



Handelshøyskolen BI

ORG 20005 Leadership in Action

Term paper 60% - W

Predefinert informasjon

Startdato:	06-09-2021 09:00	Termin:	202210
Sluttdato:	03-06-2022 12:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	P		
Flowkode:	202210 10197 IN04 W P		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Stig Hamre, Camilla Tuyet Rygh

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Dynamisk ledelse og organisering av helsetjenesten - Basert på samhandlingsreformen - Et kvalitativt studie av Sykehuset i Vestfold og Telemark og Sandefjord kommune
Naun på veileder *:	Anne Brit Swanberg

Inneholder besvarelsen Nei **Kan besvarelsen** Ja
konfidensielt **offentliggjøres?:**

materiale?:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 8
Andre medlemmer i gruppen:

Prosjektoppgave i Leadership In Action

- **Dynamisk ledelse og organisering av helsetjenesten -
Basert på samhandlingsreformen**
 - **Et Kvalitativt studie av Sykehuset i Vestfold og
Telemark og Sandefjord kommune.**



Innhold

1.0 Sammendrag.....	3
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Kontekst - kort om sykehuset i Vestfold.....	7
1.4 Kontekst - kort om Sandefjord kommune	8
2.0 Teori:	9
2.1 Indre og ytre motivasjon	9
2.2 Endringsledelse og innovasjon.....	10
2.2.1 Endringsledelse.....	10
2.2.2 Innovasjon	11
2.2.3 Dynamisk ledelse og Organisasjonskultur	11
2.4 Kunnskapsdeling	12
2.5 Samhandlingsteori – mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.....	12
2.5.1 Samhandlingsutfordringer mellom sykehus og kommune	13
2.6 Det juridiske aspektet	15
3.0 Metode.....	16
3.1 Valgt av metode.....	16
3.2 Datainnsamling.....	17
3.3 Styrke og svakheter	18
4.0 Resultater / funn og analyse	19
4.1 Fiskediagram – utfordringer og muligheter.....	19
4.1.1 Økonomi	20
4.1.2 Lovpålagte krav	22
4.1.3 Pasient	22
4.1.4 Teknologi – innovasjon	23
4.1.5 Dynamisk ledelse og kompetanse	24
5.0 Drøfting	24
5.1 Økonomi	25
5.2 Lovpålagte krav.....	26
5.3 Pasient.....	26
5.4 Teknologi - innovasjon	27
5.5 Dynamisk ledelse og kompetanse.....	28
6.0 konklusjon og anbefalinger	29
6.1 Funn og konklusjoner	29
6.2 Hvorfor er god samhandling viktig?.....	30
6.3 Tiltak og forslag til videre forskning.....	31

7. 0 Referanser	32
8.0 vedlegg	38
8.1 Intervjuskjema	38
8.2 Grafisk fremstilling av svar fra intervju	42

1.0 Sammendrag

Temaet i denne oppgaven er dynamisk ledelse og organisering av helsetjenesten, basert på samhandlingsreformen. Samhandling mellom spesial- og kommunalhelsetjenesten har vært et aktuelt tema og utviklingsområdet i mange år. Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023, påpeker at Helsetjenesten i Norge, står ovenfor store utfordringer i årene som kommer. *Det er særlig knapphet på arbeidskraft som setter begrensninger.* Vi har undersøkt hvordan samhandlingen, mellom Sykehuset i Vestfold (SiV) og Sandefjord kommune, har fungert.

Vi har benyttet semistrukturert spørreundersøkelse, for å kartlegge dagens samhandling. Undersøkelsen er blitt gjennomført, gjennom en-til-en intervju med 10 ledere på sykehuset og i 10 ledere i kommunen, samt gjennom egne erfaringer og observasjoner av samhandlingen.

Vi har benyttet fiskediagramskjema, som ett sentralt arbeidsverktøy i utredningsfasen for å kartlegge nå situasjonen, identifisere målsetninger og prioriteringer, i det videre arbeidet.

Funnene i undersøkelsen viser en generell oppfatning av, at det er en god samhandling mellom institusjonene. Det benyttes elektronisk informasjonsutveksling, men den bærer preg av tidspress og i stor grad av silotenkning. Partene kjenner for lite til hverandres utfordringer og «nå» situasjon, og det er kommunikasjonsproblemer begge veier. Dette bidrar til dårlig kunnskapsdeling, mangelfull informasjonsutveksling, og mye dobbeltarbeid. Det er liten eller ingen læringseffekt. Feil og avvik blir ikke delt med hverandre og faren for å gjenta samme feil er stor.

Det kommer også frem at pasientene er i liten grad involvert i behandlingsforløpet, og de opplever mange ganger, manglende relevant informasjon, om videre behandling. De blir ofte forespeilet av sykehuset, et «urealistisk» oppfølgingsforløp i kommunen.

Både ansatte på SiV og i kommunen, opplever at «de på gulvet» ikke blir involvert i planleggingen eller i de store linjene. Kommentar fra en respondent var *«hadde vi visst om at det var et møte hvor vi kunne komme med innspill så hadde vi helt sikkert kunne bidratt. Problemet er at vi snakker ikke sammen, og vi blir ikke inkludert»*. Dette i kombinasjon med svært krevende arbeidsoppgaver og stort tidspress, fører til mangel på kvalifisert kompetanse/personell, høyt sykefravær, stor turnover og manglende motivasjon og mistrivsel.

Hovedfunn:

Samhandlingen mellom SiV og Sandefjord kommune må forbedres. Økt forståelse for hverandres målsetninger/arbeidsoppgaver vil bidra til dette. Mange ledere har generelt for lite kjennskap til samhandlingsreformen og hvordan den er ment å fungere, spesielt ledere i kommunal sektor. Reformen er ikke tilstrekkelig forankret i organisasjonen, og er ikke kommunisert tydelig ut til alle ansatte.

Overføring av arbeidsoppgaver fra SiV, til kommune, har ført til et kunnskaps gap. For å ivareta pasientsikkerheten og et helhetlig pasientbehandlingsforløp, er det behov for opplæring i nye arbeidsoppgaver i kommunen.

Kommende eldrebølge og et stadig større press på helsesektoren, forutsetter en dynamisk ledelse som er fleksibel, innovativ og tverrfaglig. Dette vil bidra til å redusere kostnader, dobbeltarbeid og høyt sykefravær og stor turnover.

1.1 Bakgrunn

En bærekraftig helsetjeneste, må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi, som samfunn, har mulighet til å stille til rådighet - både i dag og i fremtiden. Det er særlig knapphet på arbeidskraft, som vil sette begrensninger. *En bærekraftig helsetjeneste forutsetter at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen til de ansatte, på en best mulig måte, og løser oppgavene så effektiv som mulig* (Innst. S 255 (2019-2020)). Ledere i helsetjenesten må ta føringen med å få mest mulig helse per krone. Motivasjon og trivsel er viktige faktorer, i en bærekraftig helsetjeneste. Ikke minst for å opprettholde en kontinuitet på arbeidsplassen. Forskning, viser, at en arbeidsplass, hvor de ansatte opplever høy grad av mestring, besitte riktig kunnskap, og har mulighet til en stor grad av individuell autonomi, fører til økt motivasjon. Kuvaas, (2006).

Hvorfor ønsker vi å se på dette? Gjennom egne erfaringer, både fra spesial- og kommunehelsetjenesten, har vi opplevd, at denne samhandlingen i praksis, blir utført ulikt. Samhandlingsreformen, er et lovpålagt krav, men hvordan fungerer egentlig dette samarbeidet? Vi har sett, at det er liten grad av standardisering og det er dårlig med kunnskapsdeling, blant institusjonene, særlig i kommunal sektor.

Vi er to studenter, ved handelshøyskolen BI, som ønsker å undersøke, om det kan være mulig å forbedre dagens samhandling mellom sykehus og kommune. En av studentene har de 12 siste årene arbeidet, som spesialsykepleier og avdelingsleder, på sykehus og i kommunen. I løpet av denne tiden, har studenten, opparbeidet seg god innsikt og forståelse, for hvordan helsesektoren drives. Den andre medstudenten, har de siste 25 årene arbeidet som leder i ulike sektor. Han er utdannet Siviløkonom, og har deltatt i og vært ansvarlig for en rekke endringsprosesser og ulike samhandlingsreformer, i privat sektor.

På grunn av oppgavens størrelse og omfang har vi ikke tatt med begrepsavklaringer, i denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

I 2012 ble Samhandlingsreformen innført, basert på erkjennelsen om, at helse- og omsorgstjenestene, var blitt for fragmentert, og var i ferd med å bli for kostbar. Reformen, hadde til formål, å bedre folkehelse- og omsorgstjenestene.

Samhandlingen, mellom spesialist- og primærhelsetjenesten måtte forbedres. (Norges forskningsråd, (2016).

Tjenestetilbudet skulle svare på pasientens behov for koordinerte tjenester, og samtidig svare på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. *Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.* (St.meld. nr. 47 (2008-2009). Reformen skulle tilrettelegge for forebyggende tiltak fremfor å reparere. De ulike leddene i helsetjenesten skulle samhandle bedre og tjenestene skulle være tilgjengelige der folk bor. Flere av oppgavene skulle gradvis overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. De økonomiske insentivene skulle understøtte den økende oppgaveløsning, og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Overføring av arbeidsoppgaver, skulle skje, i begge retninger. De økonomiske virkemidlene i reformen skulle stimulere til bedre helseeffekter, gjennom «riktig» bruk av ressursene, og sykehusene. Norges forskningsråd, har på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, evaluert, hvordan samhandlingsreformen har fungert. En evaluering, som har hatt et samlet budsjett på 41 mill kroner, og en varighet på 5 år (2011-2016). Erfaringen viste, at dårlig koordinerte tjenester, resulterte i dårlig tjenester, og lite effektiv ressursbruk.

Resultatet av evalueringen er at, samhandlingen mellom kommuner og helseforetak er generelt er godt og konstruktivt. Men kommunene, opplever fremdeles en forskjell i styrkeforhold og likeverd, i forhandlingene og i samarbeidet. Det er fortsatt sykehuslegene, som har definisjonsmakten, i vurdering og beslutning, om en pasient er utskrivningsklar, uten å involvere medisinsk kompetanse på kommunesiden.

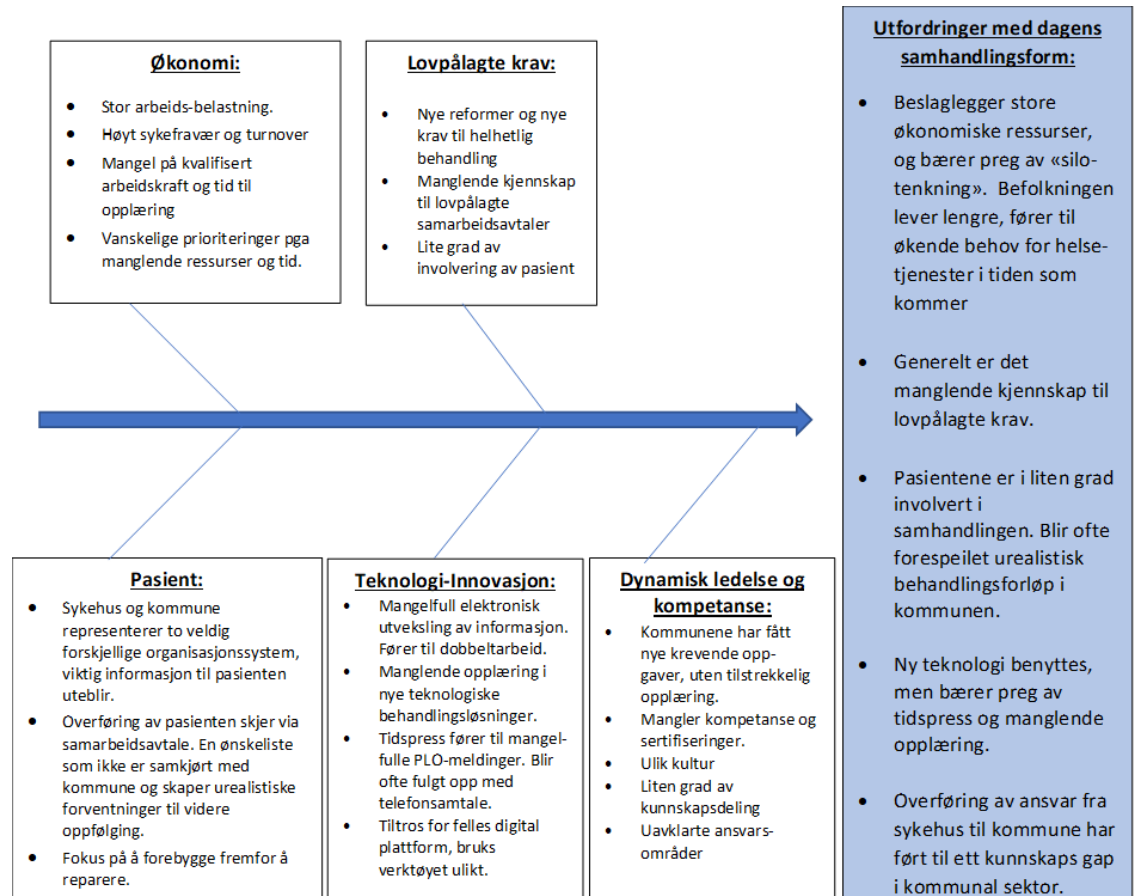
Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter, har i stor grad blitt påvirket av reformen. Liggetiden på sykehuset, har gått kraftig ned (en ønsket effekt). Samtidig har antall reinnleggelser økt betraktelig, noe som ikke var tilsiktet. Statstilskuddene til kommunene har også ført til en signifikant vekst i kommunenes budsjett for pleie og omsorg.

Et av de overordnede målene for reformen var å utvikle en mer helhetlig styrt helse- og omsorgstjeneste.

Utfordringer med samhandlingsreformen

- Desentralisering, fører til store variasjoner på lokal oppfølging, koordinering og rekruttering av kompetanse.
- Stor variasjon på pasientens mulighet til å påvirke behandlingen.

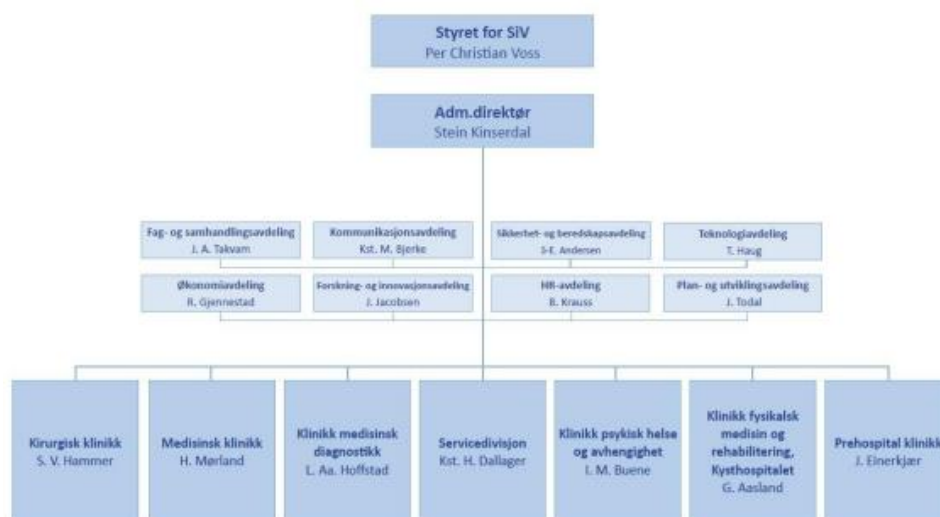
Figur 1. Fiskebensdiagram – illustrerer utfordringer med dagens samhandlingsform for pasienter fra spesial- til primærhelsetjenesten.



1.3 Kontekst - kort om sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold HF (SIV) er et helseforetak eid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ), og gir spesialisthelsetjenester primært til befolkningen i Vestfold.

Opptaksområdet ved ut-gangen av 2020 er et befolkningsgrunnlag på ca. 238.000, fordelt på 6 kommuner.



(Figur 2.)

**Figur hentet i fra Årsmelding 2020, Sykehuset i Vestfold HF*

I 2020 hadde helseforetaket i gjennomsnitt 5 331 ansatte, og utførte i alt over 300.000 pasientkontakter i somatikk, I tillegg utførte sykehuset 153.000 pasientkontakter i psykisk helsevern og rusbehandling. (Sykehuset i Vestfold, 2021)

1.4 Kontekst - kort om Sandefjord kommune

Sandefjord kommune er en kommune i Vestfold og Telemark fylk, med 64.943 innbyggere (2022), og er med det den 14 største kommunene i landet. (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Kommune har per 2021 528 plasser på institusjon og bofelleskap. I tillegg har kommunen 475 omsorgsboliger på bo og servicesentre. Kommune opplever press på plasser på institusjonene, men at kapasiteten per i dag er tilstrekkelig for å gi et forsvarlig tilbud. Kommende eldrebølge vil imidlertid føre til et stort behov for økt kapasitet på hjemmetjenestene.

I 2017 bestilte kommunene en utredning av PricewaterhouseCoopers (PWC) for å kartlegge fremtidig behov for Pleie og omsorgs tjenester (PLO-tjenester).

Sandefjord kommune, ønsket å kartlegge hvordan kommunen ligger an i dag, i forhold til andre kommuner, når det gjelder kapasitet og kostnader, med dagens helsetjenestemodell, og hvilken kompetanse, som kreves i fremtiden. Rapporten avdekket, at andel potensielt yrkesaktive (yngre enn 67 år og eldre enn 20år) er fallende, i forhold til andelen eldre. Utviklingen er såpass dramatisk, at dagens tjenestemodell, ikke vil være bærekraftig i fremtiden. Mangel på kapasitet og

riktig kompetanse (kvalifiserte helsearbeidere), fører til økte utfordringer, ved samhandling med spesialhelsetjenesten. (PricewaterhouseCoopers, 2017).

2. 0 Teori:

For å få en bedre forståelse for hva som generelt påvirker samhandlingen på SiV og i Sandefjord kommune, har vi tatt for oss følgende teori, i dette kapitlet. Indre og ytre motivasjon, endringsledelse og innovasjon, kunnskapsdeling, samhandlingsteori og det juridiske aspektet.

2.1 Indre og ytre motivasjon

Forutsetning for et godt samarbeid, er felles forståelse og like motiv for overordnet mål. Essensielt, at de ansatte er motivert og at de ønsker å delta aktiv i det som skal utføres. I et godt samarbeid, er motivasjon og trivsel avgjørende. I avsnittene under, vil vi belyse ulike typer av motivasjon, og hvilke faktorer som spiller inn.

Indre motivasjon; Atferd, som blir utført på bakgrunn av indre belønninger.

Dette kan være, interesse, glede, oppnåelse av utført arbeid, kompetanse og den tilfredsheten som man føler når man utfører arbeidsoppgaver. I helsevesenet kan dette være gleden /tilfredsheten over å kunne behandle en syk pasient.

Ytre motivasjon; Atferd, hvor drivkraften til å utføre arbeidsoppgaven, kommer fra ytre belønninger. I arbeidslivet, er denne motivasjonen, basert på at arbeid til hvert enkelt menneske blir utført, for å oppnå de ytre belønninger, som bonus, lønn, karriere, osv. Ytre motivasjon viser motivasjon som er knyttet opp mot resultatet av utførelsen og ikke selve utførelsen av arbeidet (Kuvaas & Dysvik, 2020).

Når ansatte i helsevesenet blir syke, og det er behov for ekstra personell på vakt, opplever vi, at det ofte er den ytre motivasjonen, i form av overtidsbetaling/ekstra lønn, som er den «virkelige» motivasjonen. Spesielt når den ansatte, i utgangspunktet, mangler motivasjon/er overarbeidet. Kuvaas & Dysvik, (2020) hevder, at dersom organisasjonen er opptatt av å unngå høy turnover, kan det være lurt å prioritere å bygge opp den indre motivasjon hos medarbeiderne i organisasjonen.

2.2 Endringsledelse og innovasjon

Endring handler om mer enn bare teori og praksis. Det innebærer også, at mennesker har behov for å tro, og å finne en mening. Det å tro på, at man er på vei mot noe bedre, og en tro på, at noen kan lede dem dit, er viktig, for en vellykket endringsprosess. Endring, er et grunnleggende tema i en menneskelig og organisatorisk adferd. Likevel motstår ofte enkeltpersoner endring (Joshi, 1991).

Endringsledelse, er høyaktuelt, innen spesialisthelsetjenesten, på grunn av prioriteringer og forvaltning av knapphet på ressurser, både med tanke på menneskelige- og økonomi ressurser. St.mld 7- har satt innovasjon på dagsorden, med fokus på et nyskapende og bærekraftig Norge.

2.2.1 Endringsledelse

Kotter (1995), studerte endringsprosesser i over 100 bedrifter, og trekker frem to hoved konklusjoner. Vellykkede endringsprosesser, går igjennom flere faser, hvor hver fase tar tid. Kritiske feil i en fase vil forplante seg til neste fase og vil føre til redusert endringseffekt. Videre identifiserte Kotter 8 hoved årsaker til at endring ikke lykkes.

En av disse, er manglende forankring i organisasjonen, for behovet for endring, og er grunnen til at over 50% av alle endringsprosesser mislykkes. En annen hoved årsak er, manglende kommunikasjon av visjonen, eller at visjonen ikke var tydelig nok kommunisert ut. Dette vil igjen bidra til ulikt syn på hva som skal gjøres, hvem som har ansvar for hva og når. Dette kan være en av årsakene til at sykehus og kommune har ulikt syn på hvordan samhandlingen skal gjennomføres. Vi vil komme nærmere tilbake til dette i kap. 5, drøfting.

Ledelsen, må engasjere seg med frontlinjeansatte, og skape en felles forståelse for hvorfor endringen er nødvendig. Ledelsen må også belyse, hva disse endringene innebærer, og hvordan de vil påvirke den enkelte. En god endringsleder klarer å ufarliggjøre og overbevise om, at endringsprosessen ikke er noe negativt, men snarere en mulighet for å utvikle noe nytt og noe positivt.(Klemsdal, 2021). I vårt eksempel, er samhandlingsreformen, en positiv endring for pasientene og for de som samhandler med hverandre. Generelt kan man si at det er behov for en

endring, når det er et avvik mellom måten vi er organisert på, og det som omgivelsene krever, (Kværner, 2020).

2.2.2 Innovasjon

Kværner, (2020), definerer innovasjon som: fornyelse, nyskaping, forandring, nye produkter, tjenester eller produksjonsprosesser. Kværner, sier, at innovasjon er *«hvordan vi etablerer gode samspill, som skaper nødvendig trygghet, og samtidig gjør oss i stand til å fornye oss og gjennomføre endringer, som utfordrer arbeidsform og behovet for arbeidskraft.* Dette gjelder også for helsesektoren.

Morgensdagen omsorg, forutsetter samarbeid mellom stat og kommune, samarbeid mellom ansatte og ledere, mellom tjenesteyter, brukere og pårørende. En forutsetning for nytenkning og innovasjon er, at ansatte sees på som medspillere og ressurser. Endringsprosesser, som ikke er forankret hos de ansatte, blir sjeldent vellykket. Regjeringen, mener dette er et ledelsesansvar, og anbefaler kommunene å ta innovasjon og kompetanse inn som egne tema i planene for helse- og omsorgssektoren, som del av det helhetlige kommuneplanarbeidet. Framtiden byr på utfordringer som skaper behov for å sette kommunene bedre i stand til å drive nyskaping og innovasjon på en systematisk måte. (St. meld. nr. 47).

2.2.3 Dynamisk ledelse og Organisasjonskultur

De alle fleste organisasjoner har konkrete mål, men for den enkelte medarbeider eller utenforstående, er ikke disse like lett å oppdage. Medlemmer av organisasjon, kan være enige i de felles grunnleggende mål, men ikke nødvendigvis i hvordan de skal prioriteres. En leder har en viktig rolle for å skape en felles virkelighetsforståelse, hvor målene kommer klart frem. (Sewerin, 2012).

Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St.11 2015-2016). fastslår, at ledere i helsevesenet, har fire typer ansvar:

Strategisk ansvar, kontinuerlig vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.

Driftsansvar, helhetlig ansvar for resultater innenfor fastsatte rammer.

Personalansvar, ansvar for alle faggrupper i virksomheten/avdelingene, sikre at arbeidsmiljø, og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene, som skal løses.

Kommunikasjonsansvar, Sikre god kommunikasjon og informasjon, internt og eksternt. Dette for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati.

2.4 Kunnskapsdeling

Kunnskap er blant de mest sentrale begrepene, og temaene innenfor filosofisk epistemologi og erkjennelsesteori. Spørsmål om hva kunnskap er, og hvordan man må gå frem for å sikre seg kunnskap, har opptatt filosofer igjennom hele den vestlige tenknings historien. (Store Norske leksikon, 2022).

Filstad, (2016) hevder, at for å kunne dele kunnskap, forutsettes at medarbeiderne, er i direkte relasjon med hverandre. Dette kan gi grunnlag for positive, sosiale relasjoner, og samtidig etablere en felle forståelse, for hvilken kunnskap, som er viktig i organisasjonen. Ikke bare kan deling av kunnskap, bidra til et konkurransefortrinn. Det kan også gjøre arbeidsplassen mer attraktiv. Samtidig, kan kunnskapsdeling, være en krevende og usikker prosess. (Klev & Levin, 2021). Den kan utløse erkjennelse av, at det er interessekonflikter, som må tas tak i, eller motvilje til å dele kunnskap, blant de ansatte. Det er viktig å være klar over hvilke forhold, som kan skape hindringer, for deling av kunnskap, og etablere en forståelse, for hva som gjør at organisasjonsmedlemmer ikke er villige til å dele kunnskapen, seg imellom. Målet er å gjøre hverandre sterkere, fremfor å dyrke den enkelte ansatte.

2.5 Samhandlingsteori – mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Norge er et av de landene i OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) som bruker mest offentlige helsekroner per person. Det er bare USA, som bruker en større andel, per innbygger, av sitt BMP, på helsetjenester. (St. meld. Nr. 47, 2008-2009). I St. meld. nr. 47, påpeker daværende helseminister, B. Hanssen, *vi må bli flinkere til å styre de nye pengene, som kommer inn i helsetjenesten.* Påstanden hans var, at mye penger brukes feil. Norske helsetjenester, møter ikke fremtiden, ved å bruke mere penger feil. Man må våge å tenke nytt. Fokuset bør være, å forebygge, fremfor å reparere.

Insentivet må være å sørge for økonomiske virkemidler, som kan sette kommunene i stand til å levere bærekraftig helsetjeneste som innbyggerne trenger. Basert på disse utfordringene ble samhandlingsreformen lansert i 2012.

2.5.1 Samhandlingsutfordringer mellom sykehus og kommune

I følge St.Meld.nr 47, (2008.2009). Samhandlingsreformen rett behandling- på rett sted- til rett tid. Slår reformen fast at kommunikasjon mellom helsepersonell fortrinnsvis skal være elektronisk. Målet er, at alle sykehus og kommuner, skal benytte elektronisk kunnskapsdeling. Dette skal bidra til en mer effektiv og sikker samhandling for pasienter, som forflyttes mellom sykehus og kommune. (Innst. S nr. 165, 1994-1995).



Figur 3. Illustrerer samhandling og pasientoppfølging mellom spesial- og primærhelsetjenesten

Pleie og omsorg melding (PLO- meldinger) er et kommunikasjonsverktøy mellom sykehus og kommune, som omhandler pasientenes behov for helsetjenester. PLO- meldinger, omfatter flere standardiserte meldingstyper, som understøtter fasene; innleggelse, utredning, behandling og utskrivning ved et sykehusopphold. I tillegg, finnes det dialogmeldinger, for mer løpende, interaktiv samhandling. (Repstad, 2014).

I avsnittet under, vil vi illustrere hvordan dette fungerer i teorien. (Norsk helsenett, 2022).

1. Ved innleggelse:

«Melding om innlagt pasient» sendes til sykepleiertjeneste eller helsetjeneste.

«Innleggesrapport» - er svar på innlagt pasient.



Figur 4. PLO-melding mellom sykehus og kommune.

Dersom pasienten ikke allerede er bruker av kommunale helsetjenester ved innleggelse, sendes «Helseopplysninger» som første melding til Saksbehandling. «Helseopplysninger» skal sendes innen 24 timer på alle som mottar, eller har behov for kommunale helsetjenester.

2. Under oppholdet

Ved behov for avklaringer, eller ytterligere opplysninger, kan «Forespørsel» og «Svar på forespørsel» benyttes. Meldingene kan sendes flere ganger, i løpet oppholdet. Dersom det er endringer i helsetilstand, eller behov for nye eller endrede tjenester, skal oppdaterte «Helseopplysninger» sendes.

3. Når pasienten er utskrivningsklar

«Melding om utskrivningsklar pasient» sendes når pasienten er utskrivningsklar, og har, eller skal ha helsetjenester fra kommunen. Meldingen, besvares av kommunen, med tilbakemelding på utskrivningsklar pasient, og tidspunkt for når kommunen kan ta imot pasienten. Her er det lokale avtaler som regulerer svarfrister. «Avmelding for utskrivningsklar pasient» sendes, dersom pasienten likevel ikke kan reise.

4. Ved utskrivelse

Ved utskrivelse, og før pasienten reiser, sendes «Utskrivningsrapport»

«Epikrise» sendes til henvisende lege, og tjenesten som eventuelt skal følge opp pasienten, etter sykehusoppholdet. Meldingen, sendes før pasienten reiser hjem. «Melding om utskrivet pasient» sendes til kommunen, når pasienten reiser fra sykehuset.

Gittell, (2013), presiserer hvor viktig det er, å bryte ned siloer og å komme sammen fra hver sin side av «bobla» for å dele kunnskap. Et godt samarbeid

mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten forutsetter, at partene vet hva den andre gjør, og forstår viktigheten av det. Det er ikke tilstrekkelig, bare å ha kjennskap til egne oppgaver. *Jeg må dele «mine mål og du må dele dine»*, først da er det mulig å få til et fruktbart samarbeid, poengterte hun. Kunnskapsdeling gjennom PLO-meldinger, viser hvor viktig det er å dele riktig informasjon med hverandre, for at pasienten skal få en helhetlig behandling, på en trygg og god måte.

I empiri kapittel 4 vil vi ta for oss hvordan disse PLO-meldingen fungerer i praksis.

2.6 Det juridiske aspektet

I senere tid, har det kommet en rekke nye reformer, som har hatt til hensikt, å møte den økende graden av spesialiserte og fragmenterte helse- og velferdstjenester. Reformene, skulle legge til rette for, en rettslig regulering, på helse- og velferdsområdet, for å sikre en samordnet helsetjeneste.

I §1-1 i lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

I § 1-2 i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene:

Kommune skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Målet er å forebygge fremfor å reparere, gjennom kunnskapsdeling og tilrettelegging for økt trivsel og velvære.

I §1 i lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonell loven):

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten.

I St. meld. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Stortingsmeldingen, gir en retning og ramme for utvikling av spesialhelsetjenesten, og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste, på en bærekraftig måte. *Pasientens stemme, skal bli hørt – både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. Det gjør det krevende å forene ønsker og muligheter, innenfor ressursrammene vi har til rådighet. Det er særlig knapphet på arbeidskraft, som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. En bærekraftig helsetjeneste, forutsetter derfor, at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig, og løser oppgavene så effektivt som mulig.* Hovedtemaene i stortingsmeldingen er samhandling mellom kommuner og helseforetak, psykisk helsevern, bruk av teknologi og digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester.

3. 0 Metode

I dette kapittelet vil vi redegjøre for vårt metodevalg og hvorfor vi har valgt å benytte kvalitativ metode, og semistrukturert intervju. Ved valg av metode har vi tatt stilling til, hva skal undersøkes? Hvilke form er dataen? Er dataen kvalitativ eller kvantitativ?

3.1 Valgt av metode

Datainnsamlingen er blitt gjennomført ved hjelp av semistrukturert intervjuer av mellomledelsen på sykehus Vestfold og Telemark (SiV) og i helse og omsorg tjenesten i kommune (Sandefjord kommune). Hensikten er å få frem muligheter og utfordringer i dagens samhandlingsform, basert på helhetlig pasientoppfølging.

Kvale & Brinkmann, (2017) påpeker at denne metoden er egnet når man ønsker å utvikle nye teorier, ønsker informasjon om avdelingen, eller helhetlig forståelse av innhold i et fenomen, av en situasjon eller av et individ.

Oppen, Mørk & Haug, (2020) sier at kvalitativ metode bygges på fenomenologiske og hermeneutiske teorier. Fenomenologiske viser til teorier om erfaring som mennesker innehar, i dette tilfelle lederes erfaringer og hermeneutisk

teori, kan brukes til å legge vekt på tolkningen av tekster, både fra intervjuer og teorier, og tekster fra tidligere funn og forskning.

Respondentene, er valgt med tanke på å få ett representativt utvalg for dagens samhandling mellom SiV og Sandefjord kommune. Vi har intervjuet 10 ledere på sykehuset og 10 ledere i kommune. Dette for å få et vektet utvalg, som kan generaliseres. Med tanke på oppgavens størrelse og begrensninger, er ikke pasienter intervjuet i denne undersøkelsen.

3.2 Datainnsamling

Data kan man samle inn på ulike måter, (Oppen, Mørk & Haug, 2020). Enten ved å oppsøke respondentene, ringe dem, sende i post eller ved å benytte internett. I vårt tilfelle har vi valgt å oppsøke respondentene i fysiske møter, med åpne intervju, med en-til -en samtaler.

I forkant av intervjuene, ble den enkelte respondent kontaktet per mail, for deretter å bli fulgt opp med en telefonsamtale. Bakgrunnen for dette, var å oppnå en høyes mulig svarprosent på respondenter, som ønsket å stille fysisk i et en-til-en intervju. I mailen redegjorde vi for hvem vi er, hva vi jobbet med, hva undersøkelsen går ut på og hva vi ønsket å oppnå med denne undersøkelsen. Det ble presisert at alle besvarelser ville være anonymisert. Målet med undersøkelsen var å avdekke evt. mønster/trend, og ikke hva den enkelte svarte. Det ble også signert en konfidensialitetsavtale i forkant av intervjuene.

I den strukturerte delen av intervjuet, benyttet vi oss av en intervjuguide, for å kunne styre respondentene i ønsket retning. I tillegg, gav intervjuguide oss muligheten til å følge opp interessante temaer, som dukket opp underveis i samtalen. Farstad & Jevnaker, (2019), *kommunikasjon mellom mennesker skjer både med et mangfold og et kroppssignaler og verbal*. Det var viktig å skape en sosial kontakt mellom intervjuobjekt og intervjuer. Vi søkte derfor en dialog hvor våre respondenter ville oppfatte samtalen som interessant og hyggelig. Vi ufarliggjorde også selve intervjuet, gjennom å tydelig kommunisere hva som var intensjonen med intervjuet, og hva det skulle brukes til. Vi presiserte også, at intervjuet var taushetsbelagt og at respondentene ville forbli anonyme.

Vi tok for oss to dager på sykehus i Vestfold og to dager i Sandefjord kommune. Transkriberingen ble gjort like etter at intervjuene var gjennomført. Dette for å

sørge for, at de inntrykkene vi fikk, var ferske, og for at verdifull informasjon ikke gikk tapt.

Et funn vi gjorde under intervjuprosessen var at noen av respondentene, ikke ønsket å avdekke «manglende kjennskap» til enkelte spørsmål. For å få «riktige» svar, måtte vi ufarliggjøre spørsmålene, når dette skjedde. Kommentarer som, «*det finnes ingen riktige svar*» bidro til å skape trygghet, og at respondentene åpnet seg mer.

Innhenting av Sekunder data (tidligere forskning/undersøkelser), er gjort i samarbeid med Bibliotekar på BI. Her fikk vi mange nyttige tips om nyttige søkermetoder, og hjelp til å kartlegge tidligere arbeid på området. Ettersom BI, ikke er den institusjonen, som har størst vekt på helsefaget, har vi benyttet andre institusjoner, for å innhente mer informasjon om helsefag generelt.

3.3 Styrke og svakheter

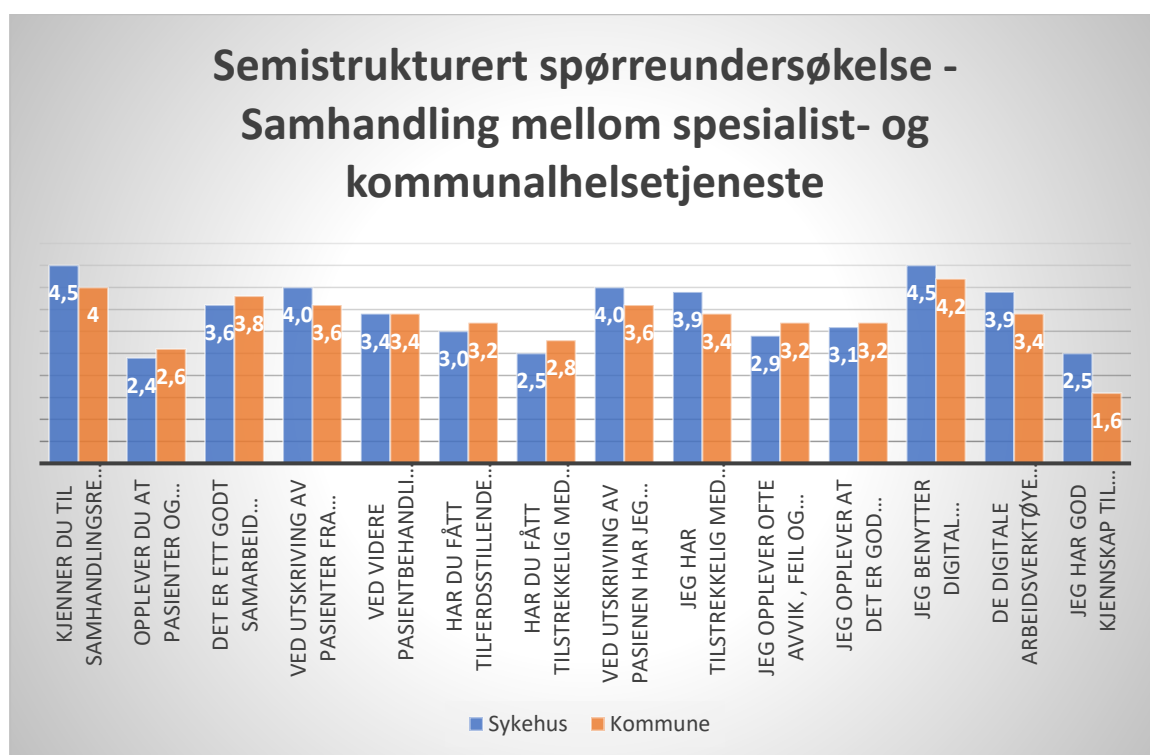
Vi har vurdert, at datainnsamlingen vår, har bidratt med valid data, som er relevant for problemstillingen vår. Respondentene, både i spesialist- og primærhelsetjenesten kan generaliseres for helsetjenesten i Norge. I litteraturen skilles det mellom begrepsvaliditet, indre og ytre validitet. Begrepene, sier noe om, hvor godt undersøkelsen måler det vi ønsker å måle. (Oppen, Mork & Haus, 2020).

Styrken til Semistrukturert intervju, er at denne metoden, bidrar ofte til at respondenten, føler seg trygg. Intervjuet oppleves som en samtale, og ikke som et avhør. Undersøkelsen er konkret, og har en fast mal, som oppleves som strukturert og er lett å forstå. Dette bidrar til at intervjuet oppleves som seriøst og profesjonelt. (Oppen, Mork & Haus, 2020). Samme spørsmål gir likt grunnlag for alle respondentene og det er lett å sammenligne og systematisere materialet.

Svakheten ved bruk av semistrukturert intervju, er at standardisering kan føre til at viktig informasjon faller bort. «*Du får bare svar på det du spør om*». Intervjuer kan bli for låst i de spørsmålene som stilles, og bidrar ikke til å avdekke andre mulige, relevante svar.

4. 0 Resultater / funn og analyse

Vi har stilt 16 spørsmål i undersøkelsen vår, som vist i figuren 5. Funnene viser at det er bred enighet om, at innføring av samhandlingsreformen, var en nødvendig, for å møte fremtidens krav. Og innføring av elektronisk kommunikasjonsutveksling og kunnskapsdeling, er avgjørende, for å oppnå god samhandling. SiV, fremstår, som den aktøren, som er mest fornøyd med samhandlingen, og er også den førende part. Sandefjord kommune, på sin side, opplever fremdeles, at det er en skjevhet i maktfordelingen. De har der et ønske om å bli mer involvert, når viktige slutninger skal fattes. De opplever også at SiV bidrar til å gi pasienter og pårørende, for store forventninger, til videre pasientoppfølging i kommunen. Evaluering av samhandlingsreformen utført av Forskningsrådet, (2016), viser, at pasienten er delvis uteblitt i utformingen av samhandlingen, og at de fleste beslutningene, blir bestemt direkte mellom sykehus og kommune. Dette er i strid med pasients rett til medvirkning (pasientrettighetsloven § 3-1), og pasienten er i den sammenheng «glemt».

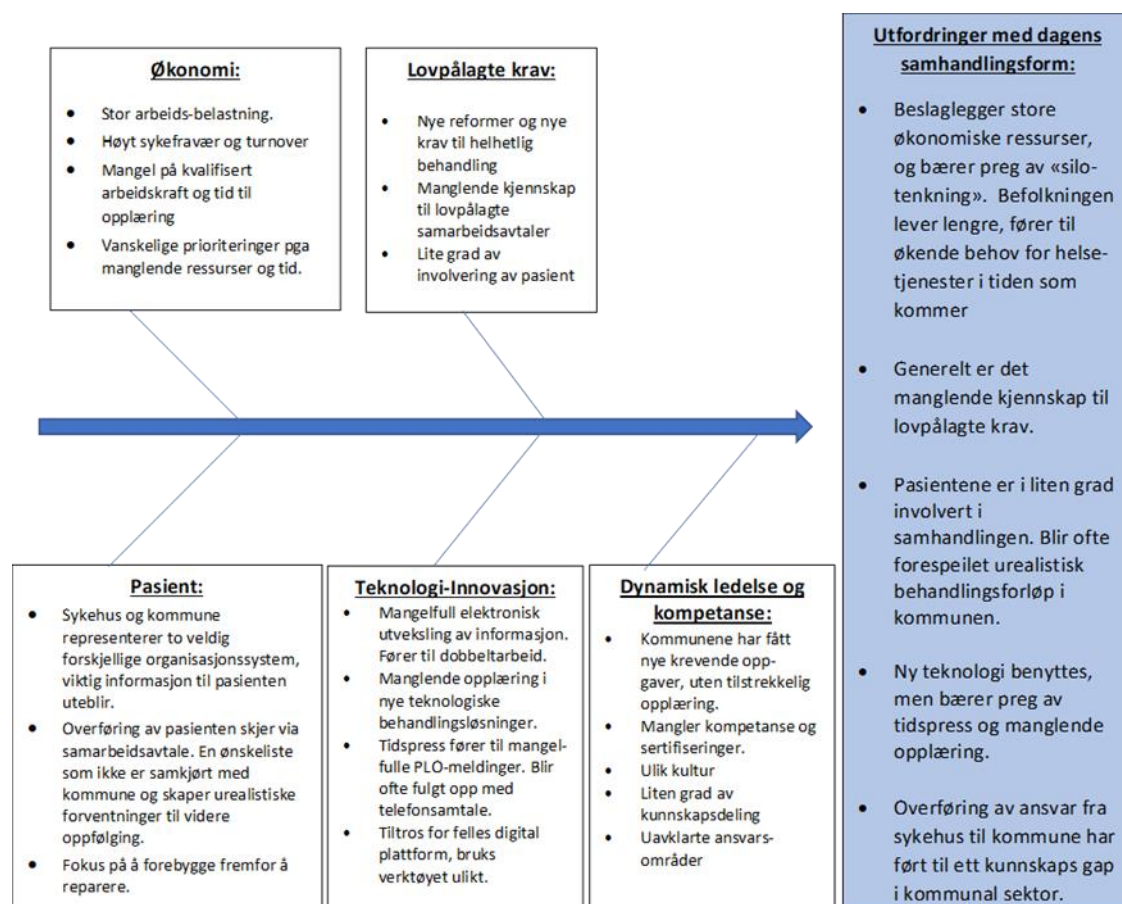


(Figur 5.) – Grafisk fremstilling av svar fra intervju - (vedlegg 8.2).

4.1 Fiskediagram – utfordringer og muligheter

Resultatene og funnene er belyst ved hjelp av figur 6. Fiskediagram viser utfordringer med dagens samhandlingsform, mellom Spesialisthelsetjenesten

(Sykehuset i Vestfold og Telemark) og primærhelsetjenesten (Sandefjord kommune).



(Figur 6.)

Fiskediagram – illustrerer utfordringene med dagens samhandlingsform for pasienter fra spesial- til primærhelsetjenesten.

4.1.1 Økonomi

Både SiV, og Sandefjord kommune, opplever i dag et stort arbeidspress, høyt sykefravær og stor turnover. Mangel på kvalifisert arbeidskraft har bidratt til ytterligere belastning.

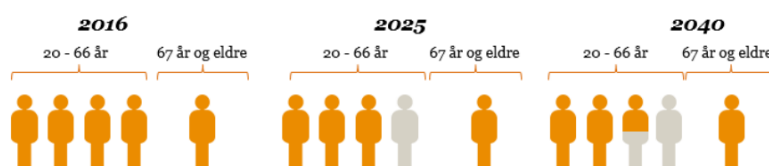
Helsetjenesten beslaglegger stadig større andel av Norges samlede ressurser. St. meld. Nr.7 (2008-2009) påpeker at Norsk Brutto Nasjonal Produkt (BNP) per innbygger er høyt sammenlignet med andre land.

I 2012 ble Samhandlingsreformen innført, basert på erkjennelsen, om at helse- og omsorgstjenestene, var blitt for fragmentert, og var i ferd med å bli for kostbar.

Ifølge respondentene, har ikke denne reformen gått helt som planlagt. Stadig flere arbeidsoppgaver er blitt overført til Sandefjord kommune og statstilskuddene har økt. Det som er problematisk, er at det ikke satt av nok tid og ressurser til å kunne

gjøre kommunene i stand til å ta på seg de nye og krevende arbeidsoppgavene. Mange ansatte har ulikt syn på hvordan denne samhandlingen skal skje, og bærer preg av silotenkning.

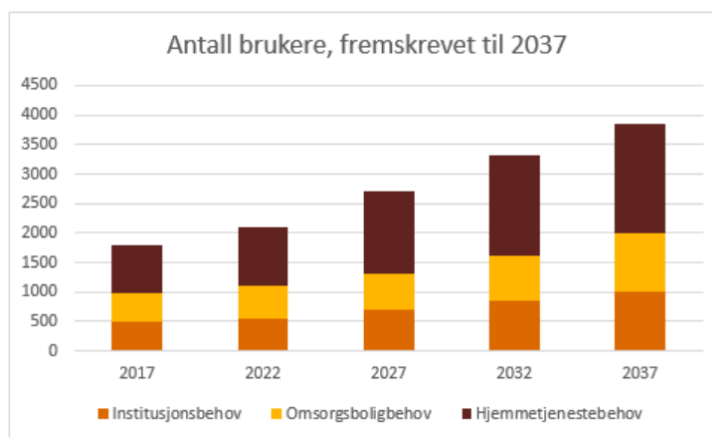
Befolkningen lever stadig lengre, og det vil være et økende behov for helsetjenester i tiden som kommer. (Meldt. St. nr. 29, 2012-2013). I Sandefjord kommune viser befolkningsframskriving fra SSB, at antall innbyggere over 67 år, øker mer enn den resterende del av befolkningen. Spesielt gjelder det personer over 80 år, og økningen skjer især etter 2022.(www.bedre kommune.no).



Figur 7. Andelen potensielt yrkesaktive i Sandefjord kommune

Færre potensielle yrkesaktive (yngre enn 67 år og eldre enn 20 år), betyr færre skattebetalere per pleietrengende. Utviklingen er såpass dramatisk, at dagens helsetjeneste modellen ikke vil være bærekraftig i tiden som kommer.

I 2017 inngikk kommunen en avtale med Pricewaterhouse Coopers (PWC), et utenforstående konsultentselskap, om å kartlegge dagens og fremtidige helsetjeneste situasjon. Funnene i rapporten, avdekket, at veksten i antall helsetjenestebrukere, fordelt på institusjonsplasser, omsorgsboliger og mottakere av hjemmetjenesten, vil mer eller mindre eksplodere. Fra om lag 1800 brukere i 2017 til mer enn dobling i 2037, med 3.800 brukere.



Figur 8. Antall brukere av helsetjenesten, fremskrevet til 2037.

Sandefjord kommune, hadde i 2017, et driftsbudsjett på Pleie og omsorgstjenesten, på ca. 745 millioner. Dersom befolkningsframskrivningen til SSB, ble lagt til grunn, ville kostnadene øke til 1.200 millioner kroner, i 2030. Kostandene for pleie og omsorgstjenesten vil med andre ord øke, med hele 61%, innen 2030.

For å kunne møte disse utfordringene, har Sandefjord kommunen behov for flere ansatte i pleie og omsorgssektoren. Beregningene til PWC, viser, at det vil være behov for 600 nye årsverk, innen 2030. Dette vil koste ytterligere ca. 420 MNOK.

4.1.2 Lovpålagte krav

Samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenesteloven, forplikter kommuner og helseforetak, til å inngå samarbeidsavtaler, som et av flere virkemidler, for å oppnå bedre samarbeid. Kommunene har bare i liten grad benyttet seg av dette. Avtalene har ikke bidratt til vesentlig endring i opplevd samarbeid (Forskningsrådet, 2016). Respondentene i fra Sandefjord kommune, gir også uttrykk for at SiV, til tider overstyrer dem, og at de i liten grad blir involvert. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold eller økt likeverd, i forhandlinger og samarbeid. Fremdeles er det sykehuslegene, som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning, om pasienten er utskrivningsklar eller ikke. Medisinsk kompetanse på kommunesiden, blir ikke involvert.

For pasientene, representerer heletjenesten, en trygghet for at de blir tatt vare på ved sykdom, skader eller ved andre helsemessige behov. For at denne tryggheten ikke skal bli uthult, må pasienten oppleve helsetjenesten som tilgjengelig, og at kvalitet og servicenivå er tilfredsstillende. Det er også viktig at pasienter gis reell medbestemmelse i den behandling de får. Behovene for helsetjenester, og pasientenes krav til tjenesten, vil endres med tiden. Det er også viktig at både SiV og Sandefjord kommune fanger opp endrede behov og krav, og omsetter dette i en kontinuerlig forbedring av de tjenester som tilbys.

4.1.3 Pasient

Sykehuset og kommunen, representerer i sitt møte med syke eldre mennesker, to veldig forskjellige organisatoriske systemer. Sykehuset er et midlertidig tilholdssted for pasienter med «akutt» behov for diagnostisering og behandling, mens kommunen er stedet for «permanent» opphold og daglig omsorg.

Under intervju med respondentene, kommer det frem, at pasienten gir uttrykk for, at de opplever at kommunikasjonen, i stor grad, går mellom sykehus og kommune, uten å involvere pasienten. Når sykehus og kommune, utarbeidet en arbeidsrutine, som skulle bedre samhandling mellom partene, var pasienten i liten grad involvert. Dette har resultert i, at informasjonen til pasient, og pasientens egen mulighet til å påvirke behandlingsforløpet, er blitt redusert. (Norges forskningsråd, (2016).

Respondentene i Spesialisthelsetjenesten, meddeler, at dagens formelle rammene for overføring av pasienter, er etablert via samarbeidsavtalen. Dette er en ordning med betalingsvarsel, søknadsprosedyrer og Epikrise. Avtalen er utformet, som en «smørbrøddliste», hvor sykehuspersonalet, krysses ut for alle fremtidige behov, basert på pasientens nå situasjon. På mange måter er dette en «ønskeliste» som sendes til Sandefjord kommune.

4.1.4 Teknologi – innovasjon

IKT er et viktig virkemiddel, for å realisere mål om helhetlig samhandling i helse og omsorgstjenesten. Utgangspunktet for anvendelse av teknologi og samhandlingsløsninger, må baseres på hvordan pasientbehandling kan understøttes best mulig, gjennom tilgang til informasjon, som grunnlag for god diagnostikk, pasientbehandling og pleie. Innføring av IKT, må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på, for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring (Samhandlingsreformen, st.meld.nr.47, 2008-2009).

I 2010 innførte helse og omsorgstjenesten, pleie og omsorgsmelding (PLO-Meldinger). PLO-meldingene skulle benyttes som elektronisk kommunikasjonsverktøy mellom sykehus og kommune. Meldingene skulle legge til rette for bedre samhandling, og effektivitet i Helsetjenesten. (Direktoratet for e-helse, 2016).

Men hvordan har dette fungert i praksis?

I intervju med respondentene i fra SiV, opplever sykehuspersonell at rapport fra Sandefjord kommune, ved innleggelse av pasienten, til tider er mangelfull. Dette fører til dobbeltarbeid og at sykehuspersonell, måtte foreta nye vurderinger. Det er særlig medisinske opplysninger og omsorgsbehov som mangler.

Selv om det er lagt opp faste tidspunkt på døgnet, når kommunene skal informeres om utskrivningsklare pasienter (senest innen kl 14.00), fører tidspress og krevende

prioriteringer til, at disse fristene er vanskelig å holde. At både SiV og Sandefjord kommune, har vaktskifte kl. 15.00, forsterker dette tidspresset. I praksis bidrar dette til, at det tidvis blir gjort feil ved utskrivning av pasienter, og at PLO-Meldingen er mangelfull. Ved sein informasjon om utskrivbar pasienter, blir det ofte problematisk for Sandefjord kommune å ta imot dem. Dette kan ende med uønsket overligger døgn på sykehuset.

Mangelfull elektronisk kommunikasjon, fører til at SiV og Sandefjord kommune, følger opp den elektroniske kommunikasjonen, med telefonsamtaler. Problemet med dette er, at telefonsamtalene ikke alltid blir loggført og eller overlevert mellom vaktskiftene.

4.1.5 Dynamisk ledelse og kompetanse

I 2016, vedtok regjeringen den nye forskriften, om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som ble gjort gjeldene 01.januar 2017 (Lovdata, 2017). Hensikten med forskriften, var å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og til kvalitetsforbedring, både for pasient- og brukersikkerhet. Den skal også bidra til å sikre, at øvrige krav i helse- og omsorgslovingen, etterleves.

I Meld. St. 13 (2016-2017) presiseres blant annet, at det skal gå klart frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og hvordan det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten. For Sandefjord kommune, er det vanskelig å etterleve disse lovpålagte kravende. Grunnen til dette er at samhandlingsreformen, påfører Sandefjord kommune, stadig flere nye og krevende arbeidsoppgaver, uten å ha tilstrekkelig med tid til opplæring og kunnskapsoverføring. Høy turnover, mangel på kvalifisert helsepersonell, høyt sykefravær og en økende eldrebølge bidrar ytterligere til dette.

Vi opplever også at det er ulik oppfatning av arbeidsfordeling og overordnet mål mellom SiV og Sandefjord kommune, spesielt blant de på «gulvet».

5.0 Drøfting

I dette kapittelet har vi drøfte funnene vi har gjort i vår undersøkelse. Vi har intervjuet ledere på Sykehuset i Vestfold (SiV) og ledere i Sandefjord kommune. I tillegg til egen erfaring som ansatt. Videre er funnene knyttet opp mot etablert teoretiske perspektiver. Problemstilling er; «*Dynamisk ledelse og organisering av*

helsetjenesten – Basert på samhandlingsreformen.». Et kvalitativt studiet av Sykehuset i Vestfold og Telemark og Sandefjord kommune.

5.1 Økonomi

Forutsetning for gode og økonomiske helse- og omsorgstjenester skapes, når pasienten møter personell med høy faglig kompetanse, og det er god samhandling mellom sykehus og kommune. Et av våre spørsmål i undersøkelsen gikk på forståelse og bruk av Diagnoserelatert grupper (DRG), som et av flere styresystem i et pasientforløp. DRG, er et system, som både gir medisinsk og økonomisk informasjon, når pasienten skal følges opp. DRG, er et kodesystem som sier noe om hva behandlingen koster, og som skal legges til grunn for fordeling av ressurser. Det viste seg, at DRG-systemet, som styringsverktøy for økonomistyring, i liten grad var kjent og eller ble benyttet av operativt helsepersonell. Ingen av de forespurte respondentene, hadde kjennskap til, eller benyttet DRG-systemet. Selv om det er snakk om liv og helse, er det behov for å ha et økonomisk system, som fordeler kostnadene, og for at de ansatte skal ha et bevisst forhold til disse.

For å i møte komme økende krav, til stadig flere nye og krevende oppgaver, ble samhandlingsreformen innført i 2012. Reformen, skulle legge føringer på, hvordan de ulike leddene i helsetjenesten, skulle samhandle bedre, og tjenestene skulle være tilgjengelige, der folk bor. De økonomiske insentivene, skulle understøtte den økende oppgaveløsning, og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. *Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.* (St.meld. nr. 47 (2008-2009).

Det er ulikt syn på, hvor godt denne samhandlingen har lyktes. Fremdeles bærer helsesektoren, preg av silotenkninger og suboptimaliseringer.

Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter, har hatt betydelige styringseffekter, både tilsiktede og utilsiktede. Vår erfaring er, at liggetiden for sykehuspasienter, har gått kraftig ned, noe som var en viktig målsetning med reformen. Samtidig har antall reinnleggelser økt betydelig, noe som ikke var ønsket.

Befolkningen lever også stadig lengre, og det vil være et økende behov for helsetjenester i tiden som kommer.

5.2 Lovpålagte krav

I årene 1995-2005 innførte helsevesenet, flere viktige reformer. Mange av reformene, har hatt til hensikt å møte den økende graden av spesialiserte og fragmenterte helse- og velferdstjenester. Samhandlingsreformen ble innført i 2012, en omfattende reform, som hadde til hensikt, å redusere presset på helsetjenesten, gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende tiltak. Dette skulle gjøres gjennom å overføre et større ansvar til kommunalhelsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesteloven, forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler. Det er imidlertid små variasjoner i avtalene, som er inngått, og kommunene har bare i liten grad benyttet seg av muligheten til lokale tilpasninger, som loven gir rom for. Respondentene forteller, at SiV og Sandefjord kommune, også bare i liten grad benytter lovpålagte samarbeidsavtaler.

Under intervjuene, fremkommer det av respondentene, at det er stor ulikhet i kjennskap til samhandlingsreformen. Utsagn, som vi har *«hørt om den, men jeg vet for lite om den til at jeg kan si akkurat hva den går ut på, eller hvordan den skal fungere»*. Det kan tyde på at samhandlingsreformen ikke er godt nok implementert i organisasjonen. Dette gjelder både for Siv og for Sandefjord kommune.

5.3 Pasient

Dagens helsetjenester, betegnes, som et komplekst system under press, med mange overganger i et pasientforløp. Pasientenes sammensatte behov, krever sammensatt kompetanse og tjenester, på flere nivåer. Pasienter som skrives ut fra sykehus, til kommunale helse- og omsorgstjenester, representerer en spesiell sårbar situasjon. Pasienten blir liggende på sykehus og vente på kommunale omsorgstilbud. Evaluering av reformen, viser, at det også er en rekke organisatoriske utfordringer. Dårlig planlegging av pasientoverføring, og liten kjennskap til pasientens tilstand, fører til manglende kommunikasjon mellom sykehus og kommune. Det samme gjelder også kulturelle forskjeller mellom de ulike helsefagene, og mellom ansatte på sykehus/kommune. Videre viser både nasjonal og internasjonal litteratur, at det ligger et potensiale i det å bruke elektronisk kommunikasjon til å utveksle samhandlingsinformasjon.

Det forventes effektivisering, samtidig som at kvaliteten bevares og bedres, samt at nye organisatoriske løsninger utvikles. Ingstad, (2010) hevder, at helse- og omsorgstjenestene, må være innovative, for å løse utfordringene. Fremfor å gjøre mer og arbeide raskere, må nye arbeidsmetoder, eller samarbeidsformer innføres. Ingstad, (2010).

Det kommer frem av respondenter, en betydelig motsetning mellom SiV og Sandefjord kommune, med hensyn til at behandlingen skulle skje på lavest effektive omsorgsnivå. Hvor sykehuset, la vekt på at pasientene skulle få best mulig hjelpetjenester i kommunen, er kommunen, tydelig på krav om forsvarlige tjenester etter LEON-prinsippet. (Meld. St. 26, 2014-2015). Respondentene i kommunen, meddeler at «smørbrøddlisten» bidrar til, at sykehuset skaper store forventinger hos pasienter og pårørende, for videre behandling i kommunal helsetjeneste, etter utreise.

5.4 Teknologi - innovasjon

Helsetjenesten står ovenfor betydelige endringer: ny teknologi, ny kunnskap og krav om ny organisering. Helsetjenesten, stiller stadig tøffere krav til pasientorientering, effektivitet og koordinering, og det forventes at ny teknologi tas i bruk.

Den teknologiske utviklingen, kan bidra til betydelig effekt i form av økt kvalitet i pasientbehandlingen, og bedre ressursbruk. Samtidig fører den digitale utviklingen, til økte kostnader og behov for nye investeringer, for å henge med. Ikke bare økonomisk, men også behov, for kontinuerlig opplæring og kunnskapsdeling. (Krogh, Ichijo, & Nonaka, 2018). Dette kan oppleves utfordrende for helsepersonell og ledere i helseforetak, i samspill med pasientene, når en stadig må endre arbeidsrutiner og arbeidsformer. Helsemyndighetene strever samtidig med å tilpasse de nasjonale virkemidlene raskt nok, slik at mulighetene kan tas i bruk, innenfor gjeldende ressursrammer.

For å flytte spesialhelsetjenesten nærmere der pasienten er, skal helseforetakene i sin utviklingsplan, sette egne mål, for bruk av teknologi. St-meld 7 (2020-2023)

Respondentene hevder at mangelfull elektronisk kommunikasjon (PLO-Melding) fører til dobbeltarbeid. Når SiV opplever at Sandefjord kommune ikke har oversendt tilstrekkelig informasjon om innlagt pasient, må sykehuset stille en ny egen diagnose. Kommunen, må til tider etterspørre, og da gjerne via telefoni,

helseopplysninger som epikrise og medisineringsplan. Årsaken til, at det oppstår feil og avvik, kan skyldes mange krevende arbeidsoppgaver, kombinert med knapphet på tid og ressurser. En annen faktor, kan være, mangel på tilstrekkelig opplæring i nye teknologiske arbeidsmetoder. Gittel, (2013) hevder, at en faktor, som kan redusere samhandlingen, er manglende kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver, samt manglende forståelse for hva som er viktig, for å kunne løse disse. Dersom aktørene (SiV og Kommunen) generelt opparbeider seg en bedre forståelse til hverandres arbeidsoppgaver, vil dette kunne bidra til økt samhandling.

Professor Fosse, (2003) hevder at skal helsevesenet bli mer effektivt, forutsettes bedre planlegging, rasjonalisering av både drift og tjenester, og nye investeringer må være hensiktsmessige. Ny teknologi kan brukes til å gjøre helsetjenesten mer effektiv og forutsigbar, uten at det går ut over kvalitet og tilgjengelig.

5.5 Dynamisk ledelse og kompetanse

Vår personlige erfaring, samlet sett, er at følgende kriterier for en dynamisk ledelse, er avgjørende. Lederne må bruke «vi», og «ikke jeg», i sin terminologi. (Giæver, 2006). Ledelsen må i sine presentasjoner, være overbevisende, «at alt er mulig». Gode, dynamiske ledere, får frem det optimale potensiale hos sine medarbeidere. Viktig å ha klart for seg, at ledelse, er en prosess, ikke en posisjon. Det kan virke som at ledere på sykehus siden, ikke etterlever det. Dynamisk ledelse handler også om å delegere oppgavene, på optimalt vis. Fokus på god kommunikasjon mellom enhetene, er ekstra viktig. Behovet for, målet og gevinsten ved implementeringen av reformen, må synliggjøres for alle de ansatte. For å unngå unødvendig frustrasjon, foreslår vi møteaktivitet, der alle berørte parter, får komme med innspill. Dette ville være en vinn, vinn situasjon. Ledelsen vil slik kunne få mye relevant informasjon. Til syvende og sist, er det pasienten som skal være i fokus. Pasient spørreskjema, vil også avspeile eventuelle mangler. Ressursene er små, og fokus på Indre motivasjon, er svært vesentlig.

Overføring av stadig flere og krevende arbeidsoppgaver, fra SiV, til Sandefjord kommune, uten at kommunen har fått nok av tid og ressurser, har ført til et kunnskaps gap i kommunen. Kommunen har et stort antall ansatte, som mangler kompetanse og sertifisering, på de nye arbeidsoppgavene. Vi opplever, at det er ulik kultur i de to organisasjonen, og dette kan være en forklaring på ulike

fremtidige behov. Respondentene på SiV, hevder at personalet har tilfredsstillende kompetanse. Vår kartlegging tyder på, at ledere på SiV, generelt er mer fornøyd med personalets kvalifikasjoner, enn ledere i Sandefjord kommune. Motivasjonen blant respondentene på SiV, fremstår som bedre, og også med høyere grad av autonomi. Det tyder også på at SiV har vært flinkere til etterutdanning og kursing av helsepersonell, enn det de har vært i Sandefjord kommune.

I Sandefjord kommune er andelen ansatte, uten videreutdanning, betydelig lavere enn på SiV. Videre forteller respondentene, at rekruttering av kvalifisert personell, er spesielt krevende, og det er en betydelig høyere turnover. Per april 2022, er turnover-en på hele 40% (tall hentet fra Bo- og behandlingssenter i Sandefjord kommune, 2022). Vi opplever at det er en generell holdning blant helsepersonell, at det å arbeide på sykehus, er mer attraktivt, enn å arbeide i kommunen.

Økt samhandling mellom SiV og Sandefjord kommune forutsetter, felles forståelse for overordnede mål i hele organisasjonen. En dynamisk ledelse som tilrettelegger for kunnskapsdeling og et tverrfaglig samarbeid. Gjensidig respekt for hverandre, og med felles eierskap for oppgavene som skal løses. Tydeliggjøring av ansvarsområdet for de ulike organisasjonen, og benytte standardiserte digitale kommunikasjonsverktøy, som gir korrekt og tilfredsstillende informasjon.

6.0 konklusjon og anbefalinger

I dette kapittelet skal vi konkludere med hva vi har avdekket i undersøkelsen vår, og komme med forslag til tiltak, samt forslag til videre forskning.

6.1 Funn og konklusjoner

Gjennom kvalitativ metode med undersøkelsesskjema med en-til-en intervju av 10 ledere på SiV og 10 ledere i Sandefjord kommune, samt egne erfaringer og observasjoner, har vi innhentet kvalitativ data for Samhandlingen mellom sykehus og kommune. Disse dataene, er blitt vurdert opp mot tidligere forskning, aktuell teori på temaet og gjeldende lovverk.

Funnene i undersøkelsen, viser, at dagens Samhandling mellom SiV og Sandefjord kommune, ikke fungerer optimalt.

- **Økonomi:** Bruk av DRG-System, som styringsmiddel for økonomi, kunnskapsdeling og samhandling, blir i liten grad benyttet. Økonomistyringen, bærer preg av silotenkning og manglende forståelse for felles overordnet mål.
- **Lovpålagte krav:** Lovpålagt samhandling, skal skje, gjennom samhandlingsavtaler, mellom SiV og Sandefjord kommune. Disse blir i liten grad benyttet. Det er generelt for liten kunnskap blant operativt personell (både på SiV og i Sandefjord kommune) om hva som er avtalt, og hvordan samhandlingen skal skje.
- **Pasienten:** Etter pasientrettighetsloven ble innført §1-1 i lov av 2.juli 1999, har pasienten rett til å påvirke egen behandling. Da samhandlings-reformen ble utformet, ble pasienten på mange måter glemte. Det meste av kommunikasjonen går direkte mellom SiV og Sandefjord kommune.
- **Teknologi:** SiV og Sandefjord kommune utveksler informasjon gjennom digital kommunikasjon (PLO-meldinger). Disse er ofte mangelfulle, noe som fører til dobbeltarbeid og bruk av ekstra tid og ressurser. Bakgrunnen for feilene, vurderes å være manglende opplæring, kombinert med tidspress. Det er også ulik praksis på hvordan PLO-meldingene brukes/kommuniseres.
- **Dynamisk ledelse og kompetanse:** Dynamisk ledelse handler om å gå foran og vise vei. Gjennom dynamisk ledelse, bidra til, at de ansatte, har tro på, at man er på vei mot noe bedre, og lederes evne til å få ledet dem dit. Stadig overføring av flere og krevende arbeidsoppgaver fra SiV, til Sandefjord kommune, uten tilstrekkelig med tid og ressurser til opplæring, fører til et kunnskaps gap i kommunen. Ulikt syn, på overordnet mål og fordeling av arbeidsoppgaver, i kombinasjon med lav kompetanse, høy turnover og høyt sykefravær, bidrar ytterligere til dette. Det tyder også på manglende forankring av samhandlingsreformen, fra «topp til bunn», i hele organisasjonen, både på SiV og i Sandefjord kommune. Aktørene har ikke tilstrekkelig kunnskap eller forståelse for hverandres behov for informasjonsdeling, for optimal oppnåelse, av felles mål.

6.2 Hvorfor er god samhandling viktig?

Det forventes en stadig effektivisering av dagens helsevesen og av helse- og omsorgstjenesten. Kommende eldrebølge, mangel på kvalifisert arbeidskraft, og stadig nye og krevende oppgaver, forutsetter, at helsevesenet får ut mer helse for hver krone. God samhandling mellom de ulike aktørene i helsevesenet er helt

avgjørende, for å få et bærekraftig helsevesen, i tiden som kommer. Digitale hjelpemiddel, gode styringsverktøy og felles forståelse for overordnet mål, vil være viktige faktorer, som bidrar til dette.

Gode stafettvekslinger, tverrfaglig samarbeid og riktig kunnskapsdeling, for å unngå dobbeltarbeid og for å redusere feilaktig bruk av ressurser.

God samhandling, med fokus på å forebygge, fremfor å reparere, vil også redusere kostandene betydelig i helsevesenet.

6.3 Tiltak og forslag til videre forskning

Brukt av DRG-System For bedre å kunne styre økonomien i helsesektoren, bør kunnskap, opplæring og bruk av DRG-System, bli implementert/tatt i bruk i hele helsesektoren. Historisk, har fokuset vært, at helse er viktigere enn økonomi, men for å kunne få mer helse for hver krone må det være en overordnet styring også på økonomien, og at den er kjent blant alle ansatte, ikke bare ledelsen. (Nyland & Østergren, 2008).

Økt kunnskap til hverandres oppgaver: Vil bidra til bedre samhandling. Når aktørene har økt forståelse for hverandres arbeidsoppgaver er det lettere å kommunisere riktig og tydelig informasjon til hverandre. Dette bidrar også til et tettere og bedre samarbeid, og man unngår i større grad at viktig informasjon går tapt. (Gittell, 2017).

Teknologi: Både lovverk og forskning viser at digitale hjelpemiddel er nødvendige, for å kunne redusere det økende gapet, mellom ressurser og behov, for framtidens helsetjenester. For å lykkes med denne adferdsendringen, må arbeidet ansvarliggjøres, evalueres og følges opp regelmessig overtid. Det er en forutsetning, at ansatte får tilstrekkelig med opplæring.

7. 0 Referanser

Aanestad, M. og Olaussen I. (Red.) (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren. Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon*. Trondheim: Tapir akademisk forlag

Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur* (4.utg). Oslo. Universitetsforlaget.

Busch, T. Vanebo, J.O. Dehlin, E (2010) *Organisasjon og Organisering* (6.utg). Universitetsforlaget.

Byrkjeflot, H. (2008). *Ledelse u politiske Styrte virksomheter, forskningsstatus og problemstillinger*. Hentet 16.04.22

Einarsen, S. og Skogstad, A. 2. utg. (2020). *Det gode arbeidsmiljø – Krav og utfordringer*. Fagbokforlaget.

Farstad, P., Jevnaker, B.H., (2019). 2. Utg. *Design i praksis. Designledelse og innovasjon*. Universitetsforlaget.

Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fosse, E (2003) *Intervensjonssenteret- verktøykasse for medisin og teknologi*. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123: 64-5

<https://tidsskriftet.no/2003/01/reportasjer/intervensjonssenteret-verktoykasse-medisin-og-teknologi>

Gittell, J., H., (2013). *Relationel Koordination*. Youtube.

Hentet fra:

<https://www.youtube.com/watch?v=tYG22EpttIw&list=RDLVX7nL5RC5kdE&index=8>, Hentet 05.05.2022

Giæver, F. (2006) *Omstillingsprosjekt på arbeidsplassen: Hva har følelser med saken å gjøre?* Magma, vol9. issue 5. pp. 130-139.

Grimsø, R.E (2000). *Personaladministrasjon. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grund, J (2006) *Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene*.

Hentet fra: <https://www.magma.no/kunnskapsorganisasjoner-hva-er-ledelses-og-styringsutfordringene>

Holmen, H., A., *Kunnskap*. Store Norske Leksikon

Hentet fra: <https://snl.no/kunnskap>, den 04.05.22

Ingstad K. (2010). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, Kirsten E., Jensen, Jens P., Digmann, Annemette og Bendix, Henrik W. (2008): *Prinsipper for offentlig innovasjon. Fra best practice til nextpractice*. Børsen Forlag.

Joshi, K. (1991). A Model of Users' Perspective on Change: *The Case of Information Systems Technology Implementation*. MIS Quarterly, 15(2), 229–242.

Kaufman, G. (2013). *Hva er kreativitet*. Universitetsforlaget.

King, W. R., & Marks, P. V. (2008). *Motivating knowledge sharing through a knowledge management system*. Omega, 36(1), 131–146.

Klemsdal, L., (2021). *Hva trenger vi ledere til? Organisering og ledelse i komplekse arbeidssituasjoner*. Gyldendal Akademisk.

Klev, R., & Levin, M., (2021), 3 utg. *Forandring som praksis. Endring og utvikling som skaper læring*. Fagbokforlaget.

Kotter, J. P. (1995) *Leading Change: Why Transformation Efforts Fails*. Harvard Business Review, 73, 59-67.

Kotter, J. og L. Schlesinger (2008). "Choosing Strategies for change." *Harvard Business Review*. 86(7/8), 130-139

Krogh, G.V., Ichijo, K., & Nonaka, I., (2018). *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Cappelen Damm Akademisk.

Kuvaas, B., (2006). *Work performance, effective commitment, and work motivation: The roles of pay administration and pay level*. Journal of organizational behavior. Doi:10.1002/job.377

Kuvaas, B. & Dysvik, A. 4 utg. (2020). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM*. Fagbokforlaget.

Kvale S., & Birkmann S., (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*, 3 utg. Gyldendal Akademisk.

Kvæerner, K. J., (2020), *Hjernemysterier Å lede seg selv og andre*. Fagbokforlaget.

Ladegård, G., (2008), *Hjelp til selv hjelp for mellomledere*. Magma

Legge, K. (2005). *Human Resource Management: rhetorics and realities*, Basingstoke, Palgrave Macmillian.

Nyland, K. og Østergren, K. (2008). *Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdninger til økonomiansvar*. SNF-rapport nr. 6, Bergen

Oppen. M., Mørk, B.E og Haus, E (2020). *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag*. Cappelen Damm.

Pettersen, I.J, Magnussen, J., Nyland, K., og Bjørnenak, T., (2016). *Økonomi og Helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Damm Akademisk.

Richard, M. Ryan & Edward, L, Deci, (2000). *Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*. Contemporary Educational Psychology 25, 54-67.

Repstad (RED), P. (2014). *Dugnadsarbeid og forsvarsverk – tverrfaglig samarbeid I teori og praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.

SamKAD, (2017), *Samhandling og oppgavestøtte ved kommunal akutt døgnenhet og legevakt Aker*. SINTEF. Innovasjonsprosjekt www.sintef.no 2017/09

Sewerin, Th., (2012), *En plass i stolen. -en arbeidsbok for grupper om grupper*. Handelshøyskolen BI i Oslo.

Skarstad, E. (2012). *Rett person på rett plass. Psykologiske metoder i rekruttering og lederutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torp, H. (2005). *Det nye arbeidslivet: Forklaringer og konsekvenser. I søkelys på arbeidsmarkedet 1/2005* årg. 22 Institutt for samfunnsforskning.

Wang, S. & Noe, R. A. (2010). *Knowledge sharing: A review and directions for future research*. Human Resource Management Review, 20(2), 115- 131.

Offentlige dokument

Direktoratet for E-helse. Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. *E-Helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*, oppdatert 2019

Hentet: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/digitalisering/ehelse/nasjonal-e-helsestrategi-og-mal-2017-2022.pdf>

Konversjon av Meld. ST. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Norsk Helsenett, (2022), *Bruk av PLO-meldinger med helseforetak*. Hentet fra: <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-3--tjenesteomrader/pleie-og-omsorg-og-psykisk-helse/bruk-av-plo-meldinger-med-helseforetak>

Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Norges forskningsråd, (2016), *Evaluering av samhandlingsreformen*. Hentet fra: [file:///C:/Users/sh31135/Downloads/Evaluering%20av%20samhandlingsreformen%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/sh31135/Downloads/Evaluering%20av%20samhandlingsreformen%20(3).pdf)

Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999): LOV 1999-07-02 nr.64: *Lov om helsepersonell* Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). St. meld. Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012), Oppdragsdokument 2012, Helse Sør-Øst RHF

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/oppdragsdokument_2012/oppdragsdokument_2012_helse_sor-ost_rhf.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Meldt. St. nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg.* Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

Norsk pasientregisterforskriften (2007). *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i norsk pasientregister (norsk pasientregisterforskriften).*

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-07-1389>.

Innst. S nr. 165 (1994-1995) *Organisering av spesialisthelsetjenesten.*

Hentet fra, <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1994-1995/inns-199495-165/7/>

Innst. S 255 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.*

Hentet fra, <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s/?all=true>

Lovdata: Lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-33>

Lovdata: *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Lovdata: *Lov om spesialhelsetjenesten m.m. (Spesialhelsetjenesteloven)*

Hentet fra, https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

Lovdata: *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).*

Hentet fra, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

St. Meld. Nr. 13. (2016-2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015.* Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>

NOU 1997:2 *Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus.* Helse og omsorgsdepartementet.

NOU 2004:18 (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

NOU 2005:3 (2005). *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2015:1 (2015). *Produktivitet - grunnlag for vekst og velferd.* Tilgjengelig fra: <https://regjeringen.no>.

Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen Dokument 3:5 (2015– 2016).* Til Stortinget. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>

St. Meld. Nr. 47, (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St. Meld. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering*. Hentet: 16.04.22

St. Meld. Nr. 7 (2008–2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Hente 16.04.22.

St. Meld. Nr. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Tilgjengelig fra: <https://regjeringen.no>.

Statistisk sentralbyrå, (2022), *Norges 100 mest folkerike kommuner*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/norges-100-mest-folkerike-kommuner?tabell=446939>

Store Norske leksikon, (2022). *Definisjon på kunnskap*. Hentet fra: <https://snl.no/kunnskap>

Sykehus i Vestfold HF Årlig melding 2020 til helse sør øst. Hentet fra: https://www.siv.no/Documents/Sykehuset%20i%20Vestfold%20HF%20-%20%C3%A5rlig%20melding%202020_styrebehandlet.pdf

Meld. St. 30 (2019-2020) *En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>

PricewaterhouseCoopers, (2017). *Utredning for Sandefjord kommune, status og fremtidige behov PLO-tjenester*. Hentet fra: <https://www.sandefjord.kommune.no/globalassets/helse-sosial-og-omsorg/hso-dokumenter/utviklingscenter/ida/pwc-rapporten-utredning-fremtidig-behov-plo.pdf>

8.0 vedlegg

8.1 Intervjuskjema

Hvor godt fungerer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjeneste?

Nedenfor finner du en rekke utsagn vi håper du vil ta stilling til. Vi ber deg om å krysse av for i hvilken grad du er helt enig, enig, verken enig eller uenig, uenig eller helt uenig.

1. Kjenner du til samhandlingsreformen og hva den innebærer?	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

2. Opplever du at pasienter og pårørende kan være med å påvirke din avgjørelse, på om pasienten skal legges inn på sykehus eller om pasienten skal følges opp av kommunen?	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

3. Det er et godt samarbeid mellom spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

4. Ved utskrivning av pasienter fra sykehus, benytter vi sjekklister for utskrivningen	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

5. Ved videre pasientbehandling (fra kommune til sykehus), benyttes sjekklister før «overlevering av pasient»	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

6. Har du fått tilfredsstillende kunnskap/informasjon om gjeldende prosedyrer for samhandling mellom spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten?	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

7. Føler du at du har fått tilstrekkelig opplæring og erfaring, til å kunne tilrettelegge for god samhandling mellom spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten?	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

8. Når pasienten skal skrives ut fra sykehuset, har jeg god kjennskap til hvilke informasjon som skal sendes med.	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

9. Når jeg mottar pasienten i kommunalhelsetjeneste (etter utskrivning fra sykehuset), har jeg tilstrekkelig med informasjon til å kunne følge opp pasienten.	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

10. Jeg opplever at det ofte er avvik (feil og mangler journal, legemidler, fagrapport, etc) ved samhandling mellom spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten.	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

11. Jeg opplever at det er god kommunikasjon mellom	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig	Enig 4	Helt enig 5

spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten			3		

Kommentar til svaret:

.....

.....

12. Jeg benytter digitale arbeidsverktøy for kommunikasjon og kunnskapsdeling	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

13. De digitale arbeidsverktøy, fungerer godt.	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

14. Jeg har god kjennskap til DRG-systemet. (Diagnoserelaterte grupper (DRG), som gir både medisinsk og økonomisk informasjon).	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

15. DRG systemet påvirker <u>ikke</u> mine valg for videre pasientoppfølging.	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

Kommentar til svaret:

.....

.....

16. <u>Innovasjon og kontinuerlig forbedring</u>: Når feil og avvik oppstår i/under samhandlingen mellom spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten, blir disse alltid innrapportert.	Helt uenig 1	Uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Enig 4	Helt enig 5

8.2 Grafisk fremstilling av svar fra intervju

