende fokus i empirisk forskning på organisasjonsperspektivets betydning for integrasjon i et sømløst pasientforløp, kvalitet i pasientbehandling og samhandling. Begrepene «integrated care», «co-operation», «care coordination» og «network» nevnes i internasjonal forskning i forbindelse med modeller og tiltak som skal styrke samhandlingsløsninger mellom nivåer og profesjoner i helse- og omsorgstjenesten, som har helhetlige pasientforløp som mål. Det er allikevel knyttet store utfordringer til det å få til koordinering, skape integrasjon og vedlikeholde samhandling på tvers av organisasjonsgrenser (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015; Håland & Osmundsen, 2015).

I den nye helse- og sykehusplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b) planlegges det en større satsning på samhandling og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I form av etablerte helsefelleskap skal de ulike tjenestenivåene planlegge og utvikle pasientenes helse- og omsorgstjenester sammen. For å planlegge forbedringer innen helsevesenet er det viktig å tilegne seg forståelse av problemet og målgruppen, samt hindringer for endringer innenfor dens ulike kontekster. Herunder regnes fagmiljøer, pasienter, organisatoriske, økonomiske så vel som politiske kontekster (Grol & Wensing, 2004). Det fremheves i annen forskning at en fragmentering i primærhelsetjenesten er mer alvorlig enn i spesialisthelsetjenesten, da pasientene her ofte har multisykdom og behov for flere helsetjenester samtidig (Grimsmo et al., 2015). En av utfordringene som gjør det vanskelig å løse disse problemene, er at multisykdom ofte blir systematisk utelukket fra empirisk forskning da studier her fokuserer på enkeltdiagnoser og tilfeller hvor personer ikke får samtidig behandling for andre diagnoser. Tilgjengelig forskning omkring faglige retningslinjer for medisinsk behandling, tilrettelegging og tiltak i primærhelsetjenesten beskrives som mangelfull for denne pasientgruppen, noe som kompliserer oppfølgingen i kommunene (Grimsmo, 2018). Ulike intervensjoner har vært forsøkt for å forbedre

omsorgsytelsen til multisyke pasienter, men forskningen viser varierende resultater (Smith, Soubhi, Fortin, Hudon & O'Dowd, 2012; Smith, Wallace, O'Dowd & Fortin, 2016).

Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2017) følger opp regjeringens tidligere tiltak, og forsøker å imøtekomme helse- og omsorgstjenestens behov for retningslinjer vedrørende koordinering og strukturert oppfølging av denne pasientgruppen. Det fremheves i veilederen at det ikke utelukkende er egenskaper hos individet som skaper store og sammensatte behov. Organisasjonsfaktorer som fragmentering, «silo-tenkning», spesialisering og rammer innenfor den enkelte kliniske virksomhet, uttrykkes til å være medvirkende årsaker til at pasientene har store og sammensatte behov. Denne nasjonale veilederen samsvarer med andre internasjonale satsninger og utviklede modeller for organisering av helsetjenester til pasienter med multisykdom (National Institute for health and care excellence, 2016; Palmer et al., 2018; Wagner, Austin & Von Korff, 1996).

Organisatoriske rammefaktorer beskrives til å utfordre samhandling mellom tjenestenivåer i helsetjenesten og til å være medvirkende til hvorvidt pasientoverganger fungerer etter hensikten (B. Danielsen & Fjær, 2010; Tønnessen et al., 2016). Den vertikale samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hevdes å være av *«avgjørende betydning for at de store pasientgruppene skal få den helsehjelpen som de har behov for og krav på»* (Forskningsrådet, 2016, s. 15). Videre skisseres det et behov for å tilrettelegge for en bedre horisontal samhandling og samordning internt i primær- og spesialisthelsetjenesten (Forskningsrådet, 2016). Helheten som samhandlingsreformen etterlyser, oppleves forskjellig av de ulike samarbeidende aktører som inngår i helsetjenestens ulike enheter (Vik, 2018). Det etterlyses forskning som retter seg mot den pasientnære virksomheten og systemet som foretar vedtak som påvirker pasientsikkerheten innen helsetjenesten (Tjøstolvsen, 2016).

Basert på dette forskningsgrunnlaget virker det til å være et behov for å se på organisasjonsstrukturens betydning for gode prosesser innen helsetjenesten, og hvordan struktur og prosess bidrar til resultater i form av helsetjenester av god kvalitet og helhetlige pasientforløp for multisyke pasienter.

## ***1.6 Forforståelse og refleksivitet***

Før vi går videre til beskrivelse av teoretisk referanseramme, er det viktig å klargjøre forskerens forståelsesbakgrunn. Innen hermeneutikken omtales dette som forforståelse og innebærer en gjennomgang av forskerens bakgrunn med tidligere erfaringer og opplevelser som kan være ansett til å påvirke forskningsprosessen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Malterud (2017, s. 44-45) fremhever viktigheten av at forskeren har en bevissthet om forforståelsens innvirkning på forskningsprosessen, slik at man forhindrer den i å overskygge budskapet i det empiriske kunnskapsgrunnlaget:

*«Dette er en bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet og fungere som en matpakke, men som i verste fall kan bli en tung bår som gjør at vi bør avbryte reisen fordi alt handler om det som vi bærer med oss, og ikke om det vi ser langs veien».*

Årsaken til at jeg har ønsket å se nærmere på dette temaet er todelt. For det første har jeg gjennom årenes løp arbeidet som sykepleier, i flere ulike kommuner samt ved det lokale sykehuset. I denne forbindelse har jeg sett at samhandling i pasientoverganger utfordres, fordi sykepleierne ofte får et komplekst ansvar for oppfølging i tillegg til de kliniske oppgavene. Min antagelse er at en prioritering av pasientens opplevelse av sin egen helse, ønsker og behov hvor vedkommende blir sett i et helhetlig perspektiv, kommer i annen rekke til fordel for en diagnosefokuset behandling.

For det andre har jeg selv, gjennom flere år, erfaring med å leve med kronisk sykdom. På nært hold har jeg fått stiftet bekjentskap med det å kjenne sykdom i egen kropp i møte med helsesystemet som skal ivareta meg. Det er gjennom pasientrollen jeg sterkest har kjent på behovet for endring av feltet som omhandler helhetlige pasientforløp og ønsket om å bygge opp helsetjenestene rundt pasienten. Det er i denne rollen jeg virkelig har fått erfare at de strukturelle forhold innad og mellom kliniske virksomheter, kan komplisere samarbeid, koordinering og kontinuitet- sterkt utslagsgivende for meg som pasient.

Helsetjenesten er en kompleks organisasjon hvor ulike rammefaktorer, krav og mål medfører konsekvenser for helsepersonells arbeidsbetingelser og pasientomsorg. I helsetjenestens ulike ledd er min erfaring at helsepersonell selv ofte identifiserer områder hvor pasientsikkerhet og kvalitet er utilfredsstillende og utsatt for gjentakende svikt. Det kan oppleves vanskelig for helsepersonell å skape rom for reorganisering av hvordan tjenestene blir gitt, da de mangler tilstrekkelig innvirkning på styringen av deres organisasjonsenhet. Mitt inntrykk er at det kan



være utfordrende for sykepleiere å organisere egen arbeidshverdag, for deretter gi tilpassede tjenester basert på kartlegging av pasientenes behov. Helsetjenesten består av ulike enheter og nivåer hvor flere aktørers perspektiver skal forenes. Dette fordrer en fellesforståelse mellom helsepersonell og pasienter, de ulike samarbeidende aktører i helsetjenesten, og mellom helsepersonell og ledere i kliniske virksomheter. Min antakelse er at dersom helsetjenesten leverer mer samordnede tjenester, vil det gå bedre med pasientene. Særlig er dette gjeldende for de multisyke pasientene.

Orvik (2009) skriver: «*Profesjonalitet inkluderer å påvirke rammene for pasientomsorgen og egne arbeidsforhold i ønsket retning*». Begrunnelsen for denne masteroppgaven omhandler ikke bare at det er gjort få studier på dette feltet tidligere. Det synes også å være et behov for å utøve helsetjenestene på en annerledes måte, da vi har en voksende gruppe pasienter med sammensatte behov og hvor dagens håndtering i helsetjenesten ikke ser ut til å fungere. Effektivitets- og produktivitetskrav i form av økonomisk lønnsomhet, stram ressursstyring og utilstrekkelige økonomiske insentiver, synes i tillegg å legge press på helsearbeiderne i helsetjenesten. Den medisinske utviklingen tilsier at pasienter som før i stor grad var inneliggende på sengeposter, nå har fått erstattet helsetilbudet med polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Flere pasienter kan av denne grunn behandles, og behandlingsmulighetene tilsier større behov for koordinering og samhandling mellom samarbeidende aktører i spesialist- og primærhelsetjenesten. Der hvor andre profesjonsgrupper forholder seg til avgrensede deler av pasientomsorgen, er slike utfordringer særlig gjeldende for sykepleierne. De skal være et kontaktpunkt mellom pasient og ulike behandlere og faggrupper i helsetjenesten, samtidig som de har et løpende ansvar for å koordinere og ivareta pasientens individuelle behov for kontinuerlig omsorg, pleie, og behandling (Orvik, 2015). I tillegg til det pasientnære arbeidet, ser det ut til å ha skjedd en forskyvning i sykepleien som i større grad omhandler organisatoriske oppgaver (Hellesø et al., 2016). Det kan virke til at overordnede krav ikke hensyntar den samhandlingen og koordineringen som helsepersonell ønsker å skape i samråd med pasientene. Ingen vet konkret hvordan vi skal løse disse ressurskrevende oppgavene slik at pasientforløpet flyter slik som tiltenkt i helsepolitiske strategier. I et sykepleiefaglig perspektiv er det viktig å synliggjøre hvilke oppgaver sykepleieprofesjonen utfører og under hvilke faglige og organisatoriske forutsetninger oppgavene blir utført, da utfordringer her vil være avgjørende for helsetjenestens kvalitet og sikkerhet.

## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME OG BEGREPSAVKLARING

Sykepleiefaget er forankret i omsorgsfilosofi og etikk, hvor det sentrale perspektivet er fokus på relasjonen mellom omsorgsutøver og pasient (Brinchmann, 2016; Martinsen, 1993). For å besvare problemstillingen i denne studien, anses ikke denne teoretiske tilnærmingen alene som tilstrekkelig for å forstå og beskrive helhetlige pasientforløp for eldre, multisyke pasienter.

I denne studien er Orviks (2015) organisasjonsteori ansett som sentral for utvikling og tolkning av empiri. I motsetning til en rekke forfattere som har publisert ulike organisasjonsteori tidligere, spisser Orvik fokuset på hvordan forståelse for organisasjonskunnskap innen helse- og omsorgstjenesten kan styrke profesjonsutøvelsen til helsepersonell. Organisasjonsstrukturen er ansett til å være særs viktig i denne studien for hvordan helsepersonell opplever at kliniske virksomheter klarer å samordne og tilpasse seg krav fra omgivelsene, da ulike organisasjoner i helse- og omsorgstjenesten påvirker prosessen med å ivareta eldre, multisyke pasienter med komplekse hjelpebehov.

Videre vil jeg understøtte funn i analysen med Donabedians modell for kvalitetsvurdering (1988). Orvik og Donabedian er kompatible til tross for at de har ulike terminologi. De fokuserer begge på hvordan strukturelle forutsetninger påvirker helsepersonells evne til å utøve omsorg og helsetjenester av god kvalitet. Den teoretiske tilnærmingen har blitt til som følge av forskningsprosessens datainnsamling og analyse, og er et direkte resultat av denne studiens problemstilling.

Jeg starter dette kapitlet med å si noe om de nasjonale føringer i form av Stortingsmeldinger, reformer og forskrifter som regulerer helse- og omsorgstjenesten. Deretter følger en overgang til begrepet organisatorisk kompetanse og hvorfor denne form for kompetanse blir stadig viktigere for helsepersonell i helsetjenesten. Organisasjon og helseorganisasjoner som system blir så utdypet, før jeg presenterer sentrale begreper vedrørende organisasjonsstruktur. Deretter avrunder jeg kapitlet med en kort presentasjon av prosessuelle forhold som er relevant for denne studien.

## ***2.1 Nasjonale føringer og virksomhetsutfordringer i helsetjenesten***

En av de største utfordringene som har vært beskrevet i helsetjenesten gjennom flere år, er uklare ansvarsforhold og oppgavefordeling i overganger der målet er koordinerte tjenestetilbud og helhetlige pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger primær- og spesialisthelsetjenesten å inngå forpliktende samarbeidsavtaler (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det skal legges vekt på forebyggende tiltak, tidlig innsats, opplæring, samt tettere oppfølging for å forhindre sykdomsforverring og funksjonssvikt hos utsatte pasientgrupper med komplekse behov, ved at helsetjenester skal tilbys nærmere pasientens eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har blitt vurdert over år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og anses å være grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Etter samhandlingsreformen har kommunene blitt pålagt større ansvar og oppgaver for utskrivningsklare pasienter, noe som krever en annen kommunestruktur enn hva som er gjeldende i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Særlig beskrives tjenestetilbudene i en ønsket sammenhengende behandlingsskjede på tvers av helse- og omsorgstjenesten, til å være dårlig tilpasset kronisk syke og eldre pasienter (Løhre & Grimsmo, 2015). Slike innspill tilsier et behov for større fokus på samspillet mellom de ulike deltjenester som tilbys i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). I Stortingsmelding nr. 26: Fremtidens primærhelsetjenesteknærhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 23) anses det som en nødvendighet *«å bygge ned organisatoriske og andre skiller mellom ulike typer helsetjenester og mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Skillene reflekterer ikke brukernes behov»*. Denne tankegangen er videreført i den nasjonale sykehus- og helseplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). En slik endring i samfunnsoppdraget som samhandlingsreformen har representert, påvirker helsepersonell til endret arbeidsformer, økt arbeidsdeling og samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Arbeid med pasientforløp i helsetjenestens sammensatte organisasjoner, stiller store krav til helsepersonell som skal utføre helsetjenester. Helsepersonell anses i denne studien til å være et viktig ledd for utvikling av verktøy og rutiner på systemnivå i helsetjenesten. Dette leder oss over til den organisatoriske kompetanse, som i denne studien anses som svært relevant for utvikling av kunnskap omkring studiens problemstilling.

## **2.2 Organisatorisk kompetanse som forutsetning for kvalitet i helsetjenesten**

Orvik (2015) vektlegger helsepersonells organisatoriske kompetanse som gjensidig utfyllende til klinisk kompetanse. Han fremstiller denne dobbelte kompetansen som meget nødvendig for helsepersonell i kliniske virksomheter. I den organisatoriske kompetansen fremhever Orvik viktigheten av å forstå helse- og omsorgstjenesten som system og hvordan man administrerer selve pasientarbeidet. Organisatorisk kompetanse innebærer dermed en forståelse for både organisasjon og de prosesser som skjer innad organisasjonen. Helsepersonell leder og organiserer pasientarbeidet innen ulike kliniske virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, hvor det felles formålet er «å fremme helse og gi omsorgsfull behandling» (Orvik, 2015, s. 40). Dette innebærer behov for en forståelse av hvordan organisatoriske faktorer kan påvirke innholdet i det kliniske arbeidet som en del av en større helhet, herunder på individ-, gruppe-, enhets-, organisasjons-, og samfunnsnivå. Orvik (2015, s. 57) beskriver den organisatoriske kompetansen ved hjelp av 3 ulike dimensjoner, basert på hvordan den organisatoriske kompetansen kommer til uttrykk i klinisk praksis:

*«Organisatorisk kompetanse er en refleksiv og handlingsrettet kompetanse, som kommer til uttrykk som en oppmerksomhet på verdier og organisasjonsform i kliniske virksomheter, og som en evne til å organisere det kliniske arbeidet i samhandling med andre».*

På denne måten skiller Orvik mellom det kulturelle-, strukturelle-, og prosessuelle perspektivet som hver for seg eller sammen kan skape forståelse for kliniske virksomheter og praksisfeltet som helsepersonell er tilknyttet. Perspektivene beskrives å ha direkte innvirkning på hverandre og anses i denne studien til å kunne bidra med viktig informasjon om faktorer som påvirker kvaliteten på helsetjenestene som ytes i pasientoverganger. En mer detaljert utdyping av forskjellen mellom struktur og prosess følger i kapittel 2.4 og 2.5.

Avedis Donabedians modell for kvalitetsvurdering er et verktøy som har fått stor internasjonal betydning for evaluering av kvalitet i helsetjenesten (Suñol, 2000), og vil i denne studien utfylle Orviks organisasjonstenkning. Donabedians modell (1988) fokuserer på forholdet mellom struktur, prosess og resultat, og hvordan kvalitet innen helsetjenesten som helhet bør drøftes og evalueres i lys av disse aspektene. Struktur, prosess og resultat har ifølge Donabedian en direkte og gjensidig innflytelse på hverandre, og kan ikke sees isolert hver for seg. I dette arbeidet vektlegger han nødvendigheten av å bestemme hvordan kvalitet skal defineres, hvem i helsetjenesten som skal vurderes, hvilke aktiviteter som skal bedømmes, hvordan aktivitetene skal gjennomføres og hvilket resultat man ønsker å oppnå. Donabedian

fremhever at kvalitetsvurderingen avhenger av ulike faktorer i helsetjenesten, eksempelvis mellommenneskelige og tekniske aspekter, samt det organisatoriske miljøet.

### ***2.3 Begrepet organisasjon og helseorganisasjoner i Norge som system***

Orvik (2015) beskriver en organisasjon som en konstruert gruppe mennesker som bevisst arbeider sammen for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte, felles mål. I dette vektlegger han organisasjoner som sosiale systemer bestående av mennesker som samhandler og etablerer relasjoner i en prosess, hvor den bestemte oppgaveløsningen og fremtidige målsettinger kontinuerlig må tilpasses organisasjonens omgivelser. Mennesker som samhandler i organisasjonen har forskjellige roller, ressurser og ferdigheter som gjør de i stand til å løse oppgaver. Ulike organisasjoner vil ifølge Orvik kunne fungere på ulike måter, da oppgavene de er satt til å løse kan ha forskjellige mål og strategier. Organisasjon beskrives på denne måten som en ramme hvor overordnede føringer er definert og som vil påvirke adferden og handlefrihet mellom menneskene som arbeider innad i organisasjonen.

Denne studien omtaler organisasjoner innen helsetjenesten i Norge, også kalt kliniske virksomheter. Grunnstrukturen i helse- og omsorgstjenesten deles i to og nevnes som primær- og spesialisthelsetjenesten. Primær- og spesialisthelsetjenesten består av ulike organisasjoner, som igjen er inndelt i ulike nivåer, enheter og/eller avdelinger (K. K. Danielsen et al., 2017). Den overordnede organiseringen av helsevesenet i Norge beror seg på en tredelt parlamentarisk styring mellom stat, fylkeskommune og kommune, hvor de ulike nivåene har forskjellige ansvarsområder (Stortinget, 2019), lovverk samt styrings- og finansieringssystem (Grimsmo et al., 2015).

Primærhelsetjenesten er underlagt den enkelte kommune og defineres som helsetjenester levert og organisert utenfor sykehus (K. K. Danielsen et al., 2017). Primærhelsetjenesten kan brukes som synonym til førstelinjetjeneste og kommunehelsetjenesten, og omfatter oppgaver som følger av Helse- og omsorgstjenestelovens §3-2 (2011).

Spesialisthelsetjenesten er statlig styrt og delt inn i 4 regionale helseforetak, som igjen består av flere underliggende sykehus (NOU 2016:25, 2016). Spesialisthelsetjenesten «*omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for*

*rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Pasienter med fysiske og/eller psykiske helseplager som krever tjenester fra spesialisthelsetjenesten, henvises videre fra primærhelsetjenesten for diagnostikk og behandling (K. K. Danielsen et al., 2017). En slik inndeling av grunnstrukturen i helsetjenesten innebærer ansvarsfordeling og gradering av spesialisering av helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Spesialisthelsetjenesten kan i denne studien bli omtalt synonymt med helseforetak eller sykehus.

I denne studien er pasienter og helsepersonell sentral for de ulike organisasjonene i helsetjenesten. Pasientene anses i sterk grad å innvirke på behovet for- og derav etterspørselen av helsetjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten, som helsepersonell skal utøve. Jeg velger å konsekvent bruke begrepet pasient i min masteroppgave, da den konteksten jeg undersøker arbeider pasientsentrert. Bruk av dette begrepet er godt kjent i medisinsk tradisjon, og pasientrollen er også tydeliggjort gjennom norsk helselovgivning i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-3: *«en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle»*.

Denne masteroppgaven er avgrenset til den eldre, multisyke pasient. Det eksisterer ulike definisjoner av hva som kjennetegner den eldre pasient. I dette prosjektet legges Verdens helseorganisasjon definisjon til grunn, hvor den eldre pasient regnes som 60 år eller mer (World health organization, 2018). Med multisykdom menes personer som har to eller flere kroniske sykdommer samtidig (Tinetti et al., 2012). Kronisk sykdom blir beskrevet av (K. K. Danielsen et al., 2017; National library of medicine, u. å.) som en *«sykdomstilstand hvorav ett eller flere kjennetegn finner sted: de er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever spesiell rehabiliteringsbehandling og/eller kan forventes å kreve lang tid med veiledning, observasjon og pleie»*.

Helsepersonell i denne studien betegner personer som har fått autorisasjon definert etter helsepersonellovens (2000) §3 første ledd. Med helsehjelp menes *«enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell»* (Helsepersonelloven, 2000).

#### ***2.4 Helseorganisasjoner i et strukturelt perspektiv***

Organisasjonsstruktur beskrives av Orvik (2015) å omhandle hvordan organisasjoner formelt vedtar arbeidsfordeling, arbeid koordineres mellom organisasjonsmedlemmer, samt fordeler ansvar og grad av beslutningsmyndighet, for å realisere organisasjonens overordnede, felles mål. For å koordinere ulike deloppgaver, ønsket adferd og motivere til felles innsats i de ulike avdelingene og enhetene i en organisasjon, lages det ofte stillingsinstrukser, rutiner, retningslinjer, regler og belønningssystemer (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I en organisasjon innebærer dette at ansatte har ulike formelle roller, faglige kvalifikasjoner og ledelsesansvar. Med en slik rolle-, ansvars- og oppgavefordeling, vet de ansatte hvilke oppgaver de skal utføre og prioritere, samt hvilken leder de skal forholde seg til. Organisasjonsstruktur kan på denne måten bidra til rammebetingelser og forutsigbarhet i organisasjonen, slik at medlemmene forstår hva som forventes av dem og at deres adferd samsvarer med organisasjonens mål og strategi (Orvik, 2015). I følge Donabedians modell for kvalitetsvurdering i helsetjenesten, omhandler strukturperspektivet på denne måten forstås til å omhandle forutsetninger, ressurser og rammer for å yte gode helsetjenester (Dihle, Bikset & Melander, 2010; Donabedian, 1988).

Videre følger en tydeliggjøring av sentrale strukturelle begreper som anses som sentral for denne masteroppgaven. Orvik (2015) retter stor oppmerksomhet på organisasjonsform og organiseringsmåter når han beskriver hvordan organisasjonsstrukturen rammer inn og gir føringer for kliniske virksomheter. Jeg har valgt å fokusere på organiseringen av pasientoverganger mellom sykehus og primærhelsetjenesten i et bredere perspektiv, hvor organisasjonsstrukturen anses å være premissleverandør for hvorvidt helsepersonell lykkes i å koordinere helhetlige pasientforløp.

### **2.4.1 Organisasjonsform**

Ifølge Orvik (2015) har organisasjonsformen tre formål; fremme stabilitet, begrense adferd og virke koordinerende. Han uttrykker videre at valg av organisasjonsform avhenger av antall organisasjonsmedlemmer, beslutningsnivåer, krav fra omgivelser og samarbeidsoppgavenes karakter og kompleksitet. Deretter følger avgjørelser vedrørende behovet for en stram eller løs organisering innad i organisasjonen, og om arbeidsoppgavene skal håndteres standardisert eller fleksibelt. Orvik (2015, s. 187) skriver: «*Det finnes ikke én organisasjonsform som er den rette i alle situasjoner*». Kliniske virksomheter beskrives av ham til å være komplekse systemer. Det finnes ulike typer organisasjonsformer, og jeg vil i min utdyping av teoretisk rammer for dette prosjektet, beskrive linje- og stabsorganisasjon og prosessorganisering. Overordnet deler Orvik (2015) disse organisasjonsformene inn i mekanisk og organisk organisasjonsform. Et tydelig skille mellom disse strukturene handler i korte trekk om formalisering av rutiner, kommunikasjonsvei samt grad av hierarki og styring innad i organisasjonen.

#### **2.4.1.1 Linje- og stabsorganisasjon- mekanisk organisasjonsform**

Linje- /stabsorganisasjon er ifølge Orvik (2015) en vanlig organisasjonsform i mange kommuner. Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 90) skriver at linjeorganisasjon «*betyr at en som sitter over en annen i linjen, kan bestemme over den under seg*». I kommunen er en slik organisasjonsmodell preget av en struktur hvor det øverste hierarkiske styringsnivået er rådmann/kommunedirektør. Det andre styringsnivået i denne organisasjonsmodellen er inndelt i ulike virksomheter for tjenesteproduksjon, som f.eks. hjemmetjenester og heldøgns omsorg innenfor helse- og omsorgstjenesten (Orvik, 2015). Styring i organisasjonen foretas gjennom en vertikal linje, støttet av stabsavdelinger som bistår linjeledelsen med råd og anbefalinger. Staben har ingen myndighet, men kan påvirke linjeledelsen indirekte gjennom sin rådgivende funksjon (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Kommunestyret foretar beslutninger vedrørende de økonomiske rammene for hver enkelt virksomhet. Virksomhetene i organisasjonen har hver sine ledere, som har fått delegert ansvar for driften av sin virksomhet. Denne form for organisering innebærer en linjemyndighet hvor styringsinstruksjoner blir gitt fra overordnede til underordnede. Saker som ansatte ønsker å melde, skal etter denne organiseringen fremmes tjenestevei, dvs. til nærmeste leder i linjen. Det hierarkiske styringsnivået i denne organisasjonsformen medfører en ovenfra-og-ned styring med klare myndighets- og ansvarsforhold (Orvik, 2015).



### **2.4.1.2 Prosessorganisering- organisk organisasjonsform**

Prosessorganisering innebærer ifølge Orvik (2015) en fleksibel og dynamisk arbeidsprosess og bygger på prinsippet om styring gjennom en kombinasjon av vertikal og horisontal linje. Han fremhever at formålet med en slik organisering er å effektivere god samhandling, integrasjon og kommunikasjon på tvers av tjenestenivåer og samarbeidende aktører. Orvik skiller prosessorganisering fra linjeorganisasjonen, ved at prosessorganiserte virksomheter har ulik grad av forpliktende samarbeid, samt at myndighets- og ansvarsforholdene kan være ulikt formalisert. På denne måten kan prosessorganisering resultere i ulike organisasjonsstrukturer:

*Matriseorganisering* defineres av Orvik (2015) til å være en mer spesifikk tilnærming til prosessorganisering. Han illustrerer denne formen for organisering ved å beskrive et perioperativt forløp, hvor ulike enheter på et sykehus samarbeider i en forpliktende kombinasjon av horisontal og vertikal styring og bidrar til flyt i pasientbehandlingen. Den horisontale linjen består av behandlere og helsepersonell, og den vertikale linjen består av ulike enheter og avdelinger i sykehuset. Den fleksible og dynamiske arbeidsprosessen kommer til syne ved at koordineringen skjer kontinuerlig, arbeidsdeling- og oppgavene varierer og kommunikasjonslinjen foregår både vertikalt og horisontalt. Ansvarlig ledelse blir illustrert i det perioperative forløpet ved å være delt inn i flere ledd, hvor ansvar og myndighet er fordelt mellom ledere på ulike sykehusavdelinger og klinikknivå. En leder kan ha ansvar avgrenset til en organisasjonsenhet, men må også samhandle på tvers med andre enheter innen organisasjonen (Orvik, 2015).

*Nettverk* beskrives av Orvik (2015) til å være en form for frivillig organisering hvor helsepersonell eller ledere i en eller flere organisasjoner går sammen for å løse oppgaver på et formelt eller uformelt grunnlag. Nettverk kan slik forstås som en mindre avansert, stram og forpliktende organisering enn matriseorganisering. De ulike organisasjonene i nettverket kan utveksle ressurser i form av f.eks. personell, tjenester, informasjon og kompetanse for å oppnå individuelle eller felles etablerte mål. Nettverket kan innebære varierende hyppighet i samhandling, indirekte eller direkte koblet og være formalisert i ulik grad (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

*Prosjektorganisering* defineres av Orvik (2015) til å være en tidsavgrenset, spesifikk oppgave som ulike personer med relevant kompetanse fra forskjellige avdelinger og faggrupper i organisasjonen forsøker å løse sammen. Denne form for organisering skiller seg ut fra de

rutinemessige oppgavene i organisasjonen og ledes ofte av en prosjektleder, slik at prosjektet gjennomføres innenfor de bestemte mål og ressursrammene. Prosjektorganiseringen formaliseres gjennom grupper, herunder styrings-, prosjekt-, referanse-, og arbeidsgruppe.

#### **2.4.2 Lederansvar**

I denne masteroppgaven omtales topplederne og mellomlederne i helse- og omsorgstjenesten som administrativ ledelse. Begrunnelsen for dette er at deltakerne beskriver «ledelsen» og «min/vår nærmeste leder» i denne studien, men de uttrykker ikke et spesifikt skille for hvilke nivå i organisasjonen lederne tilhører. Deltakerne omtaler sine ledere som tilretteleggere for deres organisering og arbeid i klinisk praksis. Dermed er det naturlig at mellomlederne inkluderes i den administrative ledelse basert på deltakernes beskrivelse av ledernes rolle og arbeid i organisasjonen.

Ledelse (Orvik, 2015, s. 43) betegnes som et relasjonelt begrep som innebærer en «*prosess der mennesker gjennom sine handlinger sammen kan finne retning og realisere organisasjonens mål og verdier. [...] en form for samspill som er kjennetegnet av målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling*». Jacobsen og Thorsvik (2013) skriver at ledelse som fenomen kan beskrives som en eller flere personers handlinger, som har til hensikt å påvirke andre menneskers atferd, tenkning og holdninger. Ifølge Orvik (2015) kan organisasjonen utnevne personer til å ha formelle, spesifikke lederstillinger som innebærer en bemyndigelse til å ivareta bestemte funksjoner og handle på vegne av organisasjonen eller underliggende enheter. Personer i lederroller innehar bl.a. et ansvar for å skape visjoner, formulere mål, sikre rammebetingelser og ressurser, utarbeide generelle retningslinjer og fordele arbeidsoppgaver, slik at ansatte i organisasjonen kan utføre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte samt bidra til at organisasjonen kan utvikle seg og realiserer sine mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Orvik (2015) fremhever også ledelse til å være et generelt ansvar som kan knyttes til organisasjonsmedlemmenes yrkesroller i en klinisk virksomhet. En slik ledelsesform definerer han som selvledelse, ved at helsepersonell selvstendig organiserer pasientarbeidet og foretar en rekke beslutninger og prioriteringer i sin kliniske arbeidshverdag basert på tillit og uten direkte innsyn fra sine nærmeste ledere. Orvik gir uttrykk for at helsepersonell har et generelt felles ansvar i å utøve helsetjenester i samsvar med faglig standard innenfor sin egen profesjonsspesifikke kompetanse og basert på pasientenes

individuelle behov. En slik form for ledelse kan utfylle eller supplere annen ledelse i organisasjonen.

Beslutningsmyndighet kan dermed være plassert på ulike nivåer i en organisasjon. Dersom beslutningsmyndigheten hovedsakelig er plassert hos toppledelsen, snakker vi om en sentralisert styringsstruktur. En desentralisert styringskultur finner vi hvor medarbeiderne på laveste nivå i organisasjonen har beslutningsmyndighet, og med dette kan bestemme hvordan arbeidsoppgaver skal løses og arbeidsorganiseringen skal være. Valg og grad av sentralisert og/eller desentralisert styringsstruktur, vil avhenge av organisasjonens arbeidsoppgaver og mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Sett i en organisasjonsstrukturell ramme, handler lederansvar som begrep i denne studien om hva som er definert som lederrollens faste, formelle ansvar og oppgaver. En skiller her mellom de faste forventninger som organisasjonen kan ha til rollen som leder, og det bevegelige aspektet som omhandler måten en utøver lederrollen på. Hvordan ledelsesforankring kommer til syne i klinisk praksis og hvilke konsekvenser dette kan få for helsepersonell i helsetjenesten, blir utdypet i studiens diskusjonskapittel.

### ***2.4.3 Felles møtearenaer***

I denne studien defineres felles møtearena til å innebære samlokalisering, dette være seg virtuelt og/eller fysisk (Jacobsen & Thorsvik, 2013). En slik ordning innebærer enten;

- å fysisk samle ulike medarbeidere fra forskjellige kliniske enheter og nivåer innen helse- og omsorgstjenesten, i samme rom, eller
- legge til rette for dialog virtuelt hvor man ikke møtes fysisk, men gjennom digitale løsninger, eksempelvis videokonferanser og telefonmøter.

#### **2.4.4 Kommunikasjonskanaler**

Studien avgrenser kommunikasjonskanaler til å omhandle personlig kommunikasjon hvor kommunikasjonsformidlingen skjer basert på direkte kontakt mellom to eller flere personer (H. Eide & Eide, 2000; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Kommunikasjonskanaler menes i denne sammenheng hvordan informasjon blir formidlet mellom ulike samarbeidende aktører i helse- og omsorgstjenesten. Fokuset er på måten informasjon blir videreformidlet fra en enhet til en annen i helse- og omsorgstjenesten, dette være seg i skriftlig, digital eller muntlig form. Telefoner, fysiske møter ansikt- til- ansikt, videokonferanser, skriftlige dokumenter og elektroniske meldinger er eksempler på kommunikasjonskanaler i denne studien som bidrar til informasjonsdeling mellom samarbeidende aktører innen helse- og omsorgstjenesten.

#### **2.4.5 Tverrfaglig teamorganisering**

I helsetjenesten defineres tverrfaglig samarbeid som en strukturert arbeidsform som forutsetter felles dialog, vurderinger og beslutninger mellom personell med ulik fagbakgrunn, som samhandler om enkeltpasienter eller pasientgrupper på tvers av organisasjonsgrenser. Arbeidet innebærer utredning av behov, planlegging, gjennomføring og evaluering av pasientrelaterte behandlings- og/eller oppfølgingstiltak (Helsedirektoratet, 2017). En slik tilnærming krever en organisering i helsetjenesten som tilrettelegger for at tverrfaglige team får tid til å møtes og realisere felles mål. Orvik (2015) fremhever at tverrfaglig samarbeid kan ha ulikt innhold basert på grad av felles forpliktelse og involvering i hverandres arbeid. Flerfaglig samarbeid kjennetegnes ved at ulike profesjoner selvstendig foretar sine vurderinger gjennom ulike innfallsvinkler og informerer andre samarbeidende faggrupper, uten å være direkte involvert i hverandres arbeid med samme pasient. Andre faggrupper samarbeider aktivt med sterk grad av involvering i hverandres arbeid og felles forpliktelser, hvor hver involvert aktør blir ansvarlig for å fullføre oppgaver som de har blitt tildelt. Arbeidsstrukturen i slike team bærer preg av en sterk interaksjon mellom helsepersonell og tydelig ansvars- og oppgavefordeling. Denne strukturerte arbeidsformen styrker forutsetningene for en kollektiv forståelse og kompetanseutvikling mellom teamets medlemmer. En slik form for tverrfaglig samarbeid beskrives som en funksjonell form for tverrfaglighet (Orvik, 2015).

Graden av behov for direkte kontakt mellom ulike teamdeltakere, vil innvirke på krav til den strukturelle organiseringen. I denne studien vil tverrfaglig teamorganisering som begrep,

handle om at organisasjonen til enhver tid har en struktur som støtter pasientenes behov for tverrfaglig samarbeid. Teamorganisering handler i denne masteroppgaven om en grunnleggende, integrert organisering for strukturert oppfølging som er fast over tid og felles for eldre, multisyke pasienter. Det tverrfaglige samarbeidet som forekommer i tilfeller hvor ulike team settes sammen basert på pasientenes individuelle behov i ulike pasientforløp, tilhører en prosessenkning og gjennomgås senere i diskusjonskapittelet.

### ***2.5 Helseorganisasjoner i et prosessuelt perspektiv***

Helhetlige pasientforløp innebærer interaksjon mellom ulike samarbeidende aktører i helsetjenesten for å oppnå god samhandling og trygge pasientoverganger. Fokuset i denne studien har vært på hvordan helsepersonell opplever at organisasjonsstrukturen skaper gode pasientforløp, en organisatorisk dimensjon som også må sees i sammenheng med et prosessuelt perspektiv. Samhandling og pasientforløp for eldre multisyke pasienter er komplekse prosesser som bør utdypes nærmere, da en i det prosessuelle perspektivet legger mer vekt på den løpende organiseringen av helsepersonells kliniske arbeid (Orvik, 2015). Dette understøttes av Donabedians modell for kvalitetsvurdering i helsetjenesten hvor prosessdimensjonen viser til relasjoner og samspill mellom helsepersonell og mottaker av helsetjenestene, og hvordan deres konkrete handlinger fører til en god helsetjeneste (Dihle et al., 2010; Donabedian, 1988). Eksempelvis nevnes forebygging, utredning, behandling og pleie til å være handlinger som synliggjør om pasientene har mottatt nødvendige tjenester i tråd med lovgivning og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2018).

Det strukturelle og prosessuelle perspektivet anses i denne studien til å være uløselig knyttet sammen for å skape en helhetlig forståelse av pasientforløp. Helsepersonells arbeidsoppgaver er gjensidig forpliktende og skjer ofte i en tverrprofesjonell ramme, hvor samarbeid foregår mellom sykehus og kommune og mellom ulike faggrupper innad den enkelte kommune. Axelsson og Axelsson, referert i, Håland og Osmundsen (2015, s. 66) skriver at *«det er vanskelig for ledelsen i en organisasjon å integrere ulike deler av organisasjonen, men enda vanskeligere å integrere aktiviteten i ulike organisasjoner»*. I denne sammenhengen vil ikke det strukturelle perspektivet alene kunne forklare hvordan en kan oppnå integrasjon i pasientforløpene. Mitt formål med å flette inn det prosessuelle perspektivet, er å styrke den strukturelle forståelsen for hvordan deler av den kliniske virksomhet kan bindes sammen og hvordan helsepersonell kan organisere eget og andres arbeid i helsetjenesten som helhet. Slik

kan man danne seg et bilde av i hvilket omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer i et pasientforløp og om pasientene har mottatt tjenestene de har behov for. Sett i lys av studiens problemstilling, anses arbeidsprosessene mellom samarbeidende aktører i et pasientforløp og samhandling som særs relevante for forståelsen av det prosessuelle perspektivet.

### **2.5.1 Pasientforløp**

Helse- og omsorgsdepartementet (2009, s. 15) definerer forløp som følgende: «*Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov*». Forløp innebærer pasienter som mottar helsetjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten grunnet akutt eller kronisk sykdom, herunder også i overgangene mellom sykehus og kommunene. Et pasientforløp kan deles inn i ulike faser: utredning, medisinsk behandling, pleie/omsorg, medisinsk oppfølging og habilitering/rehabilitering. For mange pasienter er ikke dette en lineær prosess med så avgrensede faser og i rekkefølgen som fremkommer her. Men disse fasene kan vise ulike deler hvor samhandling og pasientforløpet foregår (NOU 2005:3, 2005, s. 41). Begrepet helhetlige pasientforløp baserer seg på god koordinering, gjensidig ansvarliggjørelse av tildelte oppgaver og effektiv informasjonsflyt mellom de ulike behandlere og helsepersonell som skal ivareta pasientens behov for tjenester i primær- og/eller spesialisthelsetjenesten. Helhetlige pasientforløp foregår uten brudd eller svikt i informasjonsflyten eller oppgavefordelingen i de ulike overgangene mellom de forskjellige nivåene. Pasientens brukermedvirkning er sentral, og helhetlige pasientforløp har en bredere tilnærming til oppfølging på tvers av tjenestenivåer enn hva som er tilfelle i tidligere nevnte behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten og pakkeforløp for ulike diagnosegrupper (Helsedirektoratet, 2017).

### 2.5.2 Samhandling

Samhandling synes å være grunnpilaren for hvorvidt integrasjon i pasientforløp er realiserbart i helsetjenesten i motsetning til at pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares med fragmentering og brudd i tjenestetilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet (2009, s. 13) definerer samhandling som et *«uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte»*. Pasienters sykdomsbilde kan være preget av en eller flere diagnoser- og derav ulike behandlingsforløp. Multisyke pasienter har vekselvis behov for tjenester fra flere og ulike deler av kommune- og spesialisthelsetjenesten samtidig, og behandlingsforløpet er ofte av langvarig karakter. Behov for samhandling mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten vil av denne grunn kunne variere basert på pasientenes behov for kontakt med helsetjenesten, samt oppfølging. Kommune- og spesialisthelsetjenesten blir gjensidig avhengig av å sikre forsvarlige overganger mellom tjenestenivåene, da kompleksiteten i samhandlingen øker ved hyppige overføringer mellom tjenester. Da er kvaliteten på samhandlingen helt avgjørende for et forsvarlig tjenestetilbud (NOU 2005:3, 2005).

Orvik (2015) diskuterer samhandling på både aktør- og systemnivå, og knytter begrepet samhandlingskompetanse til helsetjenestens ulike kontekster. Han viser til at samarbeid i helsetjenesten forekommer innad og mellom profesjoner, samt internt- eller mellom organisasjoner/kliniske virksomheter. Samarbeid på aktørnivå i helsetjenesten omhandler hvordan helsepersonell handler sammen gjennom interaksjon og relasjoner i klinisk arbeid. Samhandling skiller seg fra samarbeid ifølge Orvik ved å være mer konkret og forpliktende, hvor samarbeidende aktører har et større ansvar for å handle sammen for å oppnå felles mål. Koordinerende innsats samt gjensidig felles forståelse og ansvar inngår her i et samspill mellom samarbeidende aktører, som utfyller hverandre i den løpende organiseringen av arbeidet. Dersom samarbeidet innad eller mellom ulike organisasjoner formaliseres gjennom avtaler på systemnivå, snakker vi om samordning (Orvik, 2015). Eksempel på slike samordninger er de lovpålagte overordnede samarbeidsavtalene som konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

## **2.6 Kort oppsummering**

Med utgangspunkt i den teoretiske referanserammen vil jeg beskrive struktur- og prosessperspektivet som en kompleks virkelighet, som kan virke vanskelig å dele opp og teoretisk beskrive. Dersom en ikke er tilstrekkelig bevisst omkring forskjellen på struktur og prosess, kan begrepene bli benyttet om hverandre. Kort oppsummert menes struktur i denne masteroppgaven til å omhandle hvordan organisasjoner etablerer en fast og planmessig orden internt i organisasjonen, slik at organisasjonsmedlemmene sikres tilstrekkelige rammebetingelser for å realisere organisasjonens mål og verdier (Orvik, 2015). Basert på den teoretiske forankringen, anser jeg prosess til å være de aktiviteter som organisasjonsmedlemmene på utførernivå skaper sammen, og som leder frem til ulike resultater i organisasjonen. Prosess fremstår som noe bevegelig og som kan muliggjøre endringer- gitt at de strukturelle forutsetningene tilrettelegger for dette. Jeg tolker prosess til å være noe som kontinuerlig må vedlikeholdes og skapes, mens strukturen er forutsigbar og satt i system fra et overordnet nivå i en organisasjon.



### 3.0 METODOLOGI

I dette kapitlet presenteres studiens design, metodevalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetiske betraktninger. Forskningsdesignet beskriver den grunnleggende strategien for hvordan jeg har planlagt å utvikle ny kunnskap. Metoden forteller hvordan forskningsprosjektet har blitt gjennomført og datamaterialet analysert for å svare på de ulike forskningsspørsmålene. Her er problemstillingen i studien avgjørende for hvilken fremgangsmåte forskeren bør velge (Christoffersen et al., 2015; Polit & Beck, 2017).

#### *3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign*

Det empiriske kunnskapsgrunnlaget i dette prosjektet, baserer seg på en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju av helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten. Formålet med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med å skape gode pasientforløp i helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitativ metodetilnærming gjorde masteroppgavens problemstilling tilgjengelig for utforskning og forståelse, hvor jeg ønsket å utvide kunnskapsbasen omkring en problemstilling som var kompleks og hvor det var forventet et mangfold av mulige svar fra deltakerne (Malterud, 2017). Studiens mål var derfor ikke å gi en fullstendig beskrivelse av helhetlige pasientforløp, og det ble dermed nødvendig med et forskningsdesign som tillot en beskrivende tilnærming. Noen få, relevante deltakere med inngående kjennskap til forskningsfeltet, ble rekruttert for å belyse studiens problemstilling. En induktiv fremgangsmåte var hensiktsmessig ut ifra studiens formål, ved at jeg gjennom deltakernes erfaringer kunne dra slutninger fra det spesifikke til det generelle (Elo & Kyngäs, 2008). Samtaler og skriftlig tekst danner grunnlag for bearbeiding og analyse av datamaterialet. Dermed er kvantitativ metode som tilnærming utelukket, da jeg i denne studien ikke søker å avdekke fakta basert på hypoteser og talldata. Jeg ønsker å begrunne dette ytterligere gjennom en vitenskapsteoretisk forankring.

Fenomenologi som tradisjon for teoriutvikling og praksisforståelse, legger vekt på et erfaringsorientert syn og fremstilles som læren om «*det som kommer til syne og viser seg*» (Thornquist, 2003, s. 83). Fenomenologiens far, Edmund Husserl, dannet utgangspunktet for tenkningen omkring livsverdenen og hvordan et fenomen kan beskrives ulikt fra person til person. Dette fordi mennesket etablerer mening og erfaring på forskjellige måter (Thornquist,

2003). I denne studien bruker jeg det som Thomassen (2006) omtaler som et innenfra-perspektiv, hvor studien synliggjør deltakernes personlige meninger, erfaringer og holdninger vedrørende deres samhandlingsmønster i helsetjenesten og hvordan de opplever helhetlige pasientforløp for eldre multisyke. Livsverdensperspektivet er relevant i denne studien da deltakerne i de ulike fokusgruppene møtes i en felles arena og sammen konstruerer mening til prosjektets problemstilling.

Noen fenomener er godt forankret ved at vi mennesker kan ha en nokså lik forståelse av de ulike fenomenene, f.eks. sykehus og pasient. Men helhetlige pasientforløp virker ikke til å være like godt forankret, da dette fenomenet fremstår til å være i utvikling og kan oppleves ulikt av forskjellige aktører i helsetjenesten. Järvinen (2005, s. 37) sier at intervjupersons livshistorie er preget av vedkommende sin posisjonering i en sosial kontekst og spesifikk tid, og at livshistoriene av denne grunn ikke kun skal sees på som refleksjoner av individuell erfaring. I så måte medfører intervjusituasjonen i kvalitativ metode en rekke fasetter relevant for utvikling av empirisk datamateriale (Miller & Glassner, 2011). Malterud (2017) skriver at for å kunne skape ny kunnskap, må forskeren bevege seg utenfor rammene av sin egen forforståelse. Ansvar for hvorvidt datamaterialet blir rikt og gruppedynamikken god i fokusgruppeintervjuet, hviler i stor grad på forskeren og hans/hennes regi av intervjusituasjonene. Miller og Glassner (2011, s. 136) beskriver interaksjonen som oppstår mellom forsker og deltakerne i selve intervjusituasjonen som sentral:

*«We recognize that the interview itself is a particular kind of interaction. [...] Moreover, we accept that what stories interviewees share with us, and how they tell their stories, may be shaped not just by the rapport established, by also by social similarities and distances between us and those we interview».*

Forskeren og deltakerne er i en direkte kontakt. Forskerens nærvær og måten forskeren presenterer seg selv, vil påvirke hvordan deltakerne oppfatter forskeren og føler seg komfortabel til å respondere åpent i intervjusituasjonene (Miller & Glassner, 2011). Forskeren skal gi rom for deltakernes ulike versjoner av subjektive erfaringer og hvordan disse erfaringene skaper mening for dem. Samtidig skal forskeren holde fast ved en struktur og stimulere til en atmosfære hvor deltakerne ønsker å åpne seg og svare på spørsmål omkring prosjektets problemstilling. Järvinen (2005, s. 29) understøtter dette:

*«[...] undersøgelsens materiale er formet av interviewerens og interviewpersonen i fællesskab og præget af interaksjonen i selve interviewsituationen. Interviewet er et møde, hvor (mindst) to sæt af forudsætninger, holdninger og interesser brydes mod hinanden. Interviewets materiale er et resultat af dette møde [...]».*

Av denne grunn balanserer forskeren i intervjukonteksten mellom nærhet og distanse i de ulike gruppesamtalene, hvor kunnskapsutviklingen er gjensidig avhengig av det samspillet som oppstår mellom forskeren og deltakerne (Christoffersen et al., 2015; Malterud, 2012, 2017).

Tolkning foregår bevisst og ubevisst underveis i hele forskningsprosessen i møte med nye inntrykk og omgivelser. Malterud (2017, s. 41) understøtter dette og skriver at «*uansett hvilken forskningsmetode vi bruker eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person påvirke forskningsresultatene og resultatene av denne*». Forskerens perspektiv, bakgrunnskunnskap og motivasjon innvirker på hvilke spørsmål forskeren stiller til forskningsfeltet og hvilken kunnskap som kommer frem (Malterud, 2017).

Forskningsprosessen er i så måte ikke nøytral og må forstås i lys av studiens kontekst (Christoffersen et al., 2015).

Til slutt i forskningsprosessen håper jeg gjennom refleksjoner å kunne utvikle en forståelse for datamaterialet. I vid forstand, innebærer denne forståelsesprosessen en vekselvirkning mellom forsker og tekst (Thomassen, 2006). Denne prosessen kan gi grunnlag for å analysere hva helsepersonell faktisk gjør i deres arbeidshverdag og hvordan de reflekterer og gir mening til sine handlinger. Dette leder meg over til hermeneutikken og hvor gjenstandsfeltet for fortolkning og forståelse har vært analysens meningsbærende enheter. I samsvar med Gadamer's hermeneutiske tenkning, vil denne studiens kontekst innvirke på utviklingen av forståelse og hvordan ting får mening (Malterud, 2017). Studiens innholdsanalyse av de meningsbærende enhetene medførte en helhetlig forståelse av de mange aspekter ved helhetlige pasientforløp, som hver for seg og sammen vil kunne være gjenstand for videre kunnskapsutvikling.

### **3.2 Metode**

Kvalitative data til studien ble innhentet ved hjelp av semistrukturerte fokusgruppeintervju. Malterud (2012, s. 22) skriver at fokusgruppeintervju er egnet som metode når vi vil «*utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler*». Fokusgruppeintervju ble valgt fordi det var ønskelig å samle flere deltakere i grupper, slik at gruppedynamikken og interaksjonen mellom deltakerne kunne mobilisere assosiasjoner vedrørende helhetlige pasientforløp som tema (Malterud, 2012). På denne måten var det mulig for deltakerne å utveksle erfaringer og fortellinger, noe som ville bidra til en annerledes innsikt enn det som er tilfellet ved individuelle intervjuer (Christoffersen et al., 2015). Målet med fokusgruppeintervju var ikke å skape konsensus hvor alle deltakerne var enige i et felles standpunkt (Malterud, 2012), men å skape kunnskapsutvikling ved å sammenfatte deltakernes mangfoldige beskrivelser omkring hvordan organisasjonsstrukturen innvirket på kvaliteten i overgangene i et pasientforløp.

Et semistrukturert fokusgruppeintervju innebærer balanse mellom standardisering og fleksibilitet. Tema, spørsmål og rekkefølge er kjent, men dette kan endres avhengig av gruppesamtalens innspill og diskusjoner. Moderatoren har også anledning til å stille oppfølgingsspørsmål ved behov for oppklaring eller utdyping av opplysninger (Christoffersen et al., 2015; Kvale & Brinkmann, 2015). Denne type intervju tillater også deltakerne å bringe nye temaer på banen, som forskeren kan anse som en avsporing. Men ifølge Malterud (2017, s. 134) kan slike sidespor representere ny kunnskap. Begge intervjuene ble ledet av en moderator og med hjelp av en ko-moderator. Intervjuene ble gjort lydopptak av og transkribert ad verbatim.

#### **3.2.1 Studiens kontekst**

Studiens kontekst har stor betydning for overførbarhet og om resultatene har gyldighet utover utvalget og miljøet hvor datainnsamlingen foregikk. I kvalitative studier er kontekst sentralt for kunnskapsutvikling, da faktorer som omgivelser, relasjoner, deltakernes og forskerens livs- og yrkesbakgrunn påvirker datainnsamlingen (Drageset & Ellingsen, 2010; Malterud, 2017). Ved å beskrive studiens kontekst, kan jeg utdype hvem mitt utvalg består av og hvor studien ble utført.

Konteksten som var ansett til å besvare studiens problemstilling best, var et tverrfaglig team som samhandlet med flere, ulike vertskommuner i Norge. Teamet samarbeidet på tvers av ulike organisatoriske grenser i helsetjenesten, etter en felles utarbeidet arbeidsmodell. Målet med arbeidet var å styrke helhetlige pasientforløp for eldre, multisyke pasienter. Det var et særlig fokus på pasientovergangene mellom sykehus og kommune, dvs. etter utskrivelse fra sykehus eller som ledd i en tettere oppfølging i pasientenes egne kommuner. Teamet bestod av helsepersonell med fast ansettelse i enten primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonell i teamet arbeidet sammen, selv om de hadde ulike arbeidsgivere i ulike organisasjoner eller helsetjenestenivåer.

Samhandlingsteamet bestod av 3 ulike organisatoriske modeller. Av hensyn til prosjektets tidsressurser og omfang, har jeg i denne studien valgt ut 2 modeller som spesielt relevante for problemstillingen (tabell 1).

- Modell nr. 1: Samhandlingsteamet var samlokalisert i et lokalsykehus i en større kommune. Teamet bestod av helsepersonell fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsteamet samarbeidet med ulike koordinatorene i forskjellige vertskommuner vedrørende eldre, multisyke pasienter, i overgangen mellom sykehus og kommune. Samhandling foregikk mellom teamet og vertskommunene gjennom tilstede- og videobasert samhandling.
- Modell nr. 2: Teamet bestod av helsepersonell i ulike vertskommuner, som var frigjort til å arbeide som samhandlingskoordinatorene for eldre, multisyke pasienter, i overgang mellom sykehus og kommune. Samhandlingskoordinatorene koordinerte pasientforløpene og samarbeidet tett med tverrfaglige ressurser i sin egen kommune. Samhandling mellom samhandlingskoordinatorene i vertskommunene og øvrig helsepersonell i samhandlingsteamet på sykehuset (fra modell 1), foregikk gjennom videokonferanse. I tillegg var det ansatt en dedikert sykepleier fra samhandlingsteamet i den store kommunen, som hadde fast ansvar for oppfølging av de ulike samhandlingskoordinatorene i vertskommunene. Denne formen for oppfølging foregikk både gjennom videokonferanser og ansikt-til-ansikt- møter.

Tabell 1: Oversikt over studiens utvalgte kommuner og tilhørende samhandlingsteam

	Stor kommune	Liten kommune
Organisatorisk modell	Nr. 1	Nr. 2
Helsepersonell fra primærhelsetjenesten	Ja	Ja
Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten	Ja	Ja
Samlokalisert i sykehus	Ja	Nei

Det er foretatt fokusgruppeintervju fra hver av struktursammensetningene gjeldende for modell nr. 1 og modell nr. 2. Kommunen som omtales i studien som «stor kommune», praktiserer modell nr. 1, og kommunen som omtales som «liten kommune» praktiserer modell nr. 2, som vist i tabell 1. Deltakere fra den store kommunen vil i løpende tekst også bli omtalt som «samhandlingsteamet». Kommune blir av denne grunn definert som en geografisk enhet og ikke en organisatorisk enhet. De utvalgte kommunene i studien har nærhet til samme lokalsykehus. Kommunene hadde også samme tjenesteavtaler med lokalsykehuset vedrørende innleggelse av pasienter og utskrivningsklare pasienter som ble antatt å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivelse fra sykehus. Valget av to kommuner hvor teamene har forskjellige struktursammensetninger, representerer en variasjon med hensyn til organisering, rammebetingelser, tilgang til ulik helsefaglig kompetanse og koordinering av pasientforløp.

### **3.2.2 Populasjon og utvalg**

Grunnet prosjektets tidsressurser og omfang, samt hensyn til volum på empirisk data, ble engangs fokusgruppeintervju fra hver av de utvalgte kommunene valgt fremfor flerstegs fokusgruppeintervju. Studiens utvalg bestod av helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten med ulik profesjonsbakgrunn, herunder sykepleier, lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Deltakernes alder, kjønn og erfaring som helsearbeidere varierte. I dette prosjektet var utvalget begrenset til helsepersonell som arbeidet i direkte kontakt med eldre, multisyke pasienter, og som hadde erfaring med utskrivelsesprosessen og overføring fra sykehus til primærhelsetjenesten.

Til sammen 10 deltakere ble rekruttert til studien. Utvalget fordelte seg slik: 7 deltakere fra den store kommunen og 3 deltakere fra den lille kommunen (tabell 2).

Tabell 2: Demografisk data

Profesjon	Stor kommune	Liten kommune
Sykepleier	3	1
Koordinator	1	1
Fagutviklingssykepleier		1
Lege	1	
Fysioterapeut	1	
Ergoterapeut	1	
	Totalt: 7	Totalt: 3
Frafall	0	2
Fordeling menn/kvinner	1/6	0/3
Gjennomsnittsalder	39 år	39 år
Erfaring som helsearbeider (gj.snitt)	13,5 år	15 år
Erfaring i samhandlingsteamet (gj.snitt)	2,7 år	2 år

Et strategisk utvalg ble gjort ved at en prosjektleder for samhandlingsteamet i den store kommunen og samhandlingskoordinatoren i den lille kommunen valgte ut relevante deltakere basert på spesifikke kriterier, fordi begge var ansett å kjenne målgruppen best. Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt, for å finne frem til deltakere som best kunne svare på problemstillingen:

#### *Inklusjonskriterier*

- Arbeider i samhandlingsteamet. Minimum 6 måneder yrkeserfaring innad i teamet.
- Har kjennskap til samhandlingsteamets arbeidsmodell og praksis.
- Fast arbeidsforhold enten i kommune eller sykehus.
- Ulik yrkesbakgrunn: sykepleier, lege, fysioterapeut, ergoterapeut og farmasøyt.
- Har hatt direkte pasientkontakt gjennom oppfølging av eldre pasienter med multisykdom i overgang mellom kommune og sykehus.
- Helsepersonell som arbeider i førstelinjen på pasientnært nivå.
- Kjønn: både mann og kvinne.

### *Ekklusjonskriterier*

- Helsepersonell som har under 6 måneders arbeidserfaring i samhandlingsteamet.
- Helsepersonell med begrenset erfaring fra praksisfeltet eller samhandlingsteamets arbeidsmetode.
- Helsepersonell som kun arbeidet med andre pasientgrupper enn eldre, multisyke pasienter.
- Helsepersonell som kun har administrativt ledelsesansvar i helsetjenesten.

Utvalget var homogent ved at alle deltakerne arbeidet innenfor samme samhandlingsteam, men heterogent ved at de representerte ulike organisasjonsenheter innen forskjellige kommuner eller sykehus, ulike profesjoner, begge kjønn og forskjellig yrkesbakgrunn. Alle deltakerne arbeidet pasientnært i helsetjenesten. Dermed kunne de identifisere seg med hverandres erfaringer. Assosiasjonseffekten innad i gruppen kunne dermed styrkes, ved at deltakerne kjente til hverandre gjennom felles arbeidsfellesskap. Det at fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i to ulike kommuner og at utvalget bestod av deltakere med ulik demografisk bakgrunnsdata, balanserer gruppens homogenitet (Malterud, 2012).

### **3.2.3 Datainnsamling**

Datainnsamlingen foregikk i perioden fra desember 2018 til januar 2019. En overordnet intervjuguide (vedlegg 1) var utgangspunktet for innholdet i intervjuene, hvor ulike temaer og spørsmål var utarbeidet av meg, veileder og medveileder basert på studiens problemstilling. Intervjuguiden bestod av 10 åpne spørsmål som deltakerne skulle formulere egne svar på. Spørsmålene var primært hva- og hvordan- spørsmål for å bevare en åpen intervjustruktur.

Intervjuguiden var utformet med en viss struktur, hvor de to første spørsmålene i intervjuguiden ble ansett som enklest å svare på. Deretter fulgte seks nokså spesifikke spørsmål omkring studiens problemstilling, før de to siste spørsmålene bidro til en mykere overgang mot intervjuets slutt. Moderatorens rolle i fokusgruppeintervjuet skulle være å styre samtalen mellom deltakerne innenfor intervjuguidens rammer, samtidig som det ble opprettholdt en distanse slik at gruppene fikk tilstrekkelig spillerom til å fremme sine synspunkter og erfaringer (Malterud, 2012, 2017). Ko-moderatoren hadde en utfyllende rolle i



intervjuet, ved å tilse at alle deltakerne kom til orde, samt foreta feltnotater og oppsummeringer underveis i intervjuene. Moderator og ko-moderator kunne slik kontrollere om en hadde forstått deltakerne riktig og om en hadde oppfattet gruppedynamikken mellom deltakerne. I tillegg bidro ko-moderatoren til å holde oversikt over hvilke temaer og spørsmål som hadde blitt belyst underveis i intervjuene. På den måten var ko-moderatoren til støtte for moderatoren ved at han kunne stille utfyllende spørsmål som moderatoren eventuelt hadde glemt, ved intervjuenes slutt (Malterud, 2012).

### **3.2.4 Gjennomføring**

Relevant litteratur som fremkom i eksisterende forskningslitteratur, ga innsikt til forarbeidet av denne empiriske undersøkelsen. Jeg valgte av metodiske hensyn å hospitere i et tilsvarende miljø som forskningen skulle foregå i. Jeg var observatør i et samhandlingsteam hvor den organisatoriske strukturen var tilsvarende som nevnt i studiens kontekst som modell nr. 1. Hospitering og datainnsamlingen foregikk med dette i to ulike kommuner. Malterud (2012, s. 131) skriver at *«feltkunnskap og forhåndslesning er derfor nødvendig for å finne ut hvilke innfallsvinkler som kan åpne nye dører og vise vei til betydningsfull endring i forståelse og praksis»*. Ved å hospitere søkte jeg en inngående kjennskap til forskningsfeltet som jeg ønsket å studere, før studiens formål, rammer og plan ble iverksatt. Hospitering i forskningsfeltet bidro til å avgrense problemstillingen, avklare forskningsdesign og identifisere relevante deltakere med tilstrekkelig informasjonsstyrke (Malterud, 2017).

Fokusgruppeintervju bestående av 6-10 personer er anbefalt i litteraturen (Kvale & Brinkmann, 2015). Målet i denne studien var minimum 5 og maks 8 deltakere i hver gruppe. I den lille kommunen var det utfordrende å rekruttere deltakere til studien. For å fremme tillit til prosjektet og øke rekrutteringen fikk alle deltakerne i studien se intervjuguiden i forkant. I den lille kommunen samtykket 5 deltakere til å delta, men her var det frafall på 2 personer kort tid før gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet. I den store kommunen samtykket 7 deltakere til å delta og her var det ingen frafall. Prosjektleder i den store kommunen og samhandlingskoordinatoren fikk bestemme hvor intervjuet skulle finne sted.

I dette prosjektet var rollene fordelt slik at jeg var moderator og min veileder var ko-moderator under fokusgruppeintervjuene. Deltakerne fikk muntlig informasjon om formålet

med studien, praktisk gjennomføring av fokusgruppeintervjuet og håndtering av personopplysninger, før skriftlig informert samtykke ble innhentet. Deltakerne i begge fokusgruppene svarte på alle spørsmålene i intervjuguiden, hvor rekkefølgen på spørsmålene varierte i takt med samtalens utvikling innad den enkelte fokusgruppe. Intervjuenes varighet var ca. 90 minutter.

Lydopptaker som teknisk hjelpemiddel var førstevalg. Ordrett transkribering av første fokusgruppeintervju ble gjort før neste intervju. Slik kunne jeg dra nytte av ervervede erfaringer fra det første intervjuet, til fordel i neste intervju. Transkriberingen genererte totalt 61 maskinskrevne tekstsider med enkel linjeavstand.

### **3.2.5 Analyse av datamaterialet**

I dette prosjektet ble dataene analysert etter en kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman (2004). Målet med denne type analyse var å belyse problemstillingen fra ulike sider fremfor å forsøke å oppnå konsensus.

Graneheim og Lundmans fremgangsmåte for analyse har ikke noen entydig vitenskapsteoretisk forankring i verken hermeneutikk eller fenomenologi. Men deres analyseprosess samsvarer til en viss grad med et hermeneutisk perspektiv, hvor de skriver at tekst kan tolkes forskjellig og innebære flere betydninger: «*An assumption underlying our paper is that reality can be interpreted in various ways and the understanding is dependent on subjective interpretation*» (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Dette innebærer vekselvirkning mellom forsker og prosjektets deltakere, og deretter mellom forsker og tekst. Graneheim og Lundman beskriver en analyseprosess tilsvarende den hermeneutiske spiral hvor forsker fortolker teksten del for del, for å kunne forstå tekstens helhet. Dette innebærer ikke en lineær prosess, men en utviklingsprosess som foregår i flere trinn. En slik analysetilnærming medførte et grundig kjennskap til datamaterialet.

I denne studien var det to analyseenheter, dvs. to ulike intervju. I første omgang var det tekstens manifeste innhold, dvs. beskrivelser av de synlige og åpenbare komponentene i teksten, som var av betydning. Dette ledet meg over til tekstens latente innhold, som innebar en tolkningsprosess hvor jeg søkte en dypere forståelse for tekstens underliggende mening. Formålet i denne prosessen var å heve innholdet i teksten til et høyere abstraksjonsnivå

(Graneheim & Lundman, 2004). De transkriberte intervjuene ble lest gjentatte ganger for å oppnå et helhetsinntrykk. Analysen i dette prosjektet baserer seg på totalt 128 meningsbærende enheter fra den store kommunen og 146 meningsbærende enheter fra den lille kommunen. Med meningsbærende enheter menes sammenstilling av ord, setninger eller avsnitt som har samme betydning. Som neste ledd i analyseprosessen, ble de meningsbærende enhetene redusert til en kondensert tekst. Kjernen i budskapet ble ikke endret. Den kondenserte meningen ble så abstrahert til et høyere logisk nivå og nærstående tekstelementer ble sortert og gruppert sammen, for deretter å bli fargemerket med ulike koder (Graneheim & Lundman, 2004).

Det ble etter hvert utarbeidet 9 ulike koder for å dekke de forskjellige meningsbærende enhetene fra prosjektets to transkriberinger. Gjennom flere revideringer utført av meg og veileder, ble kodene videre sortert i 5 sub-temaer. Utarbeidelse av sub-temaer blir beskrevet til å være selve kjernen i innholdsanalysen, da sub-temaene skulle favne flere koder med samme innhold og være gjensidig utelukkende. Graneheim og Lundman (2004, s. 107) understøtter dette og skriver at «no data should fall between two categories or fit into more than one category». Kategori omtales her som synonymt til sub-tema, da Graneheim og Lundman (2004) beskriver sub-tema og kategori som samme trinn i analyseprosessen.

Siste trinnet i analyseprosessen var å utarbeide temaer, som defineres av Graneheim og Lundman (2004, s. 107) til å knytte de underliggende kategorier sammen, danne analysens røde tråd og til å kunne sees som et uttrykk for tekstens latente innhold. I denne studien ble det gjennom analysen utarbeidet et overordnet tema (tabell 3).

Studiens analyse baserte seg på en tverrgående og en langsgående analyse. Det var ønskelig å se etter relevante mønstre for å belyse studiens problemstilling. Herunder få frem det de ulike deltakerne opplevde som likhetstrekk og forskjeller i stor og liten kommune, i deres arbeid med helhetlige pasientforløp for eldre, multisyke pasienter.

Tabell 3: Eksempler fra studiens analyseprosess og utarbeidelse av koder, sub-tema og tema

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter (manifest)	Kondenserte meningsenheter (latent)	Kode	Sub-tema	Tema
Som lege er det slik at jeg blir trukket inn i de casene der det er behov for lege. Medisinske avklaringer, samtale med lege, undersøkelser, og så videre.	Medisinske vurderinger av hjelpebehov utføres av lege.	Legens primæransvar er medisinske vurderinger og beslutninger.	Tverrprofesjonell arbeidsdeling	Samarbeid på tvers	Helhetlige pasientforløp svekkes av tverrfaglige og organisatoriske motsetninger
Og på denne siden så kan det være enten bare meg eller så er det deltakere fra hjemmetjenesteenheten dit hvor pasienten skal. Og så prøver vi å planlegge en utskrivelse.	Informasjonsutveksling og planlegging av pasientforløp foregår mellom sykehus og samarbeidende aktører fra kommunen.	Tverrprofesjonelt samarbeid mellom helsetjenestenivå	Samhandling	Samarbeid på tvers	
Mange ganger så føler jeg at vi er pasientenes advokat. For vi skal jo hjelpe og forsvare ønskene deres, som kanskje ikke alltid de andre systemene tar hensyn til.	Pasientenes ønsker og behov er synlig og hovedfokus ved helsekartlegging og oppfølging.	Fokus på pasientenes selvbestemmelsesrett.	Pasientsentrert og helhetlig fokus	Pasienten i sentrum	
Og til å begynne med, var arbeidsmodellen godt forankret øverst hos rådmannen og kommunalsjefen. Når de blir byttet ut, så mistet vi på en måte den forankringen.	Utbygging av bemanning på ledelsesnivå i kommunen, gir ujevn mulighet for forankring av arbeidsmodellen på tjenestenivå.	Implementering av arbeidsmodell må være understøttet av ledelsen på overordnet nivå i kommunen	Ledelsesforankring og beslutningsmyndighet	Organisasjonsform	

### 3.3 Forskningsetiske betraktninger

Denne studiens etiske forsvarlighet innen forskning hviler på Helsinkideklarasjonen (De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019), gjeldende norske lover (Helseforskningsloven, 2009), samt retningslinjer for forskningsprosjekter (Den nasjonale forskningsetiske komitee for medisin og helsefag, 2019). Alle data ble behandlet og oppbevart konfidensielt og i henhold til Nord universitet sine retningslinjer. Når rammen for metodevalg og datainnsamlingsstrategier var satt, foretok jeg og mine veiledere flere forskningsetiske vurderinger.

Datainnsamling ble foretatt fra helsepersonell som hadde god forståelse for ulike fordeler og ulemper ved deltakelse i studien. Studiens mål var ikke å frembringe kunnskap om sykdom og helse og innebærer ikke behandling av sensitive opplysninger. Studien ble i så måte ansett til å være mer forenlig med kvalitetsforbedring av helsetjenester. Helseopplysninger skulle ikke behandles i studien og studien ble i så måte vurdert til å ikke være meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Godkjenning ble innhentet hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) for behandling av personopplysninger (vedlegg 2).

Etter at relevant forskningsfelt var identifisert, ble det innhentet skriftlig tillatelse til forskningsfeltet per mail fra den store og lille kommunen. Prosjektlederen for samhandlingsteamet i den store kommunen og samhandlingskoordinatoren i den lille kommunen, fikk skriftlig og muntlig informasjon hvor forskningsprosjektet ble presentert. Disse kontaktpersonene videreformidlet informasjon til sin overordnede ledelse og aktuelle deltakere for studien. Studien er basert på muntlig og skriftlig informert samtykke, samt frivillig deltakelse (vedlegg 3). Samtykket ivaretok deltakernes frivillighet ved at det var fritt og basert på tilstrekkelig informasjon om forskningsprosjektet. Deltakerne var informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

Et gjennomgående mål i studien var å anonymisere deltakerne slik at opplysninger i datamaterialet ikke på noen måte skulle kunne identifisere enkeltpersoner. Det er gjort flere tiltak i denne studien for å forsøke å sikre en fullstendig aidentifisering av deltakerne. Arbeidsdokumenter med bearbeidet datamateriale ble kryptert med kode og personsensitive opplysninger ble fjernet. Demografiske data som ble innhentet om deltakerne, ble ikke registrert på lydopptak. Disse opplysningene ble skriftlig dokumentert og ble ikke oppbevart sammen med lydopptaket. For øvrig består datamaterialet kun av informasjon i anonymisert

form ved at navn, alder, kjønn, navn på institusjon, kommune og stedsnavn ikke kan knyttes til den enkelte deltaker. Deltakerne refereres i tekst kun gjennom yrkestittel.

En fokusgruppe med 3 deltakere kan anses som sårbart, ved at det kan være utfordrende å aidentifisere deltakerne dersom utvalgets kommune var navngitt eller var gjenkjennbar. I tillegg var det ønskelig at deltakerne i denne studien meddelte erfaringer og erkjennelser om ledelsestilnærminger, overordnede strukturer innad i egen organisasjon og hvilke konsekvenser dette hadde for deres kliniske praksis. Ulike temaer i intervjuguiden kunne slik tolkes som sensitive. Av denne grunn har kommunene som deltakerne har tilhørighet og et arbeidsforhold til, kun blitt referert til som stor og liten kommune.

## 4.0 RESULTATER

Analysen av materialet ledet frem til funn som dannet 5 sub-temaer som sammenfatter deltakernes beskrivelser og erfaringer; samarbeid på tvers, pasienten i sentrum, organisasjonsform, strukturell og organisatorisk fragmentering, samt kompetanseutvikling (tabell 4). Hovedtemaet ble som følgende: Helhetlige pasientforløp svekkes av tverrfaglige og organisatoriske motsetninger.

Jeg har videre valgt å presentere mine funn basert på analysens sub-temaer. Funnene i denne studien samsvarer med det som var prosjektets problemstilling og forskerspørsmål, da helseprofesjoner fra primær- og spesialisthelsetjenesten har gitt beskrivelser omkring hvordan helhetlige pasientforløp påvirkes av organisasjonens struktur.

Tabell 4: Oversikt over analysens koder, sub-temaer og tema.

Koder	Sub-tema	Tema
Tverrprofesjonell arbeidsdeling	Samarbeid på tvers	Helhetlige pasientforløp svekkes av tverrfaglige og organisatoriske motsetninger
Samhandling		
Pasientsentrert og helhetlig fokus	Pasienten i sentrum	
Proaktiv tilnærming	Organisasjonsform	
Ledelsesforankring og beslutningsmyndighet		
Verdikonflikt og avmakt		
Svikt i samarbeid og oppgaveorientering	Strukturell og organisatorisk fragmentering	
Informasjonsflyt og kvalitetsbedring	Kompetanseutvikling	
Overføring av kunnskap og kompetansedannelse		

#### **4.1 Samarbeid på tvers**

Arbeidsorganiseringen til samhandlingsteamet i den lille og den store kommunen hadde likheter i form av tilstedeværelse av ulike faggrupper som sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og lege. Koordinatorfunksjonen var felles for både samhandlingsteamet i den store og den lille kommunen. Fordeling av arbeidsoppgaver var profesjonsrelatert. Legen hadde en forpliktende rolle i samhandlingsteamet, mens fastlegen i den lille kommunen var integrert i ordinær fastlegetjeneste. Farmasøyt var også en del av samhandlingsteamet, mens de i den lille kommunen manglet representant fra denne faggruppen.

Samhandlingsteamet i den store kommunen var samlokalisert og bestod av helsepersonell fra kommunehelsetjenesten og lokalsykehuset. Teamet hadde en strukturert og koordinert arbeidsform mellom teamets deltakere, hvor felles dialog, vurderinger og beslutninger var integrert i deres arbeidsmetode. Samhandlingsteamet fordelte ansvar og oppgaver mellom de ulike helseprofesjonene, hvorpå det forekom en gjensidig avhengighet mellom de ulike deltakernes bidrag. Legen fortalte: *«Det å være tverrfaglig- at det er flere øyne som ser og at vi har fokus på ulike ting. At du ikke sitter der alene med hele ansvaret»*. Dette innebar sterk grad av involvering i hverandres arbeid og felles forpliktelse, hvor hver involvert aktør i teamet ble ansvarlig for å fullføre tildelte oppgaver. Helsekartlegging og vurderinger av pasientenes behov for helsetjenester, ble gjort i samråd med samarbeidende aktører i lokalsykehuset og vertskommunene.

Det forpliktende samarbeidet mellom profesjoner innad i samhandlingsteamet ga et integrert og sammenhengende svar på eldre, multisyke pasienters behov. Fysioterapeuten understøttet dette:

*«Oppfølgingen pasienten får ved at man er et tverrfaglig team rundt, gjør det mye lettere å gjøre en god jobb i jobben man har. Man har kolleger å støtte seg på og som kan hjelpe til med vurderinger. Det er ikke alltid man nødvendigvis trenger fysisk hjelp, men bare det å kunne diskutere pasientene og få støtte. Det har utrolig mye å si»*.

Sammensetningen av profesjoner i samhandlingsteamet varierte ut fra pasientenes oppfølgingsbehov. Samhandlingsteamet arbeidet primært med helsekartlegging, utforming av tiltaksplaner og koordinering av helsetjenester, og fremstod dermed til å arbeide mer spesialisert enn hva som var tilfellet i den lille kommunen. Målet med samhandlingsteamets arbeidsmetode- og organisering var ikke å overta vertskommunenes oppfølging av pasientene. Samhandlingsteamet bidro med å etablere en kontakt og videreutvikle



samhandling mellom relevante aktører, som skulle ha ansvar for å utøve helsetjenester til pasientene i deres egen hjemkommune. En sykepleier i samhandlingsteamet utdypet dette: *«Det å dokumentere, lage planer og at de der ute (i kommunene) skal få være bedre rustet til å følge opp pasientene. [...] Tiltaksplaner og begrunnelser for hva og hvorfor vi gjør det, er veldig viktig»*. Overgangen fra sykehus til vertskommunene ble av samhandlingsteamet ansett som den mest kritiske fasen i pasientforløpet. Vertskommunenes og sykehusets kjennskap til samhandlingsteamets funksjon og arbeidsmetode, ble beskrevet av samhandlingsteamet til å styrke samarbeid i pasientoverganger mellom lokalsykehuset og vertskommunene.

Helseprofesjonene i den lille kommunen hadde ofte kombinasjonsstillinger eller flere roller i tillegg til det direkte pasientnære arbeidet som omsorgsutøver. Helsepersonell her hadde dermed flere arbeidsoppgaver av ulik karakter i form av å utøve pleie- og omsorgstjenester i tillegg til administrative og organisatoriske oppgaver, som skulle flettes inn i arbeidsorganiseringen. Koordinatoren understøttet dette:

*«Først på morgenen når jeg kommer på jobb, så har vi rapport. Så hjelper jeg litt til i stell hvis det er nødvendig. Og så er det oftest å svare telefoner, planlegge hvilke pasienter som skal inn og hvilke pasienter som skal ut. Vi har også møter med hjemmetjenesten jevnlig»*.

Det var også en forskjell mellom den store og lille kommunen angående faggruppenes handlingsrom og tilrettelegging for organisering av helsetjenester. Det var ikke tilrettelagt for en arbeidsorganisering med faste rutiner for tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper i den lille kommunen, noe som utfordret fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver mellom helsepersonell. De ulike faggruppene arbeidet selvstendig gjennom en funksjonell arbeidsdeling, uten å være systematisk involvert i andre aktørers arbeid med samme pasient. Koordinatoren understøttet dette: *«Som oftest så blir det faktisk bare med dialog med oss imellom. [...] Det er ingen tverrfaglig fora, det er det ikke»*. Mangel på felles møtearena for tverrfaglig samarbeid ble oppgitt som en av årsakene til manglende samhandling mellom de ulike faggruppene i kommunen. Deltakerne fra den lille kommunen fremhevet viktigheten av å skape dialog mellom samarbeidende aktører, for å oppnå god koordinering og samspill mellom helsepersonell. Deltakerne opplevde det som vanskelig å få involvert fastlegene i tverrfaglige møter. Her ble koordinatoren ansett til å ha en sentral rolle.

Koordinatoren i den lille kommunen fungerte som et kontaktpunkt for henvendelser for helsepersonell og bidro til styrket samarbeid mellom ulike faggrupper.

Samhandling mellom helsepersonell i den lille kommunen og samhandlingsteamet i den store kommunen, foregikk primært på telefon og videokonferanse. Deltakerne i den lille kommunen opplevde samhandlingsteamet i den store kommunen som en supplerende ressurs og til å styrke den tverrfaglige kompetanse i deres egen kommune. Koordinatoren uttrykte:

*«Men det som jeg vil trekke frem med samhandlingsteamet som jeg synes er veldig bra, det er at man har flere fagpersoner å forholde seg til. Farmasøyt i helseforetaket har jeg kontaktet flere ganger i forbindelse med pasientene her. Legen er mye lettere tilgjengelig i helseforetaket enn legene her. Det å kunne diskutere pasientene med annet fagpersonell».*

Samhandling mellom den lille kommunen og andre avdelinger/enheter i lokalsykehuset for øvrig, foregikk på telefon og elektronisk meldingssystem. Videre plan for kontroll og oppfølging etter utskrivelse ble i den lille kommunen spesifisert i skriftlig epikrise som pasientene mottok ved utskrivelse. Utvalgte pasienter som hadde vært henvist til samhandlingsteamet i den store kommunen før utskrivelse, hadde fått utarbeidet en tiltaksplan for oppfølging i den lille kommunen. Helsepersonell i den lille kommunen foretok hjemmebesøk og kartla pasientenes behov for pleie- omsorgstjenester etter utskrivelse fra sykehus.

## 4.2 Pasienten i sentrum

Deltakerne i både den store og den lille kommunen arbeidet etter en felles arbeidsmodell, hvor en helhetlig, pasientsentrert og proaktiv tilnærming ble beskrevet av deltakerne til å være sentral.

Deltakerne i både den store og den lille kommunen fremhevet tydelig et pasientorientert fokus, ved tilrettelegging av helsetjenester og oppfølging. En sykepleier konkretiserte dette: *«Mange ganger så føler jeg at vi er pasientenes advokat. For vi skal jo hjelpe og forsvare ønskene deres, som kanskje ikke de andre systemene tar hensyn til»*. Deltakerne tilstrebet å flette pasientens perspektiv sammen med deres egen faglige kompetanse, i sin oppfølging og omsorgsutøvelse overfor pasientene. Funn i analysen viste at helsepersonell søkte å forstå hva som var viktig for pasienten, for deretter å foreta beslutninger basert på begge parters synspunkter. Legen utdypet dette:

*«Man må først og fremst spørre pasienten «hva er det du ønsker, hva er viktig for deg?» Utrolig enkelt, men det er dessverre veldig få som gjør dette. Da hender det jo at man iverksetter en masse planer som pasienten egentlig ikke er spesielt interessert i»*.

Pasientsentrert og helhetlig tilnærming ble fremhevet som sterke verdier i begge utvalgene, hvor deltakerne understreket viktigheten av å bruke tid for å skape rom slik at pasienters ønsker og behov ble synlige. Arbeidsorganiseringen i den store og lille kommunen, syntes å være en faktor for hvordan dette lot seg virkeliggjøre i praksis. En tverrfaglig tilnærming og ambulant funksjon var fremhevet av samhandlingsteamet i den store kommunen til å forsterke muligheten for en pasientsentrert og helhetlig tilnærming, hvor man klarte å oppnå en individualisert tiltaksplan som inkluderte de mange aspekter ved sykdom som pasientene opplevde i et pasientforløp. Legen fortalte: *«Det at vi ser på hele personen med alle de helseplager og problemene som måtte være. Alt fra sosiale ting til hvordan boligen ser ut, behov for hjelpemidler, sykdommer og medisiner»*. Gjennom en tverrfaglig tilnærming kunne ulike faggrupper mer systematisert drøfte hvilke tiltak som burde utformes og iverksettes, for å oppnå den pasientsentrerte og helhetlig omsorgen, som var målet.

Arbeidsorganiseringen i den lille kommunen var strammere i sin struktur, noe som gjorde det vanskelig for de ulike faggruppene og møtes jevnlig, reflektere sammen og videre utforme felles plan for personsentrert og helhetlig omsorg. Men helsepersonell i den lille kommunen forsøkte allikevel å tilstrebe en pasientsentrert og helhetlig tilnærming i sin omsorgsutøvelse.

På denne måten kunne de være forutseende og bevisst omkring pasientenes behov i en tidlig fase i planleggingsarbeid og ved utforming av kommunale tjenestetilbud. Her hadde koordinatoren en sentral rolle, da hun enkelte ganger hadde større fleksibilitet vedrørende organisering av egen arbeidsdag. Hun fungerte som et kontaktpunkt for henvendelser fra pasienter og pårørende, og tilpasset deres behov inn i samhandling med andre faggrupper i kommunen. Koordinatoren sa:

*«At man fokuserer litt mer på person og ikke nødvendigvis ser sykdommen først. Og prøver å tilrettelegge tjenestene slik at den personen skal ha det så bra som mulig. Det er ikke nødvendigvis at retningslinjene passer inn i denne pasientens liv og samsvarer med det helsepersonell tenker som fornuftig. Så da må man prøve å finne en løsning hvor vi hører godt på pasienten og deres pårørende».*

Deltakere fra både den lille og den store kommunen skisserte pasientsentrert og helhetlig tilnærming som et ideal i omsorgsutøvelsen, noe som også bidro til å fremme refleksjoner over egne handlinger i omsorgsutøvelsen.

Samhandlingsteamet i den store kommunen arbeidet med proaktiv tilnærming i utarbeidelse av tiltaksplaner, hvor de forsøkte å være i forkant av tenkelige utfordringer fremkommet gjennom pasientenes perspektiv og teamets fagkompetanse. Samhandlingsteamets struktur og arbeidsorganisering la til rette for tverrfaglige møter, helsekartlegging og risikoanalyser. En slik kartlegging avdekket behov for forebyggende tiltak som forhindret skader, forverring av sykdom og sosiale problemer. En detaljert tiltaksplan for oppfølging av pasienten etter utskrivelse fra sykehus, dannet grunnlaget for om en proaktiv tilnærming fulgte pasienten på tvers av tjenestenivåer. Samhandlingsteamet brukte mye tid på å utforme tiltaksplaner som var gjennomførbare i pasientenes hjemkommune og at helsepersonell der forstod hvorfor tiltakene i skissert plan bidro til forebygging av sykdomsforverring. En sykepleier utdypet dette:

*«Hvis du ikke måler, så klarer du heller ikke fange opp når det er en endring. Jeg tror helsepersonell mange ganger ser dette mer som ekstra arbeid enn at det faktisk er en del av forebyggingen. [...] Men man er kanskje ikke tydelig nok på hvorfor man gjør det».*

I den lille kommunen ga deltakerne uttrykk for at det var et gap mellom helsepersonells faglige vurderinger og kommunens rammebetingelser, noe som medførte avgrensede arbeidsoppgaver og reduserte muligheter for forebyggende tilnærming i omsorgsutøvelsen. Tiltak ble som regel igangsatt etter at sykdomsforverring allerede var oppstått. Faglederen fortalte: *«Proaktiven er vi veldig dårlig på. Jeg tror heller vi slukker litt brann når den er*

*kommet. Ja, at man ikke har anledning til å være der i forkant». Deltakerne i den lille kommunen forsøkte å arbeide systematisk med å identifisere risikopasienter med fare for helseforverring, slik at disse kunne bli henvist til samhandlingsteamet i den store kommunen eller få tettere oppfølging i egen kommune. Tiltaksplanen som samhandlingsteamet i den store kommunen hadde utarbeidet for enkelte pasienter som ble utskrevet fra lokalsykehuset, ble ansett av helsepersonell i den lille kommunen å være til stor hjelp i forebyggende omsorgsutøvelse. Tiltaksplanene økte bevisstheten omkring endringer i pasientenes helsetilstand og behov for tettere oppfølging. Koordinatoren uttrykte: «At man blir mer bevisst på hva som er normalstatusen til pasienten og hva som er avviket». Helsepersonell i den lille kommunen fremhevet også proaktiv tilnærming som sentral for å skape langsiktige og bærekraftige planer for ressursforvaltning i kommunen, da det forekom kapasitetsutfordringer i kommunens sykehjem. Dette medførte økt behov for tiltak som tidlig støttet utskrivelse fra sykehus og økt antall helsetjenester i pasientenes eget hjem.*

### 4.3 Organisasjonsform

Deltakerne fra den store og den lille kommunen beskrev arbeidsorganiseringer som tilsa ulike organisasjonsformer. I den lille kommunen lignet organisasjonsformen en linje/stabsorganisering, mens samhandlingsteamet i den store kommunen så ut til å ha likheter forenlig prosessorganisering. Den vertikale styringen samt koordineringsmekanismene ble dermed beskrevet til å være svært ulik i de to utvalgene i studien.

I samhandlingsteamet i den store kommunen fremkom det stor grad av desentralisert beslutningsmyndighet og fleksibelt handlingsrom. Deltakerne ga uttrykk for å ha en støttende administrativ ledelse, fast tverrfaglig teamorganisering og stor fleksibilitet når det gjaldt egen arbeidsorganisering. Den ene sykepleieren her fortalte: *«Vi er forankret ganske høyt oppe i systemet. Jeg føler at vi gjør det vi trenger å gjøre»*. En annen supplerte: *«Vi er på en måte ikke styrt av noe. Vi er ganske frie»*. Deltakerne fremhevet at denne fleksibiliteten var unikt i deres arbeidshverdag og sentralt for hvor grundig arbeid de var i stand til å utføre: *«Jeg tror at det jeg setter aller mest pris på i denne jobben, det er jo tid. Plutselig har man tid til å gå i dybden og virkelig gjøre en god jobb»*. Dette til forskjell fra forhold beskrevet i den lille kommunen, hvor deltakerne uttrykket en strammere arbeidsorganisering, lite støttende administrativ ledelse, liten grad av fleksibilitet i egen arbeidsorganisering og begrensede muligheter for tverrfaglig samarbeid mellom helseprofesjoner innad kommunen.

Koordinatoren i den lille kommunen fortalte: *«Til å begynne med, var arbeidsmodellen godt forankret øverst hos rådmannen og kommunalsjefen. Da de ble byttet ut, så mistet vi den forankringen»*. Organisasjonsformen påvirket dermed helsepersonells struktur og rammer, noe som hadde direkte innvirkning på deres utøvelse av helsetjenester i klinisk praksis.

I analysen fremkom det også ulikt antall ledelsesnivåer. Kontrollspennet i samhandlingsteamet og i den lille kommunen innvirket på grad av ledernærhet, administrative oppgaver og arbeidspress. Tjenesteveien påvirket hvordan lederne kunne bruke tid på den enkelte medarbeider, utvikle gjensidig forståelse og skape samhandling. Faglederen i den lille kommunen uttrykte: *«Jeg vet ikke om de (administrativ ledelse) vet hva vi holder på med egentlig»*. Administrativ ledelse ble fremhevet av deltakerne fra både den lille og den store kommunen til å ha en sentral betydning for hvordan helsepersonell kunne arbeide i tråd med fastsatte mål og hvordan deres arbeidsoppgaver kunne prioriteres og virkeliggjøres i klinisk praksis. En sykepleier i den lille kommunen sa: *«Det tar ganske lang tid å kartlegge en pasient og sette opp mål og tiltak. Så det er både det å få tid og ressurser. Å ha en ledelse som*

*synes at dette er viktig og prioriterer det». De ulike organisasjonsformene, samspill med administrativ ledelse og grad av beslutningsmyndighet medførte ulike konsekvenser for hvorvidt helsepersonell hadde innflytelse over eget arbeid i det daglige, samt kunne etablere forpliktende samarbeid med andre samarbeidende aktører i helsetjenesten. En sykepleier i den lille kommunen fortalte:*

*«Hvis man kunne omorganisere litt på tjenester og faggruppene, så kunne vi fått til veldig mye. Mange har jobbet her veldig lenge og det jobbes på samme måte som det alltid er blitt gjort. Vanskelig å få inn noe nytt og tenke litt annerledes».*

I analysen fremkom vertikal og horisontal koordinering som sentrale for gjennomføring av helhetlig pasientforløp, hvor ulike kombinasjoner av disse ga grunnlag for hvor forpliktende samarbeidet ble mellom aktører i- og mellom helsetjenestenivåene. Støttende og engasjert ledelse ble ansett som bærebjelken for om nødvendig samarbeid mellom profesjoner lot seg gjennomføre i praksis.

#### **4.4 Strukturell og organisatorisk fragmentering**

Samhandlingsteamets idealer om pasientsentrert, proaktiv og helhetlig omsorg var integrert i deres arbeidsmetode. Imidlertid var behov i pasienthåndteringen ikke alltid entydig og kunne bli oppfattet forskjellig av samarbeidende aktører i og på tvers av helsetjenestenivåene. En sykepleier i samhandlingsteamet sa:

*«Når kommunen skal gjøre en ny vurdering, så kan det hende de avslår våre anbefalinger. Og da er det ikke en selvfølge at de tar tak i problemet. Da er det bom stopp. Det er ingenting som skjer og det er ingen som holder tråden i det».*

Samhandlingsteamet ga uttrykk for at deres arbeidsmodell ikke alltid var kompatibel med vertskommunenes arbeidsorganisering og rammer, noe som forhindret integrering og realisering av deres arbeidsmetode i klinisk praksis. Den ene sykepleieren i samhandlingsteamet fortalte:

*«Veldig mange sliter med denne forebyggingsdelen. De er hele tiden litt bakpå. De klarer bare å ta de akutte tingene og får bare gjort unna de vanlige rutinene. Brannsløkking rett og slett. Når man diskuterer med helsepersonell der ute, så er de jo klar over det. Men de rekker ikke å gjøre noe med det».*

Helsepersonell i den lille kommunen ga uttrykk for at det var utfordrende å håndtere den kompleksiteten som utartet seg i deres arbeidshverdag, som følge av interesse- og verdikonflikter mellom helsepersonell og den administrative ledelsen. Hensyn til organisering begrunnet i pasientbehov ble referert til som et konfliktområde, da administrativ ledelse ble beskrevet til å fokusere på kostnadseffektiv drift og tjenester i samtaler med helsepersonell. Koordinatoren uttrykte: *«Man ser ikke helt det økonomiske i å bruke lengre tid. Og det er veldig dumt, for på sikt vil det gi bedre tjenester som er mer levedyktig».* Deltakerne i den lille kommunen opplevde at brede ansvarsområder på administrativt ledelsesnivå, førte til økt avstand mellom administrative beslutningstakerne og helsepersonell på pasientnært nivå. Sykepleieren fortalte: *«Og så føler jeg at lederne har nok med sitt. At de ikke klarer å engasjere seg i det vi holder på med. Så vi må bare finne ut selv hvordan vi skal gjøre det».* Utskiftning av bemanning, mangel av helsefaglig kompetanse på ledelsesnivå, samt manglende forståelse for organisering og arbeidsvilkår i klinisk praksis, var faktorer som ble nevnt til å svekke samspillet mellom helsepersonell og administrativ ledelse. Koordinatoren uttrykte: *«Jeg gir jo bare tilbakemeldinger til min leder. Så satser jeg bare på at hun tar det videre. Men det skjer ikke noen endringer».*



Informasjonsflyten var en faktor deltakerne i studiet mente bidro fragmentering i pasientforløpene. Valg av kommunikasjonskanaler var viktig for å kunne gi rask tilbakemelding eller overføre relevant informasjon slik at budskapet mellom lokalsykehuset og vertskommune ble forstått. Informasjonsteknologien for elektronisk utveksling av informasjon om pasienter i overganger mellom sykehus og kommune, ble beskrevet av deltakerne til å ikke alltid fungere etter den informative hensikt: *«det er en kjent sak at det ikke er alle opplysninger som kommer fra helseforetaket og ut til kommunene. Og omvendt for så vidt»*. Dette forhindret overføring av informasjon mellom lokalsykehuset og vertskommunene. Faglederen i den lille kommunen sa: *«Det viktigste er den dialogen pr. telefon og en eventuell epikrise. Og da sier jeg eventuell epikrise, for det er ikke sikkert at den har kommet. Det er ikke sikkert at den kommer samtidig som pasienten kommer ut»*. Noen av de ulike kommunikasjonskanalene ble beskrevet av deltakerne til å ha flere kritiske punkter for samhandling. Herunder ble manglende/mangelfulle epikriser fra lokalsykehuset og omfattende saksbehandlingsrutiner i vertskommunene beskrevet som bremsende faktorer for samhandlingskontinuiteten mellom helsetjenestenivåer: *«Alt er så tungvint i systemet. Det er liksom den byråkratien hele tiden»*. En annen deltaker understøttet dette ved å fortelle: *«Det er jo mange ting som pasientene trenger hjelp til, men som ingen har ansvar for»*.

Samhandlingsteamet i den store kommunen trakk fram utfordringer vedrørende samarbeid da ulike behandlere i lokalsykehuset avgrenset eget arbeid basert på eget fagområde og forskjøv arbeidsoppgaver over på andre aktører. En av sykepleierne i samhandlingsteamet fortalte: *««Det som er problemet, er at de har liksom ikke forsøkt å komme i dialog. Man bare sender henvisninger i hytt og pine»*. Kommunikasjonsutvekslingen mellom behandlerne var ofte dårlig og/eller manglende, og den kliniske behandlingen av pasienter fremstod dermed å foregå parallelt og ikke synkront innad i helseforetaket. Også samarbeidet mellom ulike behandlere i helseforetaket og fastlegene i vertskommunene var beskrevet til å være dårlig koordinert. Dermed ble det utfordrende for fastlegene å få tilstrekkelig informasjon om inneliggende pasienter i helseforetaket: *«Det er ingen måte for fastlegene å sende inn beskjeder eller få svar på sine spørsmål»*.

Løpende og tilstrekkelig dialog med pasientens hjemkommune, ble sammen med kjennskap til vertskommunenes organisering, ansett som meget sentrale momenter for det samarbeidet som måtte til for gjennomføring av utarbeidede tiltaksplaner. Legen i samhandlingsteamet

understøttet dette ved å fortelle: «Vi ser ofte at det fra sykehuset skisseres en oppfølgingsplan som faktisk ikke er gjennomførbar. Der har man f.eks. ikke snakket godt nok med hjemmetjenesten, pårørende og ikke minst pasienten». Det at det ikke eksisterte en felles elektronisk journal for vertskommunene og helseforetaket, kompliserte samarbeid og informasjonsflyt ytterligere for helsepersonell. Deltakerne i den lille kommunen beskrev også kommunens IKT- system til å være suboptimalt for tilstrekkelig arbeidsflyt og for dialog med enheter i helseforetaket. Faglederen fortalte: «Sykehuset hadde ikke gitt kommunen beskjed om utskrivelse. Men det stod i den PLO- meldingen som ingen hadde sett, at hjemmetjenesten burde ha vært på banen». Heller ikke pasientenes egne ønsker og behov ble identifisert tilstrekkelig i tilgjengelig pasientjournal ved de ulike helsetjenestenivåene, noe som forhindret brukermedvirkning i behandling og oppfølging. Faglederen utdypet dette:

*«En bruker ble sendt inn på sykehuset. Og før de ringer og avklarer i forhold til medisinliste og alt, så har han både svelget slangen og diverse. Mens egentlig står han på HLR minus og sykehus minus. Så han hadde en plan. [...] Innleggende lege hadde ikke lest den».*

Pasienter under oppfølging fra samhandlingsteamet, ble utskrevet til pasientenes hjemkommune uten at samhandlingsteamet i den store kommunen og pasientenes behandlende sykehusavdeling hadde dialog omkring planlegging av utskrivelse. Pasienter ble også utskrevet til den lille kommunen uten at gjeldende samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunen ble fulgt. Pasientovergangene fra lokalsykehuset til den lille kommunen, var ofte ikke godt nok planlagte grunnet raske svingninger i helseforetaket. Herunder fortalte deltakerne at misvisende informasjon vedrørende tidspunkt for utskrivelse og manglende plan for oppfølging, var særlig utfordrende for den lille kommunen. Sykepleieren fortalte: «Sykehuset sender melding til oss om at pasienten er utskrivningsklar før kl. 14. Men transporten, den vet vi aldri når den kommer». Helsepersonell i den lille kommunen mistet med dette flere, formelle arenaer for samhandling med helseforetaket. Det var vanskelig for helsepersonell i den lille kommunen å oppnå dialog med helsepersonell på sykehuset, som hadde inngående kjennskap til pasientene ved behov for oppklarende spørsmål, etter utskrivelse fra sykehus.

Deltakerne fra de to kommunene i denne studien beskrev ulike perspektiver mellom helseforetaket og vertskommunene omkring pasientenes helhetlige behov etter utskrivelse fra sykehus. Resultatet kunne bli en asymmetrisk fagforståelse hvor vertskommunenes kartlegging av pasientens medisinske- og sosiale situasjon ikke samsvarte med sykehusets

utarbeidede tiltaksplan: «*Vi opplever at behovet er helt annerledes enn det som de sier på sykehuset*». Med bakgrunn i helseforetakets manglende forståelse for vertskommunenes organisering, hadde deltakerne fra den lille kommunen mottatt pasienter uten at hjelpetilbudet var tilpasset kommunens ressurser, helsetjenestetilbud og geografiske forhold. Faglederen i den lille kommunen uttrykte: «*Sykehuset har ikke så mye forståelse for geografien i en langstrakt kommune. Og at det ikke er sikkert at vi kan dra fem-seks ganger til en pasient som bor en halvtimes kjøretid unna*». En annen sykepleier fra samhandlingsteamet sa: «*Man tenker kanskje ikke nødvendigvis over hvor lite ressurser det er. Er det hyppige blodprøver som skal tas? Har dem snakket med hjemmetjenesten om det faktisk er noen der ute som kan ta de prøvene?*». Mange av pasientene var dermed lovd et urealistisk hjelpetilbud i den lille kommunen etter utskrivelse fra helseforetaket.

#### **4.5 Kompetanseutvikling**

En forskjell mellom samhandlingsteamet i den store kommunen og helsepersonell i den lille kommunen, var tilgangen de hadde til tilstrekkelig pasientinformasjon. Samhandlingsteamet i den store kommunen ga uttrykk for å ha tilstrekkelig tilgang til elektronisk journal fra både lokalsykehuset og vertskommunene. Noe som sikret tilstrekkelig informasjon uavhengig av hvor i pasientforløpet pasientene befant seg. Av denne grunn kunne samhandlingsteamet også avdekke hvor i pasientforløpet ting stadig sviktet i møtet mellom pasient, behandlere og behandlingssystem. Den ene sykepleieren fortalte:

*«Vi finner ofte ut hvor problemet befinner seg. Vi leser omtrent hver dag på de pasientene vi har henvist og da ser vi hvilken kommunikasjon som har gått rundt. Og da kan vi med en gang avdekke hvis noen ikke har fått informasjon».*

Helsepersonell i den lille kommunen ga uttrykk for at et felles journalsystem ville sikret at pasientinformasjon som var dokumentert på et helsetjenestenivå, også kunne vært tilgjengelig på et annet nivå. Viktig informasjon om pasientene kunne dermed vært tilgjengelig når helsepersonell i kommunen skulle ta imot pasientene når de ble utskrevet fra helseforetaket.

Videre søkte samhandlingsteamet i den store kommunen aktivt konstruktive tilbakemeldinger fra samarbeidende aktører fra øvrige deler av helsetjenesten. Slik kunne de utvikle en gjensidig forståelse for hverandres arbeidssituasjon og forbedre samarbeidet på tvers av organisasjonene. Legen sa: *«Vi får noen ganger tilbakemeldinger fra f.eks. fastleger om hvilken informasjon de ønsker og når tid de ønsker å få informasjon».* Elektroniske meldinger og skriftlige dokumenter i form av epikriser og detaljerte tiltaksplaner, syntes å være de viktigste informasjonskanalene for dialog mellom de ulike samarbeidende aktørene i pasientforløpet. Deltakerne fra den lille kommunen fremhevet også supplerende telefonsamtaler til å effektivisere kommunikasjonen mellom lokalsykehuset og deres egen kommune. Faglederen i den lille kommunen fortalte:

*«Jeg har skjønt det slik at PLO- meldingene skulle erstatte telefonene, men det gjør de ikke. Det er noe helt annet å ha den muntlige dialogen med sykehuset og avdelingen. Og da fortrinnsvis med noen som kjenner pasienten».*

Samhandlingsteamet i den store kommunen fremhevet behovet for å skape felles arenaer for dialog, hvor samarbeidende aktører fra helseforetak og vertskommunene kunne møtes tidlig i pasientforløpet for å planlegge overgang fra helseforetak til kommunene.

Innholdet, samt måten informasjon ble formidlet på, ble beskrevet av deltakerne som avgjørende for om neste aktør i pasientforløpet kunne iverksette forsvarlige beslutninger

basert på pasientenes individuelle pleie- og omsorgsbehov. Legen i samhandlingsteamet fortalte:

*«Det er jo relativt lav sykepleierdekning og mange ufaglærte i mange av disse hjemmetjenestesonene og omsorgsboligene. De tiltaksplanene må være lett forståelig for alle og enhver. Man må sikre at pasienten får en god oppfølgingsplan, som den som skal ta over kan klare å bruke. Man skal forstå hvorfor man skal gjøre disse tiltakene».*

Begge utvalgene i denne studien fremmet systemforståelse som grunnlag for praktisk handlingskunnskap. Ergoterapeuten i samhandlingsteamet sa: *«Hvis vi klarer å hjelpe slik at folk kan fungere hjemme, så er det jo en besparing for kommunen fordi en unngår at pasienter må flytte på sykehjem».* Legen utdypet: *«På sikt er tanken at det skal bli mindre arbeid for pasienten fordi han skal holde seg mer stabil. Og da skal man slippe alle disse akutte hendelsene som hvert fall skaper masse arbeid».* Gjensidig kunnskap medførte en felles forståelse, hvor helsepersonell i den lille kommunen og samhandlingsteamet i den store kommunen evnet å se sitt bidrag i sammenheng med andre samarbeidende aktører i helsetjenesten. Samhandlingsteamets ambulante funksjon og arbeidsorganisering, medførte forståelse for de ulike perspektiver og organisatoriske strukturer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ved å innhente erfaringer fra samarbeidende aktører, var det mulig for samhandlingsteamet å legge til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling og læring. En av sykepleierne i samhandlingsteamet fortalte: *«Og så driver vi med veiledning av personalet der ute hvis de trenger noe oppfølging».* På denne måten fanget samhandlingsteamet opp ulike krav og forventninger i primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som hadde medført økt innsikt i arbeidsmåter, eksisterende rutiner, kompetanse og ressurser. Denne kunnskapen ble implementert i utarbeidelse av tiltaksplaner. Samhandlingsteamet i den store kommunen identifiserte områder i pasientforløpene som kunne forbedres, og de kom med forslag til hvilke handlinger som kunne være egnet til å imøtekomme de ulike utfordringene. I samråd med aktører fra spesialist- og primærhelsetjenesten, forsøkte samhandlingsteamet å komme frem til løsninger basert på pasientenes individuelle behov og tilgjengelige ressurser i pasientenes hjemkommune.

Helsepersonell fra den lille kommunen ga uttrykk for at det ikke var tilstrekkelig med en forståelse av helsetjenesten som spesialisert og funksjonelt differensiert. Koordinatoren fortalte. *«Man må vite hva som er tjenesten i dag. Sette seg inn i hva det er vi faktisk sliter*

*med i dag*». Helsepersonell i den lille kommunen opplevde tilhørighet til samhandlingsteamet i den store kommunen. De mente at dette styrket grunnlaget for kunnskapsdeling mellom helseprofesjoner. Ulike forståelsesrammer kunne dermed forenes- dette til tross for at de tilhørte ulike kommuner og ikke alltid kommuniserte på fysiske møteplasser.

Samhandlingsteamets arbeidsmetode ble beskrevet av helsepersonell i den lille kommunen, til å ha en overføringsverdi til alle pasienter i kommunen med komplekse hjelpebehov. En sykepleier fra den lille kommunen understøttet dette: «*Så kan man jo også bruke den tiltaksplanen som vi har satt opp, på pasienter som har ganske likt sykdomsbilde. Man kan bruke de samme tiltakene*». Helsepersonell i den lille kommunen fremhevet også betydningen av ressurspersoner som var fritatt til å lede innovasjonsprosjekter, for å befeste prosesser som utviklet kompetanse og kvalitetstiltak i ulike deler av kommunens helsetjeneste.

## 5.0 DISKUSJON

Utgangspunktet for denne studien var et ønske om å utvikle kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell hadde med å skape helhetlige pasientforløp for eldre multisyke pasienter. Målet var å skape en større forståelse av hvordan strukturelle organisasjonsfaktorer hemmet eller fremmet kvalitet i arbeidet med å skape gode pasientoverganger mellom sykehus og kommune.

Funn i studiens resultatdel viser at faktorer som organisasjonsform, lederansvar, tverrfaglig teamorganisering og felles møtearenaer var nødvendige grunnsteiner i organisasjonsstrukturen, dersom målet om helhetlige pasientforløp skulle realiseres. Disse strukturelle faktorene ble beskrevet av deltakerne til å skape variasjoner og barrierer for kvalitetsforbedrende arbeid i de ulike kommunene. Deltakernes beskrivelser av erfaringer varierte i takt med yrkeserfaring, organisasjonstilknytning og stillingsinstruks, men de hadde også en del fellestrekk som vil bli løftet frem i drøftingskapitlet.

Diskusjonens struktur er utarbeidet ved at studiens mest fremtredende funn blir diskutert opp imot relevant teori og tilgjengelig forskning. Målsetningen er å heve funnene i resultatkapitlet til et bredere perspektiv, slik at forskningsspørsmålene i studien kan besvares og muliggjøre en forståelse av studiens problemstilling (Lerdal, 2010). Diskusjonens delkapitler fordeler seg i denne rekkefølgen;

- Felles verdigrunnlag
- Gap mellom nåværende og ønsket praksis
- Ledelsesengasjement, medvirkning og involvering
- Organisasjonsform- til støtte eller begrensning i prosesser?
- Gjensidig forståelse på tvers av fag, enheter og nivåer

Deretter følger refleksjoner om konsekvenser for videre praksis og forskning.

Diskusjonkapitlet avrundes med en diskusjon om studiens troverdighet, gyldighet og overførbarhet.

### **5.1 Felles verdigrunnlag**

Deltakerne i denne masteroppgaven arbeidet etter en felles modell hvor verdiene pasientsentrert, helhetlig og proaktiv omsorg var meget sentrale for deres arbeid.

Samhandlingsteamets arbeidsmodell representerte et felles formål, noe som ble oppfattet som avgjørende for om man kom i mål med forsvarlige tjenester og helhetlige pasientforløp.

Deltakerne så nødvendigheten av at pasientenes behov ble integrert i deres faglige innsikt, og på denne måten bidro til en prioritering av oppgaver i møte med den enkelte multisyke pasient. Arbeidsmodellen ble ansett som viktig når helsepersonell måtte ta hensyn til forskjellige arbeidskontekster i de mange kontaktflater og overganger i et pasientforløp.

Pasientkonteksten, produksjonskonteksten og profesjonskonteksten var faktorer som innvirket på hvilke forventninger og forståelse som eksisterte til deres profesjonsrolle (Orvik, 2015).

Idealene om personsentrert, helhetlig og proaktiv omsorg har likhetstrekk med det som Aakre (2016) beskriver som identitetsbærende grunnsteiner, og var knyttet til deltakernes selvforståelse og faglige kompetanse. Dette overordnede felles verdigrunnlaget anser jeg som sentralt for mine funn, da verdiene preget deltakerne i studien ved å gi retning og identitet i beslutninger. Denne holdningen samsvarer med helselovgivningen og det som nasjonale myndigheters mål gjennom flere mål år, der brukermedvirkning og individualisering skal være et kvalitetskriterium og lede vei i behandling av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tidligere studier viser at dette ikke alltid er tilfelle. Flere pasienter med kronisk sykdom opplever fortsatt å kun bli sett som en diagnose og savner brukermedvirkning i helsetjenester som angår dem (Schiøtz et al., 2016). Jeg vil poengtere viktigheten av deltakernes verdigrunnlag, gjennom funnene i en europeisk studie som har undersøkt hvordan multisyke pasienter selv definerer god helse og omsorg. I denne studien fremhevet deltakerne en holistisk tilnærming og kontinuitet i oppfølgingen til å være av stor betydning for gode omsorgsprosesser (Leijten et al., 2018 ).

Økt omfang av utskrivningsklare pasienter til kommunene (Helsedirektoratet, 2019), redusert liggetid, belegg over anbefalt øvre grense for forsvarlighet og halvert somatisk sengeantall i norske sykehus de siste tiår (Den norske legeforening, 2015), øker kravene til utøvelsen av helsetjenestene i primærhelsetjenesten. Verdigrunnlaget er i så måte et sentralt moment i masteroppgaven fordi et pasientforløp består av mennesker og relasjoner innenfor ulike kliniske virksomheter, som interagerer med hverandre i forskjellige arbeidsprosesser (Orvik,



2015). Et felles verdigrunnlag i begge utvalgene ga deltakerne retning for hvordan de individuelt og kollektivt håndterte ulike situasjoner, i samråd med den enkelte pasient og ulike samarbeidende aktører i pasientforløpet. En slik pasientsentrert tilnærming krever endringer i omsorgstilnærmingen og måten vi utøver helsetjenester på, dersom vi skal hjelpe denne pasientgruppen til å håndtere sin situasjon og redusere deres behandlingsbyrde. Nuño-Solinís (2018) understøtter dette og skriver at det er nødvendig med organisatoriske endringer på både makro-, meso- og mikronivå, for å takle de beskrevne utfordringene helsetjenesten opplever internasjonalt i møte med multisyke pasienter. Basert på deltakernes beskrivelser i masteroppgaven, ser det ikke ut til at den ønskede pasientsentrerte plattformen er integrert i helsetjenestens rutinemessige arbeid. Vatn (2018) snakker om «stivhengighet» og hvordan man i organisasjoner lar seg binde av tidligere etablerte arbeidsmåter og styringspraksis. En pasientsentrert tilnærming representerer en endring som kan tenkes å utfordre eksisterende formelle strukturer i helsetjenesten. Et felles verdigrunnlag vil alene ikke si noe om hvorvidt helsetjenesten er klar for endring eller kunne konkretisere hvilke strukturelle tiltak som må implementeres for å støtte helhetlige pasientforløp. Deltakernes erfaringer samsvarer med annen tilgjengelig forskning når de synliggjør behovet for konsensus i helsetjenesten, hvor pasientsentrert omsorg bør overordnes dagens sykdomsorienterte behandlingsprosess (National Institute for health and care excellence, 2016; Rijken et al., 2017).

## ***5.2 Gap mellom nåværende og ønsket praksis***

Forekomsten av multimorbiditet er økende i mange vestlige land (Gill et al., 2014) og befolkningen blir stadig eldre (Brunborg & Texmon, 2010). Tidligere forskning viser at pasientoverganger mellom ulike behandlingsnivåer for eldre pasienter med kronisk sykdom er spesielt utfordrende, og helsetjenesten i Norge beskrives som fragmentert og komplekst (K. K. Danielsen et al., 2017; Schiøtz et al., 2016). Spørsmålet er hvordan vi skal løse slike motsetninger som har satt seg i helsetjenesten over flere år. Basert på beskrivelser i denne masteroppgaven, synliggjøres et gap mellom helsepolitiske strategier og de rammer som helsepersonell har for å utøve helsetjenester til pasienter med langvarige og komplekse behov. Kontaktflatene mellom den multisyke pasient, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten beskrives fortsatt som uorganisert, preget av ineffektivitet og utilfredsstillende kontinuitet (Palmer et al., 2018). Deltakerne i masteroppgaven ga i tillegg uttrykk for en reaktiv helsetjeneste som ikke samsvarer med kravene til forsvarlige tjenester. De etterlyste en mer proaktiv og helhetlig tilnærming for å kunne identifisere behov hos pasientene, før pasientene fikk en forverring i helsetilstanden som medførte mer ressurskrevende helsetjenester. Deltakerne erkjente et behov for endret organisering av helsetjenesten, slik at spesialist- og primærhelsetjenesten fikk lik tilnærming og en gjensidig forståelse i utøvelsen av helsetjenester. I denne forbindelse fremhevet deltakerne viktigheten av at de ulike aktørene på tvers i et pasientforløp arbeidet ut ifra samme mål og tiltaksplan i pasientoverganger. En prioritering av et felles verdigrunnlag blant helsepersonell, utarbeidet med bakgrunn i tverrfaglige vurderinger og pasientens preferanser, blir viktige verktøy for å muliggjøre et diagnoseuavhengig pasientforløp mellom de ulike helsetjenestenivåene.

Daker-White et al. (2014) hevder i sin studie at pasientoverganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er sårbare, i den forstand at det er økt risiko for at feil forekommer her, samt at det kan oppstå omstendigheter som kan føre til feil senere i pasientforløpet. Det synliggjøres behov for mer glidende samarbeid i pasientoverganger omkring eldre, multisyke pasienter enn hva som er tilfelle i dag. Eksempelvis avslutter sykehuset sitt ansvar for pasientene straks de er utskrevet og overlater ansvaret for videre oppfølging til kommunen. Allen, Hutchinson, Brown og Livingston (2014) skriver at en av suksesskriteriene for en vellykket pasientovergang fra sykehus til kommune for eldre pasienter, fordrer en konkret plan som omfatter planlegging av både overføring, utskrivelse og oppfølging i eget hjem etter overgang til kommunen. Overgang til kommunen beskrives av deltakerne i denne masteroppgaven til å være et risikoområde for gjentakende svikt med hensyn til fordeling av

ansvar og oppgaver mellom tjenestenivåene. Lovforslag, handlingsplaner og strategier har blitt iverksatt for å samordnet skape gode rammebetingelser, satsning på kompetanse og tydelig styring av tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Men jeg stiller spørsmål om etterlevelsen av allerede eksisterende rutiner og retningslinjer ikke fungerer etter den opprinnelige koordinerende hensikt. Større fokus på å styrke kvaliteten på overgangene mellom sykehus og primærhelsetjenesten for eldre pasienter med kronisk sykdom, har vist positive effekter i form av redusert dødelighet, færre re- innleggelser og kortere liggetid på sykehus (Le Berre, Maimon, Sourial, Guériton & Vedel, 2017; Tortajada et al., 2017).

I tillegg fremhevet deltakerne i min studie knappe ressurser i helsetjenesten som utslagsgivende for hvorvidt helsepersonell fikk utøve tjenester i samarbeid med andre aktører, som samsvarte med faglige vurderinger og pasientenes ønsker. De trakk frem eksempler som manglende kompetanse, utilfredsstillende bemanning, mangel av felles møteplasser, utilfredsstillende IKT- system for informasjonsutveksling, samt tidspress som spesielt utslagsgivende for kontinuiteten i pasientforløpet. Flere av disse forholdene som deltakerne påpeker, representerer strukturelle utfordringer som har vært til stede lenge (Smaradottir-Berglind & Fensli, 2017). Spørsmålet er hvordan nasjonale helsemyndigheter kan bøte på disse problemene. Indirekte betyr funnene i denne studien at målet om pasientsentrert omsorg og helhetlig pasientforløp ble hemmet av organisatoriske faktorer i de ulike tjenestenivåene. Deltakerne fremhever at slike hindringer svekket mulighetene for å arbeide forebyggende i klinisk praksis.

Målet om en pasientsentrert, helhetlig og proaktiv omsorgsprosess kan på den andre siden indikere det som Donabedian (1988) beskriver som en resultattenkning. Målet er at de eldre, multisyke pasientene får færrest mulig innleggelser og mestrer dagliglivet med sine kroniske sykdommer uten akutte forverringer. For denne pasientgruppen vil det være svært uheldig å etablere ulike parallelle pasientforløp tilsvarende deres kroniske diagnoser. Den pasientsentrerte og helhetlige tilnærmingen kan ses som ressurser som helsetjenesten bør dra nytte av for at helsepersonell skal kunne jobbe forebyggende. Dermed er det viktig å tilrettelegge for en synergi mellom det pasientsentrerte, helhetlige og proaktive perspektivet, slik at disse får virke sammen (Berntsen et al., 2019). Dersom man forsøker å utarbeide helhetlige pasientforløp uten å integrere pasientperspektivet, kan man risikere at de ulike profesjonsgruppene gjør bestemmelser utfra det de mener har betydning for pasienten.

Pasientenes stemme blir dermed borte og man faller tilbake på en oppfølging som pasientene selv har gitt uttrykk for at de ikke ønsker (Leijten et al., 2018 ; Schiøtz et al., 2016).

En avgjørende forutsetning for pasientsentrert, proaktivt og helhetlig pasientforløp, er at de ulike kliniske virksomheter innen helsetjenesten som helhet, har struktur og rammer som i mye større grad tilrettelegger for helsepersonells varierende arbeidsmengde og arbeidsoppgaver i møte med de eldre, multisyke pasientene. Utviklingstrekk de siste årene viser økning av pasientadministrativt arbeid i forbindelse med pasientoverganger (Grimsmo, 2013), som skal inkluderes og prioriteres i en allerede presset arbeidshverdag. Sykepleierne som ofte koordinerer slike overganger, vil i et slik spenningsområde kunne stå i fare for å få et uavgrenset ansvar med mange kryssende hensyn og krav. Helsepersonells relasjonsarbeid og organisatoriske arbeid er lite synlig og dermed vanskelig tilgjengelig for observasjon (Donabedian, 1988; Høyem, Gammon, Berntsen & Steinsbekk, 2018). Helse- og omsorgsarbeidet til helsepersonell har flere dimensjoner som med fordel kan fokuseres på når lovbestemte krav skal følges. Først da får helsepersonellet mulighet til å bygge varige strukturer for helhetlige pasientforløp. Helse- og omsorgsdepartementet (2006, s. 39) aktualiserer omsorgsutøvelsen og kompleksiteten i helsepersonells arbeidsfelt:

*«Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et omsorgsfullt utført arbeid er handlinger som er utført på en kompetent og faglig kyndig måte. Samtidig handler omsorg om å være «andreorientert», tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis».*

For å komme til klarhet i hvordan man skal tilpasse organisasjonsstrukturen til pasientenes behov, kan det være av stor betydning å lytte til hvilke utfordringer helsepersonell i førstelinjen beskriver som størst, sammen med hvilke forutsetninger de fremhever som nødvendig for å kunne yte gode helsetjenester i et pasientforløp.

Spennvidden mellom idealer og det som helsepersonell i masteroppgaven anså som nødvendig helsetjenesteutøvelse, kan synes å være stor. Helsepersonell identifiserte selv områder i helsetjenesten med behov for forbedringer. Dermed satte de selv forståelsesrammen for hvordan man best kunne skape integrasjon og samhandling i et pasientforløp, sett i lys av de mange organisatoriske utfordringer og rådende ressurser som eksisterer på tvers i helsetjenesten. Orvik (2015) beskriver denne tenkningen som en forbedringsmodell ved navn klinisk mikrosystem. Dette er en organiseringsmåte som utfordrer den tradisjonelle, hierarkiske styringsstrukturen i en helseorganisasjon. Denne tenkningen favner bl.a. kjernen i

forbedringsmulighetene som finnes i relasjonen mellom samarbeidende helsepersonell samt mellom helsepersonell og pasientene, ved at helsepersonell selv identifiserer behov som gjelder kvalitetsforbedringer i sin arbeidspraksis. En slik organiseringsmåte innebærer at helsepersonell får en tydeligere rolle for kvalitetsutvikling i kliniske virksomheter, ved at ledere på topp- og mellomnivå har en mer støttende rolle overfor helsepersonell som utøver organisering av arbeids- og behandlingsprosesser rundt pasientene (Orvik, 2015). Fravær av helsepersonells erfaringer og innspill kompliserer arbeidet med å utvikle felles, overordnede organisasjonsstrategier som muliggjør realisering av helhetlige pasientforløp.

Det anses som utfordrende å vedlikeholde helhetlige forløp dersom kriteriene for å skape disse forløpene ikke er definert. Behovet for endring av hvordan helsetjenestens organisering og måten de ulike helsetjenester utøves, har vært diskutert tidligere (Bisognano & Schummers, 2014; T. Eide, Gullstett, Nilsen, Dugstad & Eide, 2018; Wallace et al., 2015). En slik endring beskrives som en utfordring for primærhelsetjenesten (Boeckxstaens & De Graaf, 2011). Dersom Donabedians tenkning (1988) og Orviks organisasjonsteori (2015) legges til grunn for diskusjon av mine funn, kommer en tydelig årsakssammenheng til syne. Sammenhengen ses i de strukturelle betingelsene deltakerne beskriver, sammen med resultatene vi ønsker å oppnå for eldre, multisyke pasienter i form av forsvarlige helsetjenester, gode pasientoverganger, omsorg av god kvalitet og reduksjon av antall pasienter med helseforverring. Deltakerne i denne masteroppgaven ga uttrykk for at det ikke var etablert tilstrekkelige gode rutiner for pasientoverføring, for å kunne utøve et helhetlig pasientforløp slik som overordnede helsepolitiske strategier tilsa. Slike utfordringer kan synes å bli forsterket når det mangler en konsensus på nasjonalt nivå for hvordan vi skal imøtekomme de beskrevne utfordringer knyttet til fragmenterte pasientforløp og operasjonalisere overordnede handlingsplaner. Dette kan tilskrives den kompleksitet et pasientforløp innebærer for denne pasientgruppen. Organisasjonsstruktur kan på denne måten tolkes til å være en premissleverandør for gode prosesser i helsetjenesten.

En annen utfordring i denne forbindelse er at det foregår en styring av helsetjenestens ulike behandlingsledd og nivåer, uten at noen konkrete aktører har eneansvar for å sørge for at tjenestene henger sammen og som kan avdekke alvorlig svikt i pasientforløpet. Slik helsetjenesten er organisert nå, er det kun pasienten selv som kan gi beskrivelser omkring hele sitt pasientforløp og med dette avdekke organisatorisk svikt. Det er vanskelig å påpeke konkret hva som har gått galt i et pasientforløp dersom man ikke undersøker den forutgående

prosessen. National Institute for health and care excellence (2016) er en organisasjon som har utarbeidet retningslinjer for multisyke pasienter. Et system i helsetjenesten for å identifisere behov og risiko hos den enkelte multisyke pasient, ses som avgjørende for denne pasientgruppens livskvalitet. Parallelt er det et behov for å kunne stille krav til resultatet av den prosessen vi ønsker å oppnå på tvers av nivåer og profesjoner i helsetjenesten. En kan stille seg spørsmålet ved hvordan det helhetlige pasientforløpet skal se ut i et organisatorisk perspektiv, når ingen har et definert ansvar for samarbeidet som gjøres på tvers i helsetjenesten. Anbefalinger som inngår i retningslinjer for multisyke pasienter varierer med hensyn til spesifisitet; noen inneholder generelle veiledende prinsipper, mens andre gir mer detaljerte og spesifikke anbefalinger om nødvendige endringer i praksis og forslag til verktøy som kan gi praktisk støtte (Muth et al., 2018). Når flere kliniske enheter skal samarbeide om oppfølging og behandling i et pasientforløp, er det behov for å definere hvem som har myndighet til å stille krav utover sin egen organisasjon dersom målet om helhetlige pasientforløp skal nås. En slik definering av ansvar og myndighet sier den nasjonale veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov ingenting om (Helsedirektoratet, 2017). Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har en lovhjemlet rettighet til koordinator, som skal sørge for en samordning av pasientenes tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I masteroppgaven ble koordinatorene ansett av deltakerne til å ha en nøkkelrolle i pasientforløpet ved å fungere som et bindeledd mellom pasientene og de ulike samarbeidende aktørene i helsetjenesten. De kunne iverksette tiltak og bidra til dialog når kontinuiteten sviktet. Men heller ikke koordinatorene har beslutningsmyndighet til å stille krav på tvers av organisasjonsgrenser. En slik definert myndighet hos koordinator kan muligens bli oppfattet som truende for samarbeidende aktører i et pasientforløp. Det er utarbeidet samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Specialisthelsetjenesteloven, 2001). Spørsmålet er om disse avtalene er for generelle, dvs. at de ikke i stor nok grad forankrer ansvarsfordelingen mellom ulike samarbeidende aktører i multisyke pasienters pasientforløp godt nok? Funn i denne studien fremhever behov for at samarbeidende aktører i pasientforløpet bør utvikle tiltaksplanene sammen og være lojal mot planene som utarbeides. Dersom en aktør ikke kan levere det de har lovet i henhold til planen, bør de kanskje være pliktig til å finne en annen løsning? En slik tenkning kan ligne på tiltaket som allerede eksisterer i dag hvor pasienter med langvarige og komplekse behov har en lovhjemlet rett til individuell plan (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Specialisthelsetjenesteloven, 2001). Utfordringen er hvordan man skal sørge for tydelige forpliktelser mellom de aktuelle aktørene i slike planer.

Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2017) følger opp regjeringens tidligere tiltak og beskriver strukturelle faktorer i organisering av helsetjenestetilbudene, herunder bl.a. ledelse og tverrfaglig kompetanse, til å være avgjørende for kvaliteten på oppfølgingen. Helsetjenesten er sosialt konstruert, hvor forskjellige aktører har ulik forståelse og bruker ulik terminologi for å beskrive behov og fremgangsmåter i organiseringen. Basert på disse beskrevne forholdene, kan det se ut til å mangle et internasjonalt, felles språk for hvordan man skal organisere ulike organisasjoner innen helsetjenesten til fordel for multisyke pasienter.

### ***5.3 Ledelsesengasjement, medvirkning og involvering***

De tiltak deltakerne vurderte som nødvendig å utføre hos den individuelle pasient krevde struktur og tilstrekkelig ressurser som var forankret lokalt hos den administrative ledelsen, dersom omfanget av helsetjenester skulle samsvare med pasientenes behov. Utfordringer kunne synes å oppstå når helsepersonells idealer og behov i klinisk praksis, ikke var forankret hos den administrative ledelsen i sykehus og de ulike kommunene. Pasient- og brukerombudet i Troms (2019, s. 5) bekrefter påstanden når de i sin årsmelding skriver: «*Det er en ledelsesutfordring at man ikke får løst samhandlingsproblemer [...]»*. Deltakerne i masteroppgaven fremhevet behovet for at helsepersonell og administrativ ledelse opererte med samme mål i forhold til hvilke oppgaver og tiltak som skulle prioriteres. Vik (2018, s. 127) argumenterer for at det «*ikke er helseprofesjoners ulike behandlings- og omsorgsidealer som har størst betydning for samhandling, men hvordan pasientforløpene er organisert»*. Administrativ ledelse må med grunnlag i denne argumentasjonen også ha god kjennskap til helsepersonells profesjonsutøvelse, pasientbehov og hvilke organisatoriske forhold helsepersonell arbeider under. En felles strategi mellom utøvende helsepersonell og administrativ ledelse, var ansett av deltakerne i masteroppgaven som avgjørende for hvordan den løpende organiseringen av helsepersonells kliniske arbeid internt i- og mellom de ulike tjenestenivåene i helsetjenesten foregikk.

Denne pasientgruppen beskrives som den største og mest ressurskrevende i primærhelsetjenesten (Grimsmo, 2018). Eldre pasienter med multisykdom har forhøyet risiko for pasientskader sammenlignet med andre pasientgrupper, og denne faren er sannsynligvis økt i primærhelsetjenesten (Daker-White et al., 2014). Funn i denne masteroppgaven tilsier at

en administrativ ledelse som har kjennskap til og ønsker innblikk i helsepersonells arbeidsfelt, anses til å løpende klare å fange opp de mange behov og utfordringer som kompliserer målet om forsvarlig og omsorgsfull hjelp til denne pasientgruppen. Dermed vil kvalitetsforbedring i klinisk praksis være avhengig av relasjonen mellom helsepersonell og administrativ ledelse så vel som mellom pasienter og helsepersonell, dersom en skal sikre gode, overordnede systemer for pasientbehandling i et pasientforløp. I sum tyder dette på at administrativ ledelse er både herre og tjener, som kontinuerlig må lytte til, ta styring og tilrettelegge for at helsepersonell i helsetjenesten får utført sine arbeidsoppgaver i henhold til overordnede verdier, forsvarlig praksis og pasientenes behov. Forholdet mellom styring og ledelse, samt nødvendigheten av en balanse mellom kontroll og tillit blir beskrevet til å være viktig i en studie av Kristoff og Kristoff (2019). Slike egenskaper ved ledelse synes å ha relevans også i denne masteroppgaven. Primærhelsetjenesten kjennetegnes av komplekse utfordringer og spenninger i helsetjenesteutøvelsen som forverres ved multimorbiditet. Helsepersonell i primærhelsetjenesten har begrensede muligheter til å svare på faglige- og pasientdefinerte behov, grunnet måten helsetjenestene er organisert på (Bower et al., 2011). Funn i denne masteroppgaven tydeliggjør at det er et forbedringspotensial i relasjonen mellom helsepersonell og administrativ ledelse. Lederne bør i større grad være til stede, engasjerer seg og utøver en mer støttende rolle. En slik dynamisk relasjon kan medføre en gjensidig forståelse ved at utøvende helsepersonell og administrativ ledelse kan fange opp utviklingstrekk, vurdere behov for endringer og sammen foreta beslutninger som omhandler klinisk praksis. Orvik (2015) argumenterer for kontrollspennets betydning for forholdet mellom ledere og ansatte. Ifølge han vil antall ansatte lederen har ansvar for, innvirke på tjenestevei og antall beslutningsnivåer innad i en organisasjon. Min tolkning er at dersom lederne har ansvar for mange ansatte og organisasjonsformen har preg av en overvekt av mekanisk struktur, så kan det synes å være vanskeligere for helsepersonell å formidle sine innspill og adressere utfordringer til administrativ ledelse. På den andre siden førte avstand mellom helsepersonell og lederne til større grad av desentralisert beslutningsmyndighet, noe som medførte at helsepersonell fikk arbeide mer selvstendig uten direkte innsyn fra lederne. Ulike profesjoner fikk mer ansvar og myndighet til å lede sitt arbeid og bidra inn i pasientforløpet hvor pasientenes behov tilsa dette. Dersom jeg har tolket deltakernes utsagn korrekt i den store kommunen, virket det som om en nærværende ledelse i større grad forankret felles beslutninger sammen med de ansatte. En slik struktur medførte at bestemmelser og endringer som ble foretatt på ett nivå, fikk større forutsetninger for å bli videreført til andre deler av helsetjenesten. Denne forståelsen er nærliggende erfaringer som



har blitt beskrevet i prosjektet Tillitsmodellen, som argumenterer for at tverrfaglig teamorganisering, støttende ledelse og myndiggjøring av ansatte forbedrer den faglige kvaliteten på helsetjenesteutøvelsen, samt gir mer tilfredse mottakere av tjenestene (T. Eide et al., 2018). Erfaringer fra pilotering av Tillitsmodellen viser at desentralisert beslutningsstruktur krever forankring hos- og tillit fra helsepersonells nærmeste ledere.

#### **5.4 Organisasjonsform- til støtte eller begrensning i prosesser?**

Det er begrenset informasjon om hva som antas å være den beste omsorgsprosessen for personer med flere sykdommer. Dersom en skal forbedre den eksisterende omsorgsprosessen fremhever eldre multisyke pasienter behovet for fleksible helse- og omsorgstjenester fra de ulike tjenestenivåene, som kan svare på pasientgruppens skiftende og konkurrerende behov (Bayliss, Edwards, Steiner & Main, 2008). Det vi vet med sikkerhet er at til tross for omfanget av multimorbiditet, så er helsetjenesten organisert i forhold til enkeltsykdommer. Denne organiseringen imøtekommer ikke de ulike problemer og behov som multisyke pasienter opplever, og den beskrives til å ha en negativ effekt på kontinuiteten i omsorgen (Davis et al., 2019; Doessing & Burau, 2015).

I en nasjonal studie fant man at administrasjonens synspunkter hadde avgjørende betydning for hvordan hjemmesykepleien ble organisert i enkelte kommuner. Måten tjenesten ble organisert ble ansett til å ha stor betydning for kvalitet og pasientsikkerheten (Kattouw & Wiig, 2018). Begge utvalgene i denne masteroppgaven ga beskrivelser omkring pasientarbeidet som handlet om kjerneprosesser hvor helsepersonell kartla pasientenes behov, utarbeidet mål, gjennomførte tiltaksplan og foretok evalueringer. Organiseringen av det kliniske arbeidet bar preg av en kompleksitet som involverte mange ulike fagmiljøer og spesialiteter. Organisasjonsform og beslutningsmyndighet var dermed sentrale for hvorvidt helsepersonell fikk arbeide i samsvar med pasientenes behandlings- og oppfølgingsbehov. Den samhandlingen deltakerne beskrev som nødvendig, fastslo behov for en tverrprofesjonell ramme, fordi mange av arbeidsoppgavene var vevd inn i hverandre og gjensidig forpliktende mellom de ulike samarbeidende enheter og tjenestenivåer. I en kvalitativ studie, har Steihaug (2017) forsket på samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste og betydningen slike utfordringer har for klinisk praksis i helsetjenestens ulike kontekster. I denne studien (s. 204) konkluderes det at «*det trengs organisering som ivaretar og understøtter informasjonsdeling, gode samarbeidsrelasjoner og praktiske rammebetingelser for integrert samarbeid med pasienter og mellom fagpersoner*». Man kan stille spørsmål om nåværende organisering i helsetjenesten med de problemer som helsepersonell beskrev i intervjuene til denne masteroppgaven, er den beste løsningen for å etterleve overordnede føringer fra helsepolitisk hold. Parallelt med at flere modeller har blitt implementert internasjonalt i helsetjenesten, har man ikke fokusert i like stor grad på måten helsepersonell samarbeider på, i- og på tvers av organisasjoner, med mål om samordnede helsetjenester (Doessing & Burau, 2015). Koordinatorrollen har som nevnt tidligere, blitt innført som et strukturelt tiltak for å oppnå

samarbeid mellom kliniske virksomheter i helsetjenesten. Men et slik strukturelt tiltak har ikke alene løst utfordringene med fragmenterte pasientforløp.

Funn i masteroppgaven fremhever nødvendigheten av et større fokus på organisasjonsformens direkte påvirkning av organisering og vedlikehold av samhandling i et pasientforløp. De to ulike utvalgene i masteroppgaven presenterte detaljer omkring sin arbeidskontekst, som peker i retning av to forskjellige organisasjonsformer. Linje/stabs- organisering og prosessorganisering ble beskrevet i resultatkapitlet til å innvirke på helsepersonells beslutningsmyndighet, koordineringsmuligheter og samhandling på tvers av organisatoriske og profesjonelle grenser. De to ulike utvalgene arbeidet i organisasjoner som hver hadde ulikt omfang av arbeidsoppgaver, samt pasientgrupper de skulle ivareta. I den store kommunen arbeidet deltakerne som nevnt tidligere, litt mer spesialisert. Med dette menes det at samhandlingsteamet fulgte opp eldre multisyke pasienter bl.a. ved utskrivelse fra sykehuset og frem til omsorgsapparatet i pasientenes hjemkommune var klar til å overta oppfølgingen. I den lille kommunen skulle helsepersonell ivareta flere pasientgrupper i ulike aldersgrupper, både ved innleggelse, utskrivelse og oppfølging i egne hjem eller i institusjon. Helsepersonells beskrevne behov når det gjelder rammer og ressurser kan i så måte tenkes å ha ulik bredde.

Det som synes å være felles for begge utvalgene, var at organisasjonsformen bar preg av en kombinasjon av mekanisk og organisk form. Arbeidsdeling mellom profesjoner, organisering og kjerneprosessene var preget av rutiner og til dels standardisering. Samtidig kunne arbeidsoppgavene også være uforutsigbare og komplekse med påfølgende behov for smidige løsninger i form av større handlingsrom, fleksibilitet, desentralisert beslutningsmyndighet og tverrfaglig teamorganisering. Det som synes å være utslagsgivende for om helsepersonell i masterprosjektet følte at rammene og ressursene var tilstrekkelig i møte med eldre, multisyke pasienter, var hvorvidt fordelingen mellom mekanisk og organisk struktur ble tilpasset helsepersonells arbeidssituasjoner. I den lille kommunen virket det til å være en sterk overvekt av mekanisk struktur, noe som resulterte i større avstand til ledelsen, mindre fleksibel arbeidsorganisering og mindre tverrfaglig samarbeid. Ensidig vekt på en mekanisk organisasjonsform kunne synes å ikke være tjenlig for helsepersonell, da de fikk svekkede muligheter til å tilpasse seg endringer og skiftende behov i pasientenes helsetilstand. Dette ga ringvirkninger i form av reduserte handlingsmuligheter i deres kliniske arbeidshverdag og mindre tid til å opprettholde tilstrekkelig dialog med andre samarbeidende aktører. En slik

organisering utfordret målet om at helsetjenester ble koordinert og levert til rett tid. Tilbakemeldinger om utfordringer relatert til arbeidsvilkår ble rapportert til ledelsen, men helsepersonell hadde varierende opplevelser av å bli hørt. En fastlåst arbeidsorganisering med lite støttende ledelse medførte at helsepersonell ofte ikke hadde tid og anledning til å gi pasientene de helsetjenester og omsorg som de trengte av pasientsentrert, helhetlig og proaktiv karakter. Dette i motsetning til eksisterende forskning som påpeker multisyke pasienters behov for lengre konsultasjoner i helsevesenet, da helsepersonell skal håndtere flere ulike samtidige sykdommer og koordinere komplekse omsorgsbehov (Roland & Paddison, 2013).

I den store kommunen ga helsepersonell uttrykk for en organisasjonsform med stor vekt på organisk struktur. En fast tverrfaglig teamorganisering medførte horisontal kommunikasjonsvei og koordinering, der helsepersonell samhandlet direkte med hverandre. Resultatet av en slik organisering var at den enkelte medarbeider fikk utøve helsetjenester med høy grad av faglig selvstendighet og ansvar for å treffe beslutninger om hvordan organiseringen av pasientforløpet skulle foregå. Det var pasientens sin helhetlige situasjon som avgjorde hvilke aktører fra primær- og spesialisthelsetjenesten som skulle involveres og dermed samhandle i pasientforløpet. Organisasjonsformen var preget av en vertikal styring hvor ledelsen løpende tilrettela for at nødvendig koordinering og kommunikasjon kunne skje på tvers av fag og organisatoriske grenser. Felles dialog og meningsutveksling mellom samhandlingsteamet og ledelsen, førte til at ledelsen ble oppfattet til å ha en støttende og veiledende funksjon. Dette forente felles mål og beslutninger, slik at arbeidsvilkår og organisering kontinuerlig ble tilpasset de endringer som skjedde på pasientnært nivå. På denne måten kunne ledelsen være i forkant av utfordringer ved å tilrettelegge for realistiske ressursrammer og sørge for at avtalte rutiner og tiltak ble fulgt opp. I så måte kan denne organiseringsmåten ligne på en kombinasjon av matriseorganisering og klinisk mikrosystem (Orvik, 2015).

Jeg har i denne masteroppgaven funnet en tydelig erkjennelse om viktigheten av behovet for en endring i helsetjenestens organisering, for å styrke helsepersonells kliniske arbeid i pasientforløpene. Multimorbiditet medfører en kompleksitet også organisatorisk i helsetjenesten, da kroniske sykdommer varierer stort med tanke på utvikling, kombinasjoner, behov for helsetjenester og påvirkning av den individuelle pasient (Doessing & Burau, 2015). Organisasjonssystemer som splitter opp omsorg på tvers av omsorgsleverandører i

primærhelsetjenesten, blir beskrevet til å stå overfor utfordringer med å koordinere omsorg til pasienter med flere kroniske tilstander (Salisbury, Johnson & Purdy, 2011).

Organisasjonsform kan på dette grunnlag tenkes å øke sannsynligheten for at det oppstår motsetninger mellom ulike strukturelle tiltak, som kan påvirke arbeidsorganiseringen til helsepersonell og kontinuiteten i pasientforløpet negativt. Deltakerne i den store kommunen fremhevet en rekke fordeler ved sin organisasjonsform og arbeidsmetode, som kunne synes til å motvirke et fragmentert pasientforløp. Dersom deres uttalelser ses i et kritisk perspektiv, må det synliggjøres at denne arbeidsmetoden er ment til å gi støtte til kliniske virksomheter i korte perioder av et pasientforløp. Samhandlingsteamets støtte «i overganger» tilsier ikke oppfølging og ansvar i et langsiktig perspektiv. Samhandlingsteamets arbeidsmetode og organisering krever i tillegg omfattende ressurser som helsetjenesten ikke har forutsetning for å gi til alle pasienter med komplekse og langvarige behov. Mange av de positive prinsippene ved samhandlingsteamets organisering må derfor overføres til den øvrige helsetjenesten, slik at helsepersonell får utøve helsetjenester og omsorg som samsvarer med pasientenes behov.

### ***5.5 Gjensidig forståelse på tvers av fag, enheter og nivåer***

Tidligere i diskusjonskapitlet har strukturelle ramme- og ressursfaktorers innvirkning på forutsetninger for tverrfaglig teamorganisering og samhandling blitt diskutert. Tjøstølvsen (2016) konkluderer med at det i overgang mellom sykehus og kommuner er forbedringspotensial vedrørende kartleggingen av pasientenes omsorgsbehov, kommunikasjon som fremmer helhetstenkning rundt pasientene og tidlig involvering av kommunene. Han mener at mange av utfordringene som er beskrevet i forbindelse med pasienter som har behov for helsetjenester fra primærhelsetjenesten etter utskrivelse fra sykehus, synes å være de samme som før samhandlingsreformen. Informasjonsutveksling av tilstrekkelig og relevant informasjon mellom samarbeidende helsepersonell i pasientforløpet, forutsetter regelmessig og organisert kontakt. Enten i verbal, skriftlig eller digital form. Funn i denne masteroppgaven viser at tverrfaglig samarbeid som grunnlag for delt forståelse av pasientenes individuelle situasjon og helsetilstand, sikret en lik prioritering av hva som var viktigst å håndtere i helsetjenestens ulike behandlingsledd. Særlig gjaldt dette i de ledd av pasientforløpet som kliniske enheter hadde ansvar for sammen. En ulempe knyttet til tverrfaglig teamorganisering, er at et slikt samarbeid mellom helsepersonell kan føre til ytterligere fragmentering av tjenester og dårligere håndtering av de ulike kroniske tilstandene hos pasientene (Ehman, Deyo-Svendsen, Merten, Kramlinger & Garrison, 2017). Det er med andre ord ikke nødvendigvis spesialiseringen i helsetjenesten som er den største utfordringen. Det som er vanskelig å få til, er å skape, samt vedlikeholde samarbeidet mellom enhetene. Når pasientenes behov for omsorg og helsetjenester krysser organisasjons- og tverrprofesjonelle grenser, krever det større innsats for å oppnå kontinuitet (Haggerty, 2012). Eines, Rødal, Sandsmark og Grønvik (2019) hevder på den andre side at tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre. Grunnlaget for deres påstand er innføringen av en virtuell avdeling på Smøla hvor en tverrprofesjonell organisering med fokus på pasient- og behovsdrevne helsetjenester, ga seg utslag i mer forebyggende og behandlende tiltak for å redusere alvorlig forverring av kronisk sykdom.

Primærhelsetjenestens størrelse varierer fra land til land, det samme gjør faggruppene som arbeider der (Groenewegen, Heinemann, Greß & Schäfer, 2015). Det som skiller den lille og store kommunen når det gjelder gjensidig forståelse på tvers av fag og enheter, var de ulike profesjonenes muligheter for å opprettholde kontakt og samarbeide tverrfaglig. Felles møteplasser og gjensidig forståelse mellom administrative ledere og helsepersonell ble konkludert med å ha stor betydning, da den enkelte medarbeider innenfor en

organisasjonsenhet vanskelig kan sørge for integrasjon og flyt i pasientforløpet alene. En organisasjonsform som bidro til at samarbeidende aktører jevnlig fikk møtes og drøfte faglige utfordringer, sikret overføring av relevant og utfyllende kompetanse. Ifølge Orvik (2015, s. 23) bidrar samarbeid mellom mennesker i en organisasjon til kunnskapsdeling og dermed til kompetanse: «Kompetanse starter altså med individet, men viser samtidig utover individet». Funn i denne masteroppgaven medfører en oppslutning omkring en slik uttalelse. Fastsetting av mål, utveksling av erfaring samt planlegging av felles innsats var beskrevet som spesielt viktig for at samarbeidende aktører skulle kunne vite av hverandres aktiviteter og utfyllende bidra med fagkunnskap til pasientenes beste. Samhandling og koordinering kan i så måte tolkes til å være et kollektivt anliggende dersom en skal klare å følge opp eldre, multisyke pasienters behov.

De to utvalgene kunne fortelle om store forskjeller for hvorvidt en tverrfaglig arbeidsorganisering var realiserbar. Helsepersonell fra den lille kommunen ga beskrivelser som kunne minne om det som Orvik (2015) omtaler som flerfaglig samarbeid. Samarbeid mellom faggrupper innad i kommunen skjedde uten at samarbeidende faggrupper var direkte involvert i hverandres arbeid med samme pasient. De ulike profesjonsgruppene informerte hverandre løpende etter å ha vært i kontakt med pasienten, for å vedlikeholde koordinering og samspill mellom samarbeidende aktører. Samhandlingsteamet i den store kommunen hadde en arbeidsorganisering som tilsa at helsepersonell samhandlet fast gjennom tverrfaglig teamorganisering. Som beskrevet i resultatkapitlet bar arbeidsorganiseringen mellom teamdeltakerne mer preg av et lagarbeid forenlig med det som Orvik (2015) omtaler som funksjonell form for tverrfaglighet, hvor hver deltaker hadde et sterkt gjensidig og forpliktende ansvar overfor sine medarbeidere. Tilgang til pasientenes journal i kommune og sykehus, resulterte i en mer åpen kommunikasjonslinje mellom samarbeidende aktører i pasientforløpet.

Hvilke konsekvenser fikk disse to ulike arbeidsorganiseringene for samarbeid og læring på tvers av organisasjonsgrenser og fag? Heskestad og Aase (2016) har gjennom en interorganisatorisk læringsintervensjon for helsepersonell, undersøkt hvordan det kan tilrettelegges for kunnskapsoverføring blant helsepersonell på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Studiens fokus var relatert til overføringer av eldre pasienter mellom behandlingsnivåer. Heskestad og Aases forskning tydet på at en felles møteplass på tvers av institusjoner var en virkningsfull arena som fremmet kunnskap og samhandling mellom

helsepersonell. Deres funn samsvarer med samhandlingsteamets uttalelser i masteroppgaven. Organisasjonsform som enkeltfaktor vil kanskje ikke løse alle utfordringene deltakerne beskriver, men kan synes å være en strukturell faktor som støtter arbeidet til helsepersonell på en bedre måte. Deltakerne argumenterte for at økt kjennskap til andre enheters arbeidsmåter og ressurser, samt jevnlig kontakt over tid, bidro til å bygge ned grenser og barrierer mellom ulike faggrupper og behandlingsledd i helsetjenesten. En slik samhandling ga grunnlag for tverrfaglig utveksling av kompetanse, samt minske betydningen av de kulturelle forskjellene som kunne eksistere i helsetjenesten. Helsepersonell kunne i slike møter komme med forslag til omsorgstiltak, bidra til å løse utfordringer og nyttiggjøre seg av andre faggruppers kompetanse. Det at den ene organisasjonsmodellen til samhandlingsteamet bestod av ansatte fra både spesialist- og primærhelsetjenesten som var tilgjengelig på distanse, var ansett som en styrke som supplerte kompetansegrunnet i den lille kommunen. Et slikt samarbeid med åpne kommunikasjonslinjer bidro til en mer forutsigbar form for organisert samhandling. På denne måten fikk helsepersonell i den lille kommunen en direkte tilgang til kompetanse på spesialistnivå. En tenkelig konsekvens som følge av dette er reduserte ventetider og mer kontinuitet i oppfølgingen av den eldre, multisyke pasient. Graden av involvering i helsepersonells arbeid og felles forpliktelser på tvers i et pasientforløp kunne på denne måten synes å øke. Samhandlingsteamets kompetanse ble dermed integrert som en del av helseressursene i pasientenes hjemkommune.

Koordinatorfunksjonen ble nevnt av deltakerne i masteroppgaven til å være en enormt viktig ressurs i samhandlingsarbeidet og for vedlikeholde kontinuitet i pasientforløpet for eldre, multisyke pasienter. Koordinatoren hadde en sentral funksjon ved forberedelser av pasientoverføringer. Denne rollen var ansett til å være et kjærkomment bindeledd mellom sykehus og kommunen, og mellom pasientene og helsepersonell internt i kommunen. Koordinatoren kunne synes å ha en arbeidsstruktur preget av horisontale og vertikale kommunikasjonslinjer med helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten. Erfaringer som ble høstet i helsetjenestens mange delled kunne videreføres til andre enheter i helsetjenesten. Faglige og organisatoriske perspektiver kunne dermed spres raskere gjennom viderefremidling i fora som omhandlet felles oppgaveløsning og beslutningsprosesser mellom ulike organisasjonsheter i helsetjenesten. En koordinator kan på denne måten være til hjelp for å holde oversikt over de eldre, multisyke pasientene som helsetjenesten har ansvar for, ta ansvar for den løpende organiseringen av helsepersonells arbeid og avdekke hvor det svikter i pasientforløpet. Slike funn samsvarer med tidligere empiri, hvor det fremgår at



koordinatorrollen forbedrer omsorgen og styrker pasientsentrert tilnærming for pasienter med multisykdom (Haggerty, 2012; Rijken et al., 2017; Van der Heide, Snoeijs, Boerma, Schellevis & Rijken, 2017).

Noen av de tilgjengelige kommunikasjonskanalene i helsetjenesten, ble beskrevet av deltakerne i masteroppgaven til å ha flere kritiske punkter for samhandlingsprosessen. Samarbeid i pasientoverganger ble vanskelig dersom relevant informasjon ikke ble videreført til neste ansvarlige aktør i pasientforløpet. Nødvendig informasjon var av denne grunn ikke tilgjengelig for helsepersonell når de hadde behov for det. Videreformidling av relevant informasjon og kompetansedeling på tvers av organisasjonsgrenser syntes å være drivkraften i et helhetlig pasientforløp for eldre, multisyke pasienter. De ulike organisatoriske modellene av samhandlingsteamet bidrar til en forståelse for hvordan helhetlige pasientforløp blir formet og hvordan tjenesteyterne kan utøve sine arbeidsoppgaver i samspill med andre aktører i helsetjenesten. Gjennom deres arbeidsmetode skapes gjensidig kunnskap som er relevant i et komplekse pasientforløp, der helsepersonell pendler mellom og er delaktig i samhandling i helsetjenestens ulike kontekster. For å få ønskede forbedringer til å vare, kan en dra nytte av samhandlingsteamets arbeidsmetode- og organisering for å studere ulike faktorer av strukturell karakter som fører til oppdeling av pasientenes helsetjenestetilbud.

## ***5.6 Konsekvenser for videre praksis***

Kort oppsummert tilsier eksisterende forskning at det er på tide å evaluere og reorganisere måten vi leverer tjenester til denne pasientgruppen på, dersom gapene mellom nåværende og ønsket praksis skal bli mindre. Min studie har skapt en forståelse for hvordan helsepersonell i ulike nivåer av helse- og omsorgstjenesten arbeider sammen, tilpasser seg hverandre og fordeler ansvar og oppgaver i pasientoverganger mellom sykehus og kommuner. Herunder virker linjeorganisasjon til å svekke prosesser som helsepersonell anser som nødvendig, for å kunne yte god omsorg og skape tilstrekkelig samhandling i pasientoverganger. Det er behov for forening av et felles perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og en endring av organisasjonsstrukturen i helsetjenesten, dersom vi skal klare å realisere målet om helhetlige pasientforløp for eldre multisyke pasienter. For å understreke hvilke endringer som må til kan dette sammenlignes med de forhandlede avtaler som ligger til grunn for at personer i akutt fare, får hjelp uten unødvendig opphold eller forsinkelser i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Her er ansvarsfordelingen mellom nivåene lovhjemlet i en strømlinjeformet avtale, som tydeliggjør hvilke aktører som skal yte helsehjelp, omfang av hjelpeplikt, vilkår for når hjelpeplikten inntreffer og hvilke helsetjenester og oppgaver de ulike nivåene skal ivareta. Den nye nasjonale veilederen (Helsedirektoratet, 2017) har definert hva en kompleks pasient er, og dette kan starte en prosess hvor det er en større enighet i det helsefaglige miljøet som skal samarbeide omkring denne pasientgruppen. Men samtidig har helsepersonell som skal ivareta den enkelte multisyke pasient behov for større grad av fleksibilitet i sin arbeidshverdag. De trenger også nærhet til sin ledelse, for å understøtte gode samhandlingsprosesser i et pasientforløp. Disse pasientene har uforutsigbare behov grunnet en kompleks helsesituasjon med mange ulike kroniske sykdommer. Kroniske pasienter har bestandig vært til stede i helsetjenesten, men de har nå blitt mer synlig. Medisinske fremskritt bidrar også til at de lever lengre. Uten tilstrekkelig kompetent og tett oppfølging, risikerer man at disse pasientene får unødvendige akutte behov for øyeblikkelig hjelp og innleggelse på sykehus. Vi har et nasjonalt varslingsystem for ø-hjelps pasienter i form av nødnummeret 113, men er det et behov for et eget nasjonalt nødnummer, som f.eks. 114, for denne pasientgruppen som ledd i forhandlede avtaler? Dette for å unngå de eksisterende gråsoner hvor klinikere forskyver sitt ansvar over på andre aktører i helsetjenesten, i mangel på klare retningslinjer som forankrer ansvar- og oppgavefordelingen på tvers av organisasjonsgrensene. Samhandlingsteamet hadde et felles ansvar for oppfølging av de eldre multisyke pasientene, hvor ansvar og oppgaver var fordelt mellom teamets medlemmer. Dersom ingen har definert myndighet til å stille krav på

tvers av organisasjoner i helsetjenesten, og felles dialog mellom helsepersonell ikke fører frem- hvem skal bistå i prosessen med å effektivere felles beslutninger på de problemer som oppleves i klinisk praksis? Er dette et ansvarsområde som det nye planlagte helsefelleskapet kan ivareta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b)? Eller er det noen andre på overordnet ledelsesnivå i helsetjenesten som skal ha dette ansvaret? Bør det utarbeides samarbeidsavtaler som tydeliggjør hvilke oppgaver de ulike aktørene i helsetjenesten skal ha ansvar for? Årsaken til at jeg stiller disse spørsmålene, er begrunnet i hensynet til helsepersonell på pasientnært nivå, som risikerer å bli stilt personlig ansvarlig dersom systemsvikt oppstår i et pasientforløp. Den kliniske usikkerheten som råder, vil neppe bli løst av stadig flere retningslinjer som unngår å stille krav til selve organiseringen av pasientforløpene. Det har blitt gjort løpende justeringer i helsepolitiske strategier for å imøtekomme de beskrevne forhold, men helsetjenesten fremstår til å være på etterskudd i håndteringen av de eldre multisyke pasientene. Vi trenger en større oppmerksomhet rundt retningslinjer som stiller krav til beslutningstakerne og som legger til rette for at helsepersonell har tid, rom og fleksibilitet til å ivareta multisyke pasienter basert på pasientenes individuelle og unike behov. En slik dialog krever tverrfaglig tilnærming og felles arenaer slik at samarbeidende helsepersonell får mulighet til å møtes. Organisasjonsstrukturen og helsetjenestens rammer er den viktigste barrieren for å realisere helhetlige pasientforløp. Det er ikke gitt at de ressurser som helsepersonell har tilgjengelig i sitt arbeid, er de riktige ressursene for å følge opp multisyke pasienter. Et annet gjeldende spørsmål er om disse ressursene er godt nok utnyttet og tilstrekkelige.

### ***5.7 Konsekvenser for videre forskning***

Gitt de utfordringer omkring eldre, multisyke pasienter som beskrives i eksisterende forskning, er det ikke selvsagt at vi vil komme i mål med forsvarlig oppfølging og god omsorg dersom vi ikke ser på hvilke rammer og ressurser helsepersonell har for å utøve helsetjenestene. Denne masteroppgaven har resultert i funn vedrørende organisasjonsstrukturens betydning for samhandling og helhetlige pasientforløp, som bør forskes videre på. Som følge av dette prosjektet, kan forskning på både individ- og systemnivå være av interesse. En forlengelse av dette studiet ville vært å innhente ytterligere informasjon fra helsepersonell i flere kommuner, for å skape et bedre grunnlag for overføringsverdi innen dette feltet. En annen vinkling er å innhente beslutningstakeres perspektiver i ulike kommuner og hvordan de opplever organisasjonsstrukturelle forhold til å påvirke helhetlige pasientforløp for multisyke pasienter. Et annet område som kan være spesielt spennende å undersøke sett i lys av denne masteroppgaven, er hvordan organisasjonsform påvirker helsepersonells arbeidsprosesser i møte med multisyke pasienter. Herunder fremme forskning som skaper forståelse for organisasjonsstrukturelle tiltak og ressurser som videreutvikler og styrker kontinuitet i helsetjenesten. Kanskje bør man pilotere ulike organisasjonsformer i helsetjenesten og sammenlikne hvordan disse innvirker på helsepersonells arbeidsprosesser? På systemnivå kunne det vært interessant med en gjennomgang av de eksisterende retningslinjer, for å undersøke hvordan disse retningslinjene stiller krav til prosessen vi ønsker å skape for de eldre multisyke pasientene. En annen tilnærming som kan skape større forståelse, er forskning som ser nærmere på hvilke datagrunnlag som ligger til grunn for utarbeidelsen av retningslinjer på overordnet nasjonalt nivå og om forutsetningene ligger til rette for at disse retningslinjene kan etterleves i praksis av helsepersonell, slik som tiltenkt. En synliggjøring av hvilke insentiver som er nødvendige for at helsetjenesten skal følge helsepolitiske strategier, er også av interesse i forskningen. Da denne masteroppgaven har synliggjort utfordringer knyttet til viderefremming av informasjon i helsetjenesten, bør man øke forskningen på tiltak som styrker den digitale informasjonsflyten i helsetjenesten. Disse nevnte forslagene til forskning kan løses enten gjennom kvalitativ eller kvantitativ tilnærming. Funnene i denne masteroppgaven kompletterer annen forskning, og gir grunnlag for videre forskning og forbedringstiltak innen feltet som omhandler pasientforløp for eldre multisyke pasienter.

### ***5.8 Studiens styrker og svakheter***

Denne undersøkelsen er en kvalitativ studie og representerer det forskeren har fått vite gjennom fokusgruppeintervju. Funnene gir et innblikk i erfaringer helsepersonell har gjort seg i pasientoverganger mellom ulike tjenestenivåer og behandlingsledd i helsetjenesten. I denne sammenheng er det viktig å også ha et kritisk blikk på egen forskning og beskrive hvilke tiltak som har blitt gjort for å sikre studiens troverdighet og gyldighet. I korte trekk handler denne prosessen om å stille spørsmål ved nøyaktigheten og innsamlingen av prosjektets datamateriale, hvorvidt disse dataene representerer fenomenet som vi ønsker å vite noe om, og under hvilke betingelser de er gyldige (Christoffersen et al., 2015; Malterud, 2017).

I masteroppgavens metodekapittel er den grunnleggende strategien for hvordan jeg planla å gjennomføre studien beskrevet. Dette kapitlet avdekker hvilke vurderinger som er gjort underveis for å skape mest mulig nøyaktighet i forskningsprosessen. En slik redegjørelse er ment til å styrke studiens gyldighet. Jeg ledet intervjuene i begge fokusgruppeintervjuene. Som nevnt tidligere, var jeg i stor grad ansvarlig for samspillet som oppstod mellom meg og deltakerne. En av studiens styrker er at samtalen i fokusgruppeintervjuene fløt lett, og alle deltakerne virket til å være fortrolig med intervjusituasjonen ved å gi rike refleksjoner og erfaringer. Jeg anser det som en fordel at jeg hadde lite kunnskaper om organisasjonskompetanse. Dermed var det mindre sannsynlig at mine personlige erfaringer og holdninger alene ville påvirke forskningsprosessen og dens funn.

10 deltakere ble intervjuet hvor fordelingen var 7/3 mellom den store og lille kommunen. Det fremkommer her en ujevnheter mellom antall deltakere som igjen kan innvirke på studiens funn. En av studiens styrker er at begge fokusgruppene svarte på alle spørsmålene i intervjuguiden og ga samlet sett et rikt materiale. Deltakerne i masteroppgaven representerer to ulike kommuner innenfor samme region og det må derfor hensyntas at det vil være lokale variasjoner som medvirker til studiens resultat. Det må i denne forbindelse tas forbehold om at en del forhold som deltakerne beskriver, kan være annerledes i andre deler av Norge. En av studiens svakheter er fokusgruppeintervjuenes ulikheter i sammensetning. I fokusgruppen i den store kommunen representerte deltakerne variasjon med hensyn til yrkesbakgrunn, og dermed den ønskelige tverrfagligheten i mye større grad. I den lille kommunen deltok kun deltakere med sykepleierbakgrunn og dette svekket mangfoldet av ønskelige perspektiver. Dermed mistet man innspill fra sentrale profesjoner i den lille kommunen, som kunne bidratt til en bredere nyansering av studiens problemstilling. Troverdigheten av studien kan i så måte

være svekket, ved at man ikke kan sammenholde beskrivelser fra den lille kommunen med uttalelser fra deltakerne i den store kommunen. På den andre siden viser utvalgene variasjoner som gjør seg utslag i hvordan pasientene kan følges opp. Gjennomgang av studiens funn ga holdepunkter for et samsvar mellom deltakernes uttalelser i de to ulike kommunene, til tross for deltakernes yrkesvariasjon og lokale organisasjonsstrukturelle rammer.

En annen kritikk mot studien er at vi har et for begrenset datamateriale til å kunne oppnå metning (Malterud, 2017), da det bare er foretatt et dypdykk i to kommuner. Det hadde vært hensiktsmessig å intervju deltakere fra flere kommuner, for å se om deltakerne opplevde tilsvarende utfordringer når det gjelder å få til helhetlige pasientforløp. Funn i studien kan ha overføringsverdi til andre sammenhenger enn der dette prosjektet ble gjennomført, men det må gjøres flere studier for at en slik konklusjon skal være gjeldende. Overføringsverdien kan på den andre side sies å være til stede, da tidligere forskning og anvendt teori underbygger studiens funn.

Jeg har valgt en tematisk koding i analysen og fått frem tema som helsepersonell var opptatt av. Spørsmålet er om vi kunne stilt andre spørsmål til deltakerne og om vi fikk til de gode samtalene underveis. En svakhet ved metoden, er at intervjuguiden er selvutviklet i samarbeid med mine veiledere, og dermed ikke etterprøvd og kontrollert gjennom annen forskning. Dette kan ha innvirket på datainnsamlingen og studiens funn.

Studien har valgt å fokusere på det tverrfaglige forløpsarbeidet omkring eldre, multisyke pasienter. En bibliotekar har kvalitetssikret mine søk av empirisk forskning, men det er mulig at det eksisterer relevant litteratur som vi ikke har klart å finne. Dette kan skyldes at vi mangler begrep og ord som andre yrkesgrupper og sektorer (eksempelvis innen økonomi- og organisasjonsforskning) bruker i sin forskning. Internasjonal forskning bruker også andre begreper enn nordiske land. Jeg har valgt å foreta mitt arbeid ut ifra en helsefaglig forskning, og søk har derfor blitt gjort innenfor dette feltet.

## 6.0 KONKLUSJON

Studien har avdekket motsetninger i helsetjenestens organisatoriske struktur, som gir negative konsekvenser for helsepersonells omsorgsarbeid til eldre, multisyke pasienter. Funn i studien understøtter en påstand om behov for en organisatorisk endring i omsorgsmodellen til denne pasientgruppen, da helsepolitiske strategier ikke imøtekommer de strukturelle forutsetningene som helsepersonell mener er nødvendig for å realisere samhandling og helhetlige pasientforløp. En oppsummering av analysens hovedfunn viser at organisasjonsform, lederansvar, felles møtearenaer og tverrfaglig teamorganisering er sentrale strukturelle faktorer som påvirker kvaliteten på helsepersonells arbeid med å skape forsvarlige pasientoverganger.

Deltakerne i denne studien fremhever prosessorganisering til å styrke kvaliteten i pasientovergangene for eldre, multisyke pasienter. En slik organisering medfører en vertikal og horisontal styring som styrker gode samhandlingsprosesser mellom helsepersonell. En av de største utfordringene i helsepersonells arbeid, er at de strukturelle forholdene i helsetjenesten ikke tilrettelegger for prosessorganisering. I helsetjenestens mange ledd kan det synes å være en overvekt av mekanisk organisering, som medfører strammere føringer i helsepersonells arbeidsorganisering, og større avstand til den administrative ledelse. Slike forhold beskrives til å vanskeliggjøre helsepersonells arbeid med å koordinere omsorg til eldre, multisyke pasienter.

Helsepersonells arbeidsoppgaver i møte med den eldre, multisyke pasient beskrives til å være skiftende og komplekse. De strukturelle rammefaktorene bør endres, slik at helsepersonell får en arbeidsorganisering som tillater et større handlingsrom, fleksibilitet og tilstrekkelig tid til å utøve helsetjenester av god kvalitet. Tverrfaglig teamorganisering og felles møtearenaer styrker samhandling mellom samarbeidende enheter og tjenestenivåer, slik at helsetjenester blir koordinert og levert til rett tid basert på pasientenes individuelle behov og helsetilstand.

En tilgjengelig og støttende administrativ ledelse som involverer de ansatte og har god kjennskap til helsepersonells arbeidsfelt, er nødvendig for å understøtte arbeids- og behandlingsprosessene som helsepersonell forsøker å skape i møte med de eldre, multisyke pasientene. Det er behov for en nærværende ledelse som i større grad delegerer ansvar og inkluderer helsepersonells vurderinger i beslutninger. En slik omvendt ledelsesstruktur løfter

frem helsepersonells innspill og erfaringer, og anses til å være en forutsetning for endring og kvalitetsforbedring i klinisk praksis.

Oppfølging av eldre, multisyke pasienter, øker avhengigheten mellom helsepersonell i helsetjenesten. Denne studien har synliggjort utfordringer i klinisk praksis som følge av at de overordnede helsepolitiske føringer ikke har definert hvem som har en definert beslutningsmyndighet til å kunne stille krav på tvers av organisasjonsgrenser i helsetjenesten. Det er heller ingen som har et definert ansvar for den løpende organiseringen av helsepersonell arbeid i de ledd av pasientforløpet, som flere kliniske enheter har ansvar for sammen. Slike roller er viktig å etablere dersom helhetlige pasientforløp for eldre, multisyke pasienter skal realiseres. For å imøtekomme helsepersonells behov i klinisk praksis, samt motvirke de negative konsekvensene som eldre multisyke pasienter opplever i møte med helsetjenesten, må det i tillegg skapes en konsensus der pasientsentrert tilnærming er overordnet den diagnoseorienterte behandlingsprosessen som råder i dagens helsetjeneste.

Min forskning gir ikke en entydig oppskrift på hvordan helhetlige pasientforløp for eldre multisyke pasienter skal organiseres. Men studien har påpekt noen faktorer som helsepersonell beskriver som nødvendige i helsetjenestens organisasjonsstruktur, dersom vi ønsker å skape trygge pasientoverganger og helsetjenester av god kvalitet.



## 7.0 Litteraturliste

(Selvvalgt litteratur er merket med \*)

Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R. & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 346. doi: 10.1186/1472-6963-14-346

Bayliss, E. A., Edwards, A. E., Steiner, J. F. & Main, D. S. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 25(4), 287-293. doi: 10.1093/fampra/cmn040

Berntsen, G. K. R., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., . . . Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity scorematched controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(682). doi: 10.1186/s12913-019-4397-2

\* Berntsen, G. K. R., Høyem, A. & Gammon, D. (2014). *Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted: Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms- og Ofoten*. (07-2014, NST-rapport (online)). Tromsø: Hentet fra [https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NST-rapport\\_2014-07\\_Helsetjenesten\\_sett\\_fra\\_pasientens\\_staasted.pdf](https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NST-rapport_2014-07_Helsetjenesten_sett_fra_pasientens_staasted.pdf)

Bisognano, M. & Schummers, D. (2014). Flipping healthcare: an essay by Maureen Bisognano and Dan Schummers. *BMJ*, 349(g5852). doi: 10.1136/bmj.g5852

Boeckxstaens, P. & De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 19(6), 369-389. Hentet fra [https://www.researchgate.net/profile/Pauline\\_Boeckxstaens/publication/221838489\\_Primary\\_care\\_and\\_care\\_for\\_older\\_persons\\_Position\\_Paper\\_of\\_the\\_European\\_Forum\\_for\\_Primary\\_Care/links/5564342308ae8c0cab37045b/Primary-care-and-care-for-older-persons-Position-Paper-of-the-European-Forum-for-Primary-Care.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pauline_Boeckxstaens/publication/221838489_Primary_care_and_care_for_older_persons_Position_Paper_of_the_European_Forum_for_Primary_Care/links/5564342308ae8c0cab37045b/Primary-care-and-care-for-older-persons-Position-Paper-of-the-European-Forum-for-Primary-Care.pdf)

Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J. M., . . . Sibbald, B. (2011). Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, 28(5), 579-587. doi: 10.1093/fampra/cmr018

Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brunborg, H. & Texmon, I. (2010). Befolkningsframskrivninger 2010-2060. *Økonomiske analyser*(4), 28-39. Hentet fra: [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa\\_201004/brunborg.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_201004/brunborg.pdf)

- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Daker-White, G., Hays, R., Esmail, A., Minor, B., Barlow, W., Brown, B., . . . Bower, P. (2014). Maximising involvement in multimorbidity (maximum) in primary care: protocol for an observation and interview study of patients, GPs and other care providers to identify ways of reducing patient safety failures. *BMJ Open*, 4, e005493. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005493
- Danielsen, B. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning*, 5(1), 36-43. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0021
- \* Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap* (Oppsummering, nr 5). Senter for omsorgsforskning: Hentet fra [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2499035/Danielsen\\_Nilsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2499035/Danielsen_Nilsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Davis, K. M., Eckert, M. C., Shakib, S., Harmon, J., Hutchinson, A. D., Sharplin, G. & Caughey, G. E. (2019). Development and Implementation of a Nurse-Led Model of Care Coordination to Provide Health-Sector Continuity of Care for People With Multimorbidity: Protocol for a Mixed Methods Study. *JMIR Research Protocols*, 8(12), e15006. doi: 10.2196/15006
- De Nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 07.02.19). *Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst)*. Hentet 05.01.20 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>
- Den nasjonale forskningsetiske komite` for medisin og helsefag. (2019, 23.05.19). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 10.02.20 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Den norske legeforening. (2015). *Overbelegg i norske sykehus – en trussel mot pasientsikkerheten (1/2015)*. Hentet 28.03.20 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/policynotater/2015/overbelegg-i-norske-sykehus-en-trussel-mot-pasientsikkerheten-12015/>
- Dihle, A., Bikset, G. & Melander, I. (2010). Sikrere smertebehandling. *Sykepleien*, 98(10), 59-61. doi: 10.4220/sykepleiens.2010.0090
- Doessing, A. & Burau, V. (2015). Care Coordination of Multimorbidity: A Scoping Study. *Journal of Comorbidity*, 5(1), 15-28. doi: 10.15256/joc.2015.5.39

- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 5(4), 332-335. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Ehman, K. M., Deyo-Svendsen, M., Merten, Z., Kramlinger, A. M. & Garrison, G. M. (2017). How Preferences for Continuity and Access Differ Between Multimorbidity and Healthy Patients in a Team Care Setting. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(4), 319-323. doi: 10.1177/2150131917704556
- Eide, H. & Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dugstad, J. & Eide, H. (2018). *Tillitsmodellen-hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18* (Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 4). Hentet fra [https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2583361/2018\\_4\\_Eide\\_Tillitsmodellen.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2583361/2018_4_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Eines, T. F., Rødal, J. H., Sandsmark, M. & Grønvik, C. K. U. (2019). Tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre. *Sykepleien*, 107(79244), (e-79244). doi: 10.4220/Sykepleiens.2019.79244
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- \* Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)* Oslo: Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Gill, A., Kuluski, K., Jaakkimainen, L., Naganathan, G., Upshur, R. & Wodchis, W. P. (2014). "Where do we go from here?" Health system frustrations expressed by patients with multimorbidity, their caregivers and family physicians. *Healthcare policy*, 9(4), 73-89. Hentet fra [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54063642/Where\\_Do\\_We\\_Go\\_from\\_Here\\_Health\\_System\\_F20170805-14750-q516xo.pdf?1501922182=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DWhere\\_Do\\_We\\_Go\\_from\\_Here\\_Health\\_System\\_F.pdf&Expires=1605359279&Signature=BmvW1gDZU4W25isekiz2pjxolqNDRD6RF~gpejLdc6pmT~-BrgC-RZXl1snr9wWzaMr41OkuhYZIEFeRaVMAdE8Vqw~A~i~K1nIsg~EYNpocVsK6XsRLPLEVGwMrPNV3Rw4RKYE5KCu00JfsiOTtaxG4CQMcYodgPcu1VH2t~s1vfOeXsD7XqwsxB88hosZeZIVsej3KRjX0jalir5a4flTngzdvmZpPDc2xyqVdRvNGI2~yH8L1TThX8erPxWEOP9pXOV5TMztuz2Fai26pqBHkgYGWeooZ~Y3UkvEclKpaE](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54063642/Where_Do_We_Go_from_Here_Health_System_F20170805-14750-q516xo.pdf?1501922182=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DWhere_Do_We_Go_from_Here_Health_System_F.pdf&Expires=1605359279&Signature=BmvW1gDZU4W25isekiz2pjxolqNDRD6RF~gpejLdc6pmT~-BrgC-RZXl1snr9wWzaMr41OkuhYZIEFeRaVMAdE8Vqw~A~i~K1nIsg~EYNpocVsK6XsRLPLEVGwMrPNV3Rw4RKYE5KCu00JfsiOTtaxG4CQMcYodgPcu1VH2t~s1vfOeXsD7XqwsxB88hosZeZIVsej3KRjX0jalir5a4flTngzdvmZpPDc2xyqVdRvNGI2~yH8L1TThX8erPxWEOP9pXOV5TMztuz2Fai26pqBHkgYGWeooZ~Y3UkvEclKpaE)

[RIY9fA~N37hcqySRiw9JIvGkOzcZjYkLHfXyhg0A\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](#)

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien forskning*, 8(2), 148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053
- Grimsmo, A. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 102-106. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmloi/bitstream/handle/11250/2433316/Nr.%2b8%2b-%2b2015%2b-%2bSamhandlingsreformen%2bi%2bNorge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp- gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 78-87. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02
- Groenewegen, P., Heinemann, S., Greß, S. & Schäfer, W. (2015). Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*, 119(12), 1576-1583. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.005
- Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence - based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(S6), 57-60. doi: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x
- Haggerty, J. L. (2012). Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ*, 345, e5915-e5915. doi: 10.1136/bmj.e5915
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene: sykepleieres erfaringer* (TF- rapport nr. 362). Bø i Telemark: Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794>
- Hellesø, R., Larsen, L. S., Obstfelder, A. & Olsvold, N. (2016). Hva er sykepleie? *Sykepleien*, 104(8), 58-60. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.58491

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonalt-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016-2019)*. (Meld. St. 11 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. (Meld. St. nr. 9 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020-2023. Kortversjon*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194\\_b\\_kortversjon\\_nasjonalt\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonalt_helse.pdf)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 26.08.20). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet 19.10.20 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet 13.03.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder.*: Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2018). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten (IS-2690)*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten/Rammeverk%20for%20nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/\\_attachment/inline/8bc7a41c-0f27-4420-a735-bcb2e97ba688:9c6c95486f5d93d4b405bcac6d7802036f10a8a3/Rammeverk%20for%20nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten/Rammeverk%20for%20nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/8bc7a41c-0f27-4420-a735-bcb2e97ba688:9c6c95486f5d93d4b405bcac6d7802036f10a8a3/Rammeverk%20for%20nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018. (IS-2851)*. Oslo: Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/\\_attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/_attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf)
- Helseforskningsloven. (2009, 20.07.18). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44)*. Hentet 01.10.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2000, 01.10.19). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet 10.02.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Heskestad, R. N. & Aase, K. (2016). En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. *Sykepleien forskning*, 10(4), 380-390. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55993

- Høyem, A., Gammon, B. D., Berntsen, G. K. R. & Steinsbekk, A. (2018). Keeping one step ahead: A qualitative study among Norwegian health-care providers in hospitals involved in care coordination for patients with complex needs. *International Journal of Care Coordination*, 21(1-2), 15-25. doi: 10.1177/2053434518764643
- Håland, E. & Osmundsen, T. C. (2015). Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold; samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 63-85. Hentet fra [https://www.researchgate.net/profile/Tonje\\_Osmundsen/publication/312159646\\_Entusiastisk\\_etablering\\_og\\_kontinuerlig\\_vedlikehold\\_samhandling\\_pa\\_tvers\\_av\\_grenser\\_innenfor\\_helsetjenesten/links/5873460508ae329d621bc907/Entusiastisk-etablering-og-kontinuerlig-vedlikehold-samhandling-pa-tvers-av-grenser-innenfor-helsetjenesten.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tonje_Osmundsen/publication/312159646_Entusiastisk_etablering_og_kontinuerlig_vedlikehold_samhandling_pa_tvers_av_grenser_innenfor_helsetjenesten/links/5873460508ae329d621bc907/Entusiastisk-etablering-og-kontinuerlig-vedlikehold-samhandling-pa-tvers-av-grenser-innenfor-helsetjenesten.pdf)
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Järvinen, M. (2005). Interview i en interaksjonistisk begrepsramme. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.). *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter* (27-48). København: Hans Reitzel Forlag.
- Kattouw, C. E. & Wiig, S. (2018). Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, 13(74391), (e-74391). doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.74391
- Kristoff, I. G. & Kristoff, H. G. (2019). *Tillit som strategi og arbeidsform - fra intensjon til realitet. En kvalitativ studie av førstelinjelederes oversettelse av tillitsreformen i en etat i Oslo kommune* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/69805/Masteroppgave-Ingerid-Kristoff--Helene-Kristoff.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Le Berre, M., Maimon, G., Sourial, N., Guériton, M. & Vedel, I. (2017). Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1597-1608. doi: 10.1111/jgs.14828
- Leijten, F. R. M., Hoedemakers, M., Struckmann, V., Kraus, M., Cheraghi-Sohi, S., Zemplényi, A., . . . Rutten-van Mölken, M. P. M. H. (2018). Defining good health and care from the perspective of persons with multimorbidity: results from a qualitative study of focus groups in eight European countries. *BMJ Open*, 8(e021072), 1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021072.

- Lerdal, A. (2010). Diskusjonskapitlet. *Sykepleien forskning*, 5(3), 247-249. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0122
- Løhre, A. & Grimsmo, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)* Trondheim: Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2581543>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1993). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano.
- Miller, G. & Glassner, B. (2011). The "inside" and the "outside". Finding Realities in interviews. I D. Silverman (Red.), *Qualitative research. Issues of theory, method and practice* (3rd ed., 131-148). Los Angeles, Londdon, New Dehli, Singapore: Sage.
- Moffat, K. & Mercer, S. W. (2015). Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. *BMC Family Practice*, 16(129). doi: 10.1186/s12875-015-0344-4
- Muth, C., Blom, J. W., Smith, S. M., Johnell, K., Gonzalez - Gonzalez, A. I., Nguyen, T. S., . . . Valderas, J. M. (2018). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *Journal of Internal Medicine*, 285(3), 272-288. doi: doi: 10.1111/joim.12842
- National Institute for health and care excellence. (2016). *Multimorbidity: clinical assessment and management* (NICE guideline [NG56]). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/NG56/chapter/Recommendations#taking-account-of-multimorbidity-in-tailoring-the-approach-to-care>
- National library of medicine. (u. å.). *Chronic disease*. Hentet 20.08.2018 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Cmd=DetailsSearch&Term=%22Chronic+Disease%22%5BMeSH+Terms%5D>
- Norsk helsenett, NTNU & Trondheim kommune. (2012). *Veien frem til helhetlig pasientforløp*. Hentet 14.11.20 fra <https://www.nhn.no/media/1710/veien-frem-til-helhetlig-pasientforlop.pdf>
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo. Hentet fra



<https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdfs/nou200520050003000dddpdfs.pdf>

NOU 2016:25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdfs/nou201620160025000dddpdfs.pdf>

Nuño-Solinís, R. (2018). Are Healthcare Organizations Ready for Change? Comment on "Development and Content Validation of a Transcultural Instrument to Assess Organizational Readiness for Knowledge Translation in Healthcare Organizations: The OR4KT". *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1158-1160. doi: 10.15171/ijhpm.2018.95

Orvik, A. (2009). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*, 90(8), 42-46. doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0023

\* Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M. J., Jureviciene, E., Laatikainen, T., Mammarella, F., . . . Onder, G. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health policy*, 122(1), 4-11. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.006

Pasient- og brukerombudet i Troms. (2019). *Årsmelding 2019*: Hentet fra <https://www.helsenorge.no/globalassets/dokumenter/pobo/arsmelding-2019-pasient--og-brukerombudet-i-troms.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rijken, M., Bekkema, N., Boeckxstaens, P., Schellevis, F. G., De Maeseneer, J. M. & Groenewegen, P. P. (2012). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expectations*, 17(5), 608-621. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x

Rijken, M., Struckmann, V., van der Heide, I., Hujala, A., Barbabella, F., van Ginneken, E. & Schellevis, F. (2017). How to improve care for people with multimorbidity in Europe? I E. Richardson & E. Van Ginneken (Red.). *European Observatory on Health Systems*

- and Policies*. (Policy Brief, No. 23, s.). Copenhagen (Denmark). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464548/>
- Roland, M. & Paddison, C. (2013). Better management of patients with multimorbidity. *BMJ*, 346, f2510. doi: 10.1136/bmj.f2510
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across health care providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(121). doi: 10.1186/1472-6963-13-121
- Salisbury, C., Johnson, L. & Purdy, S. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 61(582), e12–e21. doi: 10.3399/bjgp11X548929
- Schiøtz, M. L., Høst, D. & Frølich, A. (2016). Involving patients with multimorbidity in service planning: perspectives on continuity and care coordination. *Journal of Comorbidity*, 6(2), 95-102. doi: 10.15256/joc.2016.6.81
- Smaradottir-Berglind, F. & Fensli, R. (2017). Integrating Care Through Patient-Centred Health Team Working Across Organisational Borders. I *The Practice of Patient Centered Care: Empowering and Engaging Patients in the Digital Era*. (244, s. 85-85). doi: 10.3233/978-1-61499-824-2-85.
- Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C. & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345, e5205. doi: 10.1136/bmj.e5205
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T. & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3). doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001, 01.01.20). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61)*. Hentet 09.10.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3, 204-215. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06
- Stortinget. (2019, 15. oktober). *Sentralmakt og lokalstyre*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Storting-og-regjering/Folkestyret/Sentralmakt-og-lokalstyre/>

- Suñol, R. (2000). Avedis Donabedian. *International Journal for Quality in Health Care* 12(6), 451-454. doi: 10.1093/intqhc/12.6.451
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tinetti, M. E., Fried, T. R. & Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition - Multimorbidity. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 307(23), 2493-2494. doi: 10.1001/jama.2012.5265
- Tjøstolvsen, I. (2016). Trygt hjem fra sykehus. *Sykepleien*, 104(4), 60-62. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.57143
- Tortajada, S., Giménez-Campos, M. S., Villar-López, J., Faubel-Cava, R., Donat-Castelló, L., Valdivieso-Martínez, B., . . . García-Gómez, J. M. (2017). Case management for patients with complex multimorbidity: Development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. *International Journal of Integrated Care*, 17(2). doi: 10.5334/ijic.2493
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemme-sykepleien i samhandling med spesialist-helsetjenesten- sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 14-22. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Van der Heide, I., Snoeijs, S. P., Boerma, W. G. W., Schellevis, F. G. & Rijken, M. P. (2017). How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe? . I E. Richardson & E. Van Ginneken (Red.). *European Observatory on Health Systems and Policies*. (Policy Brief, No. 22, s.). Copenhagen (Denmark). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464537/>
- Vatn, G. (2018). *Troen på tillitsreformen – en studie av sentrale aktørers forståelse av Tillitsreformen i Oslo kommune* (Masteroppgave, OsloMet - storbyuniversitetet), Oslo. Hentet fra <https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/10642/6308/Vatn.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Vermunt, N. P. C. A., Westert, G. P., Olde Rikkert, M. G. M. & Faber, M. J. (2018). Assessment of goals and priorities in patients with a chronic condition: a secondary quantitative analysis of determinants across 11 countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(1), 80-88. doi: 10.1080/02813432.2018.1426149

- \* Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03
- Wagner, E. H., Austin, B. T. & Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544. doi: 10.2307/3350391
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T. & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350(h176). doi: 10.1136/bmj.h176
- World health organization. (2018, 05.02.2018). *Ageing and health*. Hentet 20.08.2018 fra <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1- Intervjuguide

#### Intervjuguide:

1. Kan dere fortelle hvordan deres typiske arbeidshverdag ser ut?
2. Hva legger dere i begrepene helhetlige, proaktive og pasientsentrert når dere beskriver pasientforløp til eldre pasienter med multisykdom?  
Mulige oppfølgingsspørsmål: Hvorfor mener dere at disse begrepene er sentrale for PSHT sitt arbeid og utvikling av pasientforløpene? Har dere noen eksempler på hvordan dere arbeider proaktivt, helhetlig og pasientsentrert?
3. Kan dere beskrive et typisk handlingsforløp i følgende situasjoner:
  - Ved henvisning av utskrivningsklare pasienter
  - Ved oppfølging av pasient innad i teamet og mellom ulike nivåer i helsetjenesten?
4. Hva anser dere som viktig i deres pasientsentrerte arbeidsmetode, når det kommer til koordinering og samarbeid med andre instanser i helsetjenesten:
  - Mellom sykehus og kommune?
  - Innad i sykehus og den enkelte kommune?
5. Hva mener dere er viktige tiltak som beslutningstakere i kommune og sykehus bør iverksette, for at PSHT skal kunne arbeide etter pasientsentrerte arbeidsmetode med god kvalitet på pasientforløpene som mål?
6. Ved utvikling av helhetlige pasientforløp, hvordan har dere blitt hørt av deres beslutningstakere på overordnet nivå når dere har gitt tilbakemeldinger omkring utvikling av arbeidsmetoder i PSHT?  
Mulig oppfølgingsspørsmål: I hvor stor grad har dere fått medvirke i utviklingen av PSHT sin arbeidsmetode?
7. Hva vil dere anse som den viktigste erfaringen dere har gjort i løpet av tiden dere har arbeidet i PSHT?
8. Hva opplever dere som den største utfordringen i deres arbeidshverdag ved ivaretagelse av eldre pasienter med multisykdom og deres pasientforløp?
9. Hvordan fordeler og koordinerer dere arbeidet dere imellom, innad i teamet? Mulig oppfølgingsspørsmål: Hvem har ansvar for hva?
10. Hva skiller måten PSHT arbeider på fra andre avdelinger hvor dere har arbeidet tidligere?  
Mulig oppfølgingsspørsmål: Er disse forskjellene positive eller negative?

## 8.1 Vedlegg 2- Godkjenning fra NSD

### NSD Personvern

20.11.2018 13:43

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 260987 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.11.2018. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2019.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

---

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## 8.2 Vedlegg 3- Informasjonsskriv til deltakerne

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Helhetlige pasientforløp til eldre pasienter med multisykdom eller kompleks sykdomsbilde»

### Bakgrunn og formål:

Jeg er student ved Nord Universitet hvor jeg går masterprogram i Klinisk sykepleie.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor tema for studiet mitt er: Helhetlige pasientforløp for eldre pasienter med kronisk sykdom eller kompleks sykdomsbilde.

I dette følgende skrivet gir jeg deg informasjon om hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet er å forske nærmere på hvordan helsetjenesten konkret kan bidra til tiltak, ressurser og virkemidler som lar seg gjennomføre i praksis mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, for å fremme et koordinert og helhetlig pasientforløp for eldre pasienter med multisykdom eller kompleks sykdomsbilde. Herunder ønsker jeg å se nærmere på hvordan organisasjonsstruktur- og kultur påvirker utviklingen av helhetlige pasientforløp.

Studiens problemstilling er:

«Hvordan kan organisasjonsstruktur- og kultur i helsetjenesten gjennom pasientsentrert helsetjenesteteam, ha betydning for helhetlig pasientforløp for eldre, multisyke pasienter, etter utskrivelse fra sykehus til hjemkommune?»

### Hva innebærer deltakelse i studien?

I dette prosjektet ønsker jeg å gjennomføre et engangs fokusgruppeintervju med helsepersonell som arbeider i, eller i nær tilknytning, til Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) lokalisert xxxxx og xxxxx kommune. Selve intervjuenes varighet vil være på ca 1,5 time og vil finne sted i xxxxx og xxxxx. På disse intervjuene vil også min veileder på masterstudiet være tilstede.

Med å gjøre fokusgruppeintervju, kan jeg bidra til å utvikle forståelsesrammen av teamets samhandlingsmønster i helsetjenesten og hvordan man kan få til et helhetlig pasientforløp for eldre pasienter med multisykdom eller kompleks sykdomsbilde. Fokusgruppe er velegnet da jeg ønsker å utforske helsepersonellens subjektive erfaringer og holdninger relatert til deres felles praksisfelt, for å kunne bidra til forskning som både utforsker, evaluerer og utvikler PSHT som modell i helsetjenesten.

Jeg bruker en semistrukturert intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene. Ut ifra en intervjuguide som jeg selv har utformet, ønsker jeg å styre samtalen inn på ulike temaer samtidig som deltakerne har mest mulig frihet til å uttrykke sine egne tanker, opplevelser og

erfaringer med utvikling av helhetlige pasientforløp til den aktuelle pasientgruppen. Ved en semistrukturert intervjuguide har jeg også mulighet til å følge opp med aktuelle oppfølgingsspørsmål underveis i samtalene.

### **Ditt personvern- hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Intervjuene vil bli registrert via lydopptak, for videre å bli transkribert på pc. Transkriberingen lagres i sky- format i henhold til Nord Universitet sine retningslinjer. Resultatet av intervjuet og analysen, vil bli publisert i min avsluttende eksamen ved masterprogrammet i Klinisk sykepleie eller evt. publisert som artikkel i et tidsskrift.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplass eller arbeidsgiver.

Alle deltakere vil bli anonymisert i dette prosjektet ved at alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg og mine to veiledere som vil ha tilgang til personopplysningene, for å kunne analysere datamaterialet som fremkommer under intervjuet. Navn og kontaktopplysningene om deg vil bli erstattet med et nummer. Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) finnes kun lokalisert i xxxxx, xxxxx, xxxxx, xxxxx og xxxxx. PSHT er med dette et unikt konsept og vil ikke bli omtalt i publiseringen ved navn. I stedet vil pasientsentrert helsetjenesteteam bli kalt for et tverrfaglig team i Nord-Norge. Dette for at ingen av deltakerne vil kunne bli gjenkjent basert på personopplysninger eller arbeidsplass i publiseringer fra studien. Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålet jeg har beskrevet foran.

### **Hva skjer med opplysningene når jeg avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 30.06.2019. All data i form av personopplysninger og opptak innsamlet gjennom intervjuene, slettes etter prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.



## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent: Ingeborg Skaret. Tlf: 97780375. E-mail: [ingeborgskaret@hotmail.com](mailto:ingeborgskaret@hotmail.com)  
Prosjektansvarlig: Professor Sevald Høye. Tlf: 62430202/90523818. E-mail: [sevald.hoye@inn.no](mailto:sevald.hoye@inn.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sevald Høye  
Prosjektansvarlig

Ingeborg Skaret  
Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helhetlige pasientforløp til eldre pasienter med multisykdom eller komplekst sykdomsbilde», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 30.06.2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)