



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

Hvordan møter kommunen kravene til mer aktivitet og kompetanse som følge av Samhandlingsreformen?

Forfatter: Margaret Helena Vlieland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 21. mai 2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21. mai 2012

Antall ord: 9105

Forord

Å skrive denne bacheloroppgave har vært en lærerik prosess, men også til tider litt frustrerende. Jeg ble nysgjerrig på Samhandlingsreformen på grunn av den negative medieomtalen den fikk. Intervjuprosessen var veldig spennende og lærerik. Jeg vil derfor rette en stor takk til respondentene for at dere var så positive til undersøkelsen vår. Det var imponerende at dere tok dere tid til å stille opp, til tross for at dere har svært travle arbeidsdager. En stor takk til min fantastiske veileder Turid Aarseth, du ga meg veldig motiverende tilbakemeldinger, og fikk klarnet tankene mine mange ganger. Takk til Gøran Tamminen for et flott og lærerikt samarbeid. Takk til venner og familie som trådte til når jeg trengte barnevakt for å kunne skrive i fred og ro.

Einset, 21. mai 2012

Sammendrag

Samhandlingsreformen ble lagt fram gjennom Stortingsmelding nr. 47 den 19. juni 2009. Reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og skal innføres gradvis i de neste fire årene fram til 2016, og ses som løsningen på noen av de største utfordringene i Helse-Norge (St. meld.nr. 47(2008-2009) s. 13). Reformen legger vekt på at det må skje en kompetanseoppbygging i kommunene for å kunne realisere målet om at de skal overta flere av spesialisthelsetjenesten sine oppgaver. Jeg valgte derfor følgende problemstilling:

Hvordan kommunen møter kravene til mer aktivitet og kompetanse som følge av Samhandlingsreformen?

Samhandlingsreformen skal iverksettes av og i formelle offentlige organisasjoner. For å forstå hvordan denne iverksettingen skjer, har jeg beskrevet organisasjonsteoretiske perspektiv på reformer og endringer. Begrepet kompetanse blir også utdypet i denne oppgaven. For å belyse problemstillingen har jeg intervjuet respondenter i tre forskjellige kommuner, samt på sykehuset hvor kommune sender hovedandelen av pasientene sine til.

Innhold

1. Innledning og problemstilling	3
2. Samhandlingsreformen	4
3. Teori	7
3.1 Kort om instrumentelt-, kulturelt- og myteperspektiv	8
3.2 Reform og endring	9
3.3 Kompetanse	10
4. Metode.....	11
4.1 Etikk.....	14
5. Analysen.....	15
5.1 Endringene etter 1.1.2012	16
5.2 Kompetanseheving som følge av Samhandlingsreformen	18
5.3 Kapasitet.....	20
5.4 Kommunikasjon.....	20
5.5 Respondentenes holdninger til reformen	22
6. Hvordan har kommunene møtt Samhandlingsreformens forventninger om økt aktivitet og kompetanseheving?	25
Litteraturliste.....	27
Vedlegg.....	28
Intervjuguide	29

1. Innledning og problemstilling

Samhandlingsreformen er begrunnet med at det må skje en dyptgripende endring i arbeidsdelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for å kunne møte den kommende demografiske utviklingen og økte behandlingstkostnader (St.meld.47 (2008-2009)). Gjennom bruk av en rekke virkemidler skal tyngdepunktet forskyves i favør av kommunene. Første del av reformen ble iverksatt 1.1.2012 og min interesse er knyttet til hvordan kommunene så langt har forholdt seg til de utfordringene som ligger i at deres rolle utvides og endres. Sentrale myndigheter legger vekt på at det må skje en kompetanseoppbygging i kommunene for å kunne realisere målet om at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene. Denne forventningen danner utgangspunktet for min bacheloroppgave, og jeg stiller spørsmål om i hvilken grad kommunene har satt i gang tiltak for å øke kompetansenivået.

Problemstillingen kan formuleres som et spørsmål:

Hvordan møter kommunen kravene til mer aktivitet og kompetanse som følge av Samhandlingsreformen?

Hovedfokuset vil ligge på kompetanseoppbygging, og jeg vil utdype nærmere hva som ligger i kompetansebegrepet i teori-kapittelet. Kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan ikke forstås isolert, men må plasseres i en bredere kontekst. For det første vil trekk ved relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene være sentral, ved at denne danner grunnlag for hvilke forventninger kommunen blir møtt med. Opplevelsen av kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene blir dermed et viktig punkt, og god kommunikasjon mellom kommune og sykehuset må antas å være viktig for kompetanseutveksling og -utvikling. Videre ønsker jeg å bruke helsepersonellet sine mer generelle oppfatninger av innholdet i Samhandlingsreformen som bakteppe for undersøkelsen. Det må her antas at ”stemningen” vil ha betydning for hvordan spørsmålene om kompetanse blir forstått og formidlet: er kommuneansatte positivt innstilt til de mulighetene som ligger i reformen, eller er de i første rekke skeptiske og /eller usikre?

2. Samhandlingsreformen

Samhandling blir brukt som 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 (St.meld.nr. 47 (2008-2009) s. 13).

Samhandlingsreformen ble lagt fram gjennom Stortingsmelding nr. 47 den 19. juni 2009. Reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og skal innføres gradvis i de neste fire årene fram til 2016, og ses som løsningen på noen av de største utfordringene i Helse-Norge (St. meld.nr. 47(2008-2009) s. 13):

- 1 Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
- 2 Tjenestene preges av liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- 3 Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Mangelen på samhandling blir pekt på som den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå, kommune og stat/helseforetak. I tillegg er tjenestene oppsplittede både innad i kommunen og innad i helseforetakene. Sykehusene er opptatt av å helbrede, mens kommunene setter fokuset på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. Dette påvirker kommunikasjonen og samarbeidet de imellom (St.meld. nr. 47 (2008-2009) s. 22).

Norge får flere eldre og flere kroniske syke i årene som kommer. Antall pasienter med kroniske lidelser som diabetes, KOLS, og psykiske lidelser øker sterkt. Reformen setter fokus på forebygging av disse lidelser i kommunal regi. De skal forebygge framfor å reparere. Antall eldre over 67 år vil fordobles fram til 2050 (St.meld.nr. 47 (2008-2009) s. 43). Hvis tjenestene da skal beholde samme standard som i dag, vil også behovet for arbeidskraft fordobles fram til 2050. Kostnaden i helsesektoren har vokst svært mye. Utgiftsveksten skal dempes gjennom å overføre flere oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til kommunen som skal kunne utføre disse billigere (St.meld.nr. 47 (2008-2009)).

Reformen kommer med 5 hovedgrep (St.meld. 47 (2008-2009) s. 14 -16):

- 1 Klarere pasientrolle
- 2 Ny framtidig kommunerolle
- 3 Etablering av økonomiske insentiver
- 4 Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- 5 Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Pasientene skal få større brukermedvirkning, og det skal legges til rette for at befolkningen må ta større ansvar for egen helse. I tillegg skal det utvikles bedre helhetlige pasientforløp som blir en felles referanseramme for sykehus og kommune. Pasienter skal oppleve et sømløst pasientforløp. *Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (St.meld.nr. 47 (2008-2009) s. 15).* Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske og/eller sammensatte lidelser, som ofte er brukere av flere deltjenester på forskjellige nivå. Tidligere måtte disse pasientene eller deres pårørende ta for seg mye av den praktiske koordineringen mellom ulike tjenester selv (St.meld.nr. 47 (2008-2009) s. 22).

Kommunen skal gi tilbud til pasienten før, i stedet for og etter sykehusopphold (St.meld.nr. 47 s. 58). Kommunen skal få større ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid, tidlig innsats fremfor sen innsats, i tillegg skal de ta over sykehusoppgaver. De skal ta større ansvar for pasienter som ikke har behov for spesialisthelsetjenester, men som ikke kan bli utskrevet til hjemmet. Kommunen skal også sørge for en helhetlig tenkning i forhold til forebygging, og se sitt ansvar i helse- og omsorgssektoren i sammenheng med ansvaret de har i andre deler av samfunnet, som skole og sosiale tjenester (St.meld.nr. 47 (2008-2009)).

Kommunen skal være med på å betale sykehustjenester for sine innbyggere, og de skal overta ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Klarer kommunen ikke å gi pasienten et tilbud, må de betale kr 4000 for hver dag den utskrivningsklare pasienten blir liggende på sykehuset. De økonomiske insentivene skal motivere kommunen til å etablere egne, billigere pleietilbud og begrense unødvendige sykehusinnleggelses. Dette skal lette

trykket på spesialisthelsetjenesten, som nå må klare seg med et strammere budsjett, siden om lag 4,2 milliarder kroner overføres fra sykehusene til kommunene for at de skal betale sin del av sykehusregningen. Kommunene vil i totalt få overført over 5,6 milliarder kroner i 2012 i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Disse midlene skal gå til kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, og fordeles til kommunene etter alderssammensetningen i befolkningen, jf. forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen skal sikre eldre gode tjenester nærmest hjemmet. For at reformen skal lykkes er den avhengig av et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. En av målsettingene er at alle skal ha tilgang til et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av bosted. Det er derfor viktig at også små kommuner som ligger utenfor allfarveg har et kompetent helsepersonale. Det kan bli en utfordring å fordele personalet slik at tilbudet er likt overalt. (St. meld.nr. 47(2008- 2009))

Når kommunen tar over flere funksjoner fra sykehuset, vil det føre til en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Likevel skal ikke spesialisthelsetjenesten svekkes faglig sett, den skal spesialisere seg ytterligere. De to nivåene skal bli mer likeverdige beslutningstakere. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanse ut til kommunene, men de skal også lære fra kommunens kompetanse. (St. meld. nr. 47 (2008-2009))

Reformen består av to nye lover, Lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og flere nye forskrifter, deriblant Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. I tillegg har den ført til endringer i 40 andre lover og flere forskrifter. Reformen er også grunnlaget for en ny nasjonal helse- og omsorgsplan (www.regjeringen.no).

Forskriften om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er sentral i samhandlingen mellom kommune og sykehus. Den regulerer kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, samt varsling. Formålet med forskriften er at den skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i

kommunens helse og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten, jf. § 1 i forskrift om medfinansiering.

Forskriften er generell og ikke tilpasset lokale forhold. Gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og lokale sykehus skal samarbeidet reguleres lokalt. Eksempler på hva som skal reguleres lokalt er kontaktpersoner/punkter, og rutiner for varsling om utskrivningsklare pasienter. Forskriften understreker at den ikke regulerer hvor pasienten skal få behandling, den avgjørelsen skal ta utgangspunkt i en helsefaglig forsvarlighetsvurdering. At pasienten skal få forsvarlig behandling er grunnleggende, jf. § 4 i helsepersonelloven.

Sykehuset pålegges å varsle kommunen om at pasient er innlagt innen 24 timer dersom sykehuset vurderer at pasienten har behov for hjelp etter utskrivning. Sykehusets vurdering skal ikke bestemme hvilket tilbud pasienten skal få i kommunen etter utskrivning, det er kommunen sitt ansvar å gi pasienten et forsvarlig tilbud. Spørsmålet om forsvarlig tilbud står sentralt i forhold til min problemstilling: Hvilken kompetanse må være tilstede for at tilbudet skal være forsvarlig?

Samlet sett framstår Samhandlingsreformens forventninger til kommunene som store både når det gjelder å øke kapasiteten og å være en aktiv medspiller i utformingen av det totale helsetilbudet. Hvordan kommunene rent konkret skal skaffe seg den nødvendige kompetansen for å kunne fylle den nye og utvidede rollen, er mindre klart. Stortingsmeldingene viser til en rekke virkemidler som skal knytte de to forvaltningsnivåene nærmere sammen. Det ligger forventninger om likeverdighet og kompetanseoverføring samtidig som det framstår som klart at det er kommunene som må rustes opp både m.h.t. kapasitet og kompetanse. En slik forutsetning ligger bl.a. innbakt i forskriften om medfinansiering. Mitt spørsmål i denne oppgaven er hvordan disse forventningene møtes av kommunene nå i Samhandlingsreformens første fase.

3. Teori

Samhandlingsreformen skal iverksettes av og i formelle offentlige organisasjoner. For å forstå hvordan denne iverksettingen skjer, er det fruktbart å ta utgangspunkt i organisasjonsteoretiske perspektiv.

Offentlige organisasjoner har komplekse oppgaver og er gjerne multifunksjonelle. De må forholde seg til samfunnsmessige og politiske krav som ofte kan være motsetningsfylte. Jeg vil i dette kapittelet gå nærmere inn på teoretiske perspektiv på reformer og endringer. Christensen mfl. (2009) argumenterer for at vi har behov for flere ulike perspektiv for å forstå hvordan offentlige organisasjoner fungerer. Jeg vil her ta utgangspunkt i deres skille mellom instrumentelt-, kulturelt-, og myteperspektiv. Videre vil jeg avklare hva som ligger i begrepet kompetanse.

3.1 Kort om instrumentelt-, kulturelt- og myteperspektiv

Instrumentelt perspektiv

En organisasjon kan oppfattes som et redskap eller et instrument for å oppnå visse mål. Dette krever at organisasjonen og dens ansatte handler formålsrasjonelt, og at resultatet av deres handlinger blir som ønsket (Christensen mfl. 2009). Det vil si at alternativene blir vurdert ut ifra hvor effektive de er i forholdt til målet som skal oppnås, at valget mellom disse alternativene er viljestyrt, og at man oppnår det ønskede resultatet (Christensen mfl. 2009). Også organisasjonsstrukturen blir sett på som et redskap for å oppnå ønskede mål.

Kulturelt perspektiv

I dette perspektivet ses organisasjoner som preget av uformelle normer og verdier som utvikles over tid, og som kan påvirke organisasjonens virksomhet. Organisasjonskulturen er noe som «sitter i veggene», og som de ansatte sosialiseres til etter en viss tid i organisasjonen (Christensen mfl. 2009 s. 53). Det betyr at hvis vi skal forstå atferd i organisasjoner, må vi i følge dette perspektivet finne fram til hvilke verdier og normer som står sentralt.

Myteperspektivet

Offentlige organisasjoner påvirkes av sine omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer og oppskrifter på hvordan de bør være utformet, og hvordan de bør fungere (Christensen mfl. 2009). Disse normer og oppskrifter kalles myter. Organisasjoner

tilpasser seg kravene fra omgivelsen og prøver å reflektere disse utad. I myteperspektivet er organisasjonen mer opptatt av å fremstå som tidsriktig, selv om det ikke nødvendigvis gjør den mer effektiv (Christensen mfl. 2009).). I et slikt perspektiv vil det være viktig å fokusere på hvilke forbilder de aktuelle organisasjonene forholder seg til.

3.2 Reform og endring

Med reformer menes aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjoner, mens endringer er det som faktisk skjer med slike trekk (Christensen mfl. 2009).

I det instrumentelle perspektivet forventer man en tett kobling mellom reform og faktisk endring. Reformen ses på som planlagte forsøk på endringer fra ledelsens side, og knyttes ofte til strukturelle trekk (Christensen mfl. 2009). Dersom vi skal forstå hvordan Samhandlingsreformen mottas i kommunene m.h.t. forventningene i forhold til kompetanseøkning i lys av et instrumentelt perspektiv, vil det være sentralt at målet er klart formulert og at en er i stand til å velge de virkemidler som gir det ønskede resultatet.

Det kulturelle perspektivet tar utgangspunktet i at de kulturelle trekkene ved organisasjonen påvirker reformens faktiske innvirkning. Her fokuseres det på stabilitet og endring i kulturelle trekk. Ut fra kulturperspektivet vil det være aktuelt å klarlegge hvordan forløpet og utfallet av endringsprosessene vil være påvirket av etablerte kulturelle trekk ved organisasjonen (Christensen mfl. 2009 s. 151). I et slikt perspektiv blir spørsmål om iverksetting av Samhandlingsreformen mye mer komplekse enn innen det instrumentelle perspektivet. Her vil spørsmål om hvilke verdier og tradisjoner som preger henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunene stå sentralt. Kan det tenkes at den diagnoseorienterte tilnærmingen vi kjenner fra spesialisthelsetjenesten får forrang i forhold til etablerte verdier knyttet til mer helhetlig vurderinger av pasientenes funksjonsnivå?

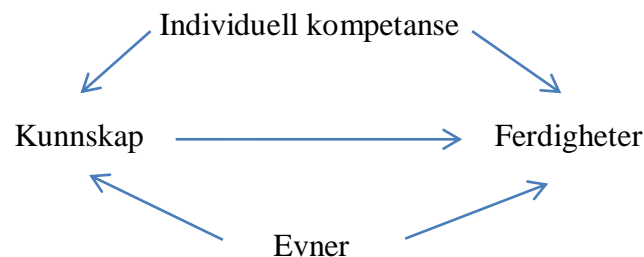
Myteperspektivet vil legge vekt på de symbolske sidene ved reformen. Det vil til enhver tid være bestemte oppskrifter eller moter knyttet til både organiseringen av reformarbeidet og innholdet i reformen. Det blir benyttet fremgangsmåter og løsninger som blir sett på som moderne og akseptable i omgivelsene i den aktuelle tidsperioden (Christensen mfl. 2009 s. 151). Dersom vi ser Samhandlingsreformens møte med det kommunale nivå i et

slikt perspektiv, vil vi være opptatt av å identifisere hvilke forbilder som eksisterer når kommunene skal rustes opp kompetansemessig. Er det sterke profesjoner, konsulentfirmaer, andre kommuner eller statlige myndigheter som er opinionsdannede på dette feltet?

3.3 Kompetanse

Kompetanse skal gjøre oss skikket til å oppnå sammentreff mellom det vi gjør, og det vi ønsker å få ut av det vi foretar oss (Lunde, 1998 s.104-105).

Kompetanse gjør det altså mulig for oss å handle mest mulig hensiktsmessig i forhold til formålet. Kompetanse er målbart på ulike nivåer. Man kan for eksempel måle kompetansenivå hos individer, eller organisasjoner. Individuell kompetanse kan defineres som samlingen av individets kunnskaper, evner og ferdigheter (Nordhaug i Lunde 1998). Neste figur viser hva kompetanse består av.



Figur 1 En konseptuell modell for individuell kompetanse (Nordhaug 1993).

Kunnskap defineres her som spesifikk informasjon om et tema eller område, ferdigheter som en spesiell dyktighet til å utføre arbeidsrelaterte oppgaver, og evner består av naturlige talenter som underbygger kunnskap og ferdigheter.

Innføringen av Samhandlingsreformen fører til at kommunen må øke sitt kompetansenivå i helse- og omsorgstjenesten. Ifølge litteraturen om endringsledelse er det viktig å inneha rett kompetanse for å kunne dekke reformens krav allerede før denne blir iverksatt, da dette vil føre til at de ansatte er mer positivt innstilt til endringene, og at de da føler de vil mestre de nye oppgavene (Olsen 2012). De nye kompetansekravene bør identifiseres så tidlig som mulig for å kunne sette i verk tiltak for å dekke kompetansebehovet. (Olsen 2012, Beer mfl. 1990) Men i startfasen av reformen kan det være vanskelig å vite hvordan

endringene faktisk vil se ut i praksis. Forståelsen av kompetansebehovene kan endre seg etter hvert som innholdet i endringsprosessen blir tydeligere, og man får mer kunnskap om den faktiske endringen (Olsen 2008). Kompetansekrav kan identifiseres ut ifra tre ulike utgangspunkt (Lai 2004 i Olsen): (1) organisasjonens mål, (2) ulike normer, retningslinjer eller anbefalinger og (3) medarbeidernes egne forventninger og ønsker.

Kommuner kan langt på vei beskrives som profesjonelle byråkratier (Olsen 2012). Formelle kvalifikasjoner vil være viktig for å fastsette kompetansenivået i denne type organisasjon. For de som jobber i helsevesenet er det loven som fastsetter kompetansekravet, de ansatte skal ha offentlig autorisasjon, jf. Helsepersonelloven § 48. Men lovverket vil ikke være uttømmende når det gjelder å regulere alle sider ved hvilken kompetanse som er nødvendig å ha i en kommune som etter Samhandlingsreformen må belage seg på å få en større og sykere pasientgruppe. Med bakgrunn i den formulerte problemstillingen og de teoretiske perspektivene på organisasjonsendring og kompetanse, vil jeg nå nærme meg det empiriske feltet.

4. Metode

Min problemstilling: *Hvordan møter kommunen kravene til mer aktivitet og kompetanse som følge av Samhandlingsreformen?* er en beskrivende problemstilling, jeg ønsker å beskrive dagens situasjon. Undersøkelsen min er derfor et tverrsnitt på et bestemt tidspunkt, nemlig ca. to og en halv måned etter at reformen har blitt implementert. I valg av undersøkelsesopplegg står en overfor valget mellom bruk av kvalitative og kvantitative data.

Kvalitative data er empiri i form av ord som formidler mening, som gjengir personers opplevelse og fortolkning av en situasjon (Jacobsen 2005). En kvalitativ undersøkelse egner seg til å gå i dybde av et fenomen, og kjennetegnes av åpenhet. Kvalitative undersøkelser omfatter vanligvis få enheter, og vil derfor som regel ha generaliseringsproblemer (Jacobsen 2005). Kvantitative data er empiri i form av tall, enten naturlige tallstørrelser eller symboler for ord (Jacobsen 2005). Den mest vanlige metode for kvantitativ undersøkelse er spørreskjema som sendes respondentene i brevform, elektronisk eller som telefonintervju (Jacobsen 2005). Dette gjør det mulig å undersøke mange respondenter, som igjen øker muligheten for å kunne generalisere fra

respondentene til alle de vi er interessert i å uttale oss om (Jacobsen 2005 s. 132). Kvantitativ metode er ikke egnet til å få fram individuelle variasjoner blant respondentene, det er vanskelig å gå i dybden (Jacobsen 2005).

Den valgte problemstillingen kunne latt seg belyse både gjennom kvantitative og kvalitative undersøkelsesopplegg. Et kvantitativt opplegg kunne innebære en registrering av rekruttering, kursing og lignende i et stort antall kommuner og kunne slik gi et representativt bilde av kommune-Norges foreløpige svar på reformen. Men en slik tilnærming ville gi liten innsikt i hvilke vurderinger som gjøres på det kommunale plan, og hvordan de tenker seg den videre utvikling. Jeg valgte derfor å bruke kvalitativ metode, fordi den er mer åpen for ny informasjon. Kvalitativ metode gir en mer induktiv tilnærming, hvor målet er at forutinntatte holdninger eller operasjonaliserte begreper i minst mulig grad skal begrense hvilken informasjon undersøkeren samler inn (Jacobsen 2005). I praksis er dette ikke mulig å oppnå, også jeg hadde gjort meg opp noen meninger om Samhandlingsreformen på forhånd, som jeg tok med meg da jeg skulle samle inn data. Jeg ønsket å vite hvordan oppstarten av Samhandlingsreformen oppleves blant kommunale ansatte i helsesektoren, og da spesielt de som jobber på sykehjem. Selv om hjemmesykepleien også er kraftig berørt av reformen, ble jeg nødt til å ta et valg for å avgrense arbeidet.

Tidsrommet for undersøkelsen er 1. januar 2012 til 1. april 2012. Min undersøkelse har en intensiv design med bruk av små-N-studier. Ved små-N-studier velger man ut bare noen få enheter, ofte ikke mer enn fem eller ti. Derfor blir det mulig for forskeren å gå i dybden på hver enhet (Jacobsen 2005). Denne type undersøkelse velger enheter fra ulike kontekster, i mitt tilfelle fra tre ulike kommuner og ett sykehus. Fokuset er rettet mot et spesifikt fenomen, nemlig innføringen av Samhandlingsreformen, men det belyses fra forskjellige ståsteder. Ved å variere med enheter fra ulike kontekster kan vi få en rikere beskrivelse av fenomenet enn hvis vi bare studerte én enkel case (Jacobsen 2005).

Jeg valgte å undersøke tre kommuner som har tilnærmet likt antall innbyggere. Innbyggertallet i disse kommunene varierer mellom ca. 2.500 og ca. 3.500. Det er med andre ord relativt små kommuner denne undersøkelse baserer seg på. Jeg har også intervjuet to personer på sykehuset som de tre kommuner sender hovedandelen av

pasientene sine til. Dette for å belyse kommunikasjonen mellom primær og spesialist helsetjeneste i denne første fasen av Samhandlingsreformen.

Intervjuene gjennomførte jeg sammen med studentkollega Gøran Tamminen, som også skriver en bacheloroppgave om Samhandlingsreformen. Dette fungerte veldig bra. Vi kunne forberede oss sammen, og utfylle hverandre under intervjuene. Vi kunne også fordele arbeidet med de praktiske tingene som å kontakte informanter, og det å skrive referater. Pga. dette har vi kunnet intervju flere enn vi hadde klart å gjøre hvis vi hadde jobbet hver for oss. Det har også vært lærerikt i den forstand at vi har kunnet diskutert mye sammen. Totalt har vi gjennomført seks intervju. På et av disse intervjuene var det to respondenter til stede. I helsevesenet har de ansatte travle arbeidsdager, og det er ingen selvfølge at de har mulighet til å sette av en time til intervju. Likevel har de aller fleste som vi kontaktet vært veldig positive, og de har ønsket å dele sine erfaringer med oss. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet 15. mars til 18. april 2012.

Intervjuguiden har en høy grad av strukturering. Minuset med dette kan være at intervjuet blir mindre samtalepreget. På andre siden var det viktig å samle data som ikke ble altfor komplisert å analysere. For meg som fersk undersøker var en strukturert intervjuguide et viktig hjelpemiddel for å sikre at vi skulle komme inn på de temaene jeg ønsket å belyse. Valget av intervjusted er viktig, siden konteksten intervjuet foregår i, kan påvirke innholdet i intervjuet. Dette kalles for konteksteffekten (Jacobsen 2005). Intervjuene foregikk på respondentenes arbeidsplass, og i de fleste tilfeller på et møterom. Jeg opplevde dette som et naturlig valg og det mest praktiske. Noen ganger ble intervjuet forstyrret av at respondenten ble oppringt, da må man prøve å få samtalen i gang på nytt. Ved å foreta intervjuet på respondentenes arbeidsplass, fikk vi også et innblikk i den hektiske arbeidsdagen til de som jobber i helsevesenet.

Respondentene ble spurt før vi satt i gang intervjuet, om de ville gi tillatelse til at samtalen ble tatt opp på lydfil. Bruk av opptak sikrer undersøkeren direkte, ordrette sitater, som kan gi undersøkelsen mer tyngde (Jacobsen 2005). Her var responsen veldig ulik. For noen var dette overhodet ingen problem, andre var mer skeptiske. Vi forklarte at vi kom til å bruke opptaket for å få en mest mulig korrekt gjengivelse av samtalen, og at vi skulle slette lydfilet med en gang etter at respondenten hadde godkjent referatet. Vi fikk ta opp fem av de seks intervjuene. Vi valgte å transkribere opptakene, noe som viste seg å være svært

tidskrevende. Lydfilene ble slettet etter at dette var gjort. Alle intervjuene varte rundt en time, med unntak av et, der vi intervjuet to respondenter samtidig, dette intervjuet varte i en og en halv time. På slutten av intervjuet ga vi respondenten mulighet til å ta opp tema som ikke kom til uttrykk gjennom intervjuguiden, men som kunne være viktig i forhold til reformen.

4.1 Etikk

I forskningsetikken forholder vi oss til tre grunnleggende krav til forholdet mellom undersøker og undersøkelsesobjekt: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2005).

Informert samtykke betyr at den som undersøkes, deltar frivillig, og er klar over hvilke positive og negative konsekvenser undersøkelsen kan ha. Jacobsen beskriver fire hovedkomponenter: kompetanse, frivillighet, full informasjon og forståelse. Den som undersøkes må være i stand til å bestemme seg for å være med i undersøkelsen, og deltakelsen må være frivillig, uten noen form for press.

Videre er det viktig at den som undersøkes får tilstrekkelig informasjon om hensikten med undersøkelsen på forhånd, og at han har forstått informasjonen (Jacobsen 2005). Jeg informerte mine respondenter på forhånd om formålet med undersøkelsen min, og hvilke spørsmål jeg ville fokusere på. Jeg tok direkte kontakt med dem jeg ønsket å intervju, for å være mest mulig sikker på at deltakelsen var frivillig. Jeg fant fram til aktuelle personer gjennom søk på kommunens hjemmesider, noen ganger fant jeg fram til intervjuobjektet mitt gjennom tips fra de jeg hadde kontaktet i første omgang. Respondentene har det til felles at de sitter i sentrale posisjoner, noen har lederfunksjon, og at de har mye kunnskap om Samhandlingsreformen. For alle respondentene gjelder at de har lang fartstid i helsevesenet, tre har mer enn 27 års erfaring, fire har mellom 4 og 15 års erfaring.

De som undersøkes har rett til et privatliv. Undersøkeren må ha innsikt i hvor sensitiv informasjonen er for den som blir undersøkt. Muligheten for at andre kan identifisere enkeltpersoner i datamaterialet er en trussel mot privatlivet til denne personen. Dette kan være et problem i den kvalitative metode, siden man da ofte har svært få undersøkelsesobjekter. Idealet er at de som undersøkes, skal kunne forbli anonyme (Jacobsen, 2005). Det er ikke alltid slik at undersøker og den som blir undersøkt har lik

forståelse av hvor sensitiv informasjonen som blir spurt etter er. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for at jeg skulle anonymisere de som ble intervjuet. Dette viste seg ikke å være nok for å kunne innfri kravet til privatliv. For å unngå at noen av mine respondenter kunne bli gjenkjent, har jeg derfor valgt å anonymisere både sykehuset og de tre kommunene jeg har undersøkt. Dette var nødvendig fordi det er snakk om små kommuner, hvor man er lett gjenkjennelig etter hva slags stilling man har. Det var også viktig for å få respondentene til å stille opp til intervju.

Respondenten har krav på å bli korrekt gjengitt. Dette betyr at undersøkeren må, i størst mulig grad, gjengi resultater fullstendig og i riktig sammenheng. Selv om det ikke er mulig å presentere resultatene i sin fullstendige sammenheng, er det noe undersøkeren må strebe etter. Man skal ikke bruke et resultat som er tatt ut av sin sammenheng, til å argumentere for noe som respondenten helt klart ikke har ment opprinnelig (Jacobsen 2005). For å oppfylle dette kravet har jeg sendt referat av intervjuet til respondenten, for å gi respondenten mulighet til å kommentere den. Noen har benyttet seg av denne muligheten ved å komme med presiseringer og/eller ytterlige opplysninger. Dette har vært en trygghet for min del, å vite at de data jeg skulle analysere var godkjent av respondenten. I denne respondentgodkjenningen ligger det også en validering av materialet.

5. Analysen

I analysen av hvordan de tre kommunene møter Samhandlingsreformens krav om mer aktivitet og kompetanse, vil jeg både se på kontekstuelle forhold ved de tre kommunene og trekk ved hva som er blitt gjort og hva som planlegges i det aktuelle tidspunktet. Av hensyn til anonymiteten skiller jeg ikke mellom respondentene fra en og samme kommune. Respondentene fra de tre undersøkte kommuner har alle sentrale stillinger i helse- og omsorgstjenesten tilknyttet kommunens sykehjem.

Analysen er bygget opp på bakgrunn av de fire tema som er presentert i intervjuguiden; kompetanseprofilen, kapasitet, kommunikasjon og hvordan respondentene opplever endringene grunnet Samhandlingsreformen. Disse fire tema danner hovedkategoriene i analysen.

Tabellen under gir en kort oppsummering av noen relevante trekk ved de tre kommunene:

	Kommune A	Kommune B	Kommune C
Antall respondenter	2	2	1
Antall innbyggere i 2011*	3.000	2.500	3.500
Korttidsavdeling på sykehjemmet	Ja	Nei	Ja
Reisetid til sykehus	Ca. 60 min	Ca. 45 min	Ca. 90 min inkl. ferge
Ant. utskrivningsklare pasienter kommunen ikke kunne ta imot fra 1.1.2012 til 15.3.2012	1**	< 5***	Ingen

*Disse tallene er avrundet av hensyn til anonymiteten.

**Kommunen har fått regning på overliggendager for denne pasienten, men skal klage på den.

***Har ikke eksakte tall, men det dreier seg om mindre enn fem pasienter.

5.1 Endringene etter 1.1.2012

Jeg vil innledningsvis presentere data om hvordan respondentene opplevde endringene etter innføringen av Samhandlingsreformen 1.1.2012.

Kommune B har ikke merket store endringer enda:

«Det er ikke noe endring for pasienten. Det er endring i betalingen. Vi gjør det samme som tidligere. Vi føler ikke at de blir skrevet ut tidligere.»(Kommune B)

Mens kommune A og C opplever en mye mer travel hverdag:

«Kaotisk, stort press, ting er ikke på plass fra kommunen og sykehuset sin side. Vi må sende hjem pasienter tidligere for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, dette har resultert i reinnleggelser.»(kommune A)

«Fryktelig travelt, jeg har ikke hatt koordinator på plass, og har derfor vært koordinator for hele kommunen i tillegg til jobben min her.» (kommune C)

«Det som er merarbeidet vårt er at legen sender flere pasienter hit istedenfor på sykehuset. Det har ført til økt trykk, av og til kjenner vi på at det er nesten nok. Det var ikke slik før. Det er ikke spørsmål om plass lenger, de bare kommer, og vi må finne en løsning. Ingen har vært en så vanskelig kasus at vi ikke har klart det.»
(kommune C)

Det er viktig å presisere her at kommune A har hatt en unormal travel start på året:

«Vi har ikke opplevd før at så mange pasienter ble lagt inn på sykehuset som i januar og februar 2012. Det måtte tas i bruk flere rom og vi måtte leie inn ekstra personale i denne perioden.»

Det samme gjelder for kommune C:

«Fire av våre ansatte har gått ut i permisjon. Så nå når jeg har det på det tøffeste, må jeg leie inn vikarer (utenlandske sykepleiere). De har jo kompetanse, men vi merker språkproblemene. Hadde jeg hatt den gjengen som var her i høst, så hadde dette her vært en helt annen situasjon. Pga. vikarene blir det et veldig stort trykk på oss som er igjen, og som skal passe på at alt går bra.»

Respondentene i kommune A og C opplever utfordringer i forhold til innleid arbeidskraft:

«Personalet som er innleid er assistenter som har lite kompetanse, det gjør ting vanskeligere for oss.»(kommune A)

«Utenlandsk arbeidskraft er en utfordring for oss, både holdningsmessig og språkmessig.»(kommune C)

Samlet sett ser vi at to av kommunene beskriver en klar økning i påtrykk og oppgaver som følge av Samhandlingsreformen. Det er interessant å merke seg at dette i et tilfelle tilskrives endret innleggingspraksis fra den kommunale legen (dvs. pasienten sendes på sykehjem heller enn til sykehuset). Samtidig som kommunene viser til økte utfordringer, er det også verdt å merke seg at en del av trykket skyldes interne forhold som ikke direkte er knyttet til Samhandlingsreformen, men som viser hvor sårbare små kommuner er.

5.2 Kompetanseheving som følge av Samhandlingsreformen

To av kommunene i denne undersøkelsen er deltagere i et samarbeidsprosjekt¹ mellom kommuner og sykehuset, som ble startet opp før innføringen av Samhandlingsreformen. Hovedmålet med dette prosjektet er å overføre kompetanse fra sykehus til kommunen gjennom utvikling av helhetlige pasientforløp. Prosjektet har stått for en stor del av kompetansehevingen i disse kommunene i forkant av innføringen av reformen:

«Prosjektet har hatt betydning. I prosjektet har man utarbeidet en mal som sier hva sykehuset skal gjøre, hva kommunen skal gjøre og pasienten får beskjed hva de kan forvente av behandling av hvem. Sykepleiere og ergoterapeut har hospitert på sykehuset i forbindelse med prosjektet. Nå vet vi for eksempel hvordan vi skal behandle lårbensbrudd. Tidligere kom disse pasienter ikke før etter 2 til 3 uker, nå kommer de til oss allerede etter 3 til 4 dager. Pasientforløpene vi har vært med i utarbeidelsene av, har overføringsverdi i forhold til andre pasientgrupper.»
(kommune A)

«Prosjektet gir mye utveksling av erfaringer. Det er kurs i pasientforløp og det er en fellesarena for disse kommunene for å utveksle informasjon. Deltagelse i prosjektet har hatt betydning for kommunens innsikt i hva samhandlingsreformen er, hvilke utfordringer vi står overfor, og hva som er positivt med en reform. Kommunen har forberedt seg mentalt på hva som ville komme. På grunn av prosjektet har vi fått mer informasjon.»(kommune B)

Kommune C har ikke vært med i samarbeidsprosjektet, respondenten føler likevel at de var godt forberedt på hva som ville komme:

«Vi har funnet vår egen løsning. Det er vel fordi vi ligger i en krok, det er ikke mange å samarbeide med. Det var lett for oss å finne en løsning, vi hadde rom, senger og møbler, og vi hadde mye kompetanse fra før. Vi har drevet "sykehus" lenge i denne kommune. Vi har gitt penicillin intravenøst så lenge jeg kan huske. Så vi har latt være å sende mange pasienter på sykehuset.»

¹ Av hensyn til anonymiseringen av de deltagende kommunene kan ikke dette prosjektet identifiseres med navn. Prosjektet er eksternt finansiert.

I kommune A står det rimelig bra til med kompetansenivået ifølge respondentene. De har utarbeidet en ny kompetanseplan med tanke på Samhandlingsreformen, og fått tildelt en ny stillingsressurs på 150 %, 75 % av denne ressursen er tiltenkt økning av sykepleiekompetansen. Men de opplever at det er vanskelig å få tak i kompetanse.

«Vi må ha nok kompetanse til å kunne ta oss av dårlige geriatriske pasienter. Ikke alle kan legge inn veneflod for eksempel. Vi har sykepleiere som utdannes til spesialsykepleiere innen rehabilitering i alderspsykiatri og psykiatri.»

Kommune B har fått økt stillingsprosent på 20 % som følge av Samhandlingsreformen. De merker at de mangler en del kompetanse:

«Vi holder på å utarbeide nye bemanningsplaner, med mer sykepleiekompetanse, fordi vi ser at kompetansen ikke er på plass. Men vi har rekrutteringsutfordringer i en liten kommune. Vi har ikke fått fylt opp alle ledige stillinger. Vi har ikke spesialsykepleiere, utover at to sykepleiere går videreutdanning. Per i dag har vi heller ikke hatt pasienter som har hatt behov for spesial kompetanse. Det er ikke alvorlig syke som kommer ut.»

Kommune C får en ny koordinator fra 1. mai, og en ekstra hjelpepleier til høsten. De har god kompetanse fra før og har satt i gang videreutdanning av sine ansatte:

«De siste ufaglærte, unntatt en, går fagarbeiderutdanning nå. Målet er at det ikke skal være ufaglærte her. Dette ble satt i gang lenge før reformen kom.»

Kommune C har god kompetanse fra før, men merker at de i noen tilfeller kan være usikker på sin egen kompetanse:

«Vi har fått en ny type pasienter. Jeg ser mer av det, sånne pasienter hvor jeg føler at det hadde vært godt å ha hatt dem på sykehuset istedenfor. Jeg synes det er vanskelig med hjertepasienter, og føler at vi ikke har alt på plass enda når det gjelder disse pasientene. Vi kvier oss ikke til å gå på en hjertestans, men vi må læres opp på utstyret.»

Samlet sett viser svarene at kommunene er aktive m.h.t. å skaffe seg nødvendig kompetanse. Det er også interessant å merke seg at for to av kommunene står deltakelse i et samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner og helseforetak sentralt i dette arbeidet.

5.3 Kapasitet

God kapasitet på korttidsavdelingen på sykehjemmet er viktig for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Her opplever respondentene at kommunen fremdeles har en del utfordringer:

«Korttidsavdelingen blir oppfylt med langtidspasienter, derfor har vi konstant pasienter på overbelegg. Det er en utfordring å begrense antall langtidspasienter. Det skjer reinnleggelser pga. at kommunen måtte skrive ut pasienter for å lage plass til utskrivningsklare pasienter som kommer fra sykehuset. En pasient som ble sendt hjem, ble senere reinnlagt. Dette kan ha vært uforsvarlig behandling, og det har blitt skrevet avvik på dette. Det er en utfordring å finne tid til å sette seg inn i situasjonen til pasienten, eldre har ofte sammensatte diagnoser, og trenger mye medisinering.»(kommune A)

Kommune B mangler korttidsavdeling, den er planlagt operativ i løpet av første halvåret i 2012. Kommune C har korttidsplasser på langtidsavdelingen, i tillegg har de opprettet en ny korttidsavdeling. Men de mangler personale på denne avdelingen, og kan derfor ikke begynne å drifte før 1. mai.

5.4 Kommunikasjon

Alle tre kommuner sier de opplever mer kommunikasjon med sykehuset enn før. Kommune A merker at kommunikasjon i form av papirmengde som sendes mellom kommune og sykehus har økt voldsomt.

«Jeg føler at kommunen og sykehuset ikke var forberedt på den store papirmassen som det ble. For meg er Samhandlingsreformen blitt en byråkratisk reform uten sidestykke. Vi må finne en annen måte å kommunisere på. God kommunikasjon mellom nivåene er kjempeviktig for at man skal lykkes med samhandlingsreformen.»

Kommune B mener at det er spesielt i forhold til kommunikasjon av informasjon om pasienten de opplever endringer etter 1.1.2012:

«Vi har fått større oversikt over pasientene, vi kan følge dem i hele forløpet. Tidligere kunne vi få en telefon om at pasienten var utskrevet uten at vi visste at han var blitt innlagt. Det er mer kommunikasjon og informasjon om pasienten.»

Kommune C merker også at de har fått større oversikt over pasientene:

«Det er kjempepositivt at vi nå vet at en pasient ligger på sykehuset. Hjemmesykepleie visste det før, men ikke vi på sykehjemmet. Nå vet vi hva vi kan forvente, vi kan forberede oss.»

Ifølge Samhandlingsreformen skal kommune og sykehus bli likeverdige beslutningstakere. Det viser seg at to av kommunene opplever at de til en viss grad føler seg overstyrt av sykehuset:

«Spesialisthelsetjenesten kan i grunn gjøre hva de vil. De kan ringe og si at nå sender vi en pasient hjem med drosje, og han skal ha disse tjenestene. Jeg har ikke hørt om pasienten før. Jeg skal ha 24 timers varsling. Jeg skal ikke ha varsling en time før drosjen kommer. Jeg føler ikke at vi er likeverdige partnere.»(kommune A)

«Vi fikk inn en utskrivningsklar pasient fra sykehuset. Avtalen mellom koordinator og sykehuset var at pasienten skulle komme 16.00, men sykehuset hadde bestilt ambulanse til klokken ett. Pasienten kom til et rom og møtte renholderen midt på gulvet. Personalet satt midt i rapport. Dette er illustrerende for problematikken. Vi føler at vårt behov ikke blir respektert.»(kommune A)

«Sykehuset legger et forløp som blir kjent for pasienten. Dette kan gi pasienten forhåpninger som kommunen ikke klarer å innfri. Dette gjør vår oppgave vanskeligere. Vi kunne tredoblet sykehjemsplassene i fjor dersom vi skulle fulgt sykehusets sine vurderinger og anbefalinger. Kommunen har selvstendig ansvar for å tildele tjenesten. Sykehuset har ikke den fulle og hele oversikten over tilbudet i kommunen. Man kan skreddersy mange tilbud. Dette må gjøres lokalt i kommunen.

Det er sentralt i samhandlingsreformen at disse to nivåene skal samarbeide og tilnærme hverandre. Det kan ta tid å få til en holdningsendring.» (kommune B)

Respondentene på sykehuset gir inntrykk av at de ser på kommunen som en likeverdig samarbeidspartner, og de har ganske god kunnskap om tjenestetilbudet i den enkelte kommune:

«Kommunen ønsker ikke at vi skal bestille et ønske om sykehjem til pasienten. Det ønsker kommunen å vurdere selv. Men kommunen ønsker at vi skal gi en retning, så får de gjøre en egen vurdering. Vi kjenner ganske godt til kommunene i nærområdet etter hvert. Vi vet for eksempel hvilke kommuner som kan ta imot en pasient i helgene. Hvilke kommuner som vil kunne gi pasienten en antibiotikakur intravenøst, slik at pasienten kan overføres tidligere, og ikke trenger å vente til han må over på tablett. Vi vet noe om sjansen på å få sykehjemsplass i kommunen. Og vi vet noe om innholdet og tilbudet som kan gis både på sykehjem, men også i hjemmet. Vi har relativt god kunnskap om hva vi kan forvente av kommunene. Det gjør det lettere å planlegge pasientforløpene.»(sykehuset)

Svarene tyder på at det i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner har utviklet seg et tettere kommunikasjonsmønster mellom de to forvaltningsnivåene. Det er nyanser i vurderingene. Noen opplever kontakten å være preget av gjensidig respekt og innsikt i hverandres forutsetninger for å kunne ivareta ulike pasientbehov. Samtidig ser vi at i to av kommunene er det klare erfaringer knyttet til overstyring fra sykehuset. Det framstår som problematisk at sykehuset skaper urealistiske forventninger hos pasientene til det tilbudet de kan få i kommunen.

5.5 Respondentenes holdninger til reformen

På spørsmålet om hva de personlig mente om utfordringene og mulighetene med Samhandlingsreformen svarte respondentene følgende:

«Det negative er at vi var lite forberedt på hva som kom. Det har ikke blitt gjort noen politiske vedtak for hvordan vi skal drive. Jeg mener at det er der det har

sviktet. Det er stort fokus på økonomi, pasienten kommer i andre rekke. Vi får hele tiden høre hva liggedager koster.»(kommune A)

«Jeg var veldig positiv før, men akkurat nå ser jeg ikke mye positivt med reformen. Jeg hadde lest gjennom reformen før den kom, men jeg ante ikke at det skulle bli så mye papirarbeid som det har blitt. For meg er Samhandlingsreformen blitt en byråkratisk reform uten sidestykke. På sikt når man får ting på plass tror jeg reformen vil være positiv for de fleste pasientgrupper, særlig de kroniske. Da får disse være i hjemkommunen. Vi er helt i starten av reformen og ting kan være vanskelig i startfasen.»(kommune A)

Kommune B og C er mer positivt innstilt til reformen:

«Vi har mere kommunikasjon med pasienten nå enn tidligere. Vi er i gang med noe som vi anså som en mangelvare tidligere. Utfordringen er at utvikling av tilbud ikke skjer i takt med kravene som blir stilt til kommunen. Det følger ikke med noen ekstra ressurser for å utvikle tilbud. Så kommuner som har det trangt, kommer kanskje litt bakpå. Jeg tenker det vil være positivt for pasienten at det foregår kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom kommunen og sykehuset. At man kjenner på at vi har ansvar for samme pasient. Kompetanseheving i kommunen er også en bra ting. Etter at vi har kommet i gang ser jeg mer positivt ved reformen. Jeg tenkte det kunne bli utfordrende, kanskje mer enn det har vært. Negativt har vært at vi ikke har hatt oversikt over hvor stor reformen egentlig er. Veldig stor usikkerhet blant ansatte, det har stått forskjellig i avisene. Unødvendig uro kanskje, men det er det fortsatt.»(kommune B)

«Jeg synes det er veldig spennende, vi ser at mange ikke trenger å være på sykehuset så lenge. Pasienten skal fortrest mulig hjem igjen. Det er mye positivt ved det. De gamle demente pasienter slipper sykehuset, og kommer hit istedenfor for å få hjelp. Det synes jeg er positivt, og det har vi skjønt lenge. Vi er ikke på plass enda, men vi har 4 år til å komme på plass. Jeg jobber litt mot veggen fordi folk er sykemeldt, ellers hadde vi veldig mye på plass.»(kommune C)

Kommune A og C er enig om at oppgavene har blitt mer interessante pga. større faglige utfordringer grunnet Samhandlingsreformen:

«Positivt er at vi får mer interessante oppgaver. Etter å ha gått her i flere år kan man bli lei, det er mye av det samme.»(kommune A)

«Arbeidsoppgavene har blitt mer spennende. Hjelpepleierne er glade, de har blitt opplært på flere nye oppgaver, for nå var vi helt nødt til det.»(kommune C)

De to respondentene på sykehuset er enige i at reformen har ført til mer byråkrati:

«For hver reform som kommer blir det mer papir og mer ekstraarbeid. Det blir mindre tid til kontakt med pasienten og mer tid til skjema. Tanken bak reformen er nok den jevne helsearbeider enig i. Når det gir utslag i merarbeid i form av mer papirarbeid, uten at fotfolket får mer ressurser er det synd. I sum er vi litt betenkt om dette gir pasienten bedre kvalitet, faktisk, og opplevd. En av de største utfordringene i norsk helsevesen er dataprogram som ikke snakker sammen. Det som jeg har merket meg som positivt er at kommunene tar et større ansvar for sine egne innbyggere. De er raskere på banen med å gi tilbud videre. Jeg synes dialogen med kommunene, og kommunenes engasjement har blitt positivt styrket. Det positive med reformen er at den tar sikte på at man skal komme tidligere inn i pasientens sykdomsforløp. Negativt er at det skjer på en slik måte at sykehusene tappes for ressurser og samtidig gis mer ekstraarbeid og byråkrati. Det kommer nok til å bli en utfordring for enkelte kommuner å ta imot utskrivningsklare pasienter. Man bør styrke det interkommunale samarbeidet.»

Respondentenes vurdering av Samhandlingsreformen er nyansert: De fleste har tiltro til at dette blir en god reform på sikt, og de verdsetter muligheten til å få mer interessante oppgaver. Samtidig er de gjennomgående negative til det de oppfatter som byråkratiserende trekk, stadig mer ressurser bindes opp til papirarbeid og tungvinte kommunikasjonsmåter.

6. Hvordan har kommunene møtt Samhandlingsreformens forventninger om økt aktivitet og kompetanseheving?

Det viser seg at Samhandlingsreformen har satt i gang store endringer i de tre undersøkte kommunene. Respondentene ser nødvendigheten med reformen og de er positivt innstilt, men mener det er negativt at de var dårlig forberedt på endringene.

Det er viktig å merke seg at undersøkelsen tar for seg oppstartfasen av reformen. Pasientstatistikk for 2,5 måneder kan gi et skjevt bilde av utfordringene de tre kommuner står ovenfor. I tillegg hadde to av kommunene ekstra store utfordringer de første måneder etter innføringen, uten at disse kan settes i direkte forbindelse med Samhandlingsreformen.

På spørsmålet om i hvilken grad kommunene har satt i gang tiltak for å øke kompetansenivået, viser det seg at et eksternt finansiert samarbeidsprosjekt har vært viktig for to av kommunene. Alle tre kommuner har gjort tiltak for å øke kompetansen, alle tre har også fått, eller får nye ansatte som følge av Samhandlingsreformen.

Kommune C som er lengst unna sykehuset, har klart seg godt og respondenten fra denne kommune var veldig positiv til reformen. De var også godt forberedt, grunnen kan være at de har vært nødt til å klare seg selv før også, pga. den store avstanden til sykehuset. Denne kommune opplevde heller ingen problemer ved kommunikasjonen med sykehuset, de følte seg heller ikke overkjørt.

De tre kommune har forskjellige utgangspunkt. De opplever forskjellige utfordringer på bakgrunn av dette.

Kommune A og C har vært flinke til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette har gitt dem utfordringer i forhold til kapasitet og kompetanse.

Den minste kommunen har benyttet seg av en motsatt strategi. De er mer restriktive i forhold til hvilke utskrivningsklare pasienter de tar imot. De mangler korttidsavdeling, og er derfor valgt å betale overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter.

Tydlig var at partene ikke var godt nok forberedt på virkningen av reformen, mye er ikke på plass enda, og det påvirker mestringsfølelsen blant de ansatte. Likevel er de fleste positivt innstilt til reformen, de legger også vekt på at reformen gjør arbeidsoppgavene

deres mer interessante, noe som gjør det mer motiverende. «Stemningen» som jeg omtalte innledningsvis viser seg å være positiv for det meste. Det som overskygger den på en negativ måte er merarbeidet pga. at helsevesenet mangler gode dataprogram for å takle mengden med kommunikasjon som Samhandlingsreformen har ført til. Hvis dette hadde vært på plass før reformen ble satt i verk, hadde det vært sørget for mer positiv oppslutning om reformen blant de ansatte.

Dersom vi ser resultatene av undersøkelsen i lys av de tre organisasjonsteoretiske perspektivene, så synes flere av disse å ha forklaringskraft. Mye av aktiviteten i oppstartsfasen framstår som målrettet i forhold til å hindre at kommunene får ekstrakostnader knyttet til å ha ferdigbehandlede pasienter på sykehus. Denne aktiviteten lar seg plassere under et instrumentelt perspektiv. Samtidig ser vi flere eksempler på at kommunenes verdigrunnlag og tradisjoner har betydning for hvordan de møter reformen. Særlig tydelig er dette for ”utkantkommunen” som er vant til å klare seg selv. Når det gjelder myteperspektivet er det vanskelig ut fra de data jeg har, å ta stilling til hvor fruktbart det er. Her kunne en videre undersøkelse av det omtalte samarbeidsprosjektet være relevant: Hvilke forbilder skapes gjennom denne konstruksjonen? Er det sykehusets måte å tenke pasientforløp på som her eksporteres til det kommunale nivået?

Når det gjelder spørsmålet om hvilken type kompetanse kommunene vektlegger å bygge opp, er mine data for grove til å gi detaljerte svar på dette. Men hovedbildet synes å være en vektlegging og volumøkning av sykepleiefaglig kompetanse. Sett i lys av teorier om kompetanse, synes det dermed å ha blitt lagt vekt på formalisert kompetanseheving. Kompetanseheving øker de ansattes mestringfølelse, men det viser seg at også rutinerne ferdigheter er viktige for at ansatte skal føle seg trygge på sin egen kompetanse. Eksemplet fra kommune C om usikkerhet angående hjertepasienter viser dette. De innehar rett formell kompetanse, men de er usikre fordi de ikke har rutinene helt på plass.

Litteraturliste

Christensen, Tom, Per Læg Reid. Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartement. 2008. *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld.nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Lunde, V. (1998) "Hva er kjernekompetanse" I Nordhaug, O. (red) *Strategisk personalledelse*, Tano Aschehoug, 1998.

Olsen, Trude Høgvold (2012): *Kapittel 8: "Kompetansebehov og kompetanseutvikling" i Torsteinsen, H. (red.) Resultatkommunen*. Universitetsforlaget (under utgivelse)

Nettsider som er brukt i oppgaven:

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64
http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&&(lest 14.5.2012)

«Samhandlingsreformen» i korte trekk

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3128548.ece>(lest 29.4.2012)

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter FOR-2011-11-18-1115

http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20111118-1115.html&emne=medfinansiering*&&(lest 14.5.2012)

Samhandlingsreformen i kortversjon

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>(lest 30.4.2012)

Nytt fra 2012 i helse- og omsorgssektoren

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/nytt-fra-2012-i-helse--og-omsorgssektore.html?id=667911> (lest 14.5.2012)

Kommunehelsa statistikkbank

<http://khs.fhi.no/webview/> (lest 16.5.2012)

Vedlegg

Intervjuguide

Formålet med denne undersøkelsen er å se på hvordan kommunen håndterer utfordringene som innføringen av samhandlingsreformen bringer med seg.

Jeg vil fokusere på de følgende spørsmålene:

- Beskriv kommunens kompetanse per i dag. Hva er sterke og svake sider?
- Kapasitet- og kompetansemangler som kan ha betydning for mottak av utskrivningsklare pasienter.
- Kjennetegn ved kommunikasjonen mellom sykehus og kommunen. Hva er sterke og svake sider?
- Vurdering av Samhandlingsreformen så langt. Hva er positivt, hva er negativt?

Spørsmålene:

Innledende spørsmål

1. Har du noen spørsmål ang dette intervjuet, har du blitt intervjuet før?
2. Din stillingsbetegnelse er?
3. Hvor lenge har du jobbet i primærhelsetjenesten?
4. Få bekreftet hvilke avdelinger kommunens omsorgtjenester består av, kapasitet.
5. Ca. hvor mange utskrevne pasienter har dere behandlet siden 1.1.2012? Hvor mange utskrevne pasienter har dere måttet betale for (4000 per døgn)?
6. Hvordan vil du beskrive endringene etter 1.1.2012?

Spørsmål om kompetanse

7. Hvor har kommunen per i dag best kompetanse? Hva er dere god til, hva mangler dere? Kan dere håndtere svært syke pasienter, og rehabilitering? Og hvor mangler de kompetanse? Har kommunen spesialsykepleiere og kreftsykepleiere? God legedekning? Kan du beskrive kompetanseprofilen i kommunen? Forholdet mellom sykepleiere/annet helsepersonell og ufaglærte? Har dere blitt flere ansatte det siste halvåret?
8. Finnes det noen gang tvil om kommunen har rett kompetanse til å ta imot en pasient? I tilfelle tvil, hva gjør dere da?

9. Når kommunen ikke klarer å ta imot utskrevne pasienter, er det da fordi de ikke har kapasitet/plass eller rett utstyr, eller fordi de ikke har rett kompetanse?
10. Hvordan fungerer kommunikasjonen mellom kommune og sykehus angående pasienten, er det en mulighet for at det kan oppstå misforståelser eller andre problemer? Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunen. Mener du at sykehuset tar hensyn til hvilken kompetanse som finns ut i kommunen når de skriver ut pasienter?
11. Hva ser du som det mest positive ved samhandlingsreformen? Tror du reformen kan ha negative konsekvenser for noen pasientgrupper?
12. Har deltakelse i samarbeidsprosjektet hatt betydning for hvordan kommunen takler utfordringene, og på hvilken måte?

Spørsmål til spesialisthelsetjeneste

1. Er du kjent med forholdene i den aktuelle kommune du skriver pasienten ut til?
2. Må du ta hensyn til hvilke kommunen du skriver ut pasienten til?